

Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Berdasarkan Standar Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) di RSUD Wonosari Yogyakarta

Najwiah Wahid *, Ahmad Ahid Mudayana

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta, Indonesia

*Correspondent Author: Najwiah Wahid (najwiahwahid@gmail.com)

ABSTRACT

The safety of patient was important component in quality of service in health. The hospital of Wonosari was belongs to the government districts of Gunung Kidultype C whom has contribution in services of health for people. In 2016 facilities like barcode not yet in all rooms, human resources have not consistenly reported KTD, the bathroom floor was slippery so that it can cause an incidence of patient safety risk. Now overall the implementation of patient safety has been running optimally, such as the availability of supporting facilities and later of SOP, socoalization and training on evaluation and supervision have been held. The aims of this study to analyze the implementation of patient safety goals based on the hospital accreditation standards (KARS) at RSUD Wonosari Yogyakarta. This studied used qualitative methods through in-depth interviews, observation and document review. Data collection was done by interviewing 5 informants. Identification of patients using two identities, effective communication with SBAR and TBaK, stores medications that need to be watched out in a separate place, tagging used checklist patient at surgery, applied 6 steps and 5 handwashing moments from WHO, conduct initial assessment and reassessment of patients at risk of failed. The implementation of patient safety goals based on the KARS standard in RSUD Wonosari Yogyakarta has been running optimally.

Keywords

Analysis
Implementation
Patient Safety

This is an open access article under the [CC-BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.



Pendahuluan

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Sejak Institute of Medicine (1999) di Amerika Serikat menerbitkan laporan yang mengagetkan banyak pihak : “To Err Is Human”, Building a Safer Health Sistem. Laporan itu mengemukakan penelitian di rumah sakit diUtah dan Colorado serta New York. Di Utah dan Colorado ditemukan KTD (*Adverse Event*) sebesar 2,9 %, dimana 6,6 % diantaranya meninggal. Sedangkan di New York KTD adalah sebesar 3,7 % dengan angka kematian13,6 %. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 – 98.000 per tahun. Publikasi WHO

pada tahun 2004, mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai negara : Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang 3,2 – 16,6 % dengan data-data tersebut, berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan sistem keselamatan pasien^[1].

KTD selain berdampak pada peningkatan biaya pelayanan kesehatan dapat pula membawa rumah sakit ke area *blaming*. Kondisi tersebut dapat menimbulkan konflik antara dokter/petugas kesehatan lain dengan pasien, dan tidak jarang yang berakhir dengan tuntutan hukum yang sangat merugikan rumah sakit. Data KTD di Indonesia masih sulit diperoleh secara lengkap dan akurat, tetapi dapat diasumsikan bahwa angka kejadiannyatidaklah kecil^[2].

Sasaran keselamatan pasien merupakan salah satu standar penilaiandalam akreditasi rumah sakit versi 2012. Pemenuhan standar tidak hanya dilihat dari kelengkapan dokumen, tetapi juga implementasi dari standar akreditasi yang akan dinilai. Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran keselamatan tersebut mengacu pada *Nine Live-Saving Patient safety solution* dari WHO^[3]. Enam sasaran keselamatan pasien menurut standar Komisi Akreditasi Rumah Sakit versi 2012 antara lain: ketepatan identifikasi pasien, meningkatkan komunikasi yang efektif, meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*), memastikan benar tempat, benar prosedur, dan benar pembedahan pasien, mengurangi risiko infeksi dari pekerja kesehatan, mengurangi risiko pasien jatuh^[4].

Berdasarkan studi pendahuluan yang didapatkan melalui wawancara dengan (TKPRS) RSUD Wonosari pada tanggal 22 Januari 2019, diketahui hambatannya yaitu ada pasien yang belum menggunakan gelang identitas, masih kurang pendokumentasian setelah melakukan pelaporan melalui telpon, terdapat beberapa laporan terkait kesalahan pembacaan resep, pelaksanaan untuk pasien operasi belum optimal, masih kurang kesesuaian fasilitas.

Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari merupakan milik pemerintah Kabupaten Gunungkidul. RSUD Wonosari telah mengalami beberapapeningkatan baik mengenai fisik bangunan, sarana dan prasarana Rumah Sakit hingga peningkatan jumlah sumber daya manusianya. Selain itu juga mengalami peningkatan status Rumah Sakit, dari type D menjadi type C pada tahun 1993. Berdasarkan permasalahan di atas penulis tertarik untuk menelitiimplementasi sasaran keselamatan pasien berdasarkan standar Komisi akreditasi Rumah Sakit (KARS) di RSUD Wonosari dengan fokus permasalahan penelitian

yang terdiri dari ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan risiko pasien jatuh.

Results and Discussion

Ketepatan Identifikasi Pasien

RSUD Wonosari sudah melakukan identifikasi pasien melalui pemasangan gelang identitas pasien yang memuat identitas nama pasien, nomor rekamedis, dan tanggal lahir pasien. Hal ini dibuktikan dengan hasil observasi pada tabel berikut :

tabel 1. Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien

No.	Elemen Sasaran	Ya	Tidak	Keterangan
a.	Pasien diidentifikasi menggunakan sedikitnya dua cara identitas pasien seperti nama pasien, nomor rekamedis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan <i>bar-code</i> . Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi	√		Sudah dilaksanakan oleh semua petugas
b.	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah	√		Sudah dilaksanakan Oleh semua petugas
c.	Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis	√		Sudah dilaksanakan oleh semua petugas
d.	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur	√		Sudah dilaksanakan oleh semua petugas
e.	Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi	√		Sudah ada SOP

Hal ini dibuktikan dengan hasil wawancara sebagai berikut :

"...identifikasi menggunakan dua benar jadi pertama adalah menanyakan nama pasien kemudian yang kedua adalah tanggal lahir..." (Informan A)

"...mencocokkan dengan minimal dua identitas misal nama sama mungkin nomor rekam medis atau mungkin tanggal lahir..." (Informan B)

"...menanyakan siapa nama bapak umurnya berapa paling tidak ada dua nama dan umur itu kalau perlu menanyakan alamat juga" (Informan D)

"...biasanya dengan tanggal lahir nomor rekamedis sama alamat pasien" (Informan E)

Kemudian pengimplementasian kegiatan identifikasi pasien yang telah ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang keselamatan pasien rumah sakit

yaitu : a) identifikasi pasien dilakukan sebelum pemberian obat, darah atau produk darah; b) identifikasi pasien dilakukan sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; c) identifikasi pasien dilakukan sebelum pemberian pengobatan atau tindakan.

Hal ini dibuktikan dengan hasil wawancara sebagai berikut :

“...untuk identitas terutama pada waktu pemberian obat melakukan tindakan sama pada waktu transfusi...” (Informan B)

“...identifikasi sebelum kita sampling atau pengambilan spesimen dari pasien tersebut dalam hal ini misalnya pasien mondok itukan otomatis ada gelang pasien itu kita melihat gelangnya setelah sama dengan lembar form permintaan baik itu nama rekamedis maupun umur dan alamat baru kita ambil sampel spennya baik itu darah atau specimen yang lainnya...” (Informan D)

Ketepatan identifikasi pasien yang dilakukan oleh petugas RSUD Wonosari sudah berjalan dengan maksimal dikarenakan pasien sudah diidentifikasi bukan hanya dengan dua identitas saja tapi dengan menanyakan nomor rekam medis bahkan alamat pasien untuk memastikan kembali apakah benar atau tidak. Petugas melakukan identifikasi pasien dengan melihat gelang identitas pasien dan di cocokkan pada berkas rekam medis pasien. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah, pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis, pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur sudah dilakukan. Seperti hasil penelitian terdahulu yaitu, dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien perawat melakukan tindakan keperawatan yang banyak dan menimbulkan resiko salah yang begitu besar sehingga pelaksanaan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan harus dilakukan^[7].

Peningkatan Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif dilakukan kepada sesama pemberi pelayanan kepada pasien dari berbagai tenaga fungsional baik tenaga medis maupun nonmedis. Beberapa kegiatan komunikasi efektif dilakukan sesuai dengan pedoman Permenkes 1991 seperti metode SBAR (*Situation, Backgroud and Recommendation*) dalam melaporkan pasien dan metode TBaK (Tulis, Baca, dan Konfirmasi Kembali) dalam menerima perintah maupun hasil pemeriksaan. Hal ini dibuktikan dengan hasil observasi sebagai berikut :

Tabel 2. Pelaksanaan Peningkatan Komunikasi Efektif

No.	Elemen Sasaran	Ya	Tidak	Keterangan
-----	----------------	----	-------	------------

a.	Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut	√	Menggunakan metode SBAR
b.	Perintah lengkap lisan dan telepon atau hasil pemeriksaan dibicarakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah	√	Menggunakan teknik TBak
c.	Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan	√	Sudah dilaksanakan
d.	Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten	√	Sudah ada SOP

Hal ini dibuktikan dengan hasil wawancara sebagai berikut :

"...kita sudah menggunakan SBAR kita sudah dengan tehnik tulis baca kemudian konfirmasi..." (Informan A)

"...kita pakai metode SBAR habis itu di TBaK setelah SBAR itu nanti di tulis ulang di bacakan kembali habis itu ada konfirmasi..." (Informan B)

"...secara lisan ya dengan diberi penjelasan kalau secara tertulis ya dengan SBAR" (Informan C)

"...TBaK kayak gitu jadi kita kalau konsultasi dengan dokter ada readback kita konfirmasi ulang" (Informan E)

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) atau konsultan jaga yang memberikan instruksi secara lisan atau melalui telepon harus melakukan verifikasi dalam waktu 24 jam terhadap instruksi yang diberikan dengan cara memberi paraf pada stempel TBak di lembar catatan terintegrasi. RSUD Wonosari sudah menyediakan cap untuk pelaksanaan komunikasi yang efektif.

Hal ini dibuktikan dengan hasil wawancara sebagai berikut :

"...DPJPnya konfirmasi ada capnya di bangsal-bangsal, misalnya di laborat ada nilai kritis kurang dari 30 menit sudah harus dilaporkan nanti di tulis di lembar tersendiri..." (Informan B)

"kalau misalnya melaporkan lewat tertulis atau lewat telepon itu ada capnya kayak gitu sih" (Informan C)

"...ada sendiri formnya dibelakang itu ada jadi tanggal berapa jam berapa nama kita yang konsul terus paraf terus sama nanti konfirmasi misalnya konfirmasi dengan dokter nanti ada paraf dokternya untuk konfirmasi bahwa itu memang sudah di setuju dokternya ada capnya..." (Informan E)

Pelaksanaan untuk peningkatan komunikasi yang efektif di RSUD Wonosari sudah berjalan maksimal Petugas melakukan komunikasi yang efektif dengan menggunakan

teknik Situation, Background, Assesment, dan Recomendation (SBAR) dan TBak. Hal ini sejalan dengan peneliti terdahulu yaitu, SBAR merupakan tehnik dalam mengkomunikasikan informasi yang penting yang membutuhkan perhatian dan tindakan dengan segera sehingga keselamatan pasien dapat terjamin dan terlindungi^[8].

Peningkatan Keamanan Obat yang perlu Diwaspadai

Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai di Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari dilakukan dengan cara menyimpan obat-obat yang perlu diwaspadai seperti high-alert dan elektrolit konsentrat pada tempat terpisah dan tidak disimpan pada unit perawatan pasien.

Tabel 3. Pelaksanaan Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu diwaspadai

No.	Elemen Sasaran	Ya	Tidak	Keterangan
a.	Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai	√		Sudah dilaksanakan pelabelan dan ada tempat penyimpanan khusus
b.	Kebijakan dan prosedur diimplementasikan	√		Sudah ada SOP
c.	Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan kebijakan	√		Sudah dilakukan dengan diberi label yang jelas
d.	Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (<i>restricted</i>)	√		Tidak disimpan pada unit pelayanan pasien

Hal ini dibuktikan dengan hasil wawancara sebagai berikut :

"...di pelayanan pasiennya kita tidak boleh menyimpannya ketika membutuhkan misalnya cairan dengan konsentrat tinggi kita sendiri di satu tempat..."(Informan A)

"...Kcl (elektrolitnya konsentrat) high alert banyak sekali, psikotropik, insulin dan lain-lain..." (Informan B)

"...obat dengan konsentrat tinggi kami tidak simpan di tempat pelayanan pasien..." (Informan E)

Metode yang digunakan untuk pelaksanaan peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai sesuai dengan SOP yaitu dengan double cek, di beri label kemudian menggunakan stiker pada area tertentu. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara sebagai berikut :

"...di RSUD wonosari kita SOPnya membuat lasapun juga sampe kita labeli sampe ke satuan terkecil seperti itu kemudian tetap dengan double cek kemudian tempat terpisah kemudian dengan penandaan stiker mengelilingi pada area-area yang ada obat-obat high alertnya" (Informan A)

"...ada obat yang ada tanda high alert atau lasa kita lebih hati-hati lagi ada SOPnya tersendiri high alert kita harus yang pertama harus di double cek..." (Informan B)

"dengan metode double cek kalo misalnya obatnya high alert ya di double cek atau kalo ada yang LASA misalnya pelafalannya mirip ya itu yang perludi double cek juga" (Informan C)

"ada double ceknya..." (Informan E)

Kemudian pernah terjadi kesalahan pembacaan resep atau resep tidak terbaca tapi tidak mengakibatkan kejadian yang tidak diharapkan yang fatal karena dikonfirmasi terlebih dahulu dengan dokter penanggung jawab. Hal ini dapat dibuktikan dengan hasil wawancara sebagai berikut :

"...ada beberapa laporan tapi dalam satu tahun ini sudah tidak cuman sekian persen itu resep tidak terbaca seperti itu tapi bisa diatasi dengan konfirmasi ke DPJP yang mengerjakan" (Informan A)

"...pernah tapi jarang terjadi karena kalau dia ragu-ragu mesti di telepon dulu dokternya dari apotik dari perawatnya juga misalnya tidak bisa atau kesulitan membaca langsung di suru konfirmasi ke dokter yang bersangkutan" (Informan C)

"pernah, ya kita konsulkan dengan dokter komunikasi dengan dokter perawat mengenai kejelasan resepnya..." (Informan E)

Adapun kendala-kendala yang dihadapi seperti stiker untuk obat high alert tidak dipasang karena kehabisan. Hal ini dibuktikan dengan hasil wawancara sebagai berikut :

"...kadang ada obat yang harusnya high alert pakai stiker belum ada stikernya..." (Informan C)

"...kehabisan stiker atau kadang ada yang terlewat kayak gitu gak di tempel stiker" (Informan E)

Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*High Alert*) di RSUD Wonosari sudah berjalan dengan maksimal. Obat *high alert* adalah jenis obat yang presentasinya tinggi yang perlu diwaspadai karena dapat menyebabkan terjadinya kesalahan dan kejadian sentinel atau suatu keadaan dimana dapat terjadi KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera serius. Seperti hasil penelitian terdahulu, Setiap kegiatan dalam merencanakan pengobatan pasien harus berorientasi untuk keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan serius (sentinel event), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (adverse outcome). Obat yang harus diwaspadai adalah obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa

dan Ucapan Mirip (NORUM) atau *Look Alike Sound Alike* (LASA). Unit kerja yang berhubungan dengan penanganan obat di RSUD Kabupaten Sidoarjo harus benar-benar paham terhadap keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*)^[9].

Sesuai kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang keselamatan pasien yang menyatakan elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati pada area tersebut. Dalam hal ini RSUD Wonosari sudah menjalankan peraturan tersebut dimana obat high alert termasuk juga elektrolit konsentrat tidak disimpan pada unit pelayanan pasien kecuali obat jenis emergency yang disimpan pada unit pelayanan tertentu dengan pertimbangan jika sewaktu-waktu obat tersebut dibutuhkan oleh pasien yang memiliki kondisi tertentu. Kemudian obat jenis *emergency* disimpan dengan pengawasan langsung oleh petugas dan tidak dapat dijangkau langsung oleh pasien. Elektrolit konsentrat yang berada pada unit pelayanan kesehatan harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat untuk mencegah terjadinya kesalahan obat. Sesuai dengan peneliti terdahulu bahwa identifikasi pasien, lingkungan dan pengelolaan administrasi obat yang baik akan mencegah terjadinya kesalahan obat (*medication error*)^[10].

Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi

RSUD Wonosari menerapkan 3 langkah untuk mencegah salah operasi, salah sisi dan salah pasien. Langkah tersebut meliputi penandaan (*sitemarking*), proses verifikasi dan proses time out. Penandaan daerah operasi atau tindakan invasive dilakukan oleh

Tabel 4. Pelaksanaan Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur dan Tepat Pasien Operasi

No.	Elemen Sasaran	Ya	Tidak	Keterangan
a.	Rumah Sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan/pemberi tanda	√		Dengan menggunakan tanda centang, tapi belum konsisten melakukan penandaan
b.	Rumah Sakit menggunakan suatu <i>checklist</i> atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional	√		Sudah dilaksanakan menggunakan <i>checklist</i>

c.	Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/time-out” tepatsebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan	√	Sudah dilaksanakan sesuai SOP
d.	Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi	√	Sudah adaSOP

Rangkaian tindakan lain yang dilakukan untuk keselamatan pasien operasi/tindakan *invasive* lainnya sesuai dengan SOP yaitu proses *sign in*, *time out*, dan *sign out*, preverifikasi dan proses *sign in*, *time out* dan *sign out* dilakukan dengan menggunakan format berupa *check list*. Hal tersebut dapat dibuktikan dengan hasil wawancara sebagai berikut :

“penandaan untuk pasien dengan operasi 2 sisi untuk operasi tertentu misalnya ekstrimitas kanan kiri SPOnya kita melakukan penandaan dengan menggunakan chek list...” (Informan A)

“...ada sign-in itu pasien di cek semua habis itu ternyata betul semua sudah lengkap kemudian setelah sudah di bius mau dibedah ada time out yang di pimpin oleh dokter anestesi atau nanti dokter bedahnya berdoa bersama-sama dicek sekali lagi, habis itu di lakukan operasi setelah selesai itu sign out...” (Informan B)

Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi di RSUD Wonosari masih kurang maksimal yaitu operator (dokter pelaksana) masih sering tidak melakukan penandaan pada saat operasi dengan menggunakan checklist. Penerapan penandaan pasien operasi harus dilakukan dengan maksimal oleh operator untuk menghindari risiko terjadinya salah sisi operasi dan Kejadain Tidak diinginkan karena kelalaian tidak melakukan penandaan. Sejalan dengan penelitian terdahulu bahwa penyebab tertinggi dari kesalahan lokasi operasi karena tidak adanya penandaan (*site marking*) pada area yang akan dilakukan operasi. Prosedur side marking dan time out penting dilakukan untuk mencegah kesalahan sisi pembedahan dan kebijakan yang tidak diharapkan^[11]. Dokter operator (pelaksana operasi) harus konsisten untuk melakukan penandaan (*site marking*) pada area yang akan dilakukan operasi agar proses operasi dapat berjalan lancar tanpa ada hambatan. Sesuai dengan penelitian terdahulu yaitu belum sepenuhnya tercipta kesadaran dari pihak yang terkait dengan penandaan operasi yaitu dari pihak Direksi hingga pihak pelaksana langsung. Perilaku dan budaya yang belum terbiasa

untuk melakukan penandaan operasi menjadi salah satu kendala. Sehingga berdampak kepada ruang operasi dan tim operasi untuk mengingatkan kembali bagi operator untuk mengecek atau melakukan penandaan operasi jikabelum dilakukan^[12].

Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan di RSUD Wonosari digerakkan oleh Komisi Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI). RSUD Wonosari mempunyai Infection Preventif Control Nurse (IPCN) dan Infection Preventif Control Link Nurse (IPCLN) yang bertugas mengontrol pelaksanaan risiko infeksi terkait pelaksanaan.

Tabel 5. Pelaksanaan Pengurangan Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

No	Elemen Sasaran	Ya	Tidak	Keterangan
a.	Rumah Sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman handhygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.WHO <i>patient safety</i>)	√		Sudah dilaksanakan
b.	Rumah Sakit menerapkan program <i>hand hygiene</i> yang efektif	√		Sudah diterapkan
c.	Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan	√		Sudah ada SOP

Hal ini dibuktikan dengan hasil wawancara sebagai berikut :

"...kita ada tim PPI itu sudah berjalan..." (Informan A)

"dari IPCN dia mengawasi terus tiap harinya ada IPCLNnya yang di bangsalitu dia melaporkan bulanan kepatuhan tepat cuci tangan" (Informan B) "...yang menilai ada tim PPI..." (Informan D)

Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan di RSUD Wonosari Yogyakarta dengan cara : a) melakukan lima momen cuci tangan yang terdiri dari sebelum melakukan tindakan, sebelum, sebelum menyentuh pasien, setelah terkena cairan tubuh pasien, setelah melakukan tindakan dan setelah memegang daerah sekeliling pasien; b) melakukan enam langkah cuci tangan menurut WHO; c) penggunaan APD (Alat Pelindung Diri).

Hal ini dibuktikan dengan hasil wawancara sebagai berikut :

"memakai APD dan baik itu langkahnya maupun momennya itu capaiannya sudah bagus dari WHO" (Informan A)

"...cuci tangan yang baik dan benar yang 6 langkah dari WHO ada 5 momen cuci tangan 2 sebelum 3 sesudah..." (Informan B)

"...cuci tangan yang benar 5 momen 6 langkah itu..." (Informan C) "pakai APD sih sama 6 langkah cuci tangan 5 momen" (Informan E)

Dari tim kerja PPI melakukan sosialisasi dan pelatihan kepada semua petugas untuk mencegah infeksi terkait pelayanan kesehatan agar terbentuk kesadaran dari petugas kesehatan dalam melakukan pelayanan terhadap pasien. Penerapan cuci tangan pada perawat juga harus didukung oleh kesadaran perawat itu sendiri dalam melindungi diri dan pasien dari bahan infeksius serta kesadaran dalam menjalankan SOP yang benar. Kebiasaan mencuci tangan perawat di rumah sakit, merupakan perilaku mendasar dalam upaya pencegahan *cross infection* (infeksi silang). Pengetahuan merupakan elemen yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Perawat juga harus memiliki pengetahuan tentang cuci tangan dengan benar sebagai upaya pencegahan infeksi nosokomial di rumah sakit sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan^[13]. Kemudian dipertegas juga dengan penelitian terdahulu yaitu menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pemberian program pelatihan yang diadakan oleh komite PPI dan manajemen IPCLN dengan peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan petugas di RSUD Dr. Iskak Tulungagung, sehingga program pelatihan berhasil meningkatkan pengetahuan petugas^[14]. Penggunaan dan ketersediaan Alat Pelindung Diri juga sangat berpengaruh dalam pencegahan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. Banyak faktor yang mempengaruhi petugas kesehatan dalam menggunakan Alat Pelindung Diri dalam menjamin keselamatannya sebelum bersentuhan dengan pasien dan melakukan tindakan. Dapat dipengaruhi oleh motivasi, perilaku, kebiasaan maupun ketersediaan Alat Pelindung Diri tersebut^[15].

Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Risiko pasien jatuh dapat terjadi pada pasien yang baru masuk maupun pasien yang sudah mendapatkan pelayanan. Risiko jatuh dapat terjadi karena perubahan keadaan fisik maupun psikologi pasien tersebut.

Tabel 6. Pelaksanaan Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

No.	Elemen Sasaran	Ya	Tidak	Keterangan
a.	Rumah Sakit menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan	√		Sudah dilaksanakan oleh semua petugas

b.	Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko	√	Dengan diberi stiker pada gelang, tanda segitiga biru pada area tempat tidur/terlihat
c.	Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja	√	Masih ada kejadian jatuh di bangsalanak
d.	Kebijakan dan/atau prosedur mendukung pengurangan berkelanjutan dari risiko cedera pasien akibat jatuh di rumah sakit	√	Sudah ada SOP

Upaya pengurangan risiko pasien jatuh di Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari dengan cara : melakukan asesmen awal dan asesmen ulang risiko pasienjatuh. Hal ini dibuktikan dengan hasil wawancara sebagai berikut :

“...setiap ada pasien baru kita melakukan asesmen ketika dia berisiko tinggi untuk jatuh...” (Informan A)

“...pasien datang dinilai dulu dia berisiko jatuh apa tidak...” (Informan B)

Kemudian apabila pasien tersebut diindikasikan berisiko jatuh maka akan dipasang stiker pada gelang dan tanda segitiga biru pada tempat tidur pasien dan edukasi kepada keluarga pasien. Tempat tidur pasien dilengkapi dengan bed side rail. Adanya penandaan, edukasi dan ketersediaan bed side rail tersebut agar menjadikan pengawasan kepada pasien ditingkatkan sehingga risiko pasien jatuh tidak terjadi atau berkurang.

Hal ini dibuktikan dengan hasil wawancara sebagai berikut :

“...kita akan pasang stiker pada gelang kemudian segitiga biru pada dekat tempat tidur atau pada area yang terlihat kemudian ada edukasi pada keluarga pasien” (Informan A)

“...yang resiko tinggi pasien rawat jalan di beri tanda kuning nanti di beri yang mengantar itu di motivasi di bilang bahwa ini berisiko jatuh jangan di tinggalkan jangan ke kamar mandi sendiri itu yang rawat jalan, yang rawat inap harus ada rest rain harus nanti di dekatkan dengan perawat...” (Informan B)

“...dipasang label biasanya kalo ada pasien yang berisiko jatuh nanti ada gelang juga, ada gelang terus dikasih label di bad” (Informan C)

Pengurangan risiko pasien jatuh di RSUD Wonosari masih kurang maksimal. Hal ini dikarenakan masih ada pasien jatuh di bangsal anak. Kejadian jatuh tersebut dapat terjadi

apabila pelaksanaan perencanaan dan manajemen belum dilaksanakan dengan baik dan terdapat ketidaksesuaian fasilitas yang disediakan. pelaksanaan administrasi dan manajemen belum dilaksanakan dengan tertib sesuai dengan pedoman *patient safety* 2008 dan instrumen akreditasi pelayanan keselamatan pasien rumah sakit (instrumen khusus administrasi dan manajemen)^[16]. Kemudian di pertegas oleh peneliti terdahulu, yaitu hasil identifikasi proses akar masalah manajemen risiko pasien jatuh belum optimal terletak pada tingkat perencanaan. Hasil analisis menunjukkan bahwa sistem manajemen belum berjalan karena belum ditunjang dengan implementasi pada semua komponen yaitu pelaksana, standaroperasional yang belum ditetapkan serta sarana yang tidak adekuat^[17].

Conclusion

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari Yogyakarta tentang Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Berdasarkan Standar Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) di RSUD Wonosari Yogyakarta, dapat disimpulkan sebagaiberikut : Implementasi ketepatan identifikasi pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari sudah berjalan dengan maksimal. Implementasi peningkatan komunikasi yang efektif di Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari sudah berjalan dengan maksimal. Implementasi peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert*) di Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari Yogyakarta sudah berjalan dengan maksimal. Implementasi kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi di Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari Yogyakarta pelaksanaannya masih kurang maksimal. Implementasi pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari Yogyakarta sudah berjalan dengan maksimal. Implementasi pengurangan risiko pasien jatuh di Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari Yogyakarta masih kurang maksimal.

References

1. Departemen Kesehatan, RI, 2006, *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*, Jakarta.
2. PERSI-KKP-RS, 2011, Kumpulan Materi Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Klinis, Jakarta.
3. Departemen kesehatan, RI., 2008a, *Panduan Nasional Keselamatan Rumah Sakit (Patient Safety)*, Edisi-2, Jakarta.
4. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), 2012, *Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Standar Akreditasi Versi 2012*, Edisi 1, Tahun 2012. Hal 335-343.
5. Moleong, 2014, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, edisi revisi cetakan ke-31, PT Remaja Rosdakarya, Bandung : Hal. 248.
6. Sugiyono, 2012, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D* cetakan ke-17, Alfabeta Bandung, Bandung : Hal. 246-253.
7. Fatimah, F.S., Sulitiarini, L., Fatimah., 2018, Gambaran Pelaksanaan Identifikasi Pasien Sebelum Melakukan Tindakan Keperawatan di RSUD Wates, *Indonesian Journal of Hospital Administration*, Volume 1, Nomor 1, Tahun 2018, Hal. 21-27.
8. Rohkmah, N.A., Anggorowati, 2017, *Komunikasi Efektif Dalam Praktek Kolaborasi*

- Interprofesi Sebagai Upaya Meningkatkan Kualitas Pelayanan, *Journal of Health Studies*, Volume 1, Nomor 1, Maret 2017. Hal. 65-71
9. Yuwantina, L., H, 2012, Peningkatan Program Patient Safety Melalui Metode Failure Mode and Effect Analysis, *Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan*, Volume 10, Nomor 2, Mei-Agustus 2012. Hal. 61-67
 10. Manias, E., Williams, A., Liew, D., Rixon, S., Braaf, S., Finch, S, 2014, Effects of Patient, Environment and Medication Related Factors on High Alert Medication Incidents, *International Journal For Quality in Health Care*, 2014, Volume 26, Number 3, Hal. 308-320
 11. Pikkkel, D., Sharabi-Nov., A., Pikkkel, J, 2014, "The Importance of side marking in preventing surgical site errors", *International Jurnal of Risk and Safety in Medicine*, 26, Hal. 133-137
 12. Dwitasari, A., Rosa., L., S, 2016, Evaluasi Pelaksanaan Penandaan Operasi di Ruang Operasi RS PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta, *Jurnal Asosiasi Dosen Muhammadiyah Magister Administrasi Rumah Sakit*, Volume 2, Nomor 2, Juli 2016, Hal. 1-17
 13. Fauzia, N., Ansyori, A., Hariyanto., T, 2014, Kepatuhan Standar Prosedur Operasional Hand Hygiene pada Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit, *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Volume 28, Nomor 1, Hal. 95-98
 14. Mustariningrum, D., L., T., Koeswo., M, 2015, Kinerja IPCLN dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit : Peran Pelatihan, Motivasi Kerja dan Supervisi, *Jurnal Aplikasi Manajemen (JAM)*, Volume 13, Nomor 4, Hal. 643-652
 15. Masloman, A., P., Kandou., G., D., Tilaar., Ch., R., 2015, Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan pengendalian Infeksi di Kamar Operasi RSUD Dr Sam Ratulangi Tondano, *JIKMU*, Volume 5, Nomor 2, Hal. 238-249
 16. Astuti, F.Y., 2015, Implementasi Manajemen Keselamatan Pasien (Patient Safety) di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta, *Skripsi*, Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta.
 17. Budiono, S., Alamsyah., A., S., Tri., W., 2014, Pelaksanaan Program Manajemen Pasien dengan Risiko Jatuh di Rumah Sakit, *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Volume 28, Nomor 1, Hal. 78-83