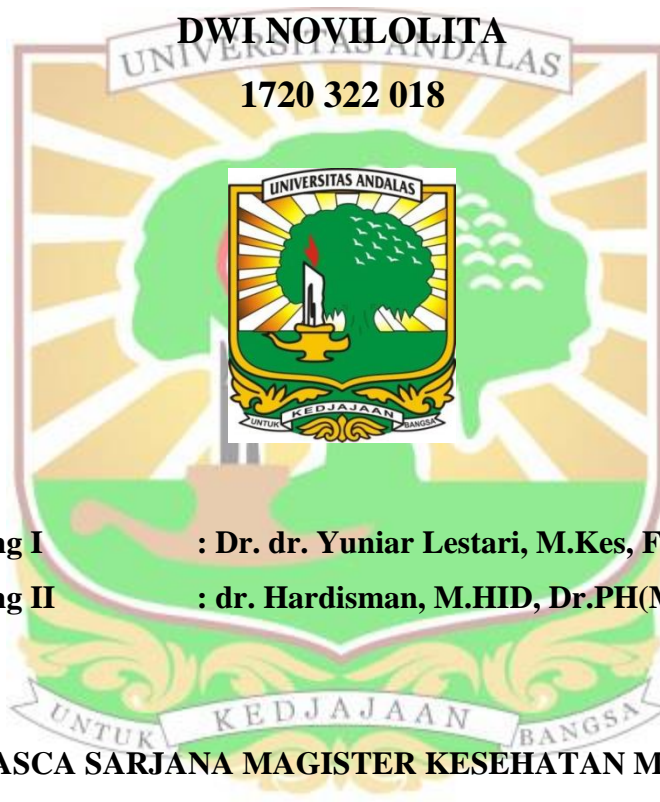


**ANALISIS PENYEBAB INSIDEN PASIEN JATUH DI
BANGSAL PENYAKIT DALAM DAN INSTALASI PAVILIUN
AMBUN PAGI RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

TESIS

DWI NOVILOLITA

1720 322 018



Pembimbing I : Dr. dr. Yuniar Lestari, M.Kes, FISPH, FISCN

Pembimbing II : dr. Hardisman, M.HID, Dr.PH(Med)

**PROGRAM PASCA SARJANA MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG**

2020

**ANALISIS PENYEBAB INSIDEN PASIEN JATUH DI
BANGSAL PENYAKIT DALAM DAN INSTALASI PAVILIUN
AMBUN PAGI RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**



*Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Magister Kesehatan
Masyarakat*

Program Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Andalas

**PROGRAM PASCA SARJANA MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG
2020**

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Penelitian : ANALISIS PENYEBAB INSIDEN PASIEN JATUH DI
BANGSAL PENYAKIT DALAM DAN INSTALASI
PAVILIUN AMBUN PAGI RSUP DR. M. DJAMIL
PADANG
Nama Mahasiswa : DWI NOVILOLITA
Nomor BP : 1720322018
Program Studi : PASCASARJANA KESEHATAN MASYARAKAT

Tesis ini telah diuji dan dipertahankan di depan sidang panitia ujian akhir Magister
Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Pascasarjana Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas dan dinyatakan lulus
pada tanggal 14 Januari 2020.

Menyetujui,

1. Komisi Pembimbing

DR. dr. Yuniar Lestari, M.Kes, FISPH, FISC M
Ketua

dr. Hardisman, M.HID, DrPH(Med)
Anggota

2. Plt. Koordinator Program Studi Pasca
Sarjana Kesehatan Masyarakat

DR. dr. Yuniar Lestari, M. Kes, FISPH, FISC M
NIP. 196706141997022001

3. Plt. Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Andalas Padang

DR. dr. Rika Susanti, Sp.F
NIP. 197607312002122002

HALAMAN PENGESAHAN

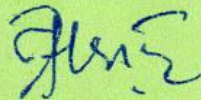
ANALISIS PENYEBAB INSIDEN PASIEN JATUH DI BANGSAL PENYAKIT
DALAM DAN INSTALASI PAVILIUN AMBUN PAGI RSUP DR. M. DJAMIL
PADANG

Yang dipersiapkan dan dipertahankan oleh:

DWI NOVILOLITA
NIM: 1720322018

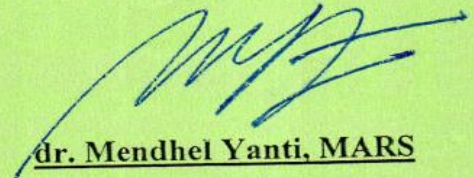
Tesis ini telah diuji dan dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Tesis Program Studi Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas pada tanggal 14 Januari 2020 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Ketua Sidang



Dr. dr. Yuniar Lestari, M.Kes, FISPH, FISCM

Penguji I



dr. Mendhel Yanti, MARS

Penguji II



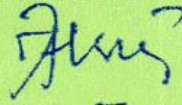
Dr. dr. Najirman, Sp.PD-KR, FINASIM

Penguji III



dr. Nur Afrainin Syah, M.Med.Ed, PhD

Padang, 14 Januari 2020
Plt. Koordinator Prodi S2 Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas



Dr. dr. Yuniar Lestari, M.Kes, FISPH, FISCM
NIP. 196706141997022001

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Dengan ini saya, Dwi Novilolita yang beralamat di Jl. Tegai Sari Ujung Gg. Mekar Sari no. 17 Rumbai Pekanbaru (28265) menyatakan bahwa dalam tesis yang berjudul “Analisis Penyebab Insiden Pasien Jatuh di Bangsal Penyakit Dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang” adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan hasil karya orang lain yang digunakan untuk memperoleh gelar akademik di perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dicantumkan dalam naskah dan disebutkan dalam daftar kepustakaan.

Padang, 14 Januari 2020



Dwi Novilolita

HALAMAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assalamu'alaikum warrahmatullahi wabarakatuh

***"Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman
di antaramu dan orang-orang yang diberi
ilmu pengetahuan beberapa derajat"
(Q.s. al-Mujadilah : 11)***

Alhamdulillah atas segala rahmat dan juga kesempatan dalam menyelesaikan tesis saya dengan segala kekurangannya. Segala syukur ucapkan kepadamu Ya Rabb, karena sudah menghadirkan orang-orang berarti disekeliling saya. Yang selalu memberi semangat dan doa, sehingga tesis saya ini dapat diselesaikan dengan baik.

***"Sesungguhnya sesudah ada kesulitan ada kemudahan"
(Q.S Al-Insyirah: 6)***

Saya persembahkan karya ini untuk Ayah Hervalni Dt Pangeran dan Ibu Dahlia Roza tercinta....

Spesial kepada suami tercinta, Haryono Anwar, terimakasih atas pengertian, kesabaran, motivasi dan doanya.....

Ucapan terima kasih ini saya persembahkan juga untuk dr. Febria Prima Utari dan dr. Dieni Rahmatika A. atas segala bantuan, motivasi, serta do'anya selama proses pembuatan tesis ini

Untuk semua pihak yang saya sebutkan, terima kasih atas semuanya. Semoga Tuhan senantiasa membalas setiap kebaikan kalian. Serta kehidupan kalian semua juga dimudahkan dan diberkahi selalu oleh Allah SWT.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : DWI NOVILOLITA
Tempat/ Tanggal Lahir : Pekanbaru/ 15 November 1991
Program Studi : Pascasarjana Kesehatan Masyarakat
Alamat : Jl. Tegal Sari Ujung Gg. Mekar Sari no. 17
Rumbai
Pekanbaru
Agama : Islam
Email : dwi_noviolita@yahoo.com

Riwayat Pendidikan

1. TK Cendana Pekanbaru Lulus Tahun 1998
2. SD Cendana Pekanbaru Lulus Tahun 2004
3. SMP Cendana Pekanbaru Lulus Tahun 2007
4. SMA Cendana Pekanbaru Lulus Tahun 2010
5. S1 Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Lulus Tahun 2017
6. S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Lulus Tahun 2020

Padang, 14 Januari 2020

Penulis



Dwi Noviolita

**ANALISIS PENYEBAB INSIDEN PASIEN JATUH DI BANGSAL
PENYAKIT DALAM DAN INSTALASI PAVILIUN AMBUN PAGI RSUP
DR. M. DJAMIL PADANG**

Oleh: Dwi Novilolita (1720322018)

(Di bawah bimbingan: Dr. dr. Yuniar Lestari, M.Kes, FISCN, FISPH dan
dr. Hardisman, M.HID, DrPH(Med))

ABSTRAK

Pendahuluan: Kejadian pasien jatuh merupakan kejadian yang tidak direncanakan dengan atau tanpa cedera di unit rawat inap. Berdasarkan standar pelayanan minimal, kejadian pasien jatuh diharapkan adalah 0%. Berdasarkan data awal terdapat 53 insiden keselamatan pasien dimana insiden terbanyak adalah kejadian pasien jatuh dengan 11 kejadian.

Tujuan: Mengetahui penyebab dan komponen yang berperan dalam insiden pasien jatuh di bangsal penyakit dalam dan instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Metode: Penelitian kualitatif dengan *Framework Analysis*. Peneliti melakukan wawancara semi terstruktur kepada 21 informan, telaah dokumen, serta observasi. Penelitian dilakukan dari bulan Mei 2019-Januari 2020.

Kesimpulan: Penyebab insiden pasien jatuh dari faktor SDM yaitu belum optimalnya peran perawat, dokter, dan *cleaning service*, kurangnya tenaga perawat dan tingkat pendidikan, serta kurang optimalnya kemampuan perawat mengenai pencegahan pasien jatuh. Faktor sifat dasar pekerjaan adalah kompleksitas pengobatan dan kurang optimalnya kerja sama dalam unit. Lingkungan fisik dimana kurangnya sarana. Lingkungan organisasi dan sosial yaitu belum optimalnya komunikasi dan pelaksanaan SOP. Faktor Manajemen belum optimalnya penerapan budaya *safety*. Lingkungan eksternal berupa belum optimalnya pelaksanaan pencegahan pasien jatuh sesuai kebijakan. Kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga terkait pencegahan pasien jatuh.

Kata kunci: pasien jatuh, keselamatan pasien, rumah sakit

**CAUSES ANALYSIS OF PATIENT FALL INCIDENT AT INTERNA
INPATIENT UNIT AND AMBUN PAGI PAVILION INSTALLATION OF
DR. M. DJAMIL GENERAL HOSPITAL PADANG**

By: Dwi Novilolita (1720322018)

(Supervised by: Dr. dr. Yuniar Lestari, M.Kes, FISCAM, FISPH dan
dr. Hardisman, M.HID, DrPH(Med))

ABSTRACT

Introduction: *A falling down accident at the inpatient unit is an unplanned incident which might cause injuries or not. The incident of falling down patient is targeted as less as 0% according to minimum service standard (SPM). Based on the preliminary data had occurred 53 incidents of patient safety and the most happened ones is falling down patient which had happened 11 times.*

Objective: *to find out the cause and other components leading to these incidents at interna inpatient unit and Ambun Pagi Pavilion Installation RSUP Dr. M. Djamil Padang.*

Method: *Qualitative research using framework analysis. The researcher conducted a series of semi-structured interviews with 21 informans, literature and document studies, as well as observations. This study began in Mei 2019 until January 2020.*

Conclusion: *The causes of falling down accident from human resources are the lack of doctors, nurses, or the cleaning staff's role, the lack of education and the number of nurses available, and the inadequacy of the nurses to prevent the patient fall accident. In term of the nature of work, the complexity of the treatment and the lack of teamwork between staff. Physical environment in which we found shortage of facilities. Social and organization factor in which there are lack of communication and lack of implementation according to the procedure. From the management side, we found the lack of patient safety culture. While from the external factor, the inadequacy of implementation of the policy of patient fall prevention. The minimum knowledge of patient and their family about falling down accident plays a part in causing patient fall incident.*

Keywords: *falling down patient, patient's safety, hospital*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul yaitu “**Analisis Penyebab Insiden Pasien Jatuh di Bangsal Penyakit Dalam Dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang**”

Peneliti banyak mendapatkan bimbingan dari berbagai pihak dalam penulisan tesis ini. Peneliti mengucapkan terima kasih banyak kepada yang terhormat:

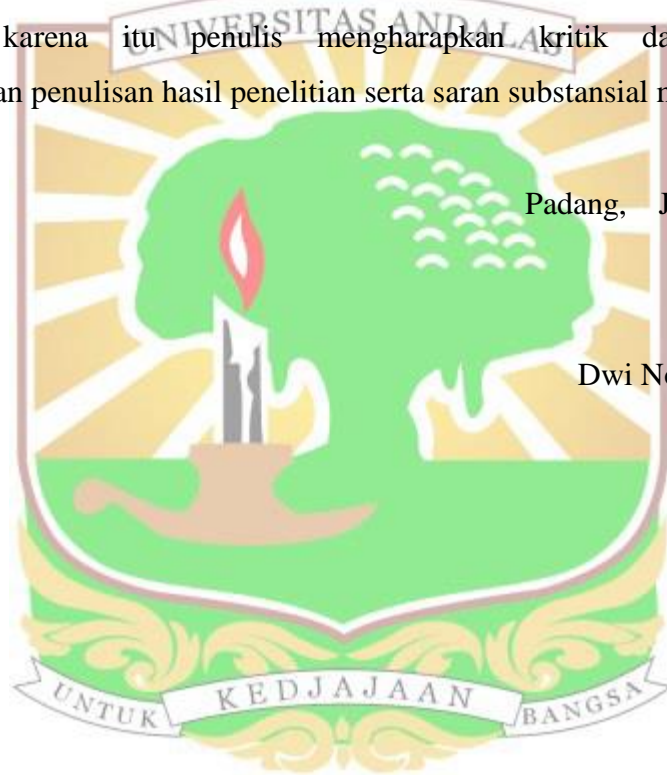
1. Ibu Dr.dr.Rika Susanti, Sp.F selaku Plt Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
2. Ibu Dr. dr. Rima Semiarty, MARS selaku Ketua Prodi Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas.
3. Ibu Dr. dr. Yuniar Lestari, M.Kes, FISCM, FISPH selaku Plt. Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat dan Pembimbing I yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penulisan tesis ini.
4. Bapak dr. Hardisman, M.HID, DrPH(Med) selaku Pembimbing II yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penulisan tesis ini.
5. Ibu dr. Mendhel Yanti, MARS selaku Penguji I yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penulisan tesis ini.
6. Bapak Dr. dr. Najirman, SP.PD-KR, FINASIM selaku Penguji II yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penulisan tesis ini.
7. Ibu Nur Afrainin Syah, M.Med.Ed, Ph.D selaku Penguji III yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penulisan tesis ini.
8. Bapak dan ibu bagian administrasi sekretariat Pascasarjana Kesehatan Masyarakat yang telah membantu peneliti melengkapi persyaratan sehubungan dengan penelitian.
9. Kedua orang tua beserta kakak dan adik yang telah memberikan doa dan dukungan selama proses pembuatan tesis ini

10. Suami tercinta Haryono Anwar, S.Si atas segala dukungan, pengorbanan, dan pengertiannya selama proses penulisan tesis ini.
11. Teman-teman mahasiswa S2 Kesehatan Masyarakat angkatan 2017 yang seperjuangan suka dan duka dalam merampungkan penelitian ini.
12. Kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu, semoga Allah Subhanahu wa taala memberikan rahmat dan hidayah-Nya selalu.

Penulis menyadari bahwa penulisan hasil tesis masih belum sepenuhnya benar. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran untuk menyempurnakan penulisan hasil penelitian serta saran substansial mengenai tesis.

Padang, Januari 2020

Dwi Noviolita



DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PENGESAHAN

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

HALAMAN PERSEMBAHAN

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

ABSTRAK

ABSTRACT

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Rumah Sakit.....	7
B. Keselamatan Pasien.....	7
C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD)	10
D. Pasien Risiko Jatuh	13
E. Faktor Risiko Jatuh	14
F. Dampak dan Probabilitas Risiko Pasien Jatuh	14
G. Manajemen Risiko Pasien Jatuh.....	15
H. Pengkajian dan Intervensi Risiko Jatuh	16
I. Kerangka Teori.....	19
J. Kerangka Konsep.....	21
BAB III METODE PENELITIAN.....	22

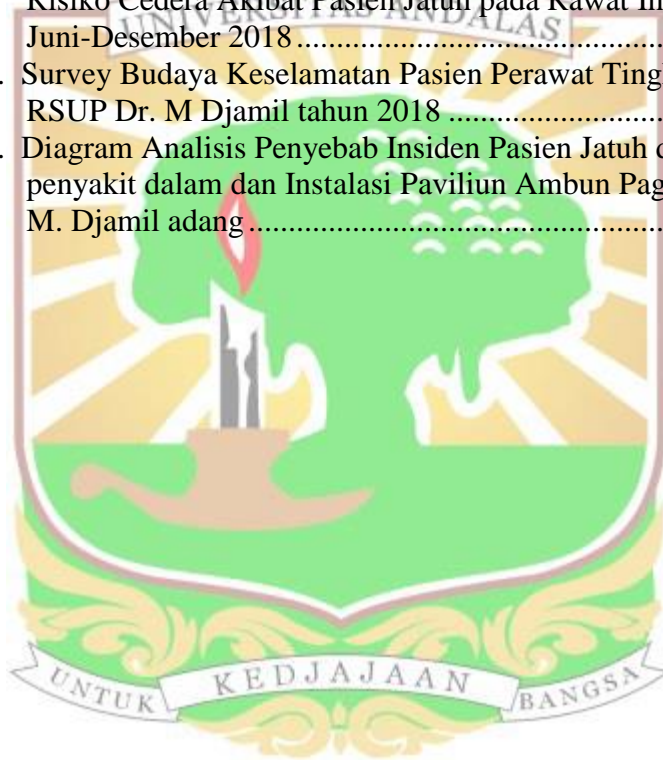
A. Jenis Penelitian.....	22
B. Waktu dan Tempat Penelitian.....	22
C. Informan Penelitian.....	22
D. Instrumen Penelitian.....	24
E. Sumber Data.....	25
F. Teknik Pengumpulan Data.....	25
G. Validasi Data.....	26
H. Analisis Data.....	26
BAB IV HASIL PENELITIAN	28
A. Gambaran Umum RSUP DR. M.Djamil Padang.....	28
B. Karakteristik Informan.....	32
C. Hasil Penelitian	33
BAB V PEMBAHASAN	61
A. Keterbatasan Penelitian.....	61
B. Faktor Sumber Daya Manusia (SDM)	61
C. Komponen Sifat Dasar Pekerjaan	65
D. Lingkungan Fisik	68
E. Komponen Lingkungan Organisasi dan Sosial.....	69
F. Faktor Manajemen	71
G. Faktor Lingkungan Eksternal.....	72
H. Pengetahuan Pasien dan Keluarga Terkait Risiko Jatuh.....	73
BAB VII PENUTUP	76
A. Kesimpulan	76
B. Saran.....	76
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Tingkat Dampak dan Probabilitas Risiko Pasien Jatuh	15
Tabel 2 Morse Fall Scale.....	17
Tabel 3 Humpty Dumpty Fall Scale.....	18
Tabel 4 Daftar Informan/Partisipan Penelitian Analisis Penyebab Insiden Pasien Jatuh di Bangsal Penyakit Dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang	23
Tabel 5 Daftar Informan dan Materi Pertanyaan pada Penelitian Analisis Penyebab Insiden Pasien Jatuh di Bangsal Penyakit Dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang	24
Tabel 6. Karakteristik Informan Wawancara Semi Terstruktur.....	32
Tabel 7. Matriks Triangulasi Tenaga yang Terlibat.....	35
Tabel 8 Standar Kebutuhan Perawat di Bangsal Penyakit Dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi tahun 2019 RSUP Dr. M Djamil Padang	35
Tabel 9 Tingkat Pendidikan Perawat di Bangsal Penyakit Dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang	36
Tabel 10 Matriks Triangulasi Kebutuhan SDM dan Pendidikan.....	37
Tabel 11 Matriks Triangulasi Pengalaman Kerja.....	39
Tabel 12 Matriks Kemampuan Tenaga Perawat	40
Tabel 13 Matriks Triangulasi Usia.....	41
Tabel 14 Matriks Kompleksitas Pengobatan	43
Tabel 15 Matriks Triangulasi Kerja Sama dalam Unit	45
Tabel 16 Matriks Triangulasi Gangguan Dalam Unit.....	46
Tabel 17 Matriks Triangulasi Lingkungan Fisik.....	48
Tabel 18 Matriks Triangulasi Komunikasi	50
Tabel 19 Matriks Triangulasi SOP.....	52
Tabel 20 Matriks Triangulasi Struktur Organisasi.....	54
Tabel 21. Matriks Triangulasi Penerapan Budaya <i>Safety</i>	58
Tabel 22 Matriks Triangulasi Lingkungan Eksternal.....	59
Tabel 23 Matriks Pengetahuan Pasien dan Keluarga Terkait Risiko Jatuh	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Faktor-Faktor yang Berkontribusi Dalam Insiden Keselamatan Pasien di Layanan Kesehatan.....	11
Gambar 2	Kerangka Teori.....	20
Gambar 3	Kerangka Konsep	21
Gambar 4	Pencapaian BOR RSUP Dr. M. Djamil Padang selama Tahun 2018	31
Gambar 5	Struktur Organisasi Komite Mutu dan Manajemen Risiko RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2018.....	53
Gambar 6	Capaian Indikator Persentase Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada Rawat Inap Bulan Juni-Desember 2018	55
Gambar 7.	Survey Budaya Keselamatan Pasien Perawat Tingkat Unit RSUP Dr. M Djamil tahun 2018	56
Gambar 8.	Diagram Analisis Penyebab Insiden Pasien Jatuh di bangsal penyakit dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil adang.....	75



DAFTAR ISTILAH / SINGKATAN

1. AHRQ : *Agency of Healthcare Research and Quality*
2. BLU : *Badan Layanan Umum*
3. BOR : *Bed Occupation Ration*
4. FGD : *Focus Group Discussion*
5. HDFS : *Humpty Dumpty Fall Scale*
6. HFACS : *Human Factors Analysis and Classificaion System*
7. JCI : *Joint Commisions International*
8. KARS : *Komisi Akreditasi Rumah Sakit*
9. KMMR : *Komite Mutu dan Manajemen Risiko*
10. KPPRS : *Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit*
11. KTD : *Kejadian Tidak Diharapkan*
12. MFS : *Morse Fall Scale*
13. NDNQI : *National Database of Nursing Quality Indicators*
14. PIC : *Person In Charge*
15. PMKP : *Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien*
16. PNBP : *Penerimaan Negara Bukan Pajak*
17. PPK-BLU : *Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum*
18. RCA : *Root Cause Analysis*
19. RSUP : *Rumah Sakit Umum Pusat*
20. SBAR : *Situation, Background, Assessment, Recommendation*
21. SDM : *Sumber Daya Manusia*
22. SNARS : *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit*
23. SPO : *Standar Prosedur Operasional*
24. UPT : *Unit Pelaksana Teknis*
25. WHO : *World Health Organization*



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan *National Database of Nursing Quality Indicators* (NDNQI) dalam penelitian Bouldin *et al* (2014), kejadian pasien jatuh merupakan kejadian yang tidak direncanakan dengan atau tanpa cedera di unit rawat inap. Orang tua dan pasien yang lemah bukan satu-satunya yang berisiko jatuh di rumah sakit. Setiap kelompok umur memiliki risiko jatuh karena adanya perubahan kondisi fisiologisnya. Di Amerika Serikat insiden jatuh di rumah sakit dan pusat kesehatan dilaporkan sebanyak 1.000 pasien per harinya. Dari 345.800 kejadian jatuh yang terjadi di ruang rawat inap selama penelitian, 315.817 orang dilaporkan mengalami cedera (Bouldin *et al*, 2014). Rata-rata kejadian jatuh terjadi pada pasien di atas 56 tahun, dan sebanyak 32% adalah wanita (Cutler, 2017). Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPPRS), di Indonesia sendiri kejadian risiko jatuh terbanyak terjadi di Provinsi DKI Jakarta dengan 37,9% diikuti Jawa Tengah 15,9%, dan DI Yogyakarta 13,8%. Kejadian ini paling banyak ditemukan di unit rawat inap penyakit dalam, bedah, dan anak sebesar 56,7% (Ariastuti, 2013).

Insiden jatuh ini tidak hanya berdampak pada cedera, namun juga meningkatkan lama rawatan, serta biaya rawatan pasien. Dampak cedera fisik yang dimaksud mencakup luka lecet, luka robek, luka memar, bahkan kasus berat dapat mengakibatkan fraktur, perdarahan, dan cedera kepala (Miake-Lye *et al*, 2013). Pasien cedera dapat mengakibatkan penambahan lama rawatan di rumah sakit selama 6,3 hari rawatan. Rata-rata biaya yang dikeluarkan dikarenakan cedera sekitar \$14.000 (Joint Comission, 2015).

Kerugian yang didapatkan akibat kejadian pasien jatuh ini sebaiknya dapat dicegah. Program untuk mencegah insiden pasien jatuh merupakan program yang sangat kompleks, karena melibatkan banyak komponen, mulai dari pimpinan, hingga kerja sama para tenaga kesehatan dan non kesehatan dari berbagai latar belakang. Pencegahan ini memerlukan pemantauan agar para staf mematuhi peraturan dalam implementasi protokolnya (Hempel, 2013).

Penelitian di Korea merekomendasikan *evidence-based guidelines* untuk mencegah kejadian pasien jatuh. Terdapat 3 komponen yang menjadi perhatian dalam pencegahan ini yaitu mengidentifikasi lansia yang memiliki risiko jatuh lebih tinggi. Komponen kedua yaitu melakukan penilaian faktor-faktor risiko yang multifactorial dengan menggunakan tes skrining seperti adanya riwayat jatuh. Komponen terakhir adalah melakukan tes keseimbangan (Kim et al, 2017). Di Indonesia sendiri dalam menerapkan pencegahan pasien risiko jatuh dengan cara melakukan asesmen pasien risiko jatuh. Terdapat berbagai macam jenis asesmen yang dapat digunakan. Salah satu penelitian di rumah sakit umum daerah Jepara menemukan bahwa rumah sakit ini menggunakan tiga format asesmen risiko jatuh, yaitu *humpty dumpty* untuk anak-anak, *morse* untuk dewasa, dan *edmonson* untuk pasien psikiatrik (Nur, 2017).

Perawat memiliki peran yang sangat besar dalam pencegahan kejadian pasien jatuh ini. Salah satu strategi yang diterapkan RSUD RA Kartini Jepara dengan melakukan sosialisasi untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan perawat. Rumah sakit ini juga melakukan pelatihan internal mengenai pelaksanaan asesmen risiko jatuh, baik asesmen awal maupun asesmen ulang risiko jatuh (Nur, 2017).

Pelaksanaan asesmen risiko jatuh ini dipengaruhi oleh beberapa faktor penghambat dan beberapa faktor pendukung. Faktor-faktor penghambat pelaksanaan asesmen risiko jatuh yaitu kondisi pasien (pasien tidak stabil, penurunan kesadaran, mengamuk, dll), faktor keluarga pasien yang tidak ada di tempat, faktor perawat (kesibukan perawat, beban kerja yang tinggi, sumber daya manusia yang kurang, pasien terlalu banyak), faktor kepemimpinan dan manajemen (kurangnya supervisi serta *reward* dan *punishment*). Hal berbeda dengan faktor-faktor yang dapat mendukung terlaksananya asesmen ini adalah terkait adanya motivasi antar rekan kerja dan sarana dan prasana yang lengkap. Kelengkapan sarana dan prasarana berupa kelengkapan dokumen pengisian asesmen dan standar operasional pelaksanaannya (Nur, 2017).

Pencegahan pasien risiko jatuh merupakan bagian dari enam sasaran keselamatan pasien rumah sakit yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan no. 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Peraturan ini menjadi dasar bagi

setiap rumah sakit dalam standar prosedur keselamatan pasien. Setiap rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh. Penyusunan sasaran keselamatan pasien ini mengacu pada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari *World Health Organization* (WHO), yang juga menjadi rujukan bagi Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) dan *Joint Commisions International* (JCI) (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018).

Program sasaran keselamatan pasien masuk ke dalam standar akreditasi rumah sakit yang mana berdasarkan Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang mewajibkan seluruh rumah sakit di Indonesia terakreditasi. Standar akreditasi ini dikeluarkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit berupa Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) pada tahun 2018. Berdasarkan standar ini, rumah sakit melakukan evaluasi mengenai pasien jatuh dan melakukan upaya pengurangan risiko pasien jatuh. Oleh karena itu, rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur yang disesuaikan dengan lingkungan rumah sakit yang berdasarkan permenkes. Dalam hal ini diharapkan angka kejadian insiden pasien jatuh yang berdasarkan standar pelayanan minimal rumah sakit adalah 0%.

Menurut Henriksen *et.al*, (2008), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya insiden keselamatan pasien, salah satunya adalah insiden pasien jatuh. Karakteristik individu tenaga kesehatan yang meliputi pendidikan, pengalaman kerja, kompetensi, dan umur merupakan faktor pertama yang berkontribusi. Faktor selanjutnya berupa sifat dasar pekerjaan tenaga kesehatan yang terdiri dari kompleksitas, kerja sama dalam unit dan gangguan/interupsi. Faktor lingkungan dan organisasi terdiri dari komunikasi, SOP, serta kenyamanan di tempat kerja. Terakhir, kebijakan merupakan bagian dari lingkungan eksternal.

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang merupakan rumah sakit kelas A pendidikan yang terakreditasi paripurna pada tanggal 03 Desember 2018. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) menyatakan lulus dengan terpenuhinya standar pelayanan Rumah Sakit yang meliputi 16 (enam belas) bab berdasarkan KARS 2012. Kemudian pada 9 April 2019, RSUP Dr. M. Djamil Padang kembali

lulus dengan akreditasi internasional bintang enam berdasarkan SNARS 2018 (Kemenkes, 2019).

RSUP Dr. M. Djamil menggunakan pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien sebagai regulasi yang digunakan dalam penanganan insiden keselamatan pasien termasuk kejadian pasien jatuh. Setiap insiden yang dilaporkan akan disusun oleh Komisi Manajemen Mutu dan Risiko. Kemudian setelah dilakukan grading, insiden akan dianalisis menggunakan analisis akar masalah / *Root Cause Analysis* (RCA). Sebagai tindak lanjutnya, pihak rumah sakit akan melakukan intervensi baik dari pihak petugas kesehatan maupun dari pihak pasien (Sumber data: dokumen akreditasi bagian SKP RSUP Dr. M. Djamil Padang, 2018).

Berdasarkan data dari Komite Mutu dan Manajemen Risiko RSUP Dr. M. Djamil Padang, pada tahun 2018 terdapat 53 insiden keselamatan pasien. Insiden pasien jatuh merupakan insiden terbanyak dengan 11 kasus. Insiden terbanyak terjadi pada bulan Februari 2018 sebanyak 4 kasus. Dari 11 insiden, 54,54% adalah perempuan. Kejadian terbanyak terjadi pada pasien lansia di atas 60 tahun sebanyak 63,63%. Kasus terbanyak terjadi di rawat inap sebanyak 45,45%, diikuti dengan rawat jalan sebanyak 35,26%, dan 18,18% terjadi di instalasi gawat darurat. Dari 5 kejadian pasien jatuh di rawat inap sendiri yang terbanyak terjadi di bangsal Penyakit Dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi dengan masing-masing 2 kasus, sedangkan 1 kasus terjadi di bangsal Paru. Pasien jatuh yang terjadi pada tahun 2018 ini, 18,2% pasien tidak mengalami cedera, namun terdapat 36,36% pasien mengalami cedera ringan dan cedera sedang. Terdapat pula diantaranya 9,1% pasien meninggal. Kejadian pasien jatuh ini menjadikan target pencegahan cedera akibat pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang menjadi tidak tercapai dimana target sesuai standar dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) yaitu 0% kejadian pasien jatuh. (sumber data: dokumen Monitoring Evaluasi 6 indikator SKP RSUP Dr. M. Djamil Padang, 2018)

Hal ini tentu menjadi penting untuk dibahas karena rumah sakit seharusnya mampu untuk menyikapi kejadian ini yang mana menimbulkan dampak pada pasien. Berdasarkan pemaparan permasalahan di atas dimana kejadian pasien jatuh terbanyak

terjadi di rawat inap terutama di bangsal Penyakit Dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi, maka penulis tertarik untuk meneliti penyebab pasien jatuh di Bangsal Penyakit Dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pada penelitian ini akan dianalisis faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya insiden pasien jatuh.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas dapat dibuat rumusan permasalahan sebagai berikut:

1. Apa penyebab insiden pasien jatuh di Bangsal Penyakit Dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang?
2. Bagaimana faktor Sumber Daya Manusia (SDM) tenaga kesehatan berperan dalam insiden pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang?
3. Bagaimana sifat dasar pekerjaan tenaga kesehatan berperan dalam insiden pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang?
4. Bagaimana lingkungan fisik di rumah sakit berperan dalam insiden pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang?
5. Bagaimana lingkungan sosial dan organisasi di rumah sakit berperan dalam insiden pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang?
6. Bagaimana peran manajemen rumah sakit terhadap insiden pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang?
7. Bagaimana peran lingkungan eksternal rumah sakit terhadap insiden pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis penyebab insiden jatuh di Bangsal Penyakit Dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui peran faktor SDM tenaga kesehatan terhadap insiden pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- b. Mengetahui peran sifat dasar pekerjaan tenaga kesehatan terhadap insiden pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Mengetahui peran lingkungan fisik rumah sakit terhadap insiden pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- d. Mengetahui peran lingkungan sosial dan organisasi rumah sakit terhadap insiden pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- e. Mengetahui peran manajemen rumah sakit terhadap insiden pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- f. Mengetahui peran lingkungan eksternal rumah sakit terhadap insiden pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Praktis

- a. Diharapkan dapat menjadi masukan bagi instansi terkait dalam pengambilan keputusan dan penyusunan rencana penyelenggaraan program asesmen pencegahan pasien jatuh dalam rangka peningkatan mutu layanan di rumah sakit.
- b. Sebagai bahan referensi bagi penelitian selanjutnya, guna pengembangan penelitian terkait program asesmen pencegahan pasien jatuh.

2. Aspek Akademis

Penelitian ini sebagai bahan masukan dan sumbangan pemikiran bagi akademisi dan pengembangan ilmu manajemen rumah sakit dalam teori tentang program asesmen pencegahan pasien jatuh di rumah sakit.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan secara paripurna terdiri dari promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Fungsi rumah sakit yaitu menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai standar, memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia untuk meningkatkan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan, serta menyelenggarakan penelitian dan pengembangan teknologi di bidang kesehatan dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan (Undang-undang no 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit).

B. Keselamatan Pasien

Menurut Vincent (2008) dalam Manajemen Keselamatan Pasien, keselamatan pasien didefinisikan sebagai penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari hasil tindakan yang buruk atau injuri yang berasal dari proses pelayanan kesehatan (Tutiany, 2017). Berdasarkan Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015), keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang dibentuk oleh rumah sakit yang membuat asuhan pasien menjadi lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang ditimbulkan akibat kesalahan akibat suatu tindakan yang dilakukan atau tindakan yang tidak dilakukan namun seharusnya dilakukan.

Dalam pelaksanaan keselamatan pasien, sistem pelayanan menerapkan standar keselamatan pasien serta sasaran keselamatan pasien. Standar keselamatan pasien

dilaksanakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan kegiatan keselamatan pasien. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menerapkan standar keselamatan pasien. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan no 11 tahun 2017, standar keselamatan pasien meliputi standar:

1. Hak pasien

Hak-hak pasien diatur dalam Undang-undang nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Undang-undang tersebut mengatur mengenai adanya kepastian dan perlindungan hukum dalam penyelenggaraan praktik kedokteran. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit telah mengatur hak-hak pasien dengan adanya ketentuan mengenai sistem asuhan pasien yang lebih aman. Setiap orang berhak menuntut/menggugat atas kerugian yang dialaminya dalam menerima pelayanan medis. (Undang-undang no 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran).

2. Pendidikan bagi pasien dan keluarga

Rumah Sakit Tk.II Pelamonia Makassar memberikan pendidikan kepada pasien dan keluarga secara langsung antara pemberi layanan dengan penerima layanan melalui media monitor ataupun brosur dan leaflet yang berisi materi edukasi. Bentuk pelaporannya, RS ini menyediakan blanko catatan edukasi terintegrasi pasien/keluarga yang berisikan topic edukasi, hambatan yang terjadi, metode edukasi yang digunakan, penerima edukasi disertai tanda tangan, serta profesi yang memberikan edukasi (Raodhah, 2018).

3. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan.

Adanya kesinambungan dalam pelayanan kesehatan diartikan sebagai tersedianya pelayanan setiap saat baik menurut waktu ataupun kebutuhan pelayanan kesehatan (Nopianto, 2015). Dalam pelaksanaan keselamatan pasien yang berkesinambungan, kriteria pelaksanaannya berupa koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari pasien masuk hingga keluar, koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan ketersediaan sumber daya yang ada, koordinasi pelayanan dengan meningkatkan komunikasi sehingga membantu keluarga serta antar profesi kesehatan (Depkes, 2006).

4. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien.

Peningkatan kinerja melalui evaluasi program peningkatan keselamatan pasien dilakukan dengan cara pengumpulan data dan analisis insiden. Rumah sakit yang diakreditasi oleh komisi cenderung memiliki kinerja dasar yang lebih baik dari rumah sakit yang tidak terakreditasi (Surahmat, 2019).

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Menurut Sinurat (2018), peran dari pimpinan dalam hal mendorong penerapan program keselamatan pasien menjadi lebih baik sehingga pasien menjadi puas dalam pelayanan kesehatan yang diterima. Pimpinan juga berpengaruh dalam mengurangi kejadian yang tidak diharapkan serta meningkatnya komunikasi dalam pengambilan keputusan keselamatan pasien.

6. Pendidikan bagi staf tentang keselamatan pasien.

Menurut penelitian Ezdha (2018), pelatihan yang telah diberikan kepada perawat memberikan pemahaman dan penerapan yang berbeda mengenai keselamatan pasien antara sebelum dan sesudah pelatihan. Terjadinya peningkatan pemahaman dan penerapan setelah dilakukannya intervensi.

7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Kerjasama dan hubungan yang baik antara perawat dan dokter merupakan hasil dari komunikasi yang efektif, bertanggung jawab, dan saling menghargai antar profesi. Oleh karena itu komunikasi memberikan peranan guna meningkatkan kualitas layanan dan keselamatan pasien (Rokhmah dan Anggorowati, 2017)

Sasaran keselamatan pasien merupakan program yang wajib diterapkan oleh semua rumah sakit terutama rumah sakit yang terakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan program ini bertujuan untuk mendorong rumah sakit agar melakukan perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien sehingga akan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien (UU no 44 tahun 2009)

Di Indonesia, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit mengacu pada *Nine Life-Saving Patient Safety* dari WHO dan *Joint Commission International (JCI)* dalam

menetapkan sasaran keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien tersebut meliputi identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan pemberian obat, ketepatan terapi, risiko infeksi akibat perawatan, serta pengkajian risiko jatuh (KARS, 2018).

C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD)

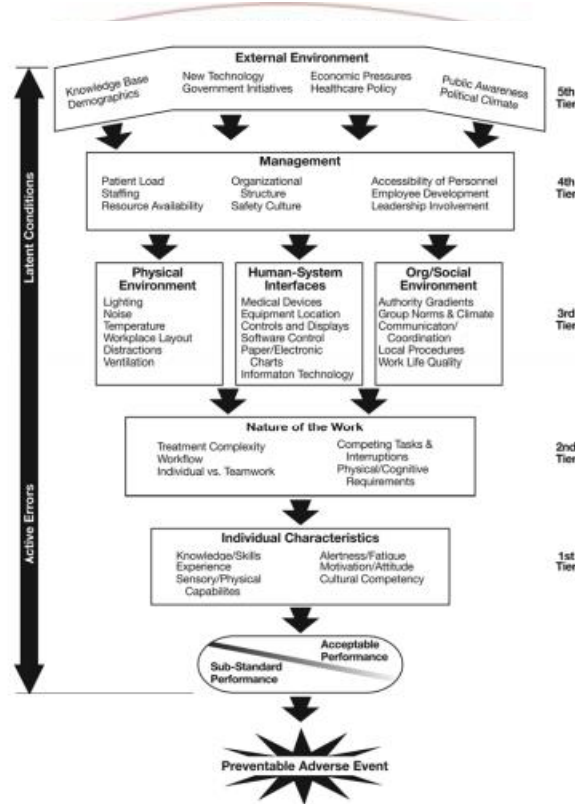
Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan insiden yang tidak diinginkan selama masa perawatan yang dapat mengakibatkan hal yang merugikan dan memungkinkan untuk perawatan tambahan (WHO, 2016). Menurut Kohn (2000), KTD merupakan kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat pelaksanaan suatu tindakan medis atau akibat tidak melaksanakan tindakan yang seharusnya dilakukan, namun bukan karena penyakit dasar pasien. kejadian tersebut dapat terjadi di semua tahapan dalam perawatan dari diagnosis, pengobatan, dan pencegahan. KTD merupakan insiden yang bersifat tidak disengaja, namun hal tersebut tetap tidak boleh terjadi karena dapat berdampak negatif pada pasien.

James T. Reason, seorang psikolog Inggris mengembangkan metode penyebab KTD yaitu *Swiss Cheese Theory*. Menurut teori ini, keju Swiss yang berlubang dan ditaruh berjejer setelah dipotong-potong menggambarkan sebuah sistem. Lubang menggambarkan kelemahan manusia atau system tersebut yang mana selalu berubah ukuran dan posisinya. Lubang-lubang yang terkumpul akan membentuk garis lurus sehingga akan transparan merupakan gambaran dari sebuah kecelakaan atau KTD (Perneger, 2005). Shappel dan Wiegmann (2003) mengembangkan teori *Swiss Cheese* untuk menganalisa kecelakaan penerbangan militer USA sehingga terbentuk metode *Human Factors Analysis and Classification System* (HFACS). Keunggulan dari metode ini berupa taksonomi yang terorganisir secara efisien dan terstruktur berdasarkan hierarki.

Berdasarkan penelitian Mulyana (2013), menyimpulkan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap insiden keselamatan pasien, yaitu:

1. Karakteristik Individu

Karakteristik individu merupakan faktor pertama yang berkontribusi terhadap insiden keselamatan pasien dan berdampak langsung pada kinerja penyedia layanan kesehatan. Faktor karakteristik individu penyedia layanan kesehatan meliputi pengetahuan, kelelahan kerja, dan motivasi (Henriksen *et al*, 2008 dalam Kurniavip dan Damayanti, 2017). Ketika melakukan analisis faktor manusia, poin utama yang perlu dipahami adalah bahwa manusia memiliki keterbatasan dan manusia tidak sempurna (Joint Commission, 2015).



Gambar 1 Faktor-Faktor yang Berkontribusi Dalam Insiden Keselamatan Pasien di Layanan Kesehatan (Sumber: Henriksen et al, 2008)

2. Sifat Dasar Pekerjaan

Faktor yang berkontribusi dalam insiden keselamatan pasien yang kedua adalah sifat dasar pekerjaan. Sifat dasar pekerjaan membahas karakteristik pekerjaan itu sendiri. Hal ini meliputi sejauh mana prosedur yang digunakan

terdefinisi dengan baik, sifat alur pekerjaan, puncak dan tidaknya beban pasien, ada atau tidaknya kerja sama tim, kompleksitas perawatan, fungsi peralaan dan masa penyusutan, interupsi dan pekerjaan yang 'bersaing', dan persyaratan fisik/kognitif untuk melakukan pekerjaan (Henriksen *et al*, 2008).

3. Faktor Lingkungan Fisik

Faktor lingkungan merupakan gambaran efek yang dihasilkan oleh lingkungan akibat kesalahan pada manusia dan menyebabkan efek samping. Penyebabnya berasal dari lingkungan fisik dan lingkungan teknologi. Hal-hal yang mempengaruhi lingkungan fisik dapat berupa pencahayaan, kebisingan, kekacauan yang berlebih, serta tata letak ruangan (Diller *et al*, 2013).

4. Faktor Interaksi Antara Sistem dan Manusia

Sistem merupakan suatu kesatuan yang berasal dari berbagai unsur yang saling berkaitan dan saling mempengaruhi agar mencapai suatu tujuan tertentu (Azwar, 2010). Dalam pendekatan sistem, kesalahan merupakan konsekuensi kegagalan dari sistem itu sendiri dikarenakan keterbatasan yang dimiliki oleh manusia. Hal ini diasumsikan bahwa manusia tidak dapat diubah namun kondisi tempat kerjanya yang perlu diubah. Oleh karena itu, dalam mencari penyebab dan pemecahannya, tidak hanya dari faktor personal, namun juga dari faktor *team work*, peralatan, *task* (SOP, pedoman), kepemimpinan, dan proses manajerial dalam program (Cahyono, 2008)

5. Faktor Organisasi dan Lingkungan Sosial

Menurut Gibson, James, & John (2000) dalam Zees (2012) kinerja karyawan dipengaruhi oleh beberapa variable, yaitu variable individu, psikologis, dan organisasi. Variable organisasi ini meliputi sumber daya, desain pekerjaan, struktur, imbalan, dan kepemimpinan. Budaya organisasi akan menciptakan kesamaan tujuan, motivasi karyawan, dan struktur pengendalian sehingga membentuk perilaku yang dibutuhkan dalam meningkatkan prestasi suatu organisasi (Kreitner & Kinicki, 2010).

Faktor lingkungan merupakan efek pada lingkungan yang disebabkan oleh kesalahan pada manusia yang menyebabkan terjadinya insiden keselamatan

pasien. Lingkungan kerja yang kondusif menumbuhkan motivasi kerja serta mempermudah implementasi keselamatan pasien. Kondisi yang kondusif ini memperhatikan jam kerja karyawan, beban kerja, rasio staf, dan jadwal rotasi, system yang dirancang dengan baik, serta terjamin berjalannya supervise dan komunikasi dalam *teamwork* (Cahyono, 2008).

6. Faktor Manajemen

Faktor ini memiliki dua komponen, yaitu membatasi timbulnya kesalahan yang berbahaya serta menciptakan sistem yang mampu mentolerir terjadinya kesalahan yang berefek. Oleh karena itu dibutuhkan pendekatan yang mengarahkan sebagian besar sumber daya yang ada untuk menargetkan orang, tim, tugas, tempat kerja, serta lembaga dalam pelaksanaan keselamatan pasien (Reason,1997). Manajemen bertanggung jawab atas perencanaan operasional, pendanaan, organisasi, penyusunan staf, pengendalian dan pemecahan masalah, valuasi, serta memastikan bahwa seluruh karyawan mampu dalam melaksanakan rencana kerja (Cahyono, 2008; Diller, 2013).

7. Lingkungan Eksternal

Lingkungan eksternal mampu merubah persepsi serta orientasi suatu organisasi. Salah satu organisasi yang dapat terpengaruh adalah organisasi kesehatan. Lingkungan eksternal yang mampu mempengaruhi organisasi ini berasal dari tuntutan dalam penerapan mutu keselamatan pasien (akreditasi), kompetisi dalam pelayanan, meningkatnya kesadaran masyarakat, serta semakin meningkatnya tuntutan medikolegal (Cahyono, 2008).

D. Pasien Risiko Jatuh

Jatuh didefinisikan sebagai suatu kejadian yang tidak disengaja dimana terjadi perubahan posisi tubuh berada di tanah atau lantai, namun tidak termasuk apabila perubahan posisi tersebut secara sengaja terutama dalam kondisi sedang beristirahat. Berdasarkan dari *World Health Organization* (WHO) sekitar 28-35% orang berusia 65 tahun ke atas mengalami insiden jatuh setiap tahunnya dan meningkat menjadi 32-42% seiring bertambahnya usia di atas 70 tahun. Tingkat

cedera akibat jatuh yang mengakibatkan keadaan darurat yaitu 5,5-8,9 per 10.000 total populasi penduduk (WHO, 2007)

Suatu data penelitian di suatu Rumah Sakit Ibu dan Anak swasta di Bandung, didapatkan data dari komite mutu pada tahun 2017 bahwa adanya angka kejadian jatuh pada pasien ada sebanyak 4 orang, yaitu 3 kejadian pada triwulan I dan 1 kejadian pada triwulan kedua. Hal ini tentunya menjadi masalah karena dalam indikator mutu seharusnya tidak ada pasien jatuh dengan nilai standar 100%.

E. Faktor Risiko Jatuh

Jatuh merupakan suatu kejadian yang tidak disengaja. Oleh karena itu banyak faktor yang mempengaruhi sehingga terjadinya insiden pasien jatuh di rumah sakit. Berdasarkan hasil penelitian Dewi dan Richa (2018), faktor-faktor yang menyebabkan risiko pasien jatuh, yaitu (1) pengetahuan dari tenaga kesehatan mengenai standar operasional prosedur (SOP) pelaksanaan pencegahan pasien jatuh; (2) rasio serta beban kerja perawat yang tidak sesuai; (3) sarana dan prasarana yang mendukung seperti bel dan *bed side rel*; (4) lingkungan.

Berdasarkan *clinical guideline* yang dikeluarkan oleh *The Royal Children's Hospital Melbourne* faktor-faktor yang mempengaruhi pasien risiko jatuh meliputi: (1) lingkungan seperti sisi pengaman ranjang yang tidak terpasang, lantai yang basah, dll lokasi tombol bantuan yang terlalu jauh dari pasien, letak peralatan yang tidak rapi; (2) usia; (3) diagnosis klinis dimana kondisi klinis pasien yang berbeda sesuai diagnosis masing-masing pada pasien yang mana mempengaruhi meningkatnya risiko jatuh; (4) status mental; (5) gangguan mobilitas; (6) penggunaan medikasi yang mana pada beberapa jenis obat mempengaruhi pasien sehingga berisiko untuk jatuh seperti Barbiturat, phenothiazines, sedative, hipnotik, antidepresan, dll.

F. Dampak dan Probabilitas Risiko Pasien Jatuh

Berdasarkan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2015), dalam menilai suatu analisa kualitatif dalam menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya. Penilaian dampak dari suatu insiden dinilai dari

seberapa berat akibat yang dialami oleh pasien. sedangkan dalam penilaian probabilitas dinilai seberapa sering insiden tersebut terjadi. Berikut jenis-jenis dampak dan probabilitas risiko berdasarkan tingkatannya:

Tabel 1 Tingkat Dampak dan Probabilitas Risiko Pasien Jatuh

Tingkat Risiko	Dampak	Probabilitas (frekuensi)
Tidak Signifikan	Tidak terdapat luka	Sangat jarang (>5tahun)
Minor	Cedera ringan misal luka lecet (dapat diatasi dengan pertolongan pertama)	Jarang/ <i>unlikely</i> (>2-5 tahun/kali)
Moderat	Cedera sedang misal luka robek, memperpanjang perawatan pasien, menyebabkan berkurangnya fungsi motoric/sensorik/psikologi/intelektual	Mungkin/ <i>possible</i> (1-2 tahun/kali)
Mayor	Cedera luas/berat missal cacat, lumpuh, kehilangan fungsi motoric/sensorik/psikologi/intelektual	Sering/ <i>likely</i> (beberapa kali/tahun)
Katastropik	Kematian tanpa berhubungan dengan perjalanan penyakit yang diderita pasien	Sangat sering/ <i>almost certain</i> (tiap minggu/bulan)

Sumber: KPPRS (2015)

G. Manajemen Risiko Pasien Jatuh

Manajemen risiko merupakan upaya dalam menganalisis suatu sistem terhadap potensi terjadinya kesalahan sehingga mencegah terjadinya insiden. Manajemen risiko terdiri dari prosen identifikasi, penyusunan prioritas risiko, analisis, serta pengurangan potensi risiko yang mungkin terjadi baik pada pasien, pengunjung, staff, maupun asset organisasi (Kavaler & Spiegel, 2003). Melalui proses ini akan memfasilitasi proses pengambilan keputusan. Keputusan ini dapat berupa kebijakan yang dapat diterapkan oleh rumah sakit untuk mencegah terjadinya KTD dalam pelayanan kesehatan (Yulianingtyas, 2016).

Mengintegrasikan kegiatan manajemen risiko merupakan bagian dari tujuh langkah keselamatan pasien. keselamatan pasien merupakan komponen penting dari manajemen risiko serta harus diintegrasikan dengan keselamatan staf, manajemen complain, penanganan litigasi, dank lain. Program-program asesmen risiko

merupakan bagian dari strategi manajemen risiko di fasilitas kesehatan. Kegiatan ini di unit pelaksana dapat berupa melakukan asesmen risiko pasien secara individual. Dalam kasus pasien jatuh, terdapat berbagai macam asesmen pasien. risiko jatuh yang dapat digunakan sesuai dengan masing-masing rumah sakit. Kemudian dalam proses selanjutnya dapat dilakukan tindakan sesuai dengan hasil pengkajian yang didapatkan (PMK no 11 tahun 2017). Manajemen risiko pasien jatuh ini dilaksanakan sejak pasien mendaftar hingga pasien pulang. Pengkajian ini dilakukan untuk mengidentifikasi akar masalah penyebab risiko pasien jatuh, mengembangkan alternative solusi dan melakukan uji dari alternative solusi tersebut (Budiono, 2014).

H. Pengkajian dan Intervensi Risiko Jatuh

Program pencegahan pasien risiko jatuh merupakan suatu hal yang sangat kompleks. Berdasarkan *Agency for Healthcare Research and Quality* (2013) pelaksanaan program pencegahan pasien jatuh berupa tindakan pencegahan yang dilakukan kepada seluruh pasien baik dengan atau tanpa risiko jatuh. Hal ini menjadikan lingkungan pasien menjadi aman dan nyaman. Beberapa institusi telah menciptakan masing-masing pengkajian yang dapat digunakan sebagai penilaian pada pasien risiko jatuh. *Morse Fall Scale* merupakan pengkajian yang paling banyak digunakan pada pasien dewasa dan *Humpty Dumpty Fall Scale* merupakan pengkajian yang sering digunakan pada pasien anak. Ketika dilakukan penilaian dengan benar, pengkajian ini akan memberikan data untuk perencanaan perawatan selanjutnya. Masing-masing rumah sakit dapat memilih pengkajian yang sesuai dengan kondisi rumah sakit.

1. Morse Fall Scale (MFS)

Morse Fall Scale digunakan untuk memprediksi risiko jatuh yang dikembangkan sendiri oleh Morse di Alberta, Kanada pada tahun 1985. Asesmen ini terdiri dari 6 variabel, yaitu : riwayat jatuh, diagnosis sekunder, penggunaan alat bantu, terpasang infus, gaya berjalan, serta status mental. Penggunaan MFS ini dapat membantu dalam pengambilan keputusan, menyesuaikan intervensi yang akan dilakukan kepada masing-masing pasien,

memfasilitasi perencanaan tindakan keperawatan, serta sebagai transmisi informasi antara professional kesehatan (Cruz *et al*, 2015)

Tabel 2 Morse Fall Scale

NO	Faktor Risiko	Skala	Skor
1.	Riwayat Jatuh; maksimal 3 bulan terakhir	Tidak	0
		Ya	25
2.	Diagnosa Sekunder	Tidak	0
		Ya	15
3.	Alat Bantu	<i>Bed rest</i> /bantuan perawat	0
		Tongkat/tripod	15
		Kursi/perabot	30
4.	IV line	Tidak	0
		Ya	20
5.	Gaya Berjalan	Normal/ <i>bedrest</i> /kursi roda	0
		Lemah	10
		Terganggu	25
6.	Status Mental	Menyadari kemampuan	0
		Tidak menyadari	15
		keterbatasan	

(Sumber: *Agency for Healthcare Research and Quality*, 2013)

Setiap interpretasi memiliki tindakan yang berbeda kepada pasien. Pasien tanpa risiko jatuh cukup dilakukan tindakan perawatan dasar. Pada pasien dengan risiko rendah dilakukan tindakan standar pencegahan pasien jatuh. Sedangkan pasien dengan risiko tinggi dilakukan tindakan pencegahan yang lebih intens pada pasien (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2013).

2. *Humpty Dumpty Fall Scale* (HDFS)

Humpty Dumpty Fall Scale dan *Patient Falls Safety Protocol* merupakan salah satu asesmen yang banyak digunakan di rumah sakit khusus anak-anak yang mana merupakan pengembangan dari program *Humpty Dumpty Fall Prevention*. Pengkajian ini mengkategorikan pasien anak-anak dalam pasien risiko rendah dan risiko tinggi. Dalam penilaiannya *Humpty Dumpty Fall Scale* memiliki 7 variabel. Setelah dilakukan pengkajian ini, maka tindakan pencegahan yang dapat dilakukan sesuai *Patient Falls Safety Protocol* seperti penggunaan alas kaki yang tidak licin, orientasi ke ruangan, tempat tidur dalam

posisi rendah, terkunci, pinggiran tempat tidur 2-4x lebih tinggi dll. (Rodriguez, 2009).

Tabel 3 Humpty Dumpty Fall Scale

NO	Parameter	Kriteria	Skor
1.	Usia	< 3 tahun	4
		3-7 tahun	3
		7-13 tahun	2
		≥13 tahun	1
2.	Jenis Kelamin	Laki-laki	2
		Perempuan	1
3.	Diagnosis	Diagnosis Neurologi	4
		Berhubungan dengan oksigenasi (diagnosis paru, dehirasi, anemia, <i>syncope</i> dll)	3
		Gangguan psikologi	2
		Diagnosis lainnya	1
4.	Gangguan Kognitif	Tidak menyadari keterbatasan	3
		Lupa mengenai keterbatasan	2
		Mengetahui batas kemampuan	1
5.	Faktor Lingkungan	Riwayat jatuh atau bayi yang diletakkan di tempat tidur	4
		Pasien yang menggunakan alat bantuan	3
		Pasien yang diletakkan di tempat tidur	2
		Pasien rawat jalan	1
6.	Respon terhadap tindakan bedah/sedative/anestesi	Dalam 24 jam	3
		Dalam 48 jam	2
		Lebih dari 48 jam/tidak sama sekali	1
7.	Penggunaan obat	Penggunaan lebih dari 1 obat-obatan berikut: Sedatif, hipnotik, barbiturate, phenothiazines, antidepresan, diuretic, narkotik	3
		Penggunaan salah satu obat diatas	2
		Penggunaan obat lainnya atau tidak sama sekali	1

(Sumber: Rodriguez, 2009)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Budiono (2013), dalam pelaksanaan program pencegahan risiko pasien jatuh di Rumah Sakit Islam UNISMA Malang, rumah sakit melalui *Focus Group Discussion* (FGD) didapatkan

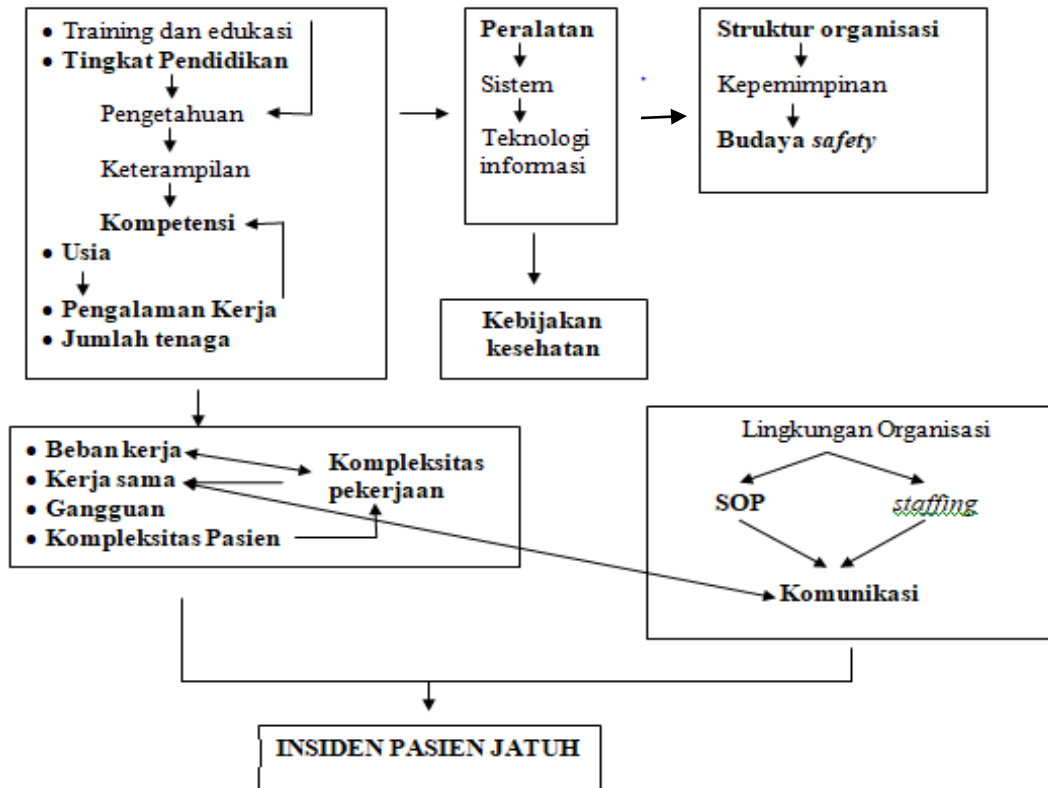
beberapa alternatif solusi berupa penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO), serta pedoman pelaksanaan program kegiatan manajemen risiko jatuh. Beberapa hal yang diperlukan berupa instrument identifikasi pasien, pembuatan penanda berupa gelang identitas. Kegiatan berupa edukasi dapat berupa pembuatan *leaflet* untuk pasien dan keluarga tentang penanganan risiko pasien jatuh, serta sosialisasi dan pelatihan petugas mengenai manajemen risiko pasien jatuh.

Berdasarkan penelitian di RS Pupuk Kalimantan Timur, alternatif solusi yang ditemukan melalui FGD adalah mengenai kelengkapan fasilitas pendukung penerapan pencegahan pasien risiko jatuh, kelengkapan Standar Prosedur Operasional (SPO), dan penerapan serta dokumentasi pencegahan pasien risiko jatuh (Sanjaya *et al*, 2017)



I. Kerangka Teori

Untuk memperjelas teori penelitian, peneliti membuat kerangka teori yang dapat dilihat pada gambar dibawah ini :



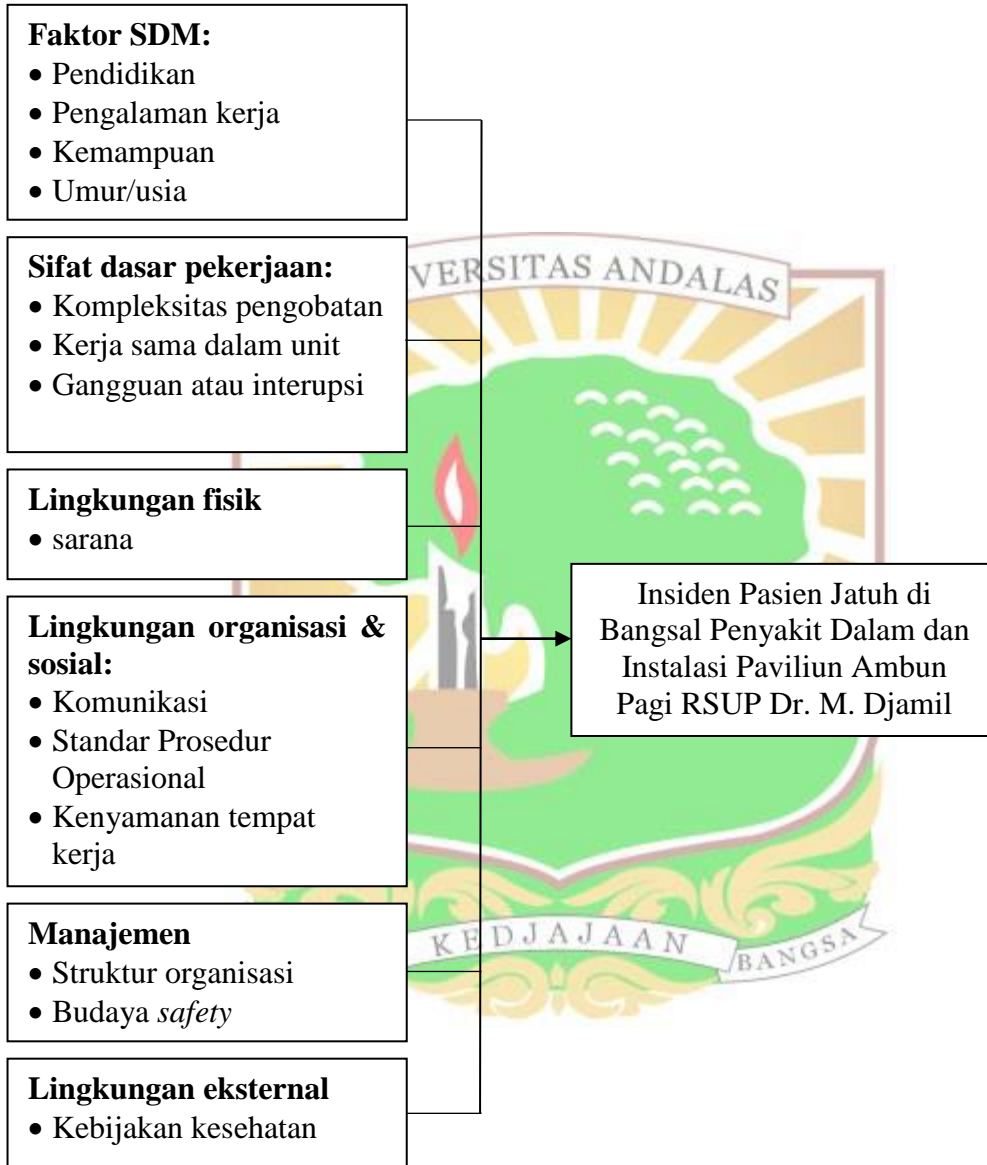
Gambar 2 Kerangka Teori

(Sumber :Henriksen *et al*, 2008; Cahyono, 2008; Diller 2013; Mulyana 2013)



J. Kerangka Konsep

Dalam menentukan tujuan penelitian, maka dirumuskan kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 3 Kerangka Konsep

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian kualitatif dengan metode *Framework Analysis*, yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang penyebab kejadian pasien jatuh di bangsal penyakit dalam dan instalasi paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Penelitian kualitatif digunakan untuk mendapatkan data yang mendalam yang mengandung makna. Penelitian ini berlandaskan filsafat postpositivisme yang mengeksplorasi masalah sosial atau manusia secara holistik/utuh, kompleks, dinamis, penuh makna, dan bersifat interaktif. Oleh karena itu penelitian dilakukan pada obyek yang alamiah yaitu yang berkembang apa adanya dan tidak dimanipulasi oleh peneliti. Secara metodologis, penelitian ini menggunakan logika induktif melalui kategorisasi data yang didapat selama penelitian berlangsung, sehingga menghasilkan pola atau teori yang mampu menjelaskan fenomena yang terjadi (Sugiyono, 2016).

Metode yang digunakan pada penelitian kualitatif ini adalah metode *Framework Analysis*. Untuk analisisnya, penelitian ini dapat menggabungkan pendekatan induktif yaitu berdasarkan pengalaman dan pandangan informan dengan pendekatan deduktif yaitu dari literature yang ada (Srivasta&Thomson, 2009).

B. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di bangsal penyakit dalam dan instalasi paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang. Kegiatan penelitian dimulai sejak bulan Mei 2019 sampai dengan bulan Januari 2020.

C. Informan Penelitian

Informan merupakan orang yang turut serta berperan dalam suatu kegiatan. Pemilihan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu dengan pertimbangan orang tersebut dianggap mengetahui dan memahami masalah yang lebih luas dan mendalam sehubungan dengan objek penelitian serta

dapat dipercaya dan kompeten sebagai sumber data. (Sugiyono, 2016). Informan yang direncanakan dalam penelitian ini adalah:

1. Kepala Bidang Pelayanan Medik
2. Ketua Komite Mutu dan Manajemen Risiko
3. Kepala Instalasi Rawat Inap Non Bedah dan Ambun Pagi
4. Kepala Ruangan Rawat Inap Non Bedah dan Ambun Pagi
5. Perawat pelaksana yang mewakili setiap ruangan.
6. Pasien yang berisiko jatuh 6 orang

Dalam penelitian kualitatif, jumlah informan masih bersifat sementara. Penentuan jumlah informan akan dianggap memadai apabila telah sampai ke taraf “*redundancy*” (datanya telah jenuh dan informan tidak dapat memberikan informasi yang baru lagi (Sugiyono, 2016).

Tabel 4 Daftar Informan/Partisipan Penelitian Analisis Penyebab Insiden Pasien Jatuh di Bangsal Penyakit Dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

No	Informan	Jumlah	Keterangan
Kelompok Manajemen			
1.	Kepala Bidang Pelayanan Medik (informan 1)	1	<i>Semistructured Interview</i>
2.	Ketua Komite Mutu dan Manajemen Risiko (informan 2)	1	<i>Semistructured Interview</i>
Kelompok Penanggung Jawab Rawat Inap			
1.	Kepala Instalasi Rawat Inap Non Bedah (informan 3)	1	<i>Semistructured Interview</i>
2.	Kepala Instalasi Ambun Pagi (informan 4)	1	<i>Semistructured Interview</i>
3.	Kepala Ruangan Rawat Inap Non Bedah (informan 5)	1	<i>Semistructured Interview</i>
4.	Kepala Ruangan Ambun Pagi (informan 6)	1	<i>Semistructured Interview</i>
Kelompok Profesi Pemberi Asuhan (PPA)			
1.	Perawat Pelaksana		<i>Semistructured Interview</i>
Kelompok Penerima Asuhan			
1.	Pasien yang berisiko jatuh	6	<i>Semistructured Interview</i>

Tabel 5 Daftar Informan dan Materi Pertanyaan pada Penelitian Analisis Penyebab Insiden Pasien Jatuh di Bangsal Penyakit Dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

No.	Informan	Materi Pertanyaan													
		Faktor SDM			Sifat Dasar Pekerjaan			Lingk. Organisasi & Sosial		Fisik	Manajemen		Lingk. Eksternal		
		Pendidikan	Pengalaman Kerna	Kemampuan	Umur	Kompleksitas Pengobatan	Kerjasama	Gangguan	Komunikasi	SOP	Kenyamanan	Sarana	Struktur Organisasi	Budaya Safety	Kebijakan
1.	Kepala Bidang Pelayanan Medis								✓		✓	✓	✓	✓	✓
2.	Ketua Komite Mutu dan Manajemen Risiko								✓		✓	✓	✓	✓	✓
3.	Kepala Instalasi Rawat Inap Non Bedah	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.	Kepala Instalasi Ambun Pagi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.	Kepala Ruangan Rawat Inap Non Bedah	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.	Kepala Ruangan Ambun Pagi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7.	Perawat Pelaksana	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8.	Pasien					✓	✓	✓	✓		✓	✓			

D. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrumen atau alat penelitian utamanya adalah peneliti itu sendiri. Apabila fokus penelitian menjadi jelas, maka instrument penelitian akan dikembangkan dan diharapkan dapat melengkapi data dan

membandingkan dengan data yang telah ditemukan melalui observasi dan wawancara. Beberapa hal yang dibutuhkan untuk menunjang pelaksanaan penelitian adalah berupa pedoman wawancara, lembar observasi, telaah dokumen, *tape recorder* dan kamera (Sugiyono, 2016).

E. Sumber Data

Pengumpulan data dapat dilakukan dari berbagai sumber, yaitu dari sumber data primer dan sumber data sekunder. Sumber data primer merupakan sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data. Pada penelitian ini sumber data primer berasal dari hasil observasi pelaksanaan asesmen pencegahan risiko jatuh, dan hasil *semistructured interview* dengan informan di bangsal penyakit dalam dan instalasi paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang. Hal yang berbeda pada sumber data sekunder merupakan sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data. Pada penelitian ini data sekunder berasal dari sumber tertulis berupa dokumen terkait pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang (Sugiyono, 2016).

F. Teknik Pengumpulan Data

Pada penelitian kualitatif, teknik pengumpulan data dilakukan pada kondisi yang alamiah. Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data primer pada penelitian ini menggunakan teknik wawancara semi terstruktur. Peneliti akan mendapatkan penjelasan untuk mengumpulkan informasi dari informan dengan pedoman wawancara serta direkam dengan *tape recorder*. Sedangkan teknik yang digunakan dalam pengumpulan data sekunder yaitu dengan cara telaah dokumen yang terdapat di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Untuk dapat menyajikan suatu gambaran riil dalam mendapatkan informasi juga dibutuhkan teknik pengumpulan data berupa observasi. Pada penelitian ini diamati pelaksanaan asesmen pencegahan pasien jatuh di bangsal penyakit dalam dan instalasi paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang (Sujarweni, 2014)

G. Validasi Data

Pada penelitian kualitatif, uji validitas data disebut triangulasi. Menurut Moleong (2007) dalam Pongtiku (2016) triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan hal lainnya di luar data untuk sebagai pembandingan dalam data tersebut.

Triangulasi terdiri dari:

1. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber yaitu dengan membandingkan data dengan fakta serta sumber lainnya. Sumber lainnya ini dapat berupa informan yang berbeda serta teknik riset yang berbeda namun masih menggali topic yang sama. Pada penelitian ini, triangulasi sumber dilakukan dengan 6 informan dari manajemen rumah sakit dan tenaga fungsional yang berperan langsung dalam pelaksanaan asesmen pencegahan pasien jatuh.

2. Triangulasi Metode

Triangulasi metode yaitu pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian dengan beberapa teknik pengumpulan data. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini berupa wawancara mendalam dengan informan, FGD dengan petugas rawat inap, observasi langsung pelaksanaan asesmen pencegahan pasien jatuh serta telaah dokumen.

H. Analisis Data

Menurut Mudjirahardjo dalam Sujarweni (2014), analisis data adalah sebuah kegiatan untuk mengatur, mengurutkan, mengelompokkan, memberi kode atau tanda, dan mengkategorikannya sehingga diperoleh temuan sesuai dengan focus masalah. Menurut Miles 1994) dan Faisal (2003) dalam Sujarweni (2014) analisis data dilakukan selama pengumpulan data di lapangan dan setelah semua data terkumpul. Pada saat wawancara, peneliti sudah melakukan analisis terhadap jawaban yang diwawancarai. Apabila jawaban yang diwawancarai setelah dianalisis terasa belum memuaskan, maka peneliti akan melanjutkan pertanyaan lagi, sampai tahap tertentu, diperoleh data yang dianggap kredibel (Sugiyono, 2016).

Penting untuk diingat bahwa pada penelitian ini menggunakan *Framework Analysis* yang mana dalam analisisnya sebagian besar bergantung pada interaksi yang terjadi selama pengumpulan data, analisis, dan pengembangan teori. Adapun tahapan analisis data menggunakan metode *Framework Analysis* (Srivasta&Thomson, 2009; Gale, 2013):

1. Familiarisasi

Peneliti diharapkan menjadi familiar dengan keseluruhan hasil wawancara baik dari rekaman audio, transkrip, atau catatan lainnya. Hal ini juga akan sangat membantu apabila peneliti mendengar secara berulang-ulang hasil rekaman yang ada.

2. Identifikasi *Thematic Framework*

Peneliti menentukan topic atau masalah yang didapat berdasarkan data yang ada. Kemudian topic tersebut akan membentuk sebuah *Thematic Framework*. Penting bagi peneliti agar tidak memaksakan data agar sesuai dengan teori yang ada.

3. *Indexing*

Proses pengkodean dalam identifikasi *Thematic Framework* pada data penelitian. Sistem pengkodean yang direkomendasikan adalah menggunakan kode numerik.

4. *Charting*

Data yang didapat akan disalin dalam bentuk bagan yang sesuai dengan topic pada *Thematic Framework*.

5. *Mapping* dan Interpretasi

Tahapan yang terakhir, peneliti membentuk kerangka yang menggambarkan hubungan, topic, serta penjelasan dari data penelitian.

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum RSUP DR. M.Djamil Padang

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. M. Djamil adalah rumah sakit Kelas A Pendidikan dengan status Badan Layanan Umum (BLU), merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah Sumatera Bagian Tengah, melayani masyarakat di wilayah Provinsi Sumatera Barat, Riau, Jambi, Bengkulu, serta wilayah Sumatera Utara bagian selatan dengan kapasitas 800 TT

RSUP DR. M Djamil Padang awalnya bernama RSU Megawati, menempati 2 (dua) komplek, yaitu di Jalan Belakang Gereja dan di Jalan Jati Lama dengan kapasitas 100 TT. Pada tahun 1953 dibangun gedung baru di atas tanah seluas 8.576 Ha di Jalan Perintis Kemerdekaan, dengan nama RSUP DR.M.Djamil Padang yang diresmikan pada tahun 1978 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 134 tahun 1978, yaitu untuk mengabadikan nama salah seorang putera terbaik Sumatera Barat dalam masa perjuangan kemerdekaan, yaitu Dr. M. Djamil, Ph.D, DSc.

RSUP DR.M.Djamil Padang telah mengalami berbagai perubahan status. Pada tahun 1994 melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 542 tahun 1994, RSUP DR.M.Djamil Padang ditetapkan sebagai Unit Swadana. Tahun 1997, guna memberikan otonomi di bidang pengelolaan pendapatan, sesuai dengan Undang-Undang Nomor 20 tahun 1997 tentang Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP), RSUP DR.M.Djamil Padang ditetapkan sebagai Unit Pengguna PNBP, berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 123/2000, RSUP DR.M.Djamil Padang berubah status menjadi Rumah Sakit Perusahaan Jawatan (RS Perjan) dengan nama Perjan RS DR. M. Djamil Padang. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005, Perjan RSUP DR. M. Djamil Padang dikembalikan statusnya menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kemenkes RI, dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU).

Di dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian di era globalisasi, AFTA 2015, peningkatan rumah sakit sudah menjadi kelas A di akhir tahun 2016, serta tuntutan masyarakat terhadap pelayanan yang

semakinmeningkat, maka RSUP Dr M Djamil Padang harus memberikan pelayanan terbaik, bermutu tinggi dan mengutamakan keselamatan pasien

1. Visi, Misi, Motto dan Kebijakan Rumah Sakit Visi :

“Menjadi Rumah Sakit Pendidikan Dan Rujukan Nasional Yang Terkemuka Di Indonesia Tahun 2019 ”

a. Misi :

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif dan bertaraf internasional, berdaya saing, dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat.
- 2) Menyelenggarakan pendidikan yang professional & penelitian berbasis bukti dibidang kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- 3) Menyelenggarakan sistem manajemen rumah sakit yang professional
- 4) Menjadikan tempat kerja yang aman, nyaman dan menyenangkan

b. Motto :

“Kepuasan Anda Adalah Kepedulian Kami” Nilai-nilai budaya / *core values* adalah nilai PEDULI (Profesionalisme, Empati, Daya saing, Utama, Loyal dan Ikhlas).

Sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr M. Djamil Padang tahun 2015-2019, berkeinginan sebagai rumah sakit pendidikan terbaik, berkualitas bagi peserta didik sesuai standar kompetensi dan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi & informasi, tempat kerja yang nyaman dan menyenangkan bagi seluruh jajaran rumah sakit, terbentuknya kerjasama yang profesional, serta terwujudnya kepuasan pelanggan (RSUP Dr.M.Djamil, 2014).

2. Keadaan Demografis

Sumatera Barat adalah salah satu provinsi di Indonesia yang terletak di pulau Sumatera dengan Padang sebagai ibu kotanya. Sesuai dengan namanya, wilayah provinsi ini menempati sepanjang pesisir barat Sumatera bagian tengah dan sejumlah pulau di lepas pantainya seperti Kepulauan Mentawai. Dari utara ke selatan, provinsi dengan wilayah seluas 42.297,30 km² ini berbatasan dengan empat provinsi, yakni Sumatera Utara, Riau, Jambi, dan Bengkulu. Jumlah penduduk Propinsi Sumatera Barat pada tahun 2002 sebanyak 4.375.080 jiwa dan menduduki ranking ke 5 di bawah propinsi Sumatera. Berdasarkan data kabupaten dan kota di Propinsi Sumatera Barat, jumlah penduduk terbanyak terdapat di Kota Padang, yaitu 743.220 jiwa.

RSUP Dr. M. Djamil Padang adalah sebuah rumah sakit pemerintah yang terletak di kota Padang, provinsi Sumatera Barat, merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah Sumatera Bagian Tengah serta wilayah Sumatera Utara bagian selatan.

3. Jenis Pelayanan RSUP DR.M.Djamil Padang

RSUP.DR.M.Djamil Padang merupakan rumah sakit tipe A, pelayanan rujukan tingkat lanjut bagi rumah sakit tipe B dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat dua yang ada disekitarnya. Oleh karena itu rumah sakit sudah memiliki pelayanan yang lengkap serta sarana prasarana yang lengkap. Bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh RSUP DR. M.Djamil Padang berupa kegiatan pelayanan kesehatan, memberikan dan memfasilitasi pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian. Jenis pelayanan kesehatan yang sudah tersedia di RSUP DR.M.Djamil Padang mengacu kepada standar Permenkes No. 56 Tahun 2014 berdasarkan kelas RS tipe A yang terlampir pada lampiran 7

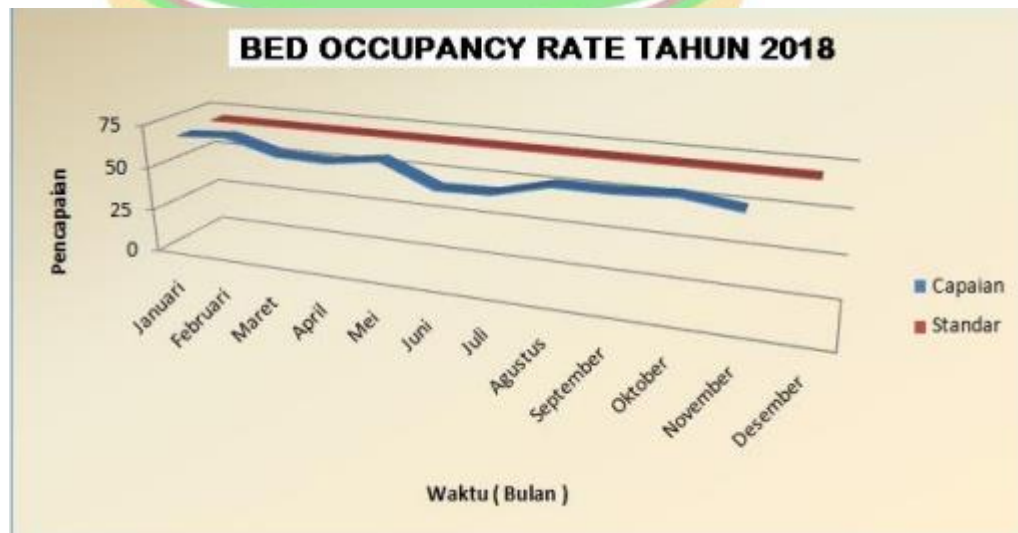
RSUP Dr. M. Djamil Padang saat ini yang sudah menjadi rumah sakit Kelas A pendidikan utama, sudah melaksanakan semua jenis pelayanan sesuai standar pelayanan yang ditetapkan dari Kemkes RI. Beberapa jenis pelayanan sudah memiliki ketersediaan dokter subspecialis, dokter spesialis,

beberapa dokter pelayanan spesialis penunjang lainnya, pelayanan keperawatan kebidanan, pelayanan farmasi, pelayanan gizi serta pelayanan penunjang lainnya. Ketersediaan pelayanan tersebut didukung dengan ketersediaan SDM dari semua profesi pemberi asuhan (PPA) dalam memberikan asuhan pasien serta menjamin keselamatan pasien rumah sakit.

4. Pencapaian Kinerja Rumah Sakit

a. BOR (*Bed Occupancy Rate / percentage bed occupancy*)

Angka pencapaian kinerja RSUP DR.M.Djamil Padang berdasarkan *Bed Occupancy Rate* (BOR) pada tahun 2012 sampai tahun 2016 belum mencapai standar. Standard nilai ideal untuk BOR menurut Barber Johnson 75-85%. *Bed Occupancy Rate* (BOR) merupakan angka yang menunjukkan presentase tingkat penggunaan tempat tidur pada satuan waktu tertentu di unit rawat inap (bangsal). Penghitungan BOR untuk mengetahui tingkat penggunaan tempat tidur suatu rumah sakit. Angka BOR yang rendah berarti kurangnya penggunaan fasilitas perawatan rumah sakit oleh masyarakat. Meskipun demikian angka BOR yang tinggi juga mengindikasikan rendahnya kinerja rumah sakit. Hal berikut dapat dilihat pada gambar 4 tentang pencapaian BOR RSUP DR.M.Djamil Padang selama tahun 2018:



Gambar 4 Pencapaian BOR RSUP Dr. M. Djamil Padang selama Tahun 2018

Gambar 4 di atas adalah persentase capaian indikator mutu *Bed Occupation Rate* pada Tahun 2018, trendnya cenderung bervariasi dan belum mencapai standar yang ditetapkan. Standarnya adalah 70 – 80%, sedangkan rata rata perbulan capaian indikator mutu ini adalah 62.81%. Capaian yang mendekati standar adalah 69.94% pada bulan Februari dan capaian yang masih jauh dari standar adalah 53.14% pada bulan Juni. Penyebab rendahnya BOR pada bulan Juni adalah karena pada bulan tersebut bulan puasa dan banyaknya permintaan pasien pulang

B. Karakteristik Informan

Informan yang memberikan informasi melalui wawancara mendalam sebanyak 15 orang, terdiri dari Direktur Medik dan Keperawatan, Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien, Pengelola Perawatan dan Kepala Ruangan dari empat Instalasi Rawat Inap (Kebidanan, Anak, Penyakit Dalam, Bedah), seperti tabel 6 dibawah ini:

Tabel 6. Karakteristik Informan Wawancara Semi Terstruktur

No	Kode Informan	JK	Jabatan	Pendidikan Terakhir
1	2	3	4	5
1	If. 1	L	Kepala Bidang Pelayanan Medik	S2. Dokter Sp. THT-KL
2	If. 2	P	Kepala Instalasi Paviliun Ambun Pagi	S1. Kep
3	If. 3	L	Sekretaris Instalasi Penyakit Dalam	S2. Kep
4	If. 4	P	Kepala Ruangan Paviliun Ambun Pagi	S1. Kep
5	If. 5	P	Kepala Ruangan Penyakit Dalam	S1. Kep
6	If. 6	P	Perawat Pelaksana	S1. Kep
7	If. 7	P	Perawat Pelaksana	D3. Kep
8	If. 8	P	Perawat Pelaksana	D3. Kep
9	If. 9	P	Perawat Pelaksana	D3. Kep
10	If. 10	P	Perawat Pelaksana	S1. Kep
11	If. 11	P	Perawat Pelaksana	D3. Kep
12	If. 12	P	Perawat Pelaksana	D3. Kep
13	If. 13	P	Perawat Pelaksana	S1. Kep
14	If. 14	L	Perawat Pelaksana	S1. Kep
15	If. 15	L	Perawat Pelaksana	S1. Kep

C. Hasil Penelitian

1. Faktor Sumber Daya Manusia (SDM)

a. Pihak yang bertanggung jawab

Pencegahan pasien jatuh melibatkan berbagai pihak baik tenaga kesehatan maupun non kesehatan di rumah sakit tersebut. Pihak-pihak yang bertanggung jawab untuk pencegahan pasien jatuh adalah semua yang berkontak dengan pasien baik perawat, dokter, *cleaning service* dan keluarga pasien. Peran perawat berupa melakukan pengkajian ulang risiko jatuh, dimana pasien dengan risiko rendah dikaji perhari, sedangkan pasien dengan risiko sedang dan tinggi dikaji per *shift*. Pasien dengan risiko sedang dan tinggi akan diedukasi agar tetap berada di tempat tidur. Perawat meningkatkan pengawasan bagi pasien dengan risiko tinggi, apabila pasien gelisah, dilakukan pemasangan *restrain*. Lakukan pengecekan setiap saat apabila pasien mengalami perubahan kondisi serta dicatat untuk pendokumentasian. Sedangkan dalam kondisi tertentu yang membutuhkan pasien untuk berjalan, perawat akan membantu pasien untuk berjalan atau memfasilitasi pasien dengan kursi roda. Kemudian peran perawat pada pasien yang sudah sampai di tujuan adalah mengajurkan keluarga untuk menemani pasien serta memfasilitasi pasien dengan kursi roda apabila perlu. Hal ini seperti kutipan wawancara berikut ini :

“Tidak lintas sektoral juga ada perawat, dokter tapi kalau di bagian pengkajian mungkin lebih banyak di bagian perawat sm dokternya sih. Tapi secara keseluruhan perawat, dokter dan yang kontak dengan pasien terutama keluarga, cleaning service...”(Inf-1)

“yang pasti perawat yang bertugas, namun kita tidak tertutup kemungkinan kolaborasi dengan keluarga...”(Inf-3)

“semuanya terlibat terutama perawat mengkaji ulang risiko jatuh, melakukan pengawasan, memasang restrain pada pasien gelisah, melakukan pengecekan pada perubahan kondisi pasien. kalo saat pasien berjalan, pasien dengan risiko sedang dan tinggi, kita gak anjurkan ya, tapi kalo ada suatu hal yang bikin pasien harus jalan yan perawat juga berpartisipasi dalam membantu pasien. kalo pasien udah sampai ditujuan yaa kita anjurkan keluarga untuk

menemani trus kita fasilitasi dengan kursi roda.” Yaa klo dokter sebatas edukasi, tapi pelaksanaannya sih tidak ada. (Inf-4)

“Semuanya bertanggung jawab, sebetulnya semuanya terlibat”(Inf-5)

Pihak yang berperan selanjutnya adalah dokter dimana peran dokter berupa mengedukasi pasien dengan diagnosis yang berisiko pasien jatuh. Sedangkan peran *cleaning service* yaitu memastikan lantai tidak boleh basah dan licin, serta memastikan keset kaki selalu ada di depan kamar mandi. Hal ini tampak seperti kutipan di bawah ini:

“Yaa klo dokter sebatas edukasi, tapi di lapangan sih tidak ada. Hmm kalau untuk CS ya lantai tidak boleh basah dan licin, trus keset kaki harus ada di kamar mandi”(Inf-4)

“sangkut paut ke SDM, perawat, dokter. Semua petugas yang melayani pasien ya. yang berkontak langsung”(Inf-6)

“cleaning service ya harus mastiin lantai gak basah, trus air di kamar mandi nyala, keset kamar mandi ada. Karena kebanyakan pasien berisiko jatuh kan di kamar mandi” (Inf-8)

Berdasarkan hasil observasi lapangan didapatkan bahwa perawat melakukan pengkajian ulang risiko jatuh pada setiap pasien. Perawat kurang optimal dalam melakukan pengawasan ketat serta edukasi pada pasien mengenai pencegahan pasien jatuh. Di lain pihak, dokter juga sangat jarang sekali atau hampir tidak ada melakukan edukasi pada pasien yang berisiko jatuh. *Cleaning service* kurang rutin berkeliling untuk memastikan ruangan tidak basah dan licin dan lebih sering diingatkan oleh perawat mengenai lantai.

Data persentase kebersihan ruangan terhadap kinerja *cleaning service* pada bulan Juni hingga Desember 2018 cenderung stabil yaitu dengan rata-rata capaian 78.25% tapi masih dibawah target 85%. Kriteria penilaian kebersihan lantai masih 81,83% dan kebersihan kamar mandi masih 77,14%. Capaian indikator yang masih di bawah target ini tentunya sangat berperan dengan meningkatnya risiko insiden pasien jatuh.

Tabel 7. Matriks Triangulasi Tenaga yang Terlibat

Indikator	Wawancara Semi terstruktur	Observasi Lapangan	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Profesi yang terlibat	Profesi yang terlibat dalam pencegahan risiko pasien jatuh mulai dari perawat, dokter, CS, hingga keluarga pasien yang berkontak langsung dengan pasien.	Peran perawat, dokter, CS, serta keluarga pasien masih belum optimal, masih tampak kurangnya edukasi terhadap pasien dan keluarga	Terdapat form pengkajian awal dan pengkajian ulang risiko jatuh yang diisi oleh perawat. Form edukasi mengenai pasien jatuh tidak diisi lengkap oleh perawat dan tidak ada tanda tangan pasien sebagai konfirmasi telah diedukasi. Capaian indicator kebersihan CS masih di bawah standar dengan rata-rata 78,25%	Peran perawat, dokter, dan <i>cleaning service</i> dalam pencegahan pasien jatuh masih belum optimal.

b. Pendidikan dan kebutuhan tenaga.

Data standar kebutuhan perawat di bangsal penyakit dalam dan instalasi paviliun Ambun pagi dapat dilihat pada tabel 8 berikut ini:

Tabel 8 Standar Kebutuhan Perawat di Bangsal Penyakit Dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi tahun 2019 RSUP Dr. M Djamil Padang

No	Unit	Kebutuhan	Kondisi	Kekurangan
1.	Penyakit Dalam	194	100	94
2.	Ambun Pagi	81	76	5

Sumber: Data bagian Pelayanan Keperawatan RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2019

Data ketenagaan di RSUP Dr. M. Djamil pada tabel 8 menggambarkan bahwa tenaga perawat belum mencukupi standar kebutuhan. Terlihat kekurangan yang cukup banyak di bangsal penyakit dalam sebanyak 94 orang

tenaga perawat. Hal ini tentu sangat berpengaruh secara signifikan pada beban kerja perawat tersebut.

Data pendidikan terakhir perawat di bangsal penyakit dalam dan instalasi Paviliun Ambun Pagi dapat dilihat pada tabel 9 berikut:

Tabel 9 Tingkat Pendidikan Perawat di Bangsal Penyakit Dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

No	Unit	D3	NERS	S2
1.	Penyakit Dalam	61	35	4
2.	Ambun Pagi	51	25	-

Sumber: Data bagian Pelayanan Keperawatan RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2019

Tingkat pendidikan terakhir perawat pada tabel menggambarkan bahwa dari segi kualitas, persentase pendidikan perawat masih didominasi oleh D3 sebanyak 61% di bangsal penyakit dalam dan sebanyak 67% di Instalasi Paviliun Ambun Pagi.

Berdasarkan hasil wawancara semi terstruktur mengenai pendidikan dan kebutuhan tenaga didapatkan hasil bahwa untuk saat ini tenaga sudah cukup di Ambun Pagi, namun kebutuhan tenaga sesuai tingkat pendidikan yaitu NERS masih kurang. Sedangkan di penyakit dalam kekurangan jumlah tenaga perawat sehingga beban kerja berlebih seperti kutipan di bawah ini :

“Kalau di ruangan Bougenville PP nya 23 S1 1 orang, seharusnya 70;30 persen , tapi 70 S1;30 D3, tapi masih banyak D3 kita kan sudah mulai ditambah” (Inf-1)

“dari segi jumlah kurang-kurang juga lah, tidak sesuai dengan jumlah pasiennya. Khusus untuk di penyakit dalam ya” (Inf-2)

“kan profesi Ners , kebanyakan di ruangan ini kan D3 tapi ga tau juga rumah sakit standarnya apa...sudah cukup sih, gabisa juga dinilai.” (Inf-6)

“Kalau kita di Ambun Pagi gaada lagi tamatan SPK, kita 70% D3 selebihnya Ners, S1. Kalau untuk pencegahan jatuh untuk budaya safety semua sudah tercover. Bagi perawat baru diuji dulu kompetensinya. Ada orientasinya dengan diklat. Jadi mereka sudah tahu apa yang mau dikerjakan. Sudah kompeten” (Inf-10)

“Kami saat ini kan standarnya D3 besok-besok bisa jadi S1, ndak ada pengaruh...sekarang S1 masih kurang, untuk kedepannya lebih banyak lagi”(Inf-11)

“Kalau terkait pendidikannya rata-rata sudah S1 sudah bisa kita memberikan pemahaman tentang pasien jatuh dengan cepat...”(Inf-13)

Berdasarkan hasil wawancara semi terstruktur dan telaah dokumen mengenai ketersediaan sumber daya perawat dalam penerapan pencegahan pasien jatuh mengalami banyak kekurangan baik dari segi kuantitas dan kualitas. Hal ini tentunya berpengaruh dengan menurunnya kinerja penerapan pencegahan pasien jatuh oleh tenaga perawat. Data dari peningkatan mutu pelayanan keperawatan didapatkan menurunnya penerapan *patient safety* oleh perawat selama tahun 2019, yaitu sebesar 98,47% pada triwulan I kemudian menurun menjadi 84,77% pada triwulan III dengan standar capaian 90%. Data tersebut menunjukkan bahwa capaian penerapan *patient safety* oleh perawat menurun dan berada di bawah standar.

Tabel 10 Matriks Triangulasi Kebutuhan SDM dan Pendidikan

Indikator	Wawancara Semi Terstruktur	Telaah Dokumen	Kesimpulan
SDM	Berdasarkan hasil wawancara untuk SDM baik di Ambun Pagi dan di penyakit dalam masih kekurangan perawat. Untuk pendidikan sudah D3 minimal namun masih didominasi oleh D3	Data jumlah tenaga perawat di RSUP Dr. M. Djamil pada tahun 2019 mengalami kekurangan sebanyak 5 orang (6%) di Ambun Pagi dan 100 orang (48,5%) di penyakit dalam. Pendidikan D3 sebanyak 67% di Ambun Pagi dan 61% di penyakit dalam. Data penerapan <i>patient safety</i> triwulan III 2019:84,77%	Ketersediaan SDM perawat di Ambun Pagi dan penyakit dalam belum mencukupi sehingga penerapan <i>patient safety</i> menurun menjadi 84,77% pada triwulan III 2019.

c. Pengalaman Kerja

Berdasarkan hasil wawancara semi terstruktur mengenai pengalaman kerja, pengalaman kerja tenaga perawat tidak berperan dalam pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh. Pada umumnya penerimaan tenaga perawat di RSUP Dr. M. Djamil lebih diutamakan yang berpengalaman minimal 1 tahun. Kemudian bagi yang sudah berpengalaman akan membagi ilmu dan pengalamannya kepada perawat dengan pengalaman minimal seperti kutipan wawancara berikut ini :

“Hmm..pengalaman kerjaa. Sebetulnya penerapannya sama kadang-kadang sifatnya individu. Kalau pengalaman sebetulnya kita yang baru dikasih tau yang lama dikasih tau juga, jadi meskipun dia sudah lama bekerja dia pemahamannya tidak kurang tapi ada juga pemahamannya yang bagus” (Inf-5)

“Kalau pengalaman kerja iya mempengaruhi, emang beda kalau yang berpengalaman sama yang belum berpengalaman. Makanya kalau masuk kesini kita diutamakan yang sudah berpengalaman, harus ada pengalaman satu tahun di rumah sakit baru kita bisa diterima, itu syarat-syaratnya” (Inf-6)

“Dia kan sebagai perawat pemberi asuhan ya ke pasien oo selama di dunia pendidikan dia kan sudah belajar bagaimana keperawatan, setidaknya masuk ke M.Djamil ini di tes lagi , ga sembarang orang untuk memberi asuhan pada pasien. Kalau menurut saya dia sudah mampu memberikan asuhan kepada pasien semaksimal mungkin” (Inf-8)

“...perawat yang baru maupun perawat yang lama panduannya sama saja jadi sama saja. Mungkin pendekatan ke pasien yang berbeda. perawat yang lama pandai bagaimana pendekatan. Tidak mempengaruhi sih” (Inf-10)

Berdasarkan telaah dokumen masa kerja perawat bangsal penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan rata-rata masa kerja perawat adalah 9,3 tahun. Masa kerja minimal adalah satu tahun dan masa kerja maksimal adalah 36 tahun. Selain itu, rata-rata masa kerja perawat di Instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil Padang adalah 8,9 tahun. Masa kerja minimal adalah satu tahun dan masa kerja maksimal adalah 33 tahun.

Tabel 11 Matriks Triangulasi Pengalaman Kerja

Indikator	Wawancara Semi Terstruktur	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Pengalaman Kerja	Berdasarkan hasil wawancara mengenai pengalaman kerja tidak berperan dalam terjadinya insiden jatuh karena perawat dengan pengalaman kerja lebih lama akan mensosialisasikan pengalamannya dengan perawat baru.	Data pengalaman kerja/masa kerja perawat di bangsal penyakit dalam: Rata-rata 9,3 tahun. Data pengalaman kerja/masa kerja perawat di Ambun Pagi: Rata-rata: 8,9 tahun	Pengalaman kerja perawat di RSUP Dr. M. Djamil tidak berperan dengan terjadinya insiden pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang karena rata-rata perawat sudah berpengalaman.

d. Kemampuan

Berdasarkan hasil wawancara semi terstruktur yang telah dilakukan didapatkan bahwa tenaga yang bekerja di rumah sakit sudah mempunyai kemampuan dalam pencegahan pasien jatuh. Kemampuan ini sangat berperan terhadap penanganan cedera akibat pasien jatuh. Seiring pelayanan akan selalu diadakan sosialisasi serta pelatihan terutama mengenai pencegahan pasien jatuh sesuai kutipan wawancara berikut ini :

“semua perawat sudah mendapat pelatihan untuk patient safety tapi ada beberapa yang belum untuk perawat pra-PK” (Inf-2)

“Ya itu. Semua pegawai baru kan ada ujian kompetensi, kan setiap saat ada diingatkan sosialisasi. Nanti ada Workshop. Kita sering diingatkan, diingatkan. Kami ada pre conferecncce. Kalau untuk motivasi sering lah gitu, nanti kesadaran sendiri aja lagi. Dari atass selalu mengingatkan. Pelatihan sering, penerapannya aja lagi” (Inf-5)

“Kalau kompetensi tergantung individunya sih, soalnya ga dilihatkan kan, Cuma kalau saat pelayanan tidak sanggup melakukan itu kita kasih yang lebih tinggi di atas kita” (Inf-6)

“Menurut saya kalau untuk pencegahan jatuh itu mungkin sosialisasi atau pelatihan lah, pelatihan untuk SKP yang ke-6 ini pasien safety, tapi kalau ada latihan dari RS per ruangan ada diutus 5 orang. Nanti setelah pelatihan ilmunya dibagi kepada rekan lain.” (Inf-10)

“Mungkin iya nak, tapi untuk pengkajian risiko pasien jatuh item nya jelas misalnya pasien tidak baring dikasih nilai 0 itu jelas tidak perlu pendidikan yang apa gitu” (Inf-11)

“Iyalah makanya di kita membagi level kompetensi itu misalnya ada komite keperawatan nanti membagi level kompetensi dan kewenangannya masing-masing. Kalau perawat yang baru dia ada kompetensi khusus. Kompetensi semakin lama semakin banyak kompetensinya” (Inf-13)

Tabel 12 Matriks Kemampuan Tenaga Perawat

Indikator	Wawancara Semi Terstruktur	Observasi Lapangan	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Kemampuan Tenaga Perawat	Sebagian besar tenaga perawat sudah mendapatkan pelatihan staf dari diklat RS terkait penerapan pencegahan pasien jatuh	Perawat kurang menerapkan hasil pelatihan pencegahan pasien jatuh terutama terkait edukasi dan skrining pada pasien yang berisiko dan kurang diawasinya perawat pra-PK dalam pengisian <i>assessment</i>	Sudah ada sertifikat pelatihan terkait pencegahan pasien jatuh.	Sebagian besar perawat sudah memiliki kemampuan dalam pencegahan pasien jatuh namun masih kurang pengawasan dan kurang optimal menerapkan pelatihan yang sudah ada

e. Usia

Usia tenaga perawat di rumah sakit tentunya bervariasi. Hasil wawancara yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa usia tenaga kesehatan terutama perawat tidak begitu berperan dalam terjadinya insiden pasien jatuh di rumah Sakit. Usia muda ataupun tua tetap mengerjakan tindakan sesuai SOP. Rata-rata perawat yang baru masuk pun sudah memiliki pengalaman di tempat lain, bukan langsung *fresh graduate* karena perawat bekerja karena pengetahuan yang dimilikinya. Setiap tingkatan usia memiliki kelebihan dan kelemahannya masing-masing, seperti perawat yang lebih tua memiliki pengalaman lebih dalam penanganan namun kekurangan dari segi fisik, seperti kutipan di bawah ini :

“usia sih sama aja mau yang tua dan yang muda intinya kan melaksanakan pencegahan pasien jatuhnya sesuai SOP” (Inf-4)

“Usia tu nanti masuk di pengalaman juga kan. Usia mungkin kalau udah tua

pengalaman mungkin udah banyak, kalau yang muda agak cuek” (Inf-5)

“Kalau kita kan perawat disini rata-rata dari usia 22-55an dan kita mayoritas usia muda untuk faktor usia tidak mempengaruhi, karena kita bekerja karena pengetahuan” (Inf-10)

“Kalau segi usia yang disini rata-rata muda-muda gaada masalah mereka tidak pure langsung setelah pendidikan, datangnya udah ada pengalaman” (Inf-12)

“Kalau usia sampai pertengahan gak ada tapi nanti yang mempengaruhi 40 tahun ke atas lebih ke masalah fisik kalau ada gangguan dan segala macamanya.” (Inf-13)

Berdasarkan telaah dokumen didapatkan rata-rata usia perawat di bangsal penyakit dalam adalah 34,67 tahun. Usia minimal perawat di bangsal penyakit dalam adalah 23 tahun dan usia maksimal adalah 57 tahun. Tidak begitu berbeda jauh dengan bangsal penyakit dalam, di Instalasi Ambun Pagi rata-rata usia perawat adalah 33,72 tahun. Usia minimal perawat di Ambun Pagi adalah 24 tahun dan usia maksimal adalah 55 tahun.

Tabel 13 Matriks Triangulasi Usia

Indikator	Wawancara Semi Terstruktur	Observasi Lapangan	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Usia	Setiap kelompok usia memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing, sehingga tidak berperan dengan terjadinya insiden pasien jatuh	Tampak pembagian jadwal dinas <i>shift</i> dibagi rata-rata untuk setiap kelompok usia dan disesuaikan dengan kebutuhan tiap <i>shift</i> nya	Rata-rata usia perawat di penyakit dalam adalah 34,67 tahun dan di Ambun Pagi 33,72 tahun	Setiap kelompok usia punya peran masing-masing dimana kelompok usia yang matang akan lebih baik dalam penanganan pada pasien terutama pasien jatuh. Rerata usia perawat baik di penyakit dalam dan di Ambun Pagi dapat dikategorikan cukup matang

2. Komponen Sifat Dasar Pekerjaan

a. Kompleksitas Pengobatan

Kompleksitas pengobatan meliputi diagnosis pada pasien serta pengobatan yang didapatkan oleh pasien. Diagnosis baik dari segi jenis diagnosis maupun jumlah diagnosis cukup berperan terhadap kejadian pasien jatuh tergantung tingkatan risiko jatuhnya. Seperti kutipan di bawah ini :

“jenis diagnosis nya, kalau pasien CK itu udah risiko tinggi untuk jatuh, apalagi CK dengan GCS dibawah 14. Tapi disini yang ada kan CK yang paling rendah GCS nya 13,12 itu udah meracau-racau. Kemarin pindah GCS 14 masih ga stabil juga. Diagnosis terus psikis pasiennya juga”(Inf-3)

“Ada, pasien hipertensi, pasien lanjut usia, pasien dengan obat penenang, kadang kesadaran pasien cidera kepala dapat obat penenang. Kadang pasien mau duduk mau apa kan, pasien stroke juga, pasien gangguan penglihatan, pasien komplikasi seperti Diabetes”(Inf-5)

“Iyalah kalau pasien risiko jatuh ringan, sedang dan tinggi itu kan biasanya berdasarkan jumlah diagnosanya kalau kayak diagnosa cuma satu tapi berat itu bisa lebih ke risiko jatuhnya tinggi walaupun diagnosanya empat tapi berat bisa jadi risiko jatuhnya sedang gitu”(Inf-6)

“Kalau pasien komplikasi bisa mempengaruhi jatuh, mungkin karena gelisah. Kan pasien komplikasi biasanya bedrest aja. Kan pasien yang jatuh tu kebanyakan pasien yang bisa berjalan”(Inf-10)

“jenis-jenisnya mungkin mempengaruhi, pasien dengan glukoma, penurunan kesadaran, lansia, sistemik, SDA”(Inf-12)

Sedangkan dari segi pengobatan yang didapat oleh pasien juga mempengaruhi terjadinya risiko pasien jatuh. Seperti kutipan wawancara berikut ini :

“Ada satu obatnya dikasih. Pasien yang tenang jadi ini halusinasi merasa melayang, merasa ini, merasa ini ada kemaren satu, madopar kalau tidak salah”(Inf-3)

“tapi kalau pasien sebelum pasang CDL, sebelum pasang CDL untuk cuci darah dia kan harus bedrest tu, yang awal risiko jatuhnya rendah bisa jadi kita lebih waspada ke dia, meningkat risiko jatuhnya kan”(Inf-6)

“Hipertensi, biasanya yang pasien kayak gitu kan berisiko jatuh dari assessment nya juga terdapat yang kayak gitu, obat hipertensi, diuretic, inflamasi, penenang” (Inf-7)

“Ada kadang-kadang ada juga pasien yang dapat obat tipe penenang ya, gelisah pasien itu berisiko jatuh” (Inf-12)

“Haloperidol kan membuat pusing atau insulin” (Inf-14)

Tabel 14 Matriks Kompleksitas Pengobatan

Indikator	Wawancara Semi Terstruktur	Observasi Lapangan	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Kompleksitas Pengobatan	Diagnosis yang berperan pada pasien jatuh berupa CK, hipertensi, penurunan kesadaran, gangguan sistemik, dan pasien dengan komplikasi. Pengobatan yang berisiko jatuh berupa obat hipertensi, diuretic, dan obat penenang	Tampak pasien dengan penurunan kesadaran, sesak di tempatkan di HCU yang dekat dengan counter perawat	Dalam data <i>Root Cause Analysis</i> KMMR didapatkan bahwa pasien jatuh tahun 2018 dengan keluhan sesak dengan komplikasi tetap memaksa pergi ke kamar mandi. Penilaian dalam pengkajian risiko jatuh memiliki poin khusus untuk penyakit dan obat-obatan berisiko tinggi menyebabkan risiko jatuh	Kurang pengawasan perawat dan keluarga ketika pasien hendak beraktivitas dengan diagnosis yang berisiko jatuh

b. Kerjasama dalam Unit

Berdasarkan data survey budaya keselamatan pasien, dapat dinilai kerjasama dalam unit antar perawat dapat dikategorikan sedang yaitu 66,18%. Persentase kerjasama antar perawat ini merupakan yang terendah apabila

dibandingkan dengan persentase kerja sama dalam unit antar dokter yaitu 74,45% dan antar staf lain yaitu 70,21%. Berdasarkan hasil wawancara kerjasama dalam unit merupakan kerjasama antara perawat dengan perawat, perawat dengan dokter, serta dengan keluarga pasien terdapat kerjasama yang baik dan iklim kerja yang bagus. Seperti kutipan wawancara di bawah ini :

“Baik, kondusif. yang dengan keluarga yang harus kita bina, kita jaga. Kita kalau ada masalah kita temukan, kita langsung sampaikan kepada yang bersangkutan. Kita tidak ngomong dibelakang. Nanti dikasih tau kalau mereka bingung cari solusi kita carikan bersama, jadi masalahnya terselesaikan”(Inf-3)

“Kami disini kan ada perawat, dokter jaga. Kami disini lebih banyak sama dokter jaga karena kalau dokter spesialis paling 5 menit, lebih banyak sama dokter jaga, bagian farmasi”(Inf-5)

“Antara perawat dan dokter kooperatif. Yang susah itu antara perawat dengan keluarga, keluarga itu beda pemikirannya kita susah bekerja sama, kalau ada yang paham kita enak, giliran dapat yang ga paham agak susah”(Inf-6)

“Kalau kita disini perawat sama perawat hubungan kami baik, saling toleransi, dengan dokter jaga kerjasama dengan baik. Kalau pasien puas dengan layanan yang diberikan”(Inf-10)

“Ndak, selama ini kami cukup kooperatif, dokter tidak terlalu terlibat disini ya terkait regulasi. Aseessment risiko jatuh tu kan perawat. paling kami lihat di diagnosa dokternya”(Inf-11)

“Kita saling bekerjasama dan saling mengingatkan ya. kalau ada masalah dengan keluarga pasien itu normal..”(Inf-12)

Tabel 15 Matriks Triangulasi Kerja Sama dalam Unit

Indikator	Wawancara Semi Terstruktur	Observasi Lapangan	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Kerja sama dalam Unit	Kerja sama antara perawat dengan perawat cukup baik, perawat dengan dokter juga, sedikit kendala kerja sama antara perawat dengan keluarga pasien	Masih terdapat keluarga yang tidak membantu perawat untuk selalu menjaga pasien di tempat tidur dan memanggil perawat apabila butuh bantuan	Data survey budaya keselamatan pasien 2018, kerja sama dalam unit perawat yang terendah sebesar 66,18%. Data dari RCA KMMR didapatkan bahwa insiden jatuh sebelumnya diakibatkan pasien tidak mau diajak kerja sama oleh perawat agar tidak BAB di kamar mandi karena kondisi pasien cukup berat	Adanya kendala kerja sama antar perawat dan perawat dengan pasien dan keluarga

c. Gangguan dalam Unit

Gangguan dalam unit meliputi aktivitas yang dapat mengganggu pelayanan. Aktivitas yang mengganggu di unit berasal dari keluarga pasien yang membesuk tidak sesuai jam besuk. Hal ini mengganggu bagi pelayanan karena pasien lainnya akan terganggu. Sementara itu, pedagang yang berlalu-lalang menambah keramaian pengunjung sehingga mengganggu pasien untuk istirahat. Namun gangguan ini tidak berperan dengan risiko terjadinya pasien jatuh. Seperti kutipan wawancara berikut ini :

“ya biasanya kalo pengunjungnya sampai mengganggu pelayanan, kami minta tolong security untuk ditertibkan, tapi kalo sampe menyebabkan pasien berisiko jatuh sih gak” (Inf-4)

“Iya kadang kalau disini bekerja jam besuk belum keluarga pasien masuk ke dalam, kadang ga boleh bawa anak, dibawa juga. Susahnya gini kan kita ada satpam keluarga pasien ni kan pagar rendah ni, keluarga pasien lompat itu kendala. Keluarga pasien kadang rame kita ndak bisa istirahat.

Kadang ada ga nyaman dengan pasien di sebelahnya, yang satu mau lampunya hidup, yang satu tidak mau. Sering bertengkar ga cocok pasien”(Inf-5)

“ada banyaak malah, kayak pedagang asongan kan, apalagi ke ruangan isolasi kan ga boleh sembarang masuk. Pedagang mereka lalu-lalang, bisa meningkatkan risiko infeksi ke pasien. Terus kayak pengunjung terlalu banyak. Sering sih komplain kita mengenai itu. Sangat mengganggu”(Inf-6)

“itu kita kan berusaha juga untuk menerapkan aturan, jam besuk kan jam 11- jam 1 jam 4-6 tapi diluar itu ada juga yang memaksa”(Inf-14)

Tabel 16 Matriks Triangulasi Gangguan Dalam Unit

Indikator	Wawancara Semi Terstruktur	Observasi Lapangan	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Gangguan dalam unit	Aktivitas yang mengganggu berupa ketidaksesuaian jam besuk yang dapat mengganggu pelayanan tapi tidak berisiko pasien jatuh	Pengunjung sudah mulai mematuhi peraturan jam besuk dan tidak terlalu banyak pedagang yang berjualan di ranap. Satpam cukup berperan dalam penertiban pengunjung	Aturan jam besuk pukul 11.00-13.00 dan pukul 16.00-18.00	Keluarga pasien cukup tertib dalam jam kunjung dan tidak berperan dengan insiden pasien jatuh.

3. Lingkungan Fisik

a. Ketersediaan Sarana

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan didapatkan bahwa kecukupan sarana untuk kegiatan pencegahan cedera akibat pasien jatuh sudah cukup lengkap, pencahayaan ruangan cukup. Meskipun begitu, masih ada sarana yang belum cukup seperti bel ada yang tidak berfungsi dan tidak dapat digunakan, tidak ada pegangan di beberapa lorong dan ruangan. Seperti kutipan wawancara berikut ini:

“Kalau kesediaan untuk gelang kita biasanya pake stiker, kalau disini aman ketersediannya. Kalau untuk tempat tidur pake hand rail... Cukup, masing-masing di tempat pasien tu ada dua saklar. Kalau satu memang dimatikan yang lain hidup” (Inf-1)

“Kalau untuk pasien jatuh ada pagarnya, tali pengikat ada, bel nya ada, tapi tidak berfungsi sejak pasca gempa, bel tidak ada, Cukup, cukup. Kalau penataan ruangan kita ventilasinya bagus” (Inf-3)

“Sarananya kayaknya udah cukup, tempat tidur sudah pakai penyangga, kalau di kamar mandi sudah ada keset, pencahayaan sebagian kamar udah cukup” (Inf-4)

“Cukup, terang. Kalau di kamar mandi tu lampunya terang. Kami kalau putus langsung ditelpon gitu kan rasaya pencahayaan cukup” (Inf-5)

“Selama kakak disini lumayan safety sih untuk pasien jatuh, contohnya kalau untuk pasien yang risiko jatuhnya nya tinggi itu kita kodenya ada, gelangnya terus gantungan di bed nya, terus kita ada pengkajian pasien risiko jatuh sedangkan, tinggikah dengan di bed ada pagar kalau menurut kakak cukup safety... Kalau pencahayaan ruangan tergantung pasien, kalau pasien LSE tidak boleh kena cahaya kan, kalau untuk pasien biasa umum sudah bagus” (Inf-6)

“Cukup, kita kan pas pasien masuk kesini melakukan layanan orientasi pas saat itu kita kaji semuanya sampai ke risiko jatuhnya kami langsung memberikan stiker dan segitiga kuning ke bed, Bel pasien itu sampai saat ini belum diperbaiki, sudah , terang sesuai” (Inf-8)

“Kalau menurut saya sudah jadi kalau pasien bisa berjalan di setiap lorong di samping kamar ada handrail untuk pemegang, kalau kita kan dari kayu. Di kamar pasien pun ada handrail di kamar mandi dan lantai keset. Masuk kamar mandi ada keset supaya tidak licin” (Inf-10)

“Kalau untuk bugenvile khususnya ya. sebetulnya bel nya tu penting ya agar lebih gampang akses pasien, Cuma karena sejak sebelum gempa kita kan punya bel, tapi hanya di 4 ruangan udah lama rusak, ini kan gedung lama. Kalau pertanyaannya penting tentu penting tapi untuk saat ini bisalah terhandle karena kamar dekat... Cukup, kalau siang hari cukup disini bagus, untuk malam bola lampu sudah cukup” (Inf-11)

“Sudah, sudah cukup bagus termasuk tempat tidur, pengaman yang disiapkan tapi mungkin dari pengaman tempat tidur itu sendiri yang menyebabkan kejadian jatuh itu” (Inf-12)

“Ya jadi kalau untuk itu boleh dikatakan sekitar 4 tahun belakangan ini karena kita sudah proses akreditasi jadi dari sarana yang berhubungan dengan keselamatan pasien ini sudah cukup”(Inf-13)

Berdasarkan hasil observasi lapangan didapatkan bahwa sarana untuk di Ambun Pagi sudah ada seperti *hand rail* di lorong, di ruangan, dan di kamar mandi. Tempat tidur *safety* di setiap ruangan, segitiga kuning, dan gelang kuning pada pasien. Akan tetapi, bel pasien tidak lengkap berada di seluruh ruangan, dan bel yang sudah ada sebagian besar rusak, sementara itu di kamar mandi juga tidak terdapat bel. Kondisi yang berbeda di Penyakit Dalam tidak ada *hand rail* di lorong maupun di ruangan. Ketersediaan bel sudah ada, baik di ruangan maupun kamar mandi. Lampu sudah cukup dari segi jumlah maupun pencahayaan. Pada pasien risiko jatuh dengan segitiga kuning masih tidak didapati menggunakan gelang kuning maupun stiker kuning sebagai penanda pada pasien.

Tabel 17 Matriks Triangulasi Lingkungan Fisik

Indikator	Wawancara Semi Terstruktur	Observasi Lapangan	Kesimpulan
Kelengkapan Sarana	Sarana untuk pencegahan pasien jatuh sudah cukup lengkap baik <i>hand rail</i> , tempat tidur <i>safety</i> , segitiga kuning, dan gelang kuning. Pencahayaan ruangan cukup. Sedangkan kekurangan pada bel pasien di setiap ruangan dan kamar mandi.	Di bagian Ambun Pagi sarana cukup lengkap berupa tempat tidur <i>safety</i> , <i>handrail</i> di ruangan dan kamar mandi, segitiga kuning, dan gelang kuning namun bel baik di ruangan dan kamar mandi sebagian besar tidak ada, sedangkan di penyakit dalam <i>hand rail</i> tidak ada di lorong dan ruangan. Gelang kuning tidak terpasang pada pasien. sedangkan di kamar mandi sudah ada bel di kamar mandi dan ruangan. Tempat tidur <i>safety</i> , segitiga kuning sudah ada.	Sarana masih belum cukup lengkap baik di Ambun Pagi maupun di Penyakit Dalam.

b. Upaya Rumah Sakit

Berdasarkan hasil wawancara semi terstruktur yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa upaya rumah sakit terkait adanya kekurangan sarana untuk pencegahan cedera akibat pasien jatuh masih belum terealisasi hanya sebatas pelaporan dari unit, seperti kutipan wawancara berikut ini :

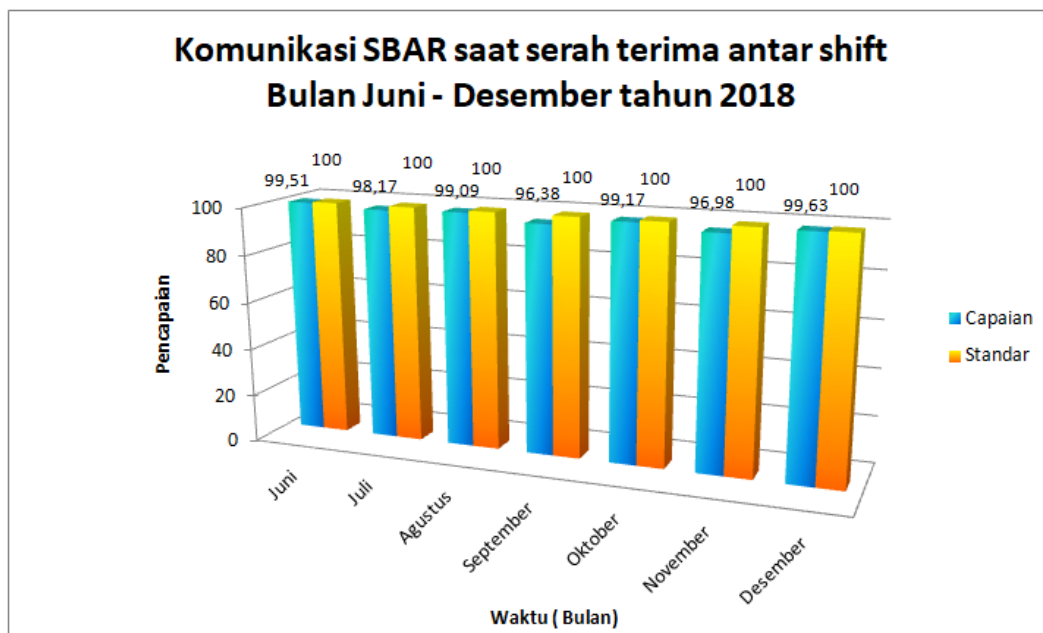
“Sudah ada pengajuan di manajemen yaa, kalau di manajemen sudah ada pengadaan dan pengajuan. Tapi kalau realisasinya belum tau” (Inf-1)

“Ada..ada Cuma kadang-kadang keluhan di gedung ini kan maksudnya banyak kekurangan gedung ini karena mau dibongkar gitu kan. Kalau gedung sebelah baru kan kalau disini tentu ada juga di rehab” (Inf-5)

4. Komponen Lingkungan Organisasi dan Sosial

a. Komunikasi

Data komunikasi dengan metode *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR) saat serah terima antar unit dapat dilihat pada gambar 5 di bawah ini:



Gambar 5. Komunikasi SBAR Serah Terima Antar Shift Bulan Juni-Desember tahun 2018 RSUP Dr. M. Djamil Padang

Terlihat pada gambar 5 komunikasi SBAR yang dilakukan saat pergantian *shift* cenderung stabil namun masih belum mencapai target. Standar yang harus dicapai adalah 100% namun rerata capaian adalah 98,42%. Penilaian komunikasi

yang dilakukan oleh perawat dengan pasien dapat dilihat dari pengisian catatan edukasi terintegrasi yang diisi oleh perawat. Berdasarkan telaah dokumen yang dilakukan, catatan edukasi terintegrasi tidak diisi dengan lengkap. Pengisian kolom edukasi pencegahan pasien jatuh tidak diisi serta tidak dikonfirmasi dengan adanya tanda tangan pasien atau keluarga. Hasil survey budaya keselamatan pasien dan keselamatan rumah sakit tingkat unit pada profesi perawat didapatkan keterbukaan komunikasi dapat dikatakan rendah yaitu 28,76%.

Sebaliknya berdasarkan wawancara, komunikasi yang terjadi baik antar profesi dan dengan pasien berjalan dengan baik. Apabila terdapat keluarga pasien menggunakan bahasa daerah yang kurang dipahami oleh tenaga perawat dapat diatasi dengan dikomunikasikan lagi dengan tenaga kesehatan lainnya yang paham seperti kutipan wawancara berikut ini :

“Disampaikan, kita ada WA group...kadang ada kalau pasien yang dari luar daerah” (Inf-3)

“Tidak sih, Biasanya itu yang dari Pasaman atau Kerinci itu kita sudah ada juga kawan-kawan yang ada yang dari sana”(Inf-14)

Tabel 18 Matriks Triangulasi Komunikasi

Indikator	Wawancara Semi Terstruktur	Observasi Lapangan	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Komunikasi	Tidak ada kendala dalam komunikasi dengan tenaga perawat maupun pasien. apabila ada kendala bahasa rata-rata dapat diatasi.	Kurangnya komunikasi perawat dengan keluarga pasien tentang pengenalan risiko jatuh pada pasien	Komunikasi SBAR masih dibawah standar 100% yaitu dengan rata-rata 98,42%. Catatan edukasi terintegrasi tidak diisi lengkap dan tanpa tanda tangan pasien Data survey budaya keselamatan pasien, nilai keterbukaan komunikasi perawat cukup rendah yaitu 28,76%.	Kurang optimalnya komunikasi antara perawat-perawat dan perawat dengan pasien dan keluarga

b. Standar Prosedur Operasional

Rumah sakit telah memiliki standar prosedur operasional sudah sesuai standar berdasarkan panduan dari komisi akreditasi rumah sakit, sudah sesuai kebutuhan dan mencukupi mengenai pelaksanaan pencegahan pasien jatuh. SPO dimulai dari pengkajian awal serta pengkajian ulang, seperti kutipan wawancara berikut ini :

“Kalau kita acuannya dengan SOP sudah sesuai ya, kalau untuk pelaksanaan di lapangan ada keterbatasan kadang keterbatasan anggota, perawat. kalau untuk pelaksanaan belum maksimal ya. Cuma untuk pelaksanaan belum maksimal...sudah sesuai, sudah cukup. kita sudah akreditasi kan jadi sudah di atas standar. Kalau untuk pelaksanaan udah dilaksanakan” (Inf-1)

“SOP untuk pelayanan ke pasien, selama kakak disini dan selama kakak lihat, kita kan bekerja sama jadi harus sesuai SOP, dari awal kita juga harus ikut training, jadi apapun yang kita lakukan kita udah sejalur aja sesuai dengan yang kita pelajari SOP nya dari awal sampai akhir. Menurut kakak sudah sesuai” (Inf-6)

“SOP pemasangan restrain, memberi tahu keluarga, pagar...tidak, sudah cukup karena sudah dikaji. Mungkin tidak SOP nya tapi sarana kayak bel” (Inf-9)

“Kalo SOP untuk pasien risiko jatuh ada SOP kita, SOP kan contohnya dari awal pas skrining pasien, kalau pasien dari poli di skrining lebih dahulu...kalau di Ambun Pagi sudah sesuai kalau menurut saya, masing-masing kita perawat kan harus tau sama pasien kita bagaimana kondisinya, kalau pasiennya berisiko jatuh” (Inf-10)

“Adek-adek yang bekerja disini sudah sesuai, ada pengkajian risiko, assessment awalnya yak an, pengkajian risiko ringan, sedang, berat. Adek-adek tu ada diberikan.sudah sesuai regulasi...rasanya cukup. Karena selama ini risiko jatuh sangat jarang terjadi” (Inf-11)

“Sudah dari pasien masuk sudah dikenalkan dia akan di rawat disini kondisi seperti ini, karena kondisinya sadar ndak sadar harus didampingi terus kemudian ini bel informasikan ke kami kalau apapun, kalau mau turun dia tidak boleh sendirian, kami edukasi risiko jatuh nanti begini begini nanti diinformasikan pelaksanaannya dan itu diulang lagi kalau pasien di rawatnya lama akan diulang terus...SPO udah cukup udah pernah direvisi” (Inf-12)

“Kita kan panduannya dari KARS...kalau skarang sudah karena kan kita di atas ada katim, ada karu nya ada PP. Setiap pagi kan kita melakukan pre-conference. Nanti bergantian tu membacakan SPO untuk mengingat.”(Inf-14)

Berdasarkan telaah dokumen yang dilakukan, sudah terdapat dokumen standar prosedur operasional yang dikeluarkan oleh RSUP Dr.M.Djamil Padang yang berisi kebijakan dan prosedur mulai dari pelaporan hingga pencegahan pasien jatuh. Sebaliknya, berdasarkan observasi pada pasien baru masuk, pelaksanaan SOP masih belum optimal seperti pengenalan area rawatan sehingga pasien mengetahui fungsi-fungsi dari sarana pendukung pencegahan pasien jatuh.

Tabel 19 Matriks Triangulasi SOP

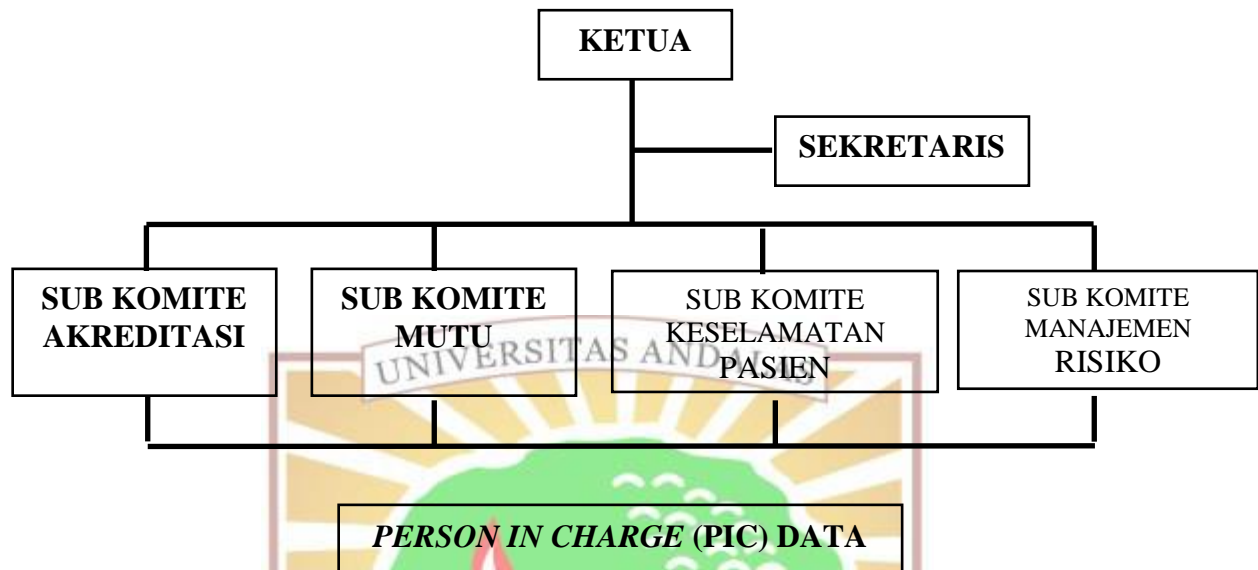
Indikator	Wawancara Semi Terstruktur	Observasi Lapangan	Telaah Dokumen	Kesimpulan
SOP	SOP untuk pencegahan risiko kejadian pasien jatuh sudah ada dan dirasa sudah cukup dan tidak perlu ada tambahan. SOP tadi sudah diketahui oleh tenaga yang bertugas dan diingatkan kembali setiap pagi sebelum <i>pre-conference</i> .	Pelaksanaan SOP belum optimal terutama pengenalan area rawatan mengenai sarana pendukung pencegahan pasien jatuh pada awal pasien masuk	Sudah ada dokumen standar operasional prosedur RSUP. Dr.M.Djamil Padang di setiap unit ruangan	Dokumen SOP sudah ada dan sudah cukup. Tindakan keselamatan pasien dilakukan berpedoman pada SOP ini namun belum optimal

5. Faktor Manajemen

a. Struktur Organisasi

Struktur organisasi yang telah dibentuk oleh RSUP Dr. M. Djamil Padang yang sudah direvisi pada tahun 2018 berupa Komite Mutu dan Manajemen Risiko (KMMR) serta di setiap unit terdapat penanggung jawab data yang akan melaporkan pasien dengan risiko jatuh serta insiden yang terjadi bekerja sama dengan kepala instalasi. Hal ini dapat dilihat pada gambar 5 tentang bagan struktur

KMMR yang telah di SK-kan oleh direktur utama RSUP Dr. M. Djamil Padang seperti di bawah ini:



Gambar 5 Struktur Organisasi Komite Mutu dan Manajemen Risiko RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2018 (Sumber: Data KMMR, 2018)

Pada gambar 5 di atas dapat dilihat bahwa KMMR memiliki empat sub komite yang terdiri dari sub komite akreditasi, sub komite mutu, sub komite keselamatan pasien, dan sub komite manajemen risiko. Pada masing-masing unit memiliki beberapa PIC yang bertanggung jawab di bawah sub komite untuk melakukan pengendalian, pengawasan, monitoring, dan evaluasi dalam pencapaian indikator mutu dan penerapan keselamatan pasien di masing-masing unit kerja.

Berikut adalah kutipan wawancara terkait struktur organisasi dalam pencegahan pasien jatuh:

“Kalau di M.Djamil ini kan kita punya tim mutu kan jadi tim mutu nanti lewat kami pengumpul data ada TJ bagian apa, kemudian risiko jatuh kan termasuk indikator itu dipantau berapa orang pasien yang risiko jatuh. Jadi sudah tersrtuktur dengan baik. Kalo biasanya dengan tim mutu koordinasi. Nanti yang memantau ibuk yang pegang sebagai kepala ruangan ibu punya ceclis sendiri kan berapa orang yang pasien berisiko jatuh untuk hari itu” (Inf-11)

“Sebenarnya kan kalau di ruangan ada, kan kita punya unit, unit tu kan

ada instalasi instalasi kan punya perangkat juga yang ikut mengawal bagaimana bisa berjalan sebaik-baiknya . mulai dari kepala instalasi, pengawas, perawat dan kepala ruangan berjenjang semua”(Inf-13)

“Itu ada. Kan berkaitan dengan indikator mutu masuklah pencegahan pasien jatuh nanti ada PJ data. PJ data kita ada 12 orang ada indikator yang keseluruhan 21-23 termasuk lah di dalamnya IKP”(Inf-14)

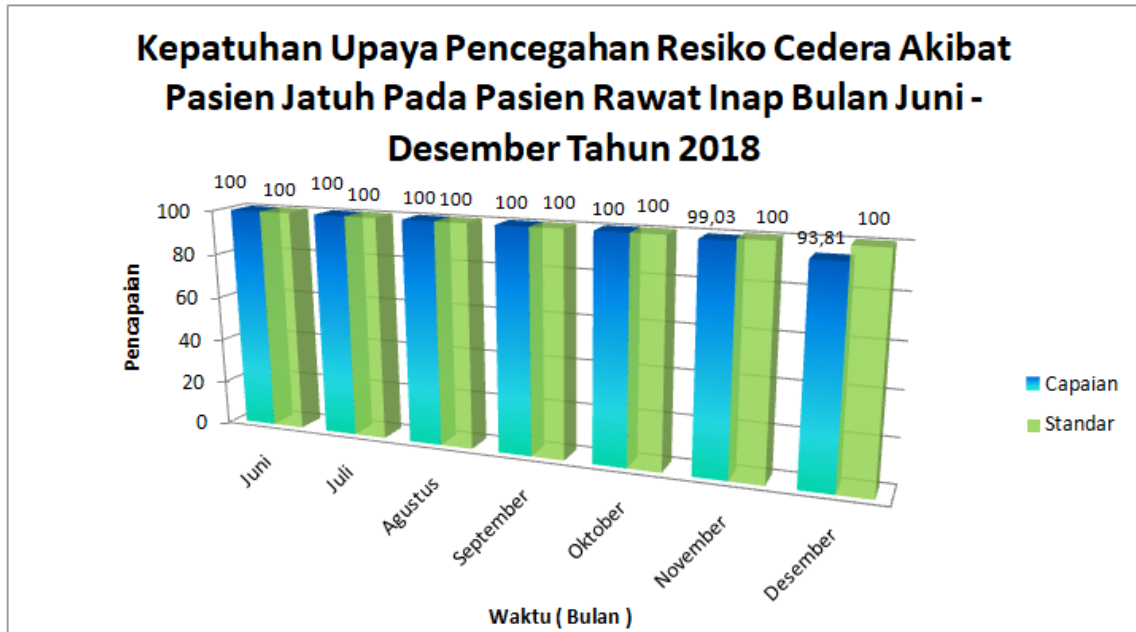
Berdasarkan hasil telaah dokumen, wawancara, dan observasi didapatkan bahwa struktur organisasi untuk pencegahan cedera pasien jatuh sudah ada dan sesuai standar akreditasi. Masing-masing unit akan melakukan pelaporan rutin terkait ada atau tidak adanya insiden keselamatan pasien terutama pasien jatuh. Tim KMMR pun rutin melakukan rapat-rapat di masing-masing unit dalam meningkatkan program keselamatan pasien, menghitung indikator serta capaian target.

Tabel 20 Matriks Triangulasi Struktur Organisasi

Indikator	Wawancara Semi Terstruktur	Observasi Lapangan	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Struktur Organisasi	Struktur organisasi untuk pencegahan cedera sudah ada dan ada PJ masing-masing mulai dari Kepala Instalasi, pengawas, perawat dan kepala ruangan	Pelaksanaan tim KMMR sudah bekerja sesuai uraian tugas masing-masing	Sudah ada dokumen SK, Uraian Tugas PJ Pengumpul Data No. HK.01.07.VXI. I/172/2018	Sudah ada struktur organisasi dan uraian tugas masing-masing

b. Budaya Safety

Berikut ini dapat dilihat persentase kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh di rawat inap RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2018 pada gambar 6 di bawah ini

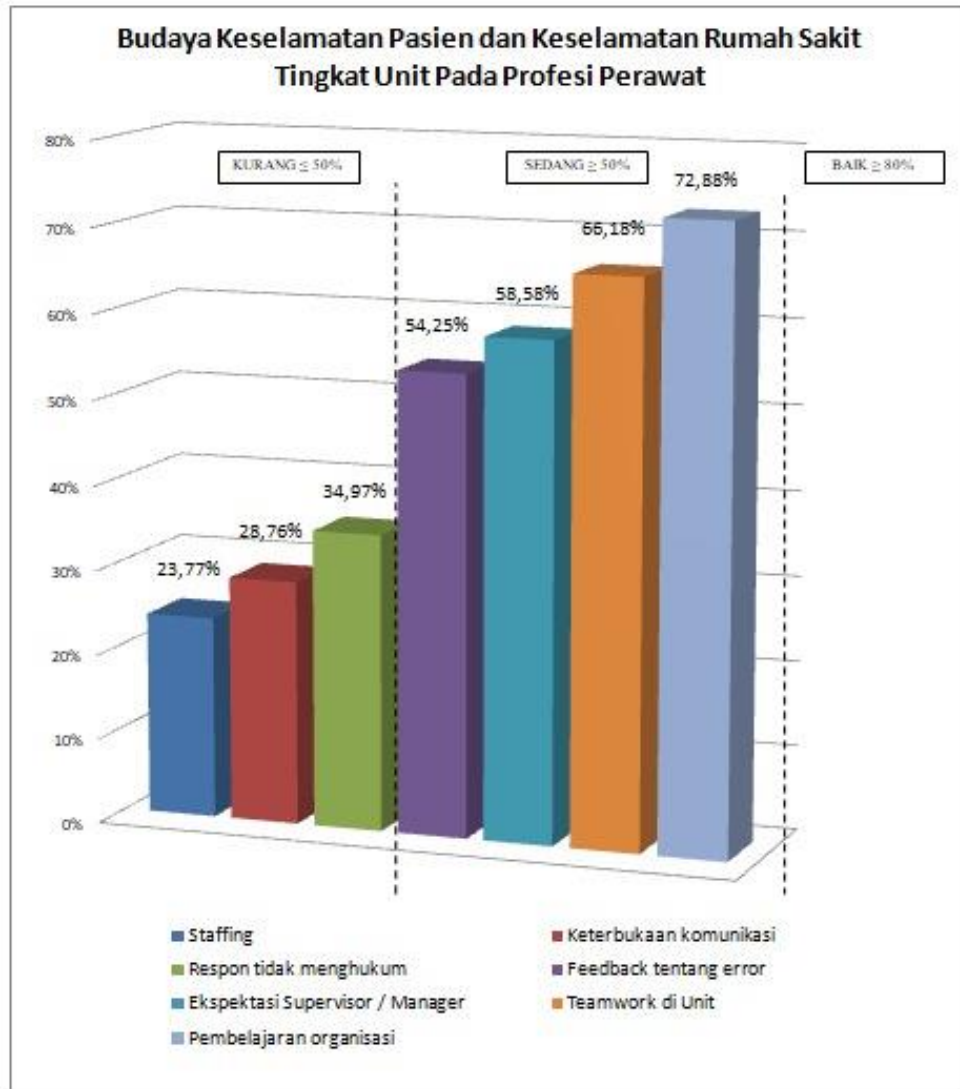


Gambar 6 Capaian Indikator Persentase Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada Rawat Inap Bulan Juni-Desember 2018 (Sumber: KMMR RSUP Dr. M. Djamil)

Pada gambar 6 persentase capaian indikator kepatuhan dalam pencegahan pasien jatuh cenderung stabil pada bulan Juni hingga Oktober dan mencapai standar, namun mengalami penurunan selama bulan November dan Desember hingga 93,81%. Penurunan ini menjadi tidak tercapainya standar indikator yang seharusnya adalah 100%. Penurunan ini disebabkan ketidaklengkapan pengisian rekam medis yaitu *assessment* awal, *assessment* ulang, dan edukasi pasien. Hal ini menunjukkan adanya penurunan dalam menerapkan budaya *safety*.

Data peningkatan mutu pelayanan keperawatan didapatkan bahwa sasaran dalam penerapan *patient safety* dengan menerapkan budaya keselamatan pasien cenderung mengalami penurunan selama tahun 2019. Pada triwulan I tahun 2019, realisasinya masih diatas standar (90%) yaitu 98,47%. Kemudian mengalami penurunan pada triwulan II menjadi 97,39%. Pada triwulan III terjadi penurunan yang cukup signifikan dan dibawah standar yaitu menjadi 84,77%.

Tim Komite Mutu dan Manajemen Risiko mengadakan survey mengenai budaya keselamatan pasien tingkat unit pada profesi perawat yang dapat dilihat dalam gambar 7 berikut ini:



Gambar 7. Survey Budaya Keselamatan Pasien Perawat Tingkat Unit RSUP Dr. M Djamil tahun 2018

Berdasarkan gambar 7 di atas, didapatkan bahwa penilaian terendah terdapat pada *staffing* sebesar 23,77%. Hal ini dihubungkan dengan terjadinya kekurangan jumlah staff perawat terutama pada *shift* sore dan malam hari. Kemudian penilaian terendah kedua berada pada keterbukaan komunikasi sebesar 28,76%. Komunikasi merupakan hal yang sangat penting dalam upaya pencegahan pasien jatuh.

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa tenaga di Rumah Sakit sudah menerapkan budaya *safety* oleh seluruh perawat mulai dari *assessment*, koordinasi terutama mengenai pencegahan pasien jatuh. Dalam pelaksanaan setiap

shift pagi selalu diadakan *preconference* oleh kepala ruangan untuk mengingatkan kembali serta membudayakan kembali budaya *safety*. Untuk survey budaya *safety* selalu dipantau oleh penanggung jawab pengumpul data dimana selalu dilaporkan setiap hari, seperti kutipan wawancara berikut ini :

“Penerapannya sudah sesuai..kita kan edukasi ni, kita kaji dulu kita kan sudah ada SOP nya kalau dia berisiko tinggi kita akan kasih stiker nanti kita edukasi keluarga dan pasien supaya berhati-hati, kadang ada pasien yang tidak mau di pasang , jadi keluarga harus mendampingi pasien”(Inf-1)

“iya biasanya kepala ruangan yang selalu menghidupkan kembali budaya safety di ruangan saat preconference, ini dilakukan pershift, kalo untuk survey sih biasanya dipantau sama pengumpul data” (Inf-4)

“Sering, setiap shift. Misalnya kita dari operan ya kak nanti kan ada lambang segitiga kuning safe zone nya kak jadi kita perhatikan mana bed pasiennya yang tidak terpasang pagarnya kita langsung pasangkan. Jadi tiap shift diulang lagi penilaian pasien jatuhnya, dijelaskan juga apa rencana tindak lanjutnya”(Inf-7)

“Kalau pelaksanaan nya ya itu setiap hari kan masuk indikator, kan ada 13 indikator salah satunya risiko jatuh. Tapi masing-masing Karu dipantau dengan ceklis tadi”(Inf-11)

“ada kita dulu ada 2016 ada budaya safety itu bagaimana setiap hari kita SKP tu apa kita sudah sosialisasi terus”(Inf-12)

“Kita punya program yang namanya YKS Yuk Kita Safety itu rutin kita laksanakan, jadi artinya nanti itu jadi inovasi yang kita lakukan. Cuma belakangan agak kendor, pas akreditasi aktif tapi itu selalu dilaksanakan pas absen yang kedua kalau setiap pre conference diingatkan”(Inf-13)

Berdasarkan hasil observasi perawat sudah melakukan pengkajian setiap pasien baru masuk dan pengkajian ulang setiap *shift*nya serta memasang *bed side rail* pada tempat tidur pasien. Akan tetapi pengkajian ini tidak diikuti dengan dilakukannya edukasi keselamatan pasien kepada pasien dan keluarga. Sementara itu pada pasien dengan segitiga kuning masih ada yang tidak memakai gelang kuning ataupun stiker kuning sebagai penanda pada pasien.

Tabel 21. Matriks Triangulasi Penerapan Budaya *Safety*

Indikator	Wawancara Semi Terstruktur	Observasi Lapangan	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Penerapan Budaya <i>Safety</i>	Budaya <i>safety</i> sudah diterapkan mulai dari koordinasi, survey, <i>assessment</i> dimana karu sebagai penanggung jawab, untuk survey dilakukan oleh pengumpul data	Sudah dilakukan pengkajian awal dan pengkajian ulang serta memasang <i>bed side rail</i> pada tempat tidur pasien, namun pemasangan stiker kuning tidak dilakukan	Sudah ada urutan yang dilakukan mulai dari <i>assessment</i> pada dokumen SOP. Terjadi penurunan capaian indikator upaya pencegahan cedera akibat pasien jatuh Penurunan penerapan budaya <i>safety</i> 84,77% pada triwulan III dan dibawah standar 90%.	Penerapan Budaya <i>safety</i> sudah diterapkan namun belum optimal

6. Lingkungan Eksternal

Pencegahan pasien jatuh yang merupakan bagian dari sasaran keselamatan pasien diatur dalam Permenkes no. 11 tahun 2017 dimana setiap pelayanan kesehatan wajib melaksanakan keselamatan pasien. Persyaratan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP Dr. M. Djamil adalah dibentuknya kebijakan atau regulasi yang mengatur program ini terutama untuk pencegahan pasien jatuh. Berdasarkan hasil wawancara, kebijakan mengenai pasien jatuh ini sendiri sudah dibuat berdasarkan undang-undang dan KARS serta telah disosialisasikan kepada seluruh staff. Seperti kutipan wawancara diperoleh hasil berikut:

“Rasanya di M.Djamil sudah lengkap. Dari segi regulasi sudah ada sesuai KARS, pengkajian ada dan itupun sudah dimasukkan ke dalam rekam medis. Terus setiap regulasi juga selalu disosialisasikan.” (Inf-12)

“Sudah sesuai dengan permenkes dan undang-undang. Ada tempat-tempat tertentu untuk disability, orang-orang dengan tanda, harus ada fastrack sudah sesuai standar. Tahun ini sosialisasi kebijakan juga udah dilakukan” (Inf-13)

Tabel 22 Matriks Triangulasi Lingkungan Eksternal

Indikator	Wawancara Semi Terstruktur	Observasi Lapangan	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Kebijakan	Kebijakan mengenai pencegahan pasien jatuh sudah dibentuk dan mengacu pada undang-undang dan KARS. Kebijakan sudah disosialisasikan kepada seluruh staff RSUP Dr. M. Djamil	Kebijakan terkait pencegahan pasien jatuh terdapat di setiap unit.	Ada SK Dirut Nomor YR0102/XVII/5621/2018 tentang kebijakan Panduan Pengurangan Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh di RSUP Dr. M. Djamil mengacu pada Permenkes no 11 tahun 2017 tentang <i>patient safety</i> . Terdapat SK penanggung jawab program keselamatan pasien di tiap unit RS tahun 2019. Capaian penerapan <i>patient safety</i> TW III tahun 2019: 84,77%	Kebijakan pencegahan pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil sudah lengkap dan mengacu pada permenkes no. 11 tahun 2017 dan KARS 2018. Capaian dalam penerapan <i>patient safety</i> terutama pasien jatuh belum menjadi budaya

7. Pengetahuan Pasien dan Keluarga Terkait Risiko Jatuh

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa pasien risiko jatuh maupun keluarga tidak mendapatkan informasi mengenai sarana yang ada, apa fungsi gelang yang mereka pakai. Pemberian edukasi ini tergantung pada Perawat yang bertugas. seperti kutipan wawancara berikut ini :

“oo gak ada sih dijelasin kalo ibuk berisiko untuk jatuh, trus harus ngapain. Cuma dikasih tau gak boleh ke kamar mandi” (Inf-2)

“Gelang untuk identitas gitu aja. Cuma warnanya ga dikasih tau, Cuma disini ruangan emergency jadi ibuk kita pantau terus... Mengenai aturan disini, penggunaan antiseptic, terus kebersihannya, cara buang sampah” (Inf-4)

“Ndak ado kalau fasilitas.. iyo kami se yang masang..nengok orang aja” (Inf-5)

“pas masuk tidak ada dijelaskan mengenai sarana disini, ya paling ibuk gak boleh ke kamar mandi, udah begitu aja” (Inf-6)

Berdasarkan hasil observasi lapangan untuk sarana sudah ada seperti bel , *handrail*, dan segitiga kuning. Namun stiker kuning sebagai penanda pasien risiko

tinggi tidak terpasang sejak awal pasien masuk serta pasien maupun keluarga tidak mengetahui kegunaannya dan belum dijelaskan secara keseluruhan oleh perawat yang bertugas. Terdapat pasien dengan segitiga kuning menurunkan *bed side rail* dan tanpa pengawasan dari perawat.

Tabel 23 Matriks Pengetahuan Pasien dan Keluarga Terkait Risiko Jatuh

Indikator	Wawancara Semi Terstruktur	Observasi Lapangan	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Pengetahuan Pasien dan Keluarga	Sebagian besar pasien menjawab bahwa tidak ada diberikan edukasi mengenai kegunaan sarana dan prasarana, seperti gelang, bel, dan segitiga kuning yang dapat mencegah terjadinya insiden pasien jatuh	Bel, segitiga kuning, <i>hand rail</i> , gelang identitas sudah ada. Stiker kuning tidak terpasang. Pasien tidak diedukasi fungsi masing-masing sarana. Masih terdapat <i>bed side rail</i> yang tidak terpasang pada pasien risiko tinggi.	Form edukasi mengenai pasien jatuh tidak terisi dan tidak ditandatangani oleh pasien atau keluarga	Belum pahamiannya pasien tentang kegunaan sarana karena pihak perawat kurang detail menjelaskan



BAB V PEMBAHASAN

A. Keterbatasan Penelitian

Adapun beberapa kesulitan dan kendala yang ditemui dalam penelitian ini diantaranya yang menjadi keterbatasan dalam penelitian adalah sebagai berikut :

1. Peneliti kurang menggali dan mengeksplere faktor-faktor lainnya di luar kerangka konsep yang mungkin berperan dalam insiden pasien jatuh.
2. Peneliti hanya terbatas mengolah data dokumen yang ada di rumah sakit.

B. Faktor Sumber Daya Manusia (SDM)

1. Pihak yang Terlibat dalam Pencegahan Pasien Jatuh

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pihak yang terlibat dalam pencegahan pasien jatuh didapatkan bahwa yang bertanggung jawab untuk pencegahan pasien jatuh adalah semua yang berkontak dengan pasien terutama perawat, dokter, CS dan keluarga pasien. Perawat berperan penting dalam hal ini mulai dari *assessment*, *survey*, koordinasi dan pencegahan. Hal yang berbeda dalam pelaksanaan peran keseluruhan pihak yang terkait belum optimal dalam upaya pencegahan risiko jatuh, seperti perawat serta dokter yang kurang melakukan edukasi terhadap pasien.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Supriyadi (2017) di RSI Klaten yang menyatakan bahwa peran dan akuntabilitas staf/karyawan RSI Klaten terkait dengan insiden pasien jatuh adalah berbeda-beda sesuai dengan jabatan/posisinya masing-masing. Perawat dan kepala ruang rawat inap akan mengutamakan pemberian penanganan kepada pasien terlebih dahulu baru membuat laporan. Peran kepala ruang rawat inap juga menerima laporan dari perawat untuk melakukan investigasi dan klarifikasi ke lapangan. Sedangkan untuk manajer rawat inap, akan menerima laporan dari kepala ruang rawat inap atau perawat yang kemudian akan dilaporkan ke komite PMKP sebagai fasilitator sekaligus mekanisme kontrol dari insiden yang terjadi. Hal ini sesuai pada uraian tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit pada PMK nomor 11 tahun 2017, yaitu rumah sakit harus memiliki kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden.

Rumah Sakit Universitas Tanjungpura secara harfiah masih belum menerapkan manajemen pasien risiko jatuh, namun peran perawat di RS ini sangat maksimal demi peningkatan mutu dan akreditasi RS. Sebanyak 40-60% tenaga di rumah sakit diisi oleh perawat oleh karena itu perawat dituntut sebagai kunci dalam penerapan *patient safety* (Putri, 2017).

2. Kebutuhan Tenaga

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pendidikan dan kebutuhan tenaga didapatkan hasil bahwa terjadi kekurangan tenaga perawat sebanyak 94 orang di bangsal penyakit dalam dan sebanyak 5 orang di Ambun Pagi. Sedangkan dari segi pendidikan minimal sudah tidak ada yang SPK.

Hal ini berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 mengatakan bahwa RSUP Dr. M. Djamil sebagai rumah sakit tipe A dimana jumlah kebutuhan tenaga keperawatan sama dengan jumlah tempat tidur pada instalasi rawat inap. Untuk kompetensi tenaga keperawatan disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit. RSUP Dr. M.Djamil sudah membatasi minimal jenjang pendidikan yang diterima saat perekrutan dengan minimal D3. Untuk saat ini juga akan ditingkatkan lagi 50% untuk D3 dan 50% S1.

Penelitian lain oleh Nugraheni (2017) mengatakan bahwa hal ini dapat dilihat dari perbandingan perawat dengan pasien yaitu 1 orang perawat bertanggung jawab pada 6-7 pasien padahal banyak tindakan yang tidak bisa dilakukan sendiri. Perawat merasa tidak optimal melakukan observasi pasien.

Pengaruh beban kerja yang tinggi berpengaruh pula terhadap insiden keselamatan pasien termasuk salah satunya adalah insiden pasien jatuh. Penelitian yang dilakukan oleh Prawitasari (2009) di unit rawat inap penyakit dalam dan bedah didapatkan bahwa perawat dengan beban kerja yang tinggi terjadi insiden keselamatan pasien sebanyak 17 kasus termasuk insiden pasien jatuh. Apabila dibandingkan dengan perawat dengan beban kerja yang adekuat hanya terdapat 1 kasus insiden keselamatan pasien. Artinya ternyata peningkatan 15,692 kali insiden keselamatan pasien dengan salah satunya insiden pasien jatuh dengan beban kerja tinggi.

3. Pengalaman Kerja

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pengalaman kerja tenaga perawat di RSUP Dr. M. Djamil Padang tidak berperan dalam insiden pasien jatuh. Makin lama seseorang bekerja, kecakapan untuk menangani pasien lebih bagus. Pengalaman kerja perawat di RSUP Dr. M. Djamil sendiri dapat dikatakan rata-rata cukup berpengalaman karena di bangsal penyakit dalam sendiri didapatkan rata-rata pengalaman kerja perawat adalah 9,3 tahun. Sedangkan di instalasi paviliun Ambun Pagi didapatkan rata-rata pengalaman kerja perawat adalah 8,9 tahun.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Astriana (2014) bahwa ada hubungan antara masa kerja dengan kinerja perawat dalam penerapan program keselamatan pasien di Ruang Perawatan Inap RSUD Haji Makassar. Hal ini sesuai dengan pendapat Yulius yang mengatakan semakin banyak/lama masa kerja seseorang pada pekerjaan tertentu maka pengalaman yang didupakannya semakin banyak, sehingga tingkat kecakapan atas pekerjaan yang menjadi tugasnya akan semakin tinggi karena didukung dengan kemampuan dan pengalaman kerja yang memadai akan membuahkan hasil/kinerja yang tinggi bagi tenaga kerja itu sendiri, juga menunjukkan kualitas pekerjaan yang dilaksanakan.

Penelitian yang dilakukan oleh Mulyana (2013) di RS X Jakarta menilai pengalaman masa kerja kurang sama 6 tahun dan lebih dari 6 tahun dengan terjadinya insiden keselamatan pasien. Perawat yang memiliki pengalaman kerja \leq 6 tahun menyebabkan kejadian insiden keselamatan pasien positif. Berdasarkan penelitian ini pengalaman kerja \leq 6 tahun memiliki risiko 3 kali lebih besar menyebabkan insiden keselamatan pasien terutama insiden pasien jatuh. Oleh karena itu rata-rata pengalaman kerja perawat di RSUP Dr. M. Djamil dapat dikatakan cukup berpengalaman dan mengurangi risiko terjadinya pasien jatuh.

4. Kemampuan Tenaga Perawat

Berdasarkan hasil wawancara, observasi, dan telaah dokumen yang telah dilakukan didapatkan bahwa tenaga yang bekerja di rumah sakit sudah memiliki kemampuan pencegahan pasien jatuh, namun pelaksanaannya belum optimal.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nugraheni (2017)

yang menyatakan bahwa pelatihan digunakan untuk menyiapkan karyawan baru menghadapi tantangan dalam pekerjaannya. Pelatihan juga dapat digunakan sebagai strategi yang dikhususkan untuk perubahan perilaku, dengan cara mengarah pada diperolehnya ketrampilan. Selain mengembangkan keterampilan, pelatihan juga memberikan perubahan pengetahuan seseorang tentang suatu hal.

Penelitian oleh Mulyana (2018) menilai kelompok yang berkompotensi tinggi memiliki angka insiden keselamatan pasien dibandingkan dengan kelompok yang berkompotensi rendah. Perawat dengan kompetensi rendah memiliki risiko 3 kali lebih besar terjadinya insiden keselamatan pasien dengan perawat yang memiliki kompetensi tinggi.

5. Usia

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa usia tidak berperan dengan terjadinya insiden pasien jatuh di bangsal penyakit dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP dr. M. Djamil Padang. Setiap jenjang usia di RSUP Dr. M. Djamil memiliki kemampuan masing-masing dimana dalam pelaksanaan pencegahan pasien jatuh dilaksanakan berdasarkan SOP dan pengetahuan tenaga perawat. Rerata usia perawat di bangsal Penyakit Dalam dan Ambun Pagi dapat dikatakan cukup matang dan produktif.

Menurut Hasibuan (2003) dalam Kumajas (2014) berpendapat bahwa kondisi fisik, mental, kemampuan kerja, dan tanggung jawab dipengaruhi oleh usia. Usia tua akan mempengaruhi kondisi fisiknya, tetapi memiliki tanggung jawab yang besar serta ulet dalam bekerja. Menurut Muzaputri (2008) keterampilan fisik individu akan semakin menurun seiring dengan bertambahnya usia, namun produktifitas tidak selalu bergantung pada keterampilan fisik saja juga dipengaruhi pengalaman kerja.

Penelitian ini sejalan dengan Asmuji (2010), didapatkan rata-rata usia perawat di RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso merupakan tahap usia produktif. Pada penelitian ini tidak didapatkan korelasi antara usia dengan kinerjanya. Hal ini disebabkan tipe pekerjaannya merupakan pekerjaan yang dilakukan berkelompok sehingga banyak terjadinya proses *sharing*.

Berbeda dengan penelitian Kumajas (2014) dimana karakteristik individu

berupa usia perawat berpengaruh terhadap kinerja perawat dimana semakin meningkatnya usia akan meningkatkan kebijaksanaan dan kemampuan dalam mengambil keputusan. Perawat dengan kelompok usia lebih tua juga dapat mengendalikan emosi dengan berfikir secara rasional, serta dapat bertoleransi. Hasil yang berbeda disebabkan karena kelompok usia pada setiap penelitian berbeda-beda sehingga mempengaruhi hasil.

Dalam penelitian Mulyana (2013) dimana usia >30 tahun akan semakin menurunkan terjadinya insiden keselamatan pasien dimana salah satunya adalah pasien jatuh. Kelompok usia ≤ 30 tahun akan meningkatkan insiden keselamatan pasien terutama pasien jatuh 3 kali lebih besar. Pada penelitian ini, usia tidak berperan dalam terjadinya insiden pasien jatuh karena rerata usia perawat di RSUP Dr. M. Djamil Padang adalah di atas 30 tahun dimana sudah memiliki kematangan secara fisik, tanggung jawab, dan berpikir. Oleh karena itu berkurangnya risiko terjadinya pasien jatuh di bangsal Penyakit Dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi.

C. Komponen Sifat Dasar Pekerjaan

1. Kompleksitas Pengobatan

a. Diagnosis

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa jenis dan jumlah diagnosis berperan terhadap kejadian pasien jatuh sehingga semakin banyaknya penyulit akan semakin meningkatkan risiko seperti pada insiden jatuh tahun 2018 di RSUP Dr. M. Djamil yang terjadi pada pasien dengan sesak berat disertai komplikasi.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Najafpour (2019) mengatakan bahwa kondisi klinis pasien yang memiliki tingkat kecenderungan untuk jatuh lebih tinggi berupa depresi, gangguan penglihatan, gangguan keseimbangan, pasien yang berjalan dengan bantuan alat, inkontinensia urin, kanker, penyakit Parkinson, dan diabetes mellitus. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan komorbiditas ini memiliki peluang lebih tinggi untuk terjadinya jatuh.

Hal yang berbeda pada penelitian yang dilakukan oleh Trigono dan Winner (2018) di RS PGI Cikini bahwa *multiple diagnosis* atau pasien dengan komplikasi tidak berperan dengan terjadinya insiden jatuh. Pada umumnya pasien di rawat di rumah sakit dengan risiko jatuh diakibatkan oleh penyakit yang dideritanya. Pasien memiliki keterbatasan dalam mobilitas pada tubuhnya yang menjadikan penyebab utama pasien berisiko jatuh sehingga kondisi pasien memberikan tambahan nilai pada pengkajian risiko jatuh menjadi semakin tinggi.

b. Jenis Pengobatan

Berdasarkan hasil wawancara semi terstruktur yang telah dilakukan didapatkan bahwa ada beberapa pengobatan yang berperan dengan terjadinya pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil seperti penggunaan anti hipertensi, diuretic, obat anti inflamasi, serta obat penenang.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Najafpour (2019) yang menyatakan bahwa menggunakan obat penenang, antikonvulsan, agen anti-diabetes, benzodiazepin, ACE inhibitor, antiinfeksi agen, antihistamin, dan obat kemoterapi berbeda secara signifikan antara kasus dan kelompok kontrol. Penggunaan obat-obatan tersebut dikaitkan dengan yang lebih tinggi peluang untuk kecelakaan yang jatuh di antara pasien.

2. Kerjasama dalam Unit

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa kerjasama antar perawat serta perawat dengan pasien dan keluarga pasien masih terkendala. Pasien sulit untuk diajak bekerja sama setelah dilakukan edukasi oleh perawat. Kesulitan dalam kerja sama ini justru menyebabkan terjadinya insiden pasien jatuh.

Penelitian yang dilakukan di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda, kerja sama terkait program keselamatan pasien terbentuk dari komitmen pada tujuan yaitu untuk meningkatkan program keselamatan pasien menjadi lebih baik. Pelaksanaan peningkatan program keselamatan pasien ini dapat dilakukan dengan koordinasi terkait kegiatan program keselamatan pasien serta mengkomunikasikan

ide dan gagasan yang dimiliki terutama terkait keselamatan pasien. (Bardan, 2017).

Sejalan dengan penelitian Hilda *et al* (2018) bahwa kerja sama antar unit memiliki pengaruh yang sangat signifikan dan paling dominan terhadap insiden keselamatan pasien termasuk insiden pasien jatuh. Penelitian Mulyana (2013), kerja sama tim yang buruk meningkatkan insiden keselamatan pasien salah satunya adalah pasien jatuh 3 kali lebih tinggi.

Orang dengan keterampilan saling melengkapi yang berkomitmen pada tujuan bersama, sasaran-sasaran kinerja dan pendekatan yang mereka jadikan tanggung jawab bersama. Kerjasama merupakan bentuk perilaku dari perawat dalam bekerja di dalam tim karena membuat individu saling mengingatkan, mengoreksi, berkomunikasi sehingga peluang terjadinya kesalahan dapat dihindari. Dalam penelitian ini, kerjasama yang kurang optimal menjadi faktor yang berperan terhadap implementasi terjadinya insiden pasien jatuh.

3. Gangguan dalam Unit

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil bahwa aktivitas yang mengganggu di unit berasal dari keluarga pasien yang membesuk tidak sesuai jam besuk. Hal ini menyebabkan terganggunya pelayanan yang dilakukan kepada pasien, namun tidak memberikan kontribusi terjadinya insiden pasien jatuh.

Berdasarkan Permenkes no 69 tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, rumah sakit wajib membuat tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit salah satunya adalah jam besuk. Kewajiban pasien adalah wajib menaati peraturan yang dibentuk oleh rumah sakit tersebut. RSUP Dr. M. Djamil memberlakukan peraturan jam besuk pada pukul 11.00-13.00 WIB dan pukul 16.00-18.00 WIB dengan ketentuan anak usia <12 tahun tidak dibolehkan berkunjung.

Berdasarkan penelitian di rawat inap RSDJ tingkat kepuasan pengunjung tinggi terhadap adanya fasilitas dari jam besuk (Laksono, 2008). Namun tidak ditaatinya aturan jam besuk ini seperti pada penelitian Kelmanutu (2013) di RSUD Karel Sadsuitubun Langgur menyebabkan terganggunya jam istirahat pasien karena keluarga pasien yang berkunjung secara terus menerus. Rumah

Sakit Tingkat II Udayana Denpasar juga memiliki keluhan yang sama yaitu jam berkunjung yang masih tidak dipatuhi oleh keluarga pasien yang berdampak pada waktu istirahat pasien (Putri, 2016). Hasil penelitian menunjukkan bahwa jam besuk mengganggu pelayanan dan pasien namun tidak berperan terhadap terjadinya insiden jatuh.

D. Lingkungan Fisik

1. Sarana

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa kecukupan sarana untuk kegiatan pencegahan cedera akibat pasien jatuh sudah cukup lengkap, pencahayaan ruangan cukup. Akan tetapi, masih ada sarana yang belum cukup seperti bel ada yang tidak berfungsi dan tidak dapat digunakan, tidak ada pegangan di beberapa lorong dan kamar mandi.

Ketidakcukupan ini diakibatkan karena ada struktur bangunan yang sudah lama dan belum diperbaharui sehingga fasilitasnya belum lengkap disana. Selain itu meskipun sudah ada bel, tetapi ada yang tidak berfungsi.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewi dan Richa (2018) bahwa sarana prasarana sudah ada tetapi kurang mendukung yaitu *bed side rails* tempat tidur pasien yang dianggap terlalu tinggi dan belum adanya bel pasien. Berdasarkan teori Faye G. Abdellah bahwa perawat harus menyadari masalah keperawatan. Kekurangan bel pasien ini membawa kendala pada perawat dalam pelaksanaan pencegahan pasien jatuh. *Counter* perawat yang terletak cukup jauh dari ruangan pasien membuat pasien atau keluarga sulit untuk memanggil perawat karena membutuhkan waktu dan jarak. Sehingga risiko jatuh pada pasien menjadi lebih tinggi. *Bed rails* yang tidak terpasang sering diakibatkan oleh keluarga pasien yang sering menurunkan *bed rail* serta tempat tidur yang tinggi dan tidak sesuai dengan pasien membuat risiko jatuh semakin tinggi.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Nugraheni (2017) menyatakan bahwa kondisi sarana yang menunjang pasien jatuh perawat yang memiliki pencegahan pasien jatuh baik menjawab bahwa sering membiarkan pagar penyangga terbuka dan tidak melakukan penutupan pagar penyangga ketika melakukan pengecekan rutin di kamar tidur pasien. Kejadian ini diakibatkan oleh

karena pasien menyerahkan pada keluarganya. Untuk prasarana, bagi perawat yang mempunyai pencegahan pasien jatuh yang baik hubungan antara kondisi prasarana dengan pencegahan pasien jatuh berpengaruh. Sedangkan sebagian perawat yang memiliki pencegahan pasien jatuh kurang baik mengatakan bahwa prasarana lantai licin sehingga kamar mandi pasien sering tidak dibersihkan dan dibiarkan sehingga pasien berisiko besar jatuh. Hasil penelitian menunjukkan kekurangan dari sarana pendukung untuk pencegahan pasien jatuh sangat berperan meningkatkan risiko pasien jatuh di rawat inap karena masing-masing sarana memiliki fungsi tersendiri.

2. Cara Mengatasi Hambatan Terkait Sarana

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa upaya rumah sakit terkait adanya kekurangan sarana untuk pencegahan cedera akibat pasien jatuh sudah ada diantaranya adalah pengajuan kepada manajemen terkait sarana yang masih kurang.

Sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh (Neri, 2018) yang dilakukan di RSUD Padang Pariaman bahwa upaya yang dilakukan oleh manajemen rumah sakit adalah dengan membuat laporan permintaan kebutuhan per tahun dari instalasi terkait kebutuhan alat kesehatan, bahan medis habis pakan dan kebutuhan pelayanan lainnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa upaya dari rumah sakit masih kurang karena pengajuan belum disertai dengan pengadaan barang.

E. Komponen Lingkungan Organisasi dan Sosial

1. Komunikasi

Berdasarkan penelitian didapatkan bahwa komunikasi antar profesi dan dengan pasien masih belum optimal. Capaian komunikasi SBAR antar *shift* masih dibawah standar 100%. Komunikasi perawat terhadap pasien dan keluarga yang kurang mengenai risiko jatuh sehingga pengetahuan pasien dan keluarga masih kurang mengenai pencegahan pasien jatuh.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Rivai, 2016) yang menyatakan bahwa hubungan komunikasi dengan implementasi keselamatan pasien menunjukkan sebagian besar responden memiliki komunikasi yang baik.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) mengungkapkan masalah komunikasi seperti kegagalan komunikasi verbal dan nonverbal, miskomunikasi antar staf, antar shif, komunikasi yang tidak terdokumentasikan dengan baik merupakan hal yang dapat menimbulkan kesalahan. Penelitian yang dilakukan oleh Manojlovich menyatakan bahwa buruknya komunikasi antara dokter dan perawat merupakan salah satu penyebab terjadinya kejadian yang tidak diharapkan oleh pasien yang berdampak pada kematian pasien, terutama di ruangan-ruangan intensif yang menangani kondisi kritis pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi memiliki hubungan yang bermakna dengan implementasi keselamatan pasien oleh perawat.

2. Standar Prosedur Operasional

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa rumah sakit telah memiliki standar prosedur operasional, sudah sesuai kebutuhan dan mencukupi mengenai pelaksanaan pencegahan pasien jatuh, namun implementasi pelaksanaan SOP masih belum optimal. Sosialisasi SOP yang sudah dilakukan kepada perawat masih terdapat langkah-langkah SOP yang tidak terkerjakan.

Penelitian yang telah dilakukan oleh Neri (2018) di RSUD Padang Pariaman telah menggunakan buku pedoman dan SPO pelaksanaan keselamatan pasien yang disusun berdasarkan Permenkes dan KARS. Khususnya di rawat inap, keseluruhan dokumen sudah terpenuhi 100%. Sejalan dengan penelitian Sanjaya (2017) di RS Pupuk Kaltim didapatkan hasil bahwa pelaksanaan SOP berupa kurangnya sosialisasi SOP, pelaksanaan *assessment* awal serta monitoring dan pengkajian ulang pada pasien yang berisiko tidak dilakukan dengan baik.

Tidak jauh berbeda dengan penelitian Setyarini dan Herlina (2013) di RS Santo Borromeus dimana ketidakpatuhan pelaksanaan SOP pencegahan pasien jatuh terbanyak yaitu penulisan MFS di *whiteboard*, merendahkan tempat tidur, serta pemasangan gelang dan segitiga kuning. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa keberadaan SOP dan pelaksanaan SOP sesuai standar sangat penting karena tidak terlaksananya pencegahan risiko jatuh sesuai SOP justru meningkatkan risiko pada pasien itu sendiri.

F. Faktor Manajemen

1. Struktur Organisasi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sudah ada struktur organisasi dalam pelaksanaan program pencegahan cedera akibat pasien jatuh jawab dengan tugas masing-masing. Hal ini sesuai dengan SNARS 2018 bahwa rumah sakit perlu menetapkan komite/tim atau dalam bentuk organisasi untuk mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang mana salah satunya adalah pencegahan cedera akibat pasien jatuh. Tujuannya adalah agar mekanisme koordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan dengan baik.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sulahyuningsih (2017) di RSUD Sumbawa bahwa komite yang dibentuk berupa komite PMKP yang berupaya untuk meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien. Salah satu sub komite yang berperan penting adalah sub komite keselamatan pasien. Dalam penyusunan program kerjanya sudah dilakukan oleh sub komite tersebut namun dalam pelaksanaannya masih belum dapat dilaksanakan secara keseluruhan karena komite tersebut baru terbentuk.

RSUP Dr. M. Djamil sendiri sudah memiliki struktur organisasi yang berperan dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit terutama pencegahan pasien jatuh. Setiap unit kerja akan memiliki penanggung jawab dengan terjadinya insiden pasien jatuh dan masing-masing sudah bekerja sesuai tugas pokok dan fungsinya masing-masing.

2. Budaya Safety

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa tenaga di rumah sakit sudah menerapkan budaya *safety* mulai dari *assessment*, koordinasi terutama mengenai pencegahan pasien jatuh. Pelaksanaan SOP Keselamatan Pasien sudah ada hal-hal yang dilakukan untuk pencegahan risiko cedera pada pasien jatuh. Pemberi asuhan sudah berperan aktif dalam penerapan budaya *safety* namun terjadi penurunan kinerja pemberi asuhan dalam penerapan budaya *safety* ini. Penurunan budaya *safety* ini terjadi terutama pada masalah *staffing* dan masalah

keterbukaan komunikasi.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pujilestari (2014) yang menyatakan bahwa perawat yang memiliki budaya keselamatan pasien yang tinggi cenderung akan memberikan pelaksanaan pelayanan yang lebih jika dibandingkan dengan perawat yang memiliki budaya keselamatan pasien yang rendah. Penelitian oleh Irviranty (2015) di RSIA Budi Kemuliaan didapatkan bahwa dimensi budaya keselamatan pasien yang kurang yaitu dimensi *staffing* (22,7%), dimensi respon non punitive terhadap insiden (37,13%), dan jumlah pelaporan dalam 12 bulan terakhir (48%).

Hasil identifikasi budaya *safety* dalam Budihardjo (2008) didapatkan keterbukaan komunikasi, respon non punitive, *staffing*, dan *hospital handoffs* merupakan prioritas penanganan yang urgensi. Hal ini berarti pihak rumah sakit harus meningkatkan aspek-aspek penyusun budaya keselamatan pasien dengan harapan akan menghasilkan pelaksanaan pelayanan yang lebih baik lagi oleh karena penurunan terjadi terutama pada dimensi *staffing* dan keterbukaan komunikasi.

G. Faktor Lingkungan Eksternal

Faktor eksternal yang dibahas dalam penelitian ini adalah peran kebijakan terhadap terjadinya insiden pasien jatuh. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa RSUP Dr. M. Djamil Padang sudah memiliki kebijakan yang berpedoman kepada Permenkes no. 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien dan KARS, namun dalam pelaksanaannya masih belum optimal.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Neri (2018) di RSUD Padang Pariaman dimana kebijakan tentang pencegahan pasien jatuh masuk ke dalam Kebijakan Keselamatan Pasien. Kebijakan ini dibentuk pada tahun 2016 dengan SK Direktur Nomor 445/101/RSUD_PD-PRM/XI/2016. Namun dalam pelaksanaannya belum optimal. Berdasarkan penelitian Budiono (2014) di RSI Unisma Malang didapatkan manajemen risiko pencegahan pasien jatuh belum optimal disebabkan oleh belum dibentuknya panduan manajemen risiko jatuh beserta SPO. Setelah dua minggu dibentuknya kebijakan program pencegahan pasien jatuh dan pelaksanaan pengkajian risiko jatuh didapatkan

peningkatan *trend* perawat melaksanakan pengkajian sebesar 26,5%.

Rumah sakit yang merupakan suatu organisasi harus memiliki kebijakan program keselamatan pasien terutama pencegahan pasien jatuh dengan merancang intervensi yang dapat dilakukan. Kebijakan pencegahan pasien jatuh di RSUP Dr. M. Djamil inilah yang akan menjadi pedoman bagi rumah sakit dalam melaksanakan setiap tindakan yang berisiko membuat pasien jatuh, namun apabila dalam pelaksanaannya belum optimal tentunya akan mempengaruhi tindakan pencegahan pasien risiko jatuh tersebut.

H. Pengetahuan Pasien dan Keluarga Terkait Risiko Jatuh

Berdasarkan hasil wawancara semi terstruktur yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa pasien risiko jatuh maupun keluarga tidak mendapatkan informasi mengenai sarana yang ada, apa fungsi gelang yang mereka pakai. Pemberian edukasi ini tergantung pada Perawat yang bertugas. Berdasarkan hasil observasi lapangan untuk sarana sudah ada seperti bel , *handrail* tetapi pasien maupun keluarga tidak mengetahui kegunaannya dan belum dijelaskan secara keseluruhan oleh perawat yang bertugas.

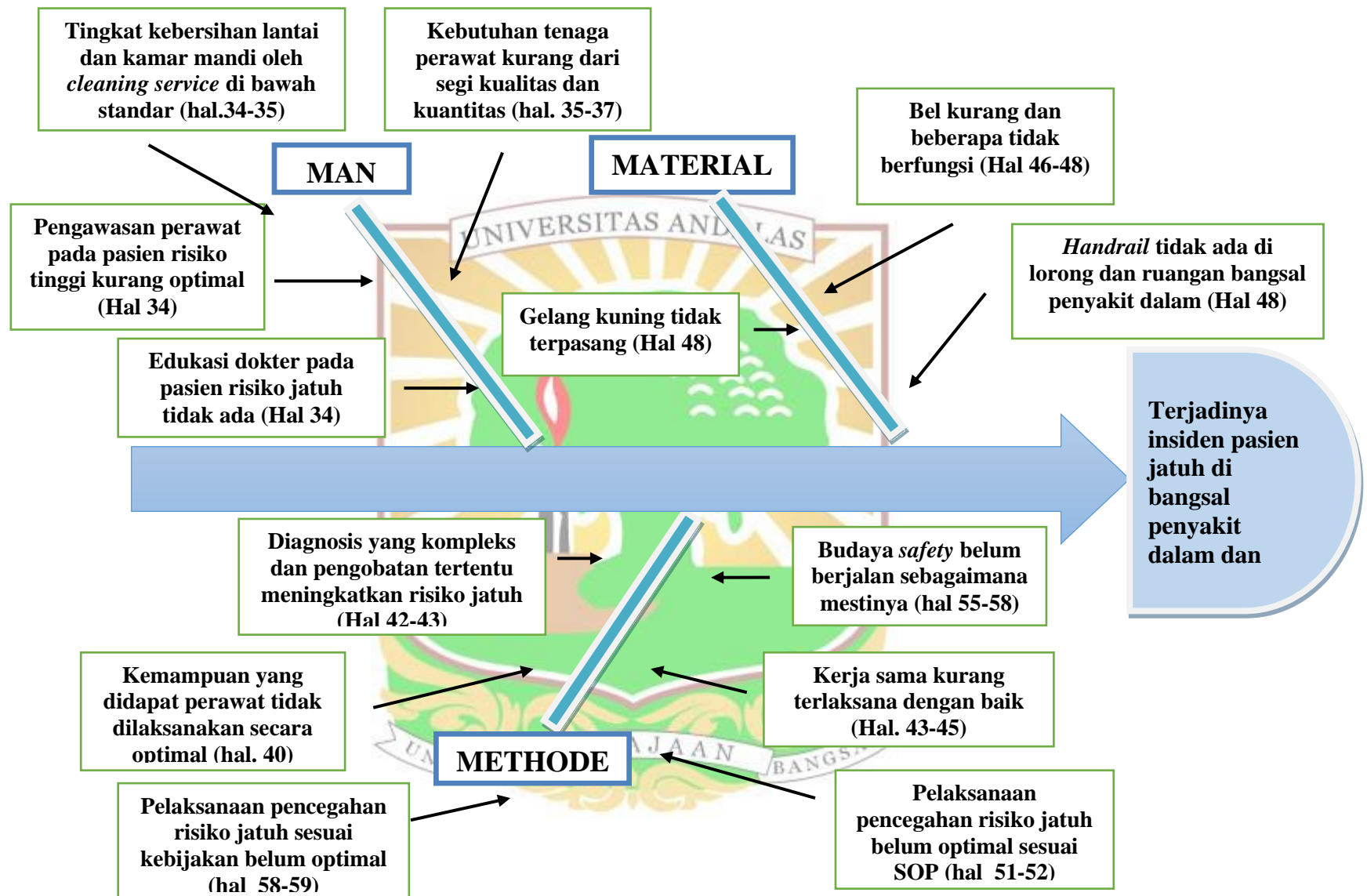
Menurut Nurhayati (2016) pasien yang menjalani rawat inap dikelola oleh dokter dan berbagai profesi lain sebagai tim dengan menerapkan sistem komunikasi yang efektif untuk memberikan pelayanan. Peran pasien dan keluarga mewujudkan komunikasi efektif adalah:

1. Menunjuk atau menetapkan anggota keluarga yang diberi kewenangan untuk berkomunikasi dengan tim kesehatan. Penunjukan ini diperlukan untuk memastikan komunikasi berlangsung efektif dan berkesinambungan, tidak mengalami rantai komunikasi yang panjang dan kompleks yang berisiko menyebabkan perubahan makna isi informasi.
2. Memberikan informasi dan data terkait kondisi pasien kepada tim kesehatan dengan benar dan jelas.
3. Memberikan informasi pada petugas bila ada kejadian tidak diharapkan.
4. Meminta informasi yang diperlukan kepada tim kesehatan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa komunikasi dan edukasi sangat

penting untuk diterapkan kepada keluarga pasien karena keluarga pasien yang menjaga merupakan orang yang berkontak lama terhadap pasien. Sehingga apabila terjadi perubahan kondisi dan perubahan posisi pada pasien keluarga wajib mengkomunikasikan terhadap perawat agar risiko jatuh pada pasien menjadi minimal.





Gambar 8. Diagram Analisis Penyebab Insiden Pasien Jatuh di bangsal penyakit dalam dan Instalasi Paviliun Ambun Pagi RSUP Dr. M. Djamil adang

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Penelitian ini bertujuan untuk mencari penyebab terjadinya insiden pasien jatuh di rawat inap baik berasal dari faktor individu perawat, kompleksitas pengobatan, lingkungan fisik, lingkungan organisasi dan sosial, faktor manajemen dan faktor kebijakan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa:

1. Faktor sumber daya manusia yang berperan dalam terjadinya insiden pasien jatuh adalah belum optimalnya peran perawat, dokter, dan *cleaning service* dalam pencegahan insiden pasien jatuh, kurangnya kebutuhan tenaga dan pendidikan perawat, serta kurang optimalnya kemampuan perawat dalam pelaksanaan pencegahan pasien jatuh.
2. Faktor sifat dasar pekerjaan yang berperan dalam terjadinya insiden pasien jatuh adalah kompleksitas pengobatan pasien serta belum optimalnya kerjasama antar unit dalam pencegahan pasien jatuh.
3. Faktor lingkungan fisik yang berperan dalam terjadinya insiden pasien jatuh adalah kurang lengkapnya sarana pendukung pencegahan insiden pasien jatuh.
4. Faktor lingkungan organisasi dan sosial yang berperan dalam terjadinya insiden pasien jatuh adalah belum optimalnya komunikasi antar unit dan pelaksanaan SOP.
5. Faktor manajemen yang berperan dalam terjadinya insiden pasien jatuh adalah belum optimalnya pelaksanaan budaya *safety*.
6. Faktor lingkungan eksternal yang berperan dalam terjadinya insiden pasien jatuh adalah belum optimalnya pelaksanaan pencegahan pasien jatuh yang sesuai dengan kebijakan.
7. Faktor pengetahuan pasien dan keluarga yang kurang terkait pencegahan pasien jatuh berperan dalam terjadinya insiden pasien jatuh di bangsal penyakit dalam dan instalasi paviliun Ambun Pagi.

B. Saran

1. Kepada Instansi Terkait

- a. Melaksanakan supervisi secara berkala minimal 1 kali sebulan dalam rangka monitoring dan evaluasi pelaksanaan pencegahan pasien jatuh oleh kepala ruangan.
- b. Melaksanakan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian untuk meningkatkan budaya *safety* oleh tenaga perawat di setiap unit terutama rawat inap setiap *briefing* pagi, sore, dan malam.
- c. Melaksanakan pelatihan keselamatan pasien bagi tenaga perawat yang belum mendapat pelatihan.
- d. Melakukan penguatan komitmen dengan sistem *reward and punishment* bagi masing-masing individu untuk melaksanakan pencegahan pasien jatuh.
- e. Memantau pelaksanaan SPO pencegahan pasien jatuh oleh perawat senior dan kepala ruangan agar menjadi suatu kebiasaan
- f. Rutin melakukan edukasi kepada setiap pasien dan keluarga pasien dalam pengenalan ruangan dan fungsi sarana untuk mengurangi risiko jatuh dalam bentuk tugas pokok dan fungsi yang sesuai dengan SPO.
- g. Mengoptimalkan komunikasi yang efektif dengan metode SBAR antar Profesi Pemberi Asuhan (PPA) yang diawasi oleh kepala ruangan dan terdokumentasi secara lengkap.

2. Peneliti Selanjutnya

- a. Agar dapat meneliti insiden keselamatan pasien lainnya seperti Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dll terutama pada kasus terbanyak
- b. Penelitian mengenai penyebab insiden jatuh dapat dilakukan di seluruh unit pelayanan rumah sakit seperti unit rawat jalan dan IGD, tidak hanya di unit rawat inap saja.

DAFTAR PUSTAKA

- Agency for Healthcare Research and Quality. 2013. Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. *Boston University School of Public Health*.
- Ariastuti, N. 2013. Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perawat dalam Melaksanakan Patient Safety di Kamar Bedah RS Tegaltrejo Semarang. *Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan*.
- Asmuji. 2010. Hubungan Faktor Karakteristik Perawat dengan Kinerja Perawat dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. *The Indonesian Journal of Health Science*. Vol 1(1):10–14
- Astriana, Noor NB, Sidin AI. 2014. Hubungan Pendidikan, Masa Kerja dan Beban Kerja dengan Keselamatan Pasien RSUD Haji Makassar. *Journal Manajemen RS FKM Unhas*. Vol.1(1): 1–8.
- Azwar, A. 2010. Pengantar Administrasi Kesehatan. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Bardan, RJ. 2017. Analisis Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdoel Moeis Tahun 2017. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Hasanuddin. Makassar.
- Boulding ED, Andresen EM, Dunton NE, Simon M, Waters TM, Liu M, *et al*. 2013. Falls among Adult Patients Hospitalized in the United States: Prevalence and Trends. *J Patient Saf*. Vol. 9(1):13–7.
- Budihardjo, A. 2008. Pentingnya *Safety Culture* di Rumah Sakit- Upaya Meminimalkan *Adverse Events*. *Jurnal Manajemen Bisnis*. Vol 1(1): 53–70.
- Budiono S, Arief A, Tri WS. 2014. Pelaksanaan Program Manajemen pasien dengan Risiko Jatuh di Rumah Sakit. Universitas Brawijaya Malang. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. Vol 28 (1): 78–83.
- Cahyono JB, Suharjo B. 2008. Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran. Yogyakarta : Penerbit Kanisius

- Cruz S, Carvalho AL, Barbosa P, Lamas B. 2015. Morse Fall Scal User's Manual: Quality in Supervision and in Nursing Practice. *Social and Behavioral Sciences*. 171: 334–9.
- Cuttler SJ, Jill Barr-Walker, Cuttler L. 2017. Reducing Medical-Surgical Inpatient Falls and Injuries with Videos, Icons, and Alarm. *BMJ Open Quality*. 6:1–9.
- [Depkes RI] Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.
- Dewi T dan Richa N. 2018. Phenomenologi Study: Risk Factors Related to Faal Incident in Hospitaliced Pediatric Patient with Theory Faye G Abdellah. *NurseLine Journal*. Vol 3 (2): 81–8.
- Diller T, Helmrich G, Dunning S, Cox S, Buchanan A, Shappel S. 2013. The Human Factors Analysis Classification System (HFACS) Applied to Health Care. *American Journal of Medical Quality*. Vol 20(10):1–10
- Ezdha AUA, Silvia NA, Dwi EF. 2018. Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien dengan Metode Ceramah terhadap Pemahaman Perawat Mengenai Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RS PMC Pekanbaru. *Jurnal Kesehatan*. Vol 7 (2):1–8.
- Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. 2013. Using the Framework Method for the Analysis Qualitative Data in Multi-disciplinary Health Research. *BMC Medical Research*. Vol 13(117). 1–8
- Hempel S, Newberry S, Wang Z, Booth M, Shanman R, Johnsen B, *et al.* 2013. Hospital Fall Prevention: A Systematic Review of Implementation, Components, Adherence, and Effectiveness. *JAGS*. 61: 483–94.
- Henriksen K, Dayton E, Keyes MA, Carayon P, Hughes R. 2008. Understanding Adverse Event: A Human Factors Framework. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Vol 1: 67–85.
- Iririranty, A. 2015. Analisis Budaya Organisasi dan Budaya Keselamatan Pasien Sebagai Langkah Pengembangan Keselamatan Pasien di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2014. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*. Vol1(3): 196–206.

- Joint Comission International Accreditation Standar for Hospital. 2015. Preventing Falls and Fall-related Injuries in Health Care Facilities. *Sentinel Event Alert Issue*.
- Kavaler F dan Spiegel AD. 2003. Risk Management in Health Care Institutions: A Strategic Approach 2nd Ed. Jones and Bartlett Publisher.
- Kim KI, Jung HK, Kim CO, Kim SK, Cho HH, Kim DY, *et al*. 2017. Evidence-based Guidelines for Fall Prevention in Korea. *Korean J Intern Med*. 32: 199–210.
- Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. 2000. To err is human: Building a Safer Health System. *Committee on Quality of Health Care in America*. IOM: National Academy of Science
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2018. *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit* Ed. 1. Kerjasama Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Jakarta.
- [KKPRS] Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 2015. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (*Patient Safety Incident Report*). Jakarta: KKPRS
- Kreitner R dan Kinicki. 2010. *Organizational Behavior*. New York: Mc Graw-Hill Higher Education.
- Kumajas FW, Warouw H, Bawotong J. 2014. Hubungan Karakteristik Individu dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Datoe Binangkit Kabupaten Bolaang Mongondow. *Journal Unsrat*. Vol. 2(2):1–8
- Kurniavip AL dan Damayanti NA. 2017. Karakteristik Individu Perawat dengan Insiden Keselamatan Pasien Tipe Administrasi Klinik di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. *JAKI*. Vol 5 (2): 117–22.
- Laksono, IN. 2008. Analisis Kepuasan dan Hubungannya dengan Loyalitas Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Dedi Jaya Kabupaten Brebes. Tesis. Program Studi Kesehatan Masyarakat. Tesis. Universitas Diponegoro. Semarang.

- Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. 2013. Inpatient Fall Prevention Program as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Anna of Internal Medicine*, 158(5):390–6.
- Mulyana DS. 2013. Analisis Penyebab Insiden Keselamatan Pasien Oleh Perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Depok.
- Muzaputri G. 2008. Hubungan Karakteristik Individu dan Faktor Organisasi dengan Kinerja Perawat di RSUD Langsa Naggroe Aceh Darussalam. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia. Depok.
- Najafpour Z, Godarzi Z, Arab M, Yaseri M. 2019. Risk Factors for Falls in Hospital In-Patients: A Prospective Nested Case Control Study. *International Journal of Health Policy and Management*. Vol 8(5): 300–6.
- Neri RA, Lestari Y, Yetti H. (2018). Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Padang Pariaman. *Jurnal Kesehatan Andalas*. Vol. 7(4): 48–55.
- Nopianto, Dwi. 2015. Studi Tentang Pelayanan Kesehatan di Unit Pelaksana Teknis (UPT) Puskesmas Penajam Kabupaten Penajam Paser Utara. *Journal Ilmu Pemerintahan*. Vol.3(2):1–13
- Nugraheni M, Widjasena B, Kurniawan B, Ekawati. 2017. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pencegahan Jatuh pada Pasien Risiko Jatuh oleh Perawat di Ruang Nusa Indah RSUD Tugurejo Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol 5(2): 121–30.
- Nur HA, Edi Dharmana, Agus Santoso. 2017. Pelaksanaan Asesmen Risiko Jatuh di Rumah Sakit. Universitas Diponegoro Semarang. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*. 5(2):123–33.
- Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 2015. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
- Perneger TV. 2005. The Swiss Cheese Model of Safety Incident: Are There Holes in the Metaphor? *BMC Health Service Research*. 5:71.

- Pongtiku Arry, . 2016. *Teknik Dokumentasi* dalam buku Metode Penelitian Kualitatif Saja. Jayapura: Nulis Buku.
- Prawitasari S. 2009. Hubungan Beban Kerja Perawat Pelaksana dengan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Husada Jakarta. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia. Depok.
- Pujilestari A, Maidin A, Anggraeni R. 2014. Budaya Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar. *Jurnal Manajemen Kesehatan Masyarakat Indonesia*. Vol. 10(1): 57–64
- Putri AD, Pascarani D, Wismayanti KWD. 2016. Pengaruh Kualitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien Peserta BPJS di Rumah Sakit Tingkat II Udayana Denpasar. *Citizen Charter*. Vol 1(1): 1–12.
- Raodhah S, Surahmawati, Syahratul Aeni, Dwi Kurnia LZ. 2018. Penerapan Komunikasi Pasien dan Keluarga Berdasarkan Standar Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) 2012 di RS TK. II Pelamonia Makassar. Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar. *Public Health Science Journal*. Vol 10 (1): 72–84.
- Reason, James. 1997. *Human Errors Models and Management*. Tecnom.
- Rivai F, Sidin AI, Kartika I. 2016. Faktor yang Berhubungan dengan Implementasi Keselamatan Pasien di RSUD Ajjappanngge Soppeng Tahun 2015. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. Vol. 5(4): 152–7.
- Rodriguez DH, Messmer PR, Williams PD, Zeller RA, Williams AR, Wood M, *et al.* 2009. The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study. *JSPN*. Vol 14 (1):22–32.
- Rokhmah NA dan Anggorowati. 2017. Komunikasi Efektif dalam Praktek Kolaborasi Interprofesi Sebagai Upaya Meningkatkan Kualitas Pelayanan. *Journal of Health Studies*. Vol 1 (1): 65–71.
- RSUP Dr. M. Djamil Padang. 2018. Monitoring Evaluasi 6 Indikator SKP RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- _____. 2018. Dokumen Akreditasi Bagian SKP RSUP Dr. M. Djamil Padang.

- Sanjaya PD, Rosa EM, Ulfa M. 2017. Evaluasi Penerapan Pencegahan Pasien Berisiko Jatuh di Rumah Sakit. *Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat*. Vol 11 (2): 105–13.
- Setyarini, EA dan Herlina LL. 2013. Kepatuhan Perawat Melaksanakan Standar Prosedur Operasional: Pencegahan Pasien Risiko Jatuh di Gedung Yosef 3 Dago dan Surya Kencana Rumah Sakit Borromeus. *Jurnal Kesehatan STIKes Santo Borromeus*. Vol 1(1): 94–105.
- Shappel SA dan Wiegmann DA. 2000. *The Human Factors Analysis and Classification System*. Civil Aeromedical Institute Oklahoma.
- Sinurat S dan Santa Lusya. 2018. Peran Pimpinan Keperawatan dalam Meningkatkan *Patient Safety* di Rumah Sakit. *Jurnal Mutiara Ners*. Vol 1 (1):31–43.
- Srivasta A dan Thomson SB, 2009. Framework Analysis: A Qualitative Methodology for Applied Policy Research. *JOAAG*. Vol 4(2): 72–9.
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Sujarweni, VW. 2014. *Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sulahuningsih E, Tamtomo D, Joebagio H. 2017. Analysis of Patient Safety Management in Committee for Quality Improvement and Patient Safety at Sumbawa Hospital, West Nusa Tenggara. *Journal of Health Policy and Management*. Vol.2(2): 147–56.
- Supriyadi, PB, 2017. Penerapan Manajemen Keselamatan Pasien Dalam Usaha Pencegahan Kejadian Pasien Jatuh di Rumah Sakit Islam Klaten. Program Studi Kesehatan Masyarakat. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Surahmat R, Neherta M, Nurariati. 2019. Hubungan Karakteristik Perawat terhadap Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Pasca Akreditasi Rumah Sakit “X” di Kota Palembang Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*. Vol 19 (1): 1–10.
- The Royal Children’s Hospital Melbourne. 2017. *Clinical Guideline Fall Prevention*.

Tutiany, Lindawati, Krisanti P. 2017. Manajemen Keselamatan Pasien. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Undang-undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

[WHO] World Health Organization.2007. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age.

_____. 2016. Adverse Event Action Guide: Voluntary Medical Male Circumcision (VMMC) by Surgery or Device. 2nd Ed.

Yulianingtyas R, Putri AW, Anneke S. 2016. Analisis Pelaksanaan Manajemen Risiko di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol 4 (4):121–8.

Zees RF. 2012. Analisis Faktor Budaya Organisasi yang Berhubungan dengan Perilaku Caring Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Prof. DR. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo. *Jurnal Health and Sport*. Vol 5(1): 1–14.



Lampiran 1

PETUNJUK WAWANCARA SEMI TERSTRUKTUR

I. Identitas Informan

Nama Informan :
Pekerjaan :
Jabatan :
Tanggal :
Jam mulai/akhir wawancara :

II. Pertanyaan

A. Pertanyaan Umum

1. Sampaikan ucapan terima kasih karena telah bersedia meluangkan waktu untuk diwawancarai. Hal ini penting untuk merangkai hubungan baik.
2. Jelaskan maksud dan tujuan.

B. Petunjuk wawancara semi terstruktur

1. Pembukaan

- a. Ucapkan terima kasih atas kesediaannya untuk diwawancarai dan keterangan yang diberikan sangat bermanfaat.
- b. Memperkenalkan diri (peneliti)

2. Prosedur wawancara

- a. Wawancara dilakukan peneliti dengan rekaman memakai *tape recorder*
- b. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
- c. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai.

- d. Jawaban tidak ada yang benar atau salah karena wawancara ini untuk kepentingan peneliti dan tidak ada penilaian.
- e. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.

3. Penutup

- a. Memberitahukan bahwa wawancara telah selesai.
- b. Mengucapkan terima kasih atas kesediaannya memberikan informasi yang dibutuhkan.
- c. Menyatakan maaf apabila terdapat hal-hal yang tidak menyenangkan.
- d. Bila kemudian hari terdapat informasi yang kurang mohon kesediaan informan untuk diwawancarai lagi.



Lampiran 2

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KABID PELAYANAN MEDIK RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

A. Identitas Informan

Nama Informan :
Pekerjaan :
Jabatan :
Tanggal :
Jam mulai/akhir wawancara :

II. Pertanyaan

A. Lingkungan Fisik

1. Sarana

- a. Bagaimana menurut Bapak/Ibu mengenai ketersediaan dan kecukupan sarana untuk kegiatan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?
(Probing: gelang pasien, tempat tidur safety, *handrail*, bel pasien, pencahayaan ruangan yang cukup)
- b. Jelaskan hambatan atau kendala yang berkaitan dengan sarana yang digunakan dalam penerapan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?
- c. Bagaimana upaya rumah sakit dalam mengatasi masalah tersebut?

B. Komponen Organisasi & Sosial

2. Standar Prosedur Operasional

- a. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh dalam buku pedoman keselamatan pasien rumah sakit?
(Probing: sumbernya dari mana., apa sesuai kebutuhan, mencukupi apa tidak)

- b. Menurut Bapak/Ibu, bagaimana panduan dan SPO yang dibuat sebagai standar acuan dalam menerapkan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?

(Probing: diadop dari mana, apakah mampu laksana atau tidak, mencukupi apa tidak)

- c. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu mengenai pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh dalam buku pedoman keselamatan pasien rumah sakit?

(Probing: perlu penambahan, jumlah kebutuhannya berapa, ditujukan untuk siapa saja, sudah terlaksana apa tidak)

C. Manajemen

1. Struktur Organisasi

- a. Bagaimana struktur organisasi dalam pelaksanaan program pencegahan cedera akibat pasien jatuh?

(Probing: apakah sudah ada tim/unit, SK tim)

- b. Bagaimana menurut Bapak/Ibu mengenai tim Gerakan Keselamatan Pasien tersebut?

(Probing: pelaksanaan, fungsi masing-masing anggota tim)

- c. Bagaimana menurut Bapak/Ibu mengenai hubungan kemitraan antar disiplin ilmu/profesi dalam pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?

- d. Jelaskan hambatan/kendala yang berkaitan dengan kemitraan dalam penerapan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?

- e. Bagaimana upaya yang telah dilakukan berhubungan dengan kerja sama antar profesi dalam penerapan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?

2. Budaya *Safety*

- a. Bagaimana mengenai penerapan budaya *safety* atau penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di rumah sakit terutama pencegahan pasien jatuh?

(Probing: adakah pelaksanaan survey, rapat koordinasi, penyusunan strategi pengembangan program, system dan alur jika terjadi pasien jatuh)

- b. Bagaimana peran aktif para pemberi asuhan dalam penerapan budaya *safety* ini?

(Probing: apakah ada tim internal penggerak keselamatan pasien di unit kerja, apa saja bentuk kegiatannya, siapa saja yang terlibat)

- c. Jelaskan hambatan/kendala yang berkaitan dengan penerapan budaya *safety* di unit kerja?

D. Komponen Lingkungan Eksternal

1. Kebijakan

- a. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang kebijakan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?

(Probing: Undang-undang, Permenkes, Kepmenkes, sesuai dengan yang dibutuhkan)

- b. Menurut Bapak/Ibu bagaimana sosialisasi dari kebijakan tersebut?

- c. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu mengenai kebijakan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh yang dilaksanakan oleh RSUP Dr. M. Djamil Padang?

- d. Apakah pelaksanaan asesmen pencegahan cedera akibat pasien jatuh ini menjadi budaya dan mampu terlaksana di RSUP Dr. M Djamil Padang?

- e. Menurut Bapak/Ibu langkah atau tindakan apa yang diambil oleh unit kerja untuk mencegah terjadinya insiden pasien jatuh atau mencegah terulangnya kejadian yang sama? Apakah terlaksana apa tidak?

- f. Bagaimana komitmen Bapak/Ibu terhadap pelaksanaan asesmen pencegahan cedera akibat pasien jatuh terkait dengan penerapan asesmen awal dan asesmen ulang pasien risiko jatuh di RSUP Dr. M. Djamil Padang?

Lampiran 3

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KETUA KOMITE MUTU DAN MANAJEMEN RISIKO RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

I. Identitas Informan

Nama Informan :
Pekerjaan :
Jabatan :
Tanggal :
Jam mulai/akhir wawancara :

II. Pertanyaan

A. Lingkungan Fisik

1. Sarana

- a. Bagaimana menurut Bapak/Ibu mengenai ketersediaan dan kecukupan sarana untuk kegiatan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?
(Probing: gelang pasien, tempat tidur safety, *handrail*, bel pasien, pencahayaan ruangan yang cukup)
- b. Jelaskan hambatan atau kendala yang berkaitan dengan sarana yang digunakan dalam penerapan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?
- c. Bagaimana upaya rumah sakit dalam mengatasi masalah tersebut?

B. Komponen Organisasi & Sosial

1. Standar Prosedur Operasional

- a. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang pelaksanaan asesmen pencegahan cedera akibat pasien jatuh dalam buku pedoman keselamatan pasien rumah sakit?
(Probing: sumbernya dari mana., apa sesuai kebutuhan, mencukupi apa tidak, sudah sesuai standar apa tidak)

- b. Menurut Bapak/Ibu, apakah panduan dan SPO yang dibuat mampu sebagai standar acuan dalam menerapkan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?

(Probing: diadop dari mana, apakah mampu laksana atau tidak, sudah mencukupi apa tidak)

- c. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu mengenai pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh dalam buku pedoman keselamatan pasien rumah sakit?

(Probing: perlu penambahan, jumlah kebutuhannya berapa, ditujukan untuk siapa saja, sudah sesuai apa tidak, mampu terlaksana apa tidak)

C. Manajemen

1. Struktur Organisasi

- a. Bagaimana struktur organisasi dalam pelaksanaan program pencegahan cedera akibat pasien jatuh?

(Probing: apakah sudah ada tim/unit, SK tim)

- b. Bagaimana menurut Bapak/Ibu mengenai tim Gerakan Keselamatan Pasien tersebut?

(Probing: pelaksanaan, fungsi masing-masing anggota tim)

- c. Bagaimana menurut Bapak/Ibu mengenai hubungan kemitraan antar disiplin ilmu/profesi dalam pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?

- d. Jelaskan hambatan/kendala yang berkaitan dengan kemitraan dalam penerapan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?

- e. Bagaimana upaya yang telah dilakukan berhubungan dengan kerja sama antar profesi dalam penerapan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?

2. Budaya *Safety*

- a. Bagaimana mengenai penerapan budaya *safety* atau penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di rumah sakit terutama pencegahan pasien jatuh?

(Probing: adakah pelaksanaan survey, rapat koordinasi, penyusunan strategi pengembangan program, system dan alur jika terjadi pasien jatuh)

- b. Bagaimana peran aktif para pemberi asuhan dalam penerapan budaya *safety* ini?

(Probing: apakah ada tim internal penggerak keselamatan pasien di unit kerja, apa saja bentuk kegiatannya, siapa saja yang terlibat)

- c. Jelaskan hambatan/kendala yang berkaitan dengan penerapan budaya *safety* di unit kerja?

D. Komponen Lingkungan Eksternal

1. Kebijakan

- a. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang kebijakan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?

(Probing: Undang-undang, Permenkes, Kepmenkes, sesuai dengan yang dibutuhkan)

- b. Menurut Bapak/Ibu bagaimana sosialisasi dari kebijakan tersebut?
- c. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu mengenai kebijakan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh yang dilaksanakan oleh RSUP Dr. M. Djamil Padang?
- d. Apakah pelaksanaan asesmen pencegahan cedera akibat pasien jatuh ini menjadi budaya dan mampu terlaksana di RSUP Dr. M Djamil?
- e. Menurut Bapak/Ibu langkah atau tindakan apa yang diambil oleh unit kerja untuk mencegah terjadinya insiden pasien jatuh atau mencegah terulangnya kejadian yang sama?

(Probing: apakah sesuai pedoman, terlaksana apa tidak)

Lampiran 4

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KEPALA INSTALASI DAN KEPALA RUANGAN RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

I. Identitas Informan

Nama Informan :
Pekerjaan :
Jabatan :
Tanggal :
Jam mulai/akhir wawancara :

II. Pertanyaan

A. Komponen Faktor SDM

1. Jelaskan siapa saja yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?
(Probing: profesi apa, bidang apa, jabatannya di masing-masing program)
2. Bagaimana menurut Bapak/ibu tentang segi pendidikan tenaga pengelola yang bertanggung jawab dalam menerapkan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh (Probing: sesuai yang dibutuhkan apa tidak, jumlahnya mencukupi apa tidak)?
3. Bagaimana menurut Bapak/ibu dari segi pengalaman kerja tenaga pengelola yang bertanggung jawab dalam menerapkan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh (Probing: minimal pengalaman kerja)?
4. Bagaimana menurut Bapak/ibu dari segi kompetensi tenaga pengelola yang bertanggung jawab dalam menerapkan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh (Probing: sesuai apa tidak, kompetensi minimal)?

5. Bagaimana menurut Bapak/ibu dari segi usia tenaga pengelola yang bertanggung jawab dalam menerapkan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh (Probing: mempengaruhi apa tidak)
6. Jelaskan hambatan yang berkaitan dengan ketenagaan dalam pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh (Probing: komitmen dalam pelaksanaan, budaya, kebiasaan)?
7. Bagaimana saran Bapak/Ibu terkait dengan ketenagaan dalam pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh di rumah sakit ini?

B. Komponen Sifat Dasar Pekerjaan

1. Kompleksitas Pengobatan
 - a. Bagaimana menurut pendapat Bapak/Ibu mengenai rerata jumlah diagnosis penyakit pada pasien dengan risiko jatuh (Probing: berapa diagnosis yang berisiko, apakah diagnosis mempengaruhi)?
 - b. Jelaskan pengobatan seperti apa saja yang mempengaruhi risiko pasien jatuh?
2. Kerja Sama dalam Unit
 - a. Bagaimana menurut Bapak/Ibu mengenai iklim kerja sama antar perawat, perawat dengan dokter, serta perawat dengan pembantu orang sakit (Probing: cukup hangat, cukup kooperatif apa tidak)?
 - b. Jelaskan mengenai hambatan dalam menjalin kerja sama antar unit?
 - c. Jelaskan mengenai penanganan dalam menghadapi hambatan jika ada?
3. Gangguan atau Interupsi
 - a. Apakah terdapat aktivitas lain yang dapat mengganggu pelayanan (Probing: ketidaksesuaian jam besuk, tugas tumpang tindih, sesuai beban kerja)?
 - b. Bagaimana menurut pendapat Bapak/Ibu mengenai aktivitas tersebut?

C. Lingkungan Fisik

1. Sarana
 - a. Bagaimana menurut Bapak/Ibu mengenai ketersediaan dan kecukupan sarana untuk kegiatan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?

(Probing: gelang pasien, tempat tidur safety, *handrail*, bel pasien, pencahayaan ruangan yang cukup)

- b. Jelaskan hambatan atau kendala yang berkaitan dengan sarana yang digunakan dalam penerapan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?
- c. Bagaimana upaya rumah sakit dalam mengatasi masalah tersebut?

D. Komponen Lingkungan Organisasi dan Sosial

1. Komunikasi

- a. Bagaimana menurut Bapak/Ibu mengenai keaktifan komunikasi antar profesi dan tenaga kesehatan dengan keluarga pasien (Probing: apakah saling berkomunikasi dengan jelas, menyesuaikan dengan bahasa awam, menjelaskan hingga keluarga paham)?
- b. Jelaskan hambatan dalam komunikasi tenaga kesehatan?
- c. Bagaimana penanganan hambatan tersebut?

2. Standar Prosedur Operasional

- a. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh dalam buku pedoman keselamatan pasien rumah sakit?
(Probing: sumbernya dari mana., apa sesuai kebutuhan, mencukupi apa tidak)
- b. Menurut Bapak/Ibu, panduan dan SPO apa saja yang dibuat sebagai standar acuan dalam menerapkan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?
(Probing: diadopsi dari mana, apakah mampu laksana atau tidak, sudah mencukupi apa tidak)
- c. Bagaimana saran Bapak/Ibu mengenai pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh dalam buku pedoman keselamatan pasien rumah sakit?
(Probing: perlu penambahan, jumlah kebutuhannya berapa, ditujukan untuk siapa saja,)

E. Manajemen

1. Struktur Organisasi

- a. Bagaimana struktur organisasi dalam pelaksanaan program pencegahan cedera akibat pasien jatuh?
(Probing: apakah sudah ada tim/unit, SK tim)
- b. Bagaimana menurut Bapak/Ibu mengenai tim Gerakan Keselamatan Pasien tersebut?
(Probing: pelaksanaan, fungsi masing-masing anggota tim)
- c. Bagaimana menurut Bapak/Ibu mengenai hubungan kemitraan antar disiplin ilmu/profesi dalam pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?
- d. Jelaskan hambatan/kendala yang berkaitan dengan kemitraan dalam penerapan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?
- e. Bagaimana upaya yang telah dilakukan berhubungan dengan kerja sama antar profesi dalam penerapan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?

2. Budaya *Safety*

- a. Bagaimana mengenai penerapan budaya *safety* atau penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di rumah sakit terutama pencegahan pasien jatuh?
(Probing: adakah pelaksanaan survey, rapat koordinasi, penyusunan strategi pengembangan program, system dan alur jika terjadi pasien jatuh)
- b. Bagaimana peran aktif para pemberi asuhan dalam penerapan budaya *safety* ini?
(Probing: apakah ada tim internal penggerak keselamatan pasien di unit kerja, apa saja bentuk kegiatannya, siapa saja yang terlibat)
- c. Jelaskan hambatan/kendala yang berkaitan dengan penerapan budaya *safety* di unit kerja?

Lampiran 5

PEDOMAN WAWANCARA TERSTRUKTUR UNTUK PERAWAT PELAKSANA DI RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

Nama-nama peserta :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

Waktu Pelaksanaan :

Tempat :

Permasalahan :

I. **Pertanyaan**

A. **Komponen Faktor SDM**

1. Jelaskan siapa saja yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?
(Probing: profesi apa, bidang apa, jabatannya di masing-masing program)
2. Bagaimana menurut Bapak/ibu dari segi pendidikan tenaga pengelola dalam menerapkan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh (Probing: sesuai tingkatan, sesuai jumlah kebutuhan)?
3. Bagaimana menurut Bapak/ibu dari segi pengalaman kerja tenaga pengelola dalam menerapkan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh (Probing: minimal berapa tahun, pengalam apa saja yang dibutuhkan)?
4. Bagaimana menurut Bapak/ibu dari segi kompetensi tenaga pengelola dalam menerapkan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh (Probing: sesuai kompetensi, sesuai kebutuhan)?
5. Bagaimana menurut Bapak/ibu dari segi usia tenaga pengelola dalam menerapkan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh (Probing: mempengaruhi apa tidak)?

6. Jelaskan hambatan yang berkaitan dengan ketenagaan dalam pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh (Probing: komitmen, motivasi, beban kerja, budaya, kebiasaan, tingkat kejenuhan, jam kerja)?
7. Bagaimana saran Bapak/Ibu terkait dengan ketenagaan dalam pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh di rumah sakit ini?

B. Komponen Sifat Dasar Pekerjaan

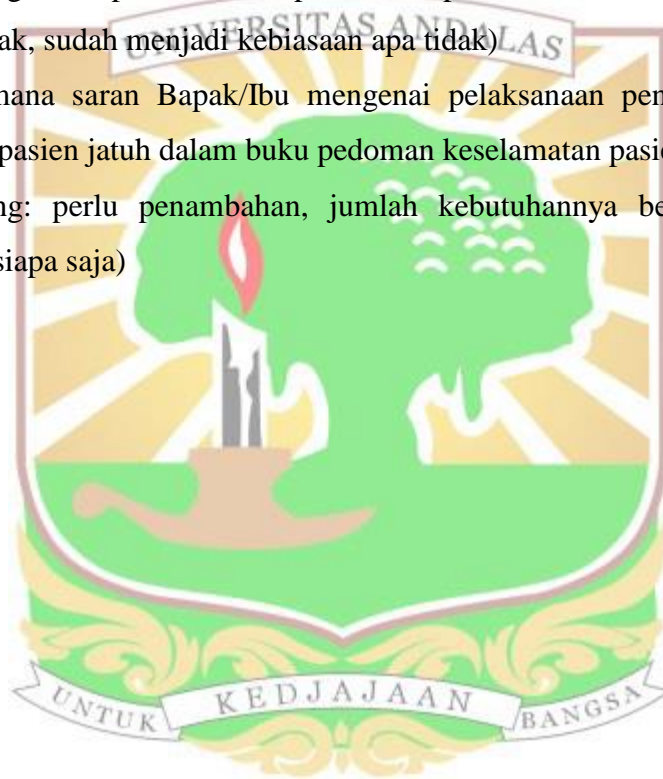
1. Kompleksitas Pengobatan
 - a. Bagaimana menurut pendapat Bapak/Ibu mengenai rerata jumlah diagnosis penyakit pada pasien dengan risiko jatuh (Probing: mempengaruhi apa tidak, jenis diagnosis, jumlah diagnosis)?
 - b. Jelaskan pengobatan seperti apa saja yang mempengaruhi risiko pasien jatuh?
2. Kerja Sama dalam Unit
 - c. Bagaimana menurut Bapak/Ibu mengenai iklim kerja sama antar perawat, perawat dengan dokter, serta perawat dengan pembantu orang sakit (Probing: mampu kerja sama tim, suasana nyaman, kooperatif, adaptasi)?
 - d. Jelaskan mengenai hambatan dalam menjalin kerja sama antar unit?
 - e. Jelaskan mengenai penanganan dalam menghadapi hambatan jika ada?
3. Gangguan atau Interupsi
 - a. Apakah terdapat aktivitas lain yang dapat mengganggu pelayanan (Probing: ketidakesesuaian jam besuk, multiple job)?
 - b. Bagaimana menurut pendapat Bapak/Ibu mengenai aktivitas tersebut?

C. Komponen Lingkungan Organisasi dan Sosial

1. Komunikasi
 - a. Bagaimana menurut Bapak/Ibu mengenai keaktifan komunikasi antar profesi dan tenaga kesehatan dengan keluarga pasien (Probing: mampu saling memahami, kesesuaian bahasa, tingkat kesabaran dalam komunikasi)?
 - b. Jelaskan hambatan dalam komunikasi tenaga kesehatan?
 - c. Bagaimana penanganan hambatan tersebut?

2. Standar Prosedur Operasional

- a. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh dalam buku pedoman keselamatan pasien rumah sakit?
(Probing: sumbernya dari mana., apa sesuai kebutuhan, mencukupi apa tidak, terlaksana apa tidak)
- b. Menurut Bapak/Ibu, panduan dan SPO apa saja yang dibuat sebagai standar acuan dalam menerapkan pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh?
(Probing: diadop dari mana, apakah mampu laksana atau tidak, mencukupi apa tidak, sudah menjadi kebiasaan apa tidak)
- c. Bagaimana saran Bapak/Ibu mengenai pelaksanaan pencegahan cedera akibat pasien jatuh dalam buku pedoman keselamatan pasien rumah sakit?
(Probing: perlu penambahan, jumlah kebutuhannya berapa, ditujukan untuk siapa saja)



Lampiran 6

PEDOMAN WAWANCARA SEMI TERSTRUKTUR UNTUK PASIEN DI RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

Nama-nama peserta :

Waktu Pelaksanaan :

Tempat :

Permasalahan :

I. Pertanyaan

A. .Komponen Sifat Dasar Pekerjaan

1. Kompleksitas Pengobatan

- a. Bagaimana menurut pendapat Bapak/Ibu mengenai penyakit yang Bapak/Ibu derita (Probing: diagnosis nya apa, permasalahannya dimana, risikonya apa)?
- b. Apakah ada pengobatan yang mempengaruhi kondisi Bapak/Ibu pada saat di rawat?

2. Kerja Sama dalam Unit

- a. Bagaimana menurut Bapak/Ibu mengenai pelayanan, bantuan yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab selama pengobatan? (Probing: dapat diandalkan apabila pasien butuh bantuan, kesigapan, komunikatif)?
- b. Jelaskan mengenai hambatan yang Bapak/Ibu alami apabila membutuhkan bantuan?
- c. Bagaimana saran Bapak/Ibu mengenai hambatan tersebut?

3. Gangguan atau Interupsi

- a. Apakah terdapat aktivitas lain yang dapat mengganggu Bapak/Ibu selama perawatan sehingga dapat menyebabkan kejadian jatuh (Probing: tenaga kesehatan terlalu ramai apa tidak, aktivitas perkuliahan profesi)?
- b. Bagaimana menurut pendapat Bapak/Ibu mengenai aktivitas tersebut?

C. Komponen Lingkungan Organisasi dan Sosial

1. Komunikasi

- a. Bagaimana menurut Bapak/Ibu mengenai komunikasi yang disampaikan oleh tenaga kesehatan kepada Bapak/Ibu atau keluarga dan sebaliknya (Probing: mampu dipahami, terlalu cepat apa tidak, nyaman untuk bertanya apa tidak)?
- b. Jelaskan hambatan yang Bapak/Ibu alami dalam berkomunikasi selama perawatan?
- c. Bagaimana saran Bapak/Ibu mengenai hambatan tersebut?



Lampiran 7.

**STANDAR PELAYANAN RSUP DR. M.DJAMIL PADANG TAHUN 2017
BERDASARKAN PERMENKES NO.56 TAHUN 2014**

No	Jenis Pelayanan	Standar RS Kelas A	Ketersediaan	Keterangan
1	2	3	4	5
Pelayanan Medik				
1	Pelayanan gawat darurat (24 jam sehari)	√	Ada	Sudah terlaksana ditambah dengan adanya DPJP onsite 4 dasar (bedah, penyakit dalam, kebidanan, anak, anestesi)
2	Pelayanan medik spesialis dasar	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan penyakit dalam	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan kesehatan anak	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan bedah	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan Obgin	√	Ada	Sudah terlaksana
3	Pelayanan medik spesialis penunjang			
	- Pelayanan anestesiologi	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan radiologi	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan patologi klinik	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan patologi	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan rehabilitasi medic	√	Ada	Sudah terlaksana
4	Pelayanan medik spesialis lain (minimal tersedia 8 pelayanan)			
	- Pelayanan mata	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan THT	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan syaraf	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan jantung	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan kulit dan kelamin	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan kedokteran jiwa	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan paru	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan orthopedic	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan urologi	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan bedah syaraf	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan bedah plastic	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan kedokteran forensic	√	Ada	Sudah terlaksana
5	Pelayanan medik sub spesialis			
	- Pelayanan sub spesialis bedah	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan sub spesialis penyakit dalam	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan sub spesialis kesehatan anak	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan sub spesialis obgin	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan sub spesialis mata	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan sub spesialis THT	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan sub spesialis syaraf	√	Ada	Sudah terlaksana

1	2	3	4	5
	- Pelayanan sub spesialis jantung dan pembuluh darah	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan sub spesialis kulit dan kelamin	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan sub spesialis kedokteran jiwa	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan sub spesialis paru	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan sub spesialis ortopedi	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan sub spesialis prosthodonti dan penyakit mulut	√	Ada	Sudah terlaksana
6	Pelayanan medik spesialis lain			
	Pelayanan spesialis gigi (minimal 3 pelayanan)			
	- Pelayanan bedah mulut	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan konservasi/endodonsi	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan orthodonti	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan prosthodonti	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan pedodonsi dan penyakit mulut	√	Ada	Sudah terlaksana
	Pelayanan kefarmasian (pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan BHP, dan pelayanan farmasi klinik)	√	Ada	Sudah terlaksana
	Pelayanan penunjang klinik			
	- Pelayanan bank darah	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Perawatan intensif	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan gizi	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Sterilisasi instrument	√	Ada	Sudah tersentral di CSSD
	- Rekam medis	√	Ada	Sudah menggunakan SIMRS sudah terintegrasi dengan sistem BPJS
	Pelayanan Penunjang non klinik			
	- Pelayanan laundry/linen	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Jasa boga/dapur	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Teknik dan pemeliharaan fasilitas	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pengelolaan limbah	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Gudang logistic	√	Ada	Sudah berfungsi sebagai tempat penyimpanan barang RS sebelum didistribusi ke unit-unit pelayanan
	- Ambulans	√	Ada	Merupakan layanan unggulan ambulans panggil 24 jam
	- Sistem informasi dan komunikasi	√	Ada	SIMRS sudah ada tapi masih belum terintegrasi keseluruhan unit pelayanan perawatan (optimal 70%)
	- Pemulasaran jenazah	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Sistem penanggulangan kebakaran	√	Ada	Sudah memiliki APAR, <i>smoke detector</i> , dan

1	2	3	4	5
	- Pengelolaan gas medic	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pengelolaan air bersih	√	Ada	Sudah terlaksana
	Pelayanan Rawat Inap	√	Ada	Sudah ada 11 ruangan pelayanan rawat inap (termasuk VIP)
	Pelayanan Rawat Jalan	√	Ada	Sudah ada 18 pelayanan poliklinik, ditambah Poli Eksekutif, Poli Nyeri, Poli Geriatri

Sumber : Data profil RSUP DR.M.Djamil Padang (Renstra tahun 2015-2019)

