

EVALUASI IMPLEMENTASI PROGRAM SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RSUD BREBES JAWA TENGAH TAHUN 2021

Alda Dwi Rizki Aulia^{1*}, Siti Kurnia Widi Hastuti²

¹Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta

²Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta

*Correspondent Author : First Author (email : alda.aulia19@gmail.com)

Abstract

Patient safety is the main reference in carrying out a health service process in hospitals and health centers. One effort to reduce/minimize and prevent incidents in patients is by implementing a patient safety system. Patient safety goals (SKP) are efforts to prevent patient safety incidents in hospitals. Therefore, this research evaluates how the SKP program at RSUD Brebes, Central Java is implemented. This research uses a qualitative descriptive method with a phenomenology approach. This research was carried out with the CIPP Evaluation concept. Informants were determined using a purposive sampling technique. The research informants consisted of 5 people, namely the Head of Nursing at Brebes Regional Hospital, Member Representatives from KMKP, the Head of Pharmacy, the Head of the Nursing Room, Installation Section. The instruments in the research are an interview guide, observation form (checklist), and recording equipment. The implementation of Patient Safety Goals at RSUD Brebes has been optimal, both from the SKP Implementation Objectives, Policies, and Guidelines, the need for SKP implementation as well as the Facilities and Facilities at the Hospital, HR, SKP Activities/Implementation, and the 6 SKP Implementation Process at the Brebes Hospital. The error that often occurs is that the compliance and habits of officers towards the implementation of SPO/SKP Implementation Guidelines have not been fully implemented. Implementation of Patient Safety Goals at the RSUD Brebes has been going well, health workers at the hospital have received socialization from the Hospital on the Implementation of Patient Safety Goals referring to the Minister of Health Regulation and KARS. In its implementation, it is quite good and runs by the policies of the hospital, starting from the Target of Accuracy of Patient Identification to the Target of Reducing the Risk of Accidents Due to Fall.

Keywords: *Patient Safety Goals, Evaluation, Context, Input, Process, Product.*

Abstrak

Keselamatan pasien merupakan sebuah rujukan utama dalam melakukan suatu proses pelayanan kesehatan baik di rumah sakit maupun Puskesmas. Salah satu upaya untuk mengurangi/ meminimalisir dan mencegah terjadinya insiden pada pasien yakni dengan adanya penerapan sistem keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien (SKP) merupakan upaya pencegahan insiden keselamatan pasien yang ada di RS. Oleh karena itu tujuan dari penelitian ini yakni untuk mengevaluasi bagaimana pelaksanaan program SKP di RSUD Brebes Jawa Tengah dilaksanakan. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Dilaksanakan dengan konsep Evaluasi CIPP. Informan ditentukan dengan teknik *purposive sampling*. Informan penelitian terdiri dari 5 orang, yaitu dari Kepala Bidang Keperawatan RSUD Brebes, Perwakilan Anggota dari KMKP, Kepala Farmasi, Kepala Ruang Perawat, Bagian Instalasi. Instrumen dalam penelitian yakni panduan wawancara, form observasi (*checklist*) dan alat perekam. Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Brebes sudah cukup optimal, baik dari Tujuan Pelaksanaan SKP, Kebijakan dan Pedoman, Kebutuhan pelaksanaan SKP serta Sarana dan Fasilitas di RS, SDM, Kegiatan/ Pelaksanaan SKP, dan Proses Implementasi 6 SKP di RSUD Brebes. Kesalahan yang sering terjadi yaitu kepatuhan serta kebiasaan petugas terhadap penerapan SOP/ Pedoman Implementasi SKP belum sepenuhnya dijalankan. Implementasi SKP di RSUD Brebes sudah berjalan dengan baik, seluruh petugas kesehatan di rumah sakit sudah mendapatkan pelatihan serta sosialisasi dari RS tentang Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien yang mengacu pada Permenkes dan KARS. Dalam implementasinya sudah cukup baik dan dijalankan sesuai dengan kebijakan dari rumah sakit dari mulai Sasaran Ketepatan Identifikasi Pasien sampai Sasaran Pengurangan Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh.

Kata Kunci : Sasaran Keselamatan Pasien, Evaluasi, Konteks, Input, Proses, Produk.

1. Pendahuluan

Keselamatan pasien (*Patient Safety*) merupakan sebuah rujukan utama dalam melakukan suatu proses pelayanan kesehatan baik di Rumah Sakit maupun Puskesmas. Permenkes RI Nomor.4 tahun (2018) telah mengatur tentang kewajiban rumah sakit serta kewajiban bagi pasien. Sebuah institusi seperti rumah sakit menyediakan kebutuhan bagi seluruh masyarakat yakni dalam memberikan pelayanan kesehatan/ medis, menyediakan layanan untuk perawatan inap, rawat jalan serta layanan untuk pasien gawat darurat (IGD) (Rachmawati & Harigustian, 2019) (Permenkes RI, 2018).

Keselamatan pasien merupakan masalah yang krusial bagi rumah sakit bahkan dijadikan isu terpenting, dikarenakan banyaknya kasus mengenai *medical error*, hal ini terjadi di semua Negara bahkan seluruh dunia. Oleh karena itu penyedia pelayanan kesehatan perlu mendapatkan perhatian, dengan penerapan sistem keselamatan pasien menjadikan pelayanan/ asuhan pada pasien lebih aman. Pelaksanaan program keselamatan ini sangat difokuskan/ perlu di terapkan pada seluruh rumah sakit, dikarenakan masih tingginya angka insiden yang terjadi di rumah sakit baik itu secara nasional maupun global. Dalam Permenkes Nomor. 11 tahun 2011 menjelaskan mengenai insiden keselamatan pasien, bahwa disetiap kejadian tanpa disengaja serta pada suatu kondisi yang menimbulkan suatu potensi cedera pada pasien tetapi masih dapat dicegah, insiden tersebut seperti kejadian yang tidak diharapkan (KTD), kejadian tidak cedera (KTC) dan kondisi potensial cedera/ kondisi nyaris cedera (KNC) (Permenkes RI, 2011)(Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015).

Sistem keselamatan pasien diterapkan di rumah sakit sebagai salah satu pencegahan terhadap kejadian yang tidak diharapkan (KTD). Sistem keselamatan tersebut meliputi asesmen risiko atau penilaian risiko, pengidentifikasian serta pengelolaan yang memiliki hubungan terhadap risiko pasien, pelaporan, analisis insiden, kemampuan dalam belajar dari suatu insiden dan melakukan tindak lanjut serta implementasi dalam mencari solusi untuk meminimalkan atau mengurangi timbulnya dari suatu risiko yang dapat terjadi di rumah sakit. Dari penerapan sistem keselamatan tersebut diharapkan sistem dapat mencegah ataupun mengurangi suatu kejadian cedera, yang dapat ditimbulkan dari pemberian pelayanan kesehatan maupun pemberian tindakan terhadap pasien, yang seharusnya tidak dilakukan oleh petugas kesehatan kepada pasiennya (Priyoto, 2014)(Daud, 2020).

Dalam pelaporan oleh National Patient Safety Agency (2017), menjelaskan bahwa pada periode April - Juni 2017, menunjukkan angka kejadian keselamatan pasien yang dilaporkan di Negara Inggris sebanyak 496.683 kejadian, jumlah tersebut menunjukkan kenaikan sebesar 0,6% dibandingkan dengan periode April-Juni 2016 yaitu sebanyak 493.930 kejadian. Kemudian berdasarkan data di Indonesia tahun 2019 telah dilaporkan insiden sebanyak 171 kasus kematian, 80 kasus cedera berat, 372 kasus cedera sedang, 1.183 kasus cedera ringan dan 5.659 kasus tidak ada cedera (Daud, 2020). Salah satu contoh insiden di Indonesia, diperoleh data dari RSUD Gambiran kota Kediri, pada bulan Januari – September 2018, dilaporkan bahwa ada 11 kasus keselamatan pasien di RS Gambiran, yakni meliputi kejadian nyaris cedera (KNC) sebanyak 5 kasus, kejadian tidak cedera (KTC) sebanyak 5 kasus serta 1 kasus kejadian tidak diinginkan (KTD). Selain itu dari RS Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto Jakarta, diperoleh data pada bulan September – Desember 2016, dilaporkan kasus insiden sebanyak 171 kasus, yakni meliputi kejadian potensi cedera/ nyaris cedera (KNC) sebanyak 69 kasus, kejadian tidak cedera (KTC) sebanyak 21 kasus dan kejadian tidak diinginkan (KTD) sebanyak 24 kasus (Sakinah et al., 2017).

Berdasarkan data laporan KKPRS penelitian di RS Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang mengenai insiden keselamatan pasien pada periode Januari 2015 sampai dengan Maret 2016, dilaporkan ada sebanyak 63 kasus. Dari laporan insiden keselamatan pasien, bahwa kejadian yang tidak diharapkan (KTD) sebanyak 36 kasus, kejadian nyaris cedera (KNC) sebanyak 23 kasus, sentinel sebanyak 3 kasus dan kasus KTC sebanyak 1. Dari data tersebut menunjukkan bahwa insiden keselamatan pasien yang terjadi masih bersifat fluktuatif/ tidak stabil (Ningsih & Fatmasari, 2017). Untuk mengurangi terjadinya suatu insiden

keselamatan pada pasien, perlu adanya suatu sistem dalam melakukan pencegahan, yakni dengan adanya penerapan sasaran keselamatan pasien untuk mendorong suatu perbaikan secara spesifik dalam pelaksanaan program keselamatan bagi pasien, dengan adanya sistem ini dapat mengurangi angka kejadian/ insiden keselamatan pada pasien di rumah sakit. Pelaksanaan SKP, memiliki 6 sasaran yang harus dilakukan dengan baik dan benar, yakni ketepatan dalam melakukan identifikasi pasien, melakukan komunikasi secara efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi, pengurangan risiko infeksi akibat pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko pasien cedera akibat jatuh (Permenkes RI, 2017)(Najihah, 2018).

Hasil penelitian yang telah dilakukan bahwa implementasi sasaran keselamatan terhadap pasien (SKP), yakni suatu upaya dalam melakukan pencegahan serta meminimalisir angka kejadian atau insiden pada pasien, serta salah satu program keselamatan pasien. RSUD Brebes sendiri salah satu rumah sakit di Jawa Tengah yang sudah menjalankan konsep keselamatan pasien. RSUD Brebes merupakan tempat pelayanan kesehatan umum yang dimiliki pemerintah dan telah ditetapkan menjadi Rumah Sakit tipe B, serta sudah terakreditasi secara KARS. Berdasarkan studi pendahuluan diketahui bahwa program SKP telah dijalankan semenjak tahun 2017. SKP salah satu program keselamatan pada pasien dan sudah berbentuk komite di rumah sakit. Dari studi pendahuluan diketahui bahwa sistem pelaporan insiden masih menggunakan grading, yaitu warna biru, hijau, kuning, dan merah. Masih terdapat beberapa insiden/ kejadian terhadap keselamatan pasien di RSUD Brebes, yakni kejadian yang tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian potensial cedera (KPC). Data kasus insiden atau kejadian keselamatan pasien pada periode tahun 2019 dan tahun 2020, dapat ditunjukkan dari tabel sebagai berikut :

Table 1. Daftar Insiden Keselamatan Pasien Periode Januari-November Tahun 2019

No	Jenis Insiden	Jumlah Insiden
1.	KTD	6
2.	KNC	6
3.	KPC	12
Total Insiden		24

Table 2. Daftar Insiden Keselamatan Pasien Periode Januari-November Tahun 2020

No	Jenis Insiden	Jumlah Insiden
1.	KTD	14
2.	KNC	-
3.	KPC	-
Total Insiden		14

Dari permasalahan berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa ada beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mengurangi atau meminimalisir suatu kejadian yakni dengan adanya suatu sistem program keselamatan terhadap pasien yang berjalan di rumah sakit, salah satunya penerapan program sasaran keselamatan bagi pasien/ 6 SKP. Dengan adanya program SKP ini dapat melihat bagian-bagian yang bermasalah yang ada di lingkungan rumah sakit terutama pelayanan terhadap pasien. Oleh karena itu dari berbagai permasalahan yang ada peneliti ingin mengetahui Implementasi Program Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Brebes Jawa Tengah. Dimana tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi bagaimana pelaksanaan

program sasaran terhadap keselamatan pasien (SKP) di RSUD Brebes Jawa Tengah dilaksanakan.

2. Metode

Penelitian ini menggunakan metode deskripti kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian dilaksanakan dengan konsep Evaluasi *Context, Input, Proses, Product* (CIPP). Penentuan informan menggunakan teknik *purposive sampling*. Informan penelitian terdiri dari 5 orang, yaitu dari Kepala Bidang Keperawatan RSUD Brebes, Perwakilan Anggota dari KMKP, Kepala Farmasi, Kepala Ruang Perawat, Bagian Instalasi. Instrumen dalam penelitian menggunakan panduan wawancara yang disusun sendiri oleh peneliti, observasi dokumen menggunakan form observasi dengan *checklist* berdasarkan elemen penilaian pada Permenkes dan KARS dan alat untuk merekam (*handphone*). Data yang digunakan yakni data primer dan sekunder. Data primer diperoleh langsung dari informan penelitian dengan menggunakan panduan wawancara yang telah disusun, kemudian melakukan wawancara mendalam (*in Dept Interview*) secara langsung dengan informan yang telah ditentukan dan melakukan pencatatan hasil wawancara. Untuk data sekunder diambil dari observasi dokumen yang ada di RS terkait jumlah SDM, kebijakan dan panduan pelaksanaan SKP, pedoman/SOP pelaksanaan 6 SKP, data terkait laporan insiden keselamatan pada pasien, terkait data infeksi, dan rekapitulasi data evaluasi petugas terhadap SOP SKP di RS.

Penelitian ini dilakukan dari bulan November-Desember 2020 di RSUD Brebes Jawa Tengah. Tahap pelaksanaan penelitian terdiri dari tahap pra-penelitian, persiapan penelitian, pelaksanaan penelitian dan tahap penyelesaian. Keabsahan data dilakukan dengan menggunakan metode triangulasi, yakni triangulasi sumber dan data. Triangulasi sumber dilakukan pada 5 informan yang telah ditentukan dan triangulasi data dilakukan dengan observasi dokumen terkait kebijakan, panduan dan pedoman/SOP pelaksanaan 6 SKP. Analisis data dilakukan dengan beberapa tahap yakni reduksi data, penyajian data dan *conclusion drawing/verification* yang didasarkan atas data yang didapat.

3. Hasil dan Pembahasan

1) Evaluasi Konteks :

1. Tujuan Pelaksanaan Program SKP

Tujuan dari pelaksanaan program SKP ini tentunya dilakukan untuk menjaga atau meningkatkan mutu dari rumah sakit menjadi lebih baik dan tentunya memberikan jaminan pada pasien agar merasakan kenyamanan dan aman di rumah sakit, serta melindungi pasien dari segala kejadian. Tujuan dari pelaksanaan sasaran keselamatan pasien sudah mengacu dengan peraturan dari pemerintah. Pernyataan diatas dapat dibuktikan dari hasil kutipan wawancara/ *interview* dengan informan terkait di RS sebagai berikut :

"..Adanya tujuan dari pelaksanaan SKP ini juga berdasarkan SOP dari SK Direktur Rumah Sakit, Karena Rumah Sakit tidak akan menjalankan suatu kegiatan/ pelayanan tanpa adanya itu." (Informan E).

Berdasarkan kutipan diatas menunjukkan bahwa tujuan dari program SKP sudah sesuai dengan SOP dari surat keputusan direktur serta sudah mengikuti berdasarkan peraturan menteri kesehatan Nomor. 11 tahun 2017 yakni mengenai keselamatan pasien. hal tersebut juga diperkuat dari informan kunci bahwa tujuan dari pelaksanaan program SKP di RSUD Brebes sangat penting untuk melindungi pasien serta dapat meningkatkan mutu di rumah sakit.

"Untuk tujuan dari pelaksanaan program SKP di RSUD Brebes sendiri untuk memberikan rasa nyaman dan aman pada pasien serta melindungi pasien dari KTD. Tujuan ini ada tentunya untuk memberikan pemahaman pada perawat maupun dokter dan staf lainnya,

untuk bias melaksanakan sesuai dengan tujuan dari program SKP dan hal ini juga menyangkut mutu dari rumah sakit.” (Informan B).

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa tujuan dalam pelaksanaan program sasaran terhadap keselamatan pasien (SKP) yaitu sebagai bentuk pelayanan dari rumah sakit untuk selalu memberi pelayanan yang aman, nyaman dan tentunya terjamin untuk keselamatan pasiennya (*Patient Safety*). Untuk tujuan dalam implementasi dari program SKP di RSUD Brebes memiliki tujuan yang berbeda dari masing-masing sasaran. Keselamatan bagi pasien di RS menjadi suatu tujuan untuk mendorong peningkatan spesifik dalam pelaksanaan program SKP (Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), 2011). Menggiatkan atau meningkatkan suatu perbaikan tertentu mengenai keselamatan terhadap pasien juga merupakan suatu tujuan dari implementasi SKP di rumah sakit (Permenkes RI, 2011) (Permenkes RI, 2017).

2. Kebijakan Keselamatan Pasien

Kebijakan keselamatan bagi pasien di RS sangat diperlukan, karena merupakan pedoman utama atau suatu asas dan dasar dalam rencana dari pelaksanaan atau kegiatan yang ada pada rumah sakit. Di RSUD Brebes sendiri telah memiliki kebijakan tentang pelaksanaan program SKP, yakni dalam bentuk surat keputusan dari direktur RS dengan Nomor. 445/1342.A/2017 tentang kebijakan sasaran keselamatan pasien. Hal tersebut telah dibuktikan dari hasil kutipan hasil wawancara/ *interview* dengan beberapa informan terkait yang ada di RSUD Brebes :

“Sudah ada kebijakan untuk pelaksanaan program sasaran keselamatan pasien dan juga regulasinya, kebijakan di rumah sakit brebes juga berdasarkan kebijakan dari direktur, jadi berdasarkan SK direktur juga.” (Informan A).

Selanjutnya informan mengatakan jika kebijakan ini telah mengacu pada Permenkes dan KRAS.

“Kebijakan Keselamatan Pasien terutama Kebijakan dalam Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien sudah mengikuti kebijakan dari Permenkes dan KARS. Kebijakan tersebut meliputi dari 6 Sasaran Keselamatan Pasien mulai dari identifikasi pasien sampai mengurangi risiko pasien cedera akibat jatuh. Semua sudah ada dan dapat dilihat/ dicek pada bagian KMKP. Untuk pelaksanaannya sudah disosialisasikan pada seluruh staf dari tahun 2017, jadi sesuai tanggal berlakunya kebijakannya.” (Informan B).

Berdasarkan penjelasan dari informan terkait, bahwa Kebijakan yang dibuat oleh RSUD Brebes telah diberitahukan/ sosialisai pada semua pegawai/ staf yang ada di rumah sakit dari tahun 2017, sejak tanggal kebijakan dikeluarkan dan ditetapkan rumah sakit. seluruh pegawai baik medis dan non-medis wajib mengikuti kebijakan dalam pelaksanaan program SKP. Berdasarkan hasil observasi dari dokumen yang telah dilakukan, bahwa rumah sakit Brebes telah membuat suatu kebijakan dalam pelaksanaan SKP yakni dalam bentuk surat keputusan dari Direktur RS dengan Nomor. 445/1342. A/2017 mengenai Kebijakan SKP di RSUD Brebes. Kebijakan ini telah mengacu/mengikuti Permenkes RI Nomor. 1691 tahun (2011) tentang Keselamatan Pasien dan peraturan terbaru dalam Permenkes RI Nomor.11 tahun (2017) dan standar akreditasi dari Komisi Akreditas Rumah Sakit (KARS). Bagi RS yang telah terakreditasi KARS, maka akan melaksanakan program SKP di rumah sakit. Dalam penelitian yang dilakukan di RSUD Padang Pariaman telah menetapkan suatu kebijakan yang terbentuk dalam surat keputusan dari Direktur RSUD Padang Pariaman mengenai Kebijakan SKP yang telah mengikuti/ mengacu pada peraturan menteri kesehatan dan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Namun dari penelitian sebelumnya yang dilakukan di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta, bahwa Implementasi SKP di RS belum dilakukan sepenuhnya, hal ini dikarenakan belum adanya suatu prosedur/ kebijakan yang di buat dari rumah saki (Neri et al., 2018). Setiap RS memiliki kewajiban dalam membuat suatu kebijakan, dengan adanya hal tersebut RS dapat memberikan pelayanan yang memiliki mutu baik, memberi rasa aman, anti diskriminasi serta efektif terhadap keutamaan bagi pasien (Undang-Undang RI, 2009).

3. Kebutuhan Pelaksanaan Program SKP

Pemenuhan kebutuhan sangat penting dalam pelaksanaan program SKP, karena merupakan sesuatu yang dibutuhkan untuk melancarkan/ mendukung kegiatan di rumah sakit, sehingga dapat mencapai tujuan dalam pelaksanaan program SKP. Kebutuhan tersebut meliputi sarana dan prasarana dalam pelaksanaan program SKP, baik APD maupun kebutuhan lainnya untuk pelaksanaan program. Dapat dibuktikan dari hasil kutipan wawancara/*interview* dengan beberapa informan di Rumah Sakit sebagai berikut:

“Kebutuhan di RSUD Brebes seperti APD, untuk APD sendiri ada 3 level yaitu pakaian, face mask, sarung tangan, dan sepatu boot, itu sudah terpenuhi dengan baik dan selain itu untuk kebutuhan seperti identifikasi pasien yaitu seperti gelang pasien itu termasuk kebutuhan juga, dan itu harus terus ada dan terpenuhi di Rumah Sakit.” (Informan E).

Selanjutnya informan mengatakan bahwa kebutuhan dalam pelaksanaan SKP di RSUD Brebes telah sesuai dengan peraturan dari Permenkes dan KARS.

“Kebutuhan dalam pelaksanaan SKP ini sudah disesuaikan dengan standar dari Permenkes dan KARS. misal kebutuhan dalam Identifikasi Pasien yaitu harus tersedianya gelang identitas untuk pasien, hal tersebut untuk menghindari dan mengurangi yang namanya KTD atau KNC pada pasien.” (Informan B).

Berdasarkan penjelasan dari kutipan hasil wawancara diatas bahwa kebutuhan dalam pelaksanaan program keselamatan pasien di RSUD Brebes sudah terpenuhi dengan baik sesuai dengan Permenkes dan KARS terutama dalam pemenuhan kebutuhan pelaksanaan SKP. Hal terpenting dalam keberhasilan pelaksanaan suatu program ialah kebutuhan yang memadai. Kebutuhan tersebut meliputi fasilitas/sarana dan prasarana dalam pelaksanaan SKP di RSUD Brebes Jawa Tengah. Dalam pemenuhan kebutuhan pelaksanaan sasaran keselamatan pasien tidak hanya sumber daya manusia saja tetapi sarana, fasilitas serta peralatan yang ada di rumah sakit dapat mendukung dalam keselamatan pasien di rumah sakit. Kebutuhan tersebut meliputi APD, fasilitas pendukung untuk pelayanan kesehatan di RS serta kebutuhan lain dalam melakukan program SKP, seperti pemberian gelang untuk identitas pasien, telepon untuk komunikasi, pegangan pada kamar mandi dan pagar besi pada tempat tidur untuk melindungi pasien agar tidak jatuh dan tersedianya tempat cuci tangan atau *handrub* bagi pasien dan pegawai di rumah sakit (Permenkes RI, 2017).

4. Kegiatan/ Pelaksanaan Program SKP

Kegiatan/ Pelaksanaan dalam program SKP di RSUD Brebes dilakukan berdasarkan Permenkes dan KARS. Kegiatan/ pelaksanaan program Sasaran Keselamatan Pasien tersebut meliputi 6 sasaran, mulai dari identifikasi pasien sampai dengan penurunan risiko pasien cedera akibat jatuh. Pelaksanaan program SKP dilakukan pada setiap unit di rumah sakit. Hal ini dibuktikan dari kutipan hasil wawancara/*interview* dengan beberapa informan di RSUD Brebes sebagai berikut :

“Untuk kegiatan/ pelaksanaan SKP ini dilaksanakan di seluruh unit/ instalasi di RSUD Brebes, jadi meliputi semuanya mulai dari rawat inap, rawat jalan, instalasi bedah, instalasi farmasi dan ICU/ NICU.” (Informan E).

Selanjutnya informan mengatakan jika kegiatan/ pelaksanaan SKP dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan pedoman/ SPO dari Permenkes dan KARS serta telah diatur oleh SK Direktur RSUD Brebes.

“Kegiatan/ Pelaksanaan SKP ini dilaksanakan sesuai dengan Permenkes dan KARS. RSUD Brebes sudah akreditasi secara KARS, jadi memang harus dilaksanakan program SKP. Dari Direktur rumah sakit sendiri sudah ada kebijakan terkait SKP.” (Informan B).

Kegiatan/ pelaksanaan program SKP di RSUD Brebes bertujuan dalam mencegah terjadinya KTD, KNC dan KPC, memberikan rasa aman dan nyaman, serta melindungi pasien dan petugasnya. Berikut dibuktikan dari kutipan wawancara/*interview* dengan informan di RS sebagai berikut :

“Tujuan dari pelaksanaan SKP yaitu yang utama untuk melindungi pasien, sebagai salah satu dari program keselamatan pasien, memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien,

serta mencegah atau mengurangi terjadinya KTD, KNC dan KPC di rumah sakit. kegiatan ini dilakukan untuk meningkatkan akreditasi dan mutu rumah sakit menjadi lebih baik lagi. ” (Informan A).

Berdasarkan penjelasan diatas, bahwa kegiatan/ pelaksanaan program SKP sudah dilakukan sesuai syarat dalam Permenkes dan KARS. Namun perlu adanya perbaikan dalam penerapan/ budaya pada pegawai untuk melaksanakan program SKP dengan baik dan benar sesuai dengan pedoman/ SPO yang sudah ada. Pelaksanaan program SKP dilakukan sebagai laporan/ rekapitulasi data untuk evaluasi terhadap kegiatan yang sudah dijalankan di rumah sakit apakah sesuai dengan tujuan dan memenuhi standar dari KARS, maupun untuk meningkatkan akreditasi dan mutu rumah sakit. Dari pelaporan tersebut akan mengetahui kesalahan dan kekurangan dalam pelaksanaan SKP. Kegiatan keselamatan bagi pasien merupakan suatu program yang melibatkan dari seluruh ruang lingkup di RS, oleh karena itu dibutuhkan koordinasi yang kompak antar istalasi/unit sehingga dapat mencapai tujuan yang optimal, salah satunya program dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien. Koordinasi yang dilakukan secara rutin sangat dibutuhkan, serta memperkuat komitmen dengan semua pihak RS, dengan itu program keselamatan pasien dapat berjalan baik (Hakim & Pudjirahardjo, 2014).

2) Evaluasi Input

1. Sumber Daya Manusia (SDM)

RSUD Brebes memiliki Tim KMKP, terdiri dari Direktur, kemudian ketua dari KMKP, Tim Komite Mutu Keselamatan Pasien (KMKP) terdiri dari 4 yaitu komite medis, komite pununjang, komite keperawatan dan komite PPI. Tim KMKP terbagi menjadi 2 bagian taitu bagian komite keselamatan pasien dan bagian komite mutu. Bagian dari komite keselamatan pasien terdiri dari PJ Manajemen Resiko dan PJ Keselamatan Pasien, sedangkan untuk bagian komite mutu yang terdiri dari PJ Penilaian Mutu dan SKP, PJ. *Clinical Pathway* dan PJ. Penilaian Kinerja. Baik anggota KMKP maupun bagian/unit di RSUD Brebes semua saling berkaitan dan terlibat dalam pelaksanaan SKP. Berdasarkan observasi dokumen dibuktikan dari kutipan wawancara dengan beberapa informan Tim KMKP RSUD Brebes sebagai berikut :

“Anggota KMKP sendiri terdiri dari Direktur RS, Ketua Komite KMKP yaitu dari Komite Medis, Penunjang, Keperawatan dan PPI. Untuk Sub. Komite Mutu dan Sub Keselamatan Pasien ada PJ masing masing. Tetapi selain itu rata-rata anggota di Tim KMKP terdiri dari perawat dan dokter di rumah sakit. ” (Informan E).

RSUD Brebes memberikan pelatihan pada staf/ pegawai di rumah sakit dalam program keselamatan pasien terutama dalam pelaksanaan SKP. Hal ini dibuktikan dari kutipan wawancara dengan informan lainnya sebagai berikut :

“ Untuk peningkatan SDM bagi pegawai/ staf di rumah sakit, tentunya akan diberikan pelatihan maupun workshop dari rumah sakit biasanya. Pegawai yang diikutkan pelatihan biasanya pegawai yang belum pernah mengikuti pelatihan/ workshop. Pelatihan bias juga dari luar rumah sakit, biasanya rumah sakit akan memberikan informasi pada pegawai di rumah sakit, nah bagi pegawai yang belum pernah mengikuti pelatihan bias mengikutinya. Pelatihan ini tidak hanya untuk petugas medis, tetapi juga untuk non-medis.” (Informan A).

Berdasarkan hasil *interview* tersebut, bahwa dalam pelaksanaan program SKP di RSUD Brebes telah memiliki Tim KMKP. Tim KMKP memiliki tugas untuk melaksanakan monitoring serta evaluasi pada program keselamatan pasien, melakukan pencatatan serta pelaporan kejadian/insiden, melakukan analisis insiden serta RCA (*Root Cause Analysis*). Monitoring dan evaluasi dalam melakukan kegiatan supervisi oleh Tim KPRS yang dilakukan secara berkala, hal ini menjadi solusi untuk meningkatkan kepatuhan petugas dalam membangun dan membudayakan keselamatan terhadap pasien di rumah sakit, terutama untuk perawat pelaksana (Tulus & Maksun, 2015). Menurut penelitian dari Yusuf, (2017), bahwa kepala ruang memiliki tanggung jawab didalam organisasi dan sebagai pelaksana dalam mewujudkan tujuan organisasi untuk melakukan pengawasan serta meningkatkan

keselamatan seseorang (pasien) di rumah sakit yang dilakukan perawat, serta mencegah terjadinya suatu insiden/kejadian dalam pelaksanaan keselamatan pada pasien. Penting memperhatikan perawat untuk menjalankan dan mendukung satu sama lain, upaya untuk mensosialisasikan, pemimpin harus bisa menyisihkan waktu kurang lebih 1 jam untuk mengunjungi setiap unit dan membahas mengenai keselamatan pasien, serta tata kelola klinis dengan staf (Napirah et al., 2019). Oleh karena itu untuk meningkatkan mutu SDM, RSUD Brebes melakukan dan memberikan pelatihan pada petugas medis dan non medis. Seluruh bagian/ unit terlibat dalam pelaksanaan program SKP, karena merupakan bagian dari peningkatan mutu rumah sakit serta syarat dalam akreditasi rumah sakit KARS. Menurut beberapa penelitian dalam jurnal, bahwa penting untuk melaksanakan monitoring dan evaluasi oleh Tim KPRS yang dilakukan secara periodik, melakukan pengawasan dan pelaporan insiden secara berkala, membuat kebijakan, melakukan sosialisasi, memberi motivasi serta mendapat dukungan dari Manajemen RS dalam meningkatkan kepatuhan keselamatan pasien dan membudayakan kebiasaan bagi petugas kesehatan (Surahmat et al., 2019) (Sundoro et al., 2016) (Hardiatma & Dewi, 2015).

2. Sarana, Fasilitas dan Peralatan Pendukung

RSUD Brebes dalam mendukung pelaksanaan program sasaran keselamatan pasien (SKP) memberikan sarana, fasilitas dan peralatan pendukung bagi petugas dan juga pasien, yaitu meliputi ATK, komputer, internet dan telepon, serta kebutuhan lain dalam mendukung kegiatan program keselamatan pasien terutama pelaksanaan program SKP di rumah sakit. Metode dengan menggunakan formulir, yang nantinya akan diisi setiap bulannya untuk dijadikan rekap tahunan/ menjadi laporan ke bagian KMKP. Dari observasi tersebut dibuktikan dari kutipan hasil wawancara/*interview* dengan beberapa informan terkait di RSUD Brebes sebagai berikut :

“Sarana di rumah sakit saya rasa sudah cukup baik. Fasilitas dan peralatan pendukung dalam pelaksanaan SKP di rumah sakit yang sudah ada meliputi, gelang identitas untuk pasien, Pegangan yang ada di kamar mandi, pegangan pada tempat tidur (Handrail) dan tanda-tanda yang ada di tempat tidur jika pasien memiliki risiko jatuh atau yang akan melakukan operasi dan untuk fasilitas sudah tersedia dengan baik seperti untuk cuci darah, radiologi seperti X-Ray dan masih banyak lagi. Dalam pelaporan dan penginputan data menggunakan formulir yang dilakukan secara manual. Untuk buku Panduan/ Pedomannya sudah mengacu pada Permenkes No. 11 Tahun 2017 dan KARS. ”
(Informan A).

Berdasarkan observasi dan *interview* dengan beberapa informan, bahwa untuk kelengkapan sarana, fasilitas dan peralatan pendukung di RSUD Brebes dalam melaksanakan SKP sudah dipenuhi dengan baik, yaitu mulai dengan penyediaan layanan yang diberikan oleh petugas RS, SDM yang sudah memadai, serta kelengkapan sarana dan fasilitas untuk pelaksanaan sasaran keselamatan pasien. Namun perlu adanya perbaikan kembali untuk sumber daya, baik tenaga maupun kelengkapan untuk pelaksanaan program keselamatan pasien terutama dalam pelaksanaan SKP. Untuk peningkatan SDM bisa dilakukan sosialisasi dan memberikan edukasi dan pelatihan pada petugas. Hal ini serupa dengan penelitian sebelumnya di RSUD Padang Pariaman pada instalasi rawat inap, bahwa sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam program pelaksanaan SKP sudah dilengkapi, namun ada beberapa sarana yang masih kosong, belum memenuhi standar dan rusak (Neri et al., 2018). Menurut Sundoro et al., (2016), menyatakan bahwa Sarana, Fasilitas dan Peralatan pendukung harus meliputi dari ke 6 sasaran keselamatan pasien, semua harus terpenuhi dengan baik

3. Anggaran/ Dana

Anggaran/Dana yang digunakan dalam mendukung program SKP di RSUD Brebes dibuat oleh Tim KMKP, dengan melampirkan program kerja kemudian akan diajukan pada direksi untuk memperoleh persetujuan. Sumber dana/ anggaran diperoleh dari anggaran daerah atau dari PPK-BLUD. Hal ini dapat dibuktikan dari kutipan hasil wawancara dengan beberapa

informan terkait di RSUD Brebes sebagai berikut :

“Anggaran/ dana di RSUD Brebes bersumber dari BLUD/ Anggaran dari Daerah, jadi nanti misal ada kegiatan atau pelaksanaan program maka rumah sakit membuat laporan sebagai bukti ke Badan Anggaran Daerah/ BLUD dan nantinya akan dikirim ke pusat.” (Informan E).

Hal serupa juga disampaikan oleh informan lain, sebagai berikut :

“Anggaran/ dana itu didapatkan dari anggaran daerah/ PPK-BLUD, sebenarnya untuk anggaran dalam pelaksanaan program seperti keselamatan pasien tidak ada, karena anggaran/ dana itu hanya untuk penyediaan barang di rumah sakit, tetapi setiap kegiatan atau pelaksanaan program seperti SKP, akan ada laporan sendiri/ pengajuan anggaran, dan anggaran/ dana tersebut didapatkan dari rumah sakit sendiri, setelah itu dibuat laporan sebagai bukti ke pusat.” (Informan A).

Dari hasil observasi dokumen serta *interview* dengan beberapa informan terkait, bahwa anggaran diperoleh dari BLUD/ dari rumah sakit sendiri. Anggaran/Dana dalam pelaksanaan program SKP di RSUD Brebes sudah mencukupi. Dengan adanya dukungan anggaran/dana dapat mendukung pelaksanaan suatu program serta memperlancar agar kegiatan dapat berjalan secara optimal/baik. Namun dari hasil observasi, bahwa anggaran/dana hanya diperuntukan untuk pelaksanaan kegiatan pelayanan dan bidang penunjang di rumah sakit. Untuk kegiatan/ pelaksanaan SKP biasanya akan dianggarkan sendiri dari rumah sakit, seperti surat pengajuan/ melampirkan program kerja untuk diajukan kepada direksi untuk persetujuan anggaran/ dana dalam pelaksanaan kegiatan dan nantinya akan dilaporkan pada PPK-BLUD atau dilaporkan ke pusat. Jadi untuk program SKP memang tidak anggaran secara khusus. Pengelolaan uang BLU memiliki tujuan untuk memberikan pelayanan pada masyarakat yakni berupa penyediaan barang bagi rumah sakit/ jasa yang dijual, tanpa mengutamakan suatu keuntungan yang didapat, dan kegiatan didasarkan pada prinsip efisien dan produktifitas dari RS (Permenkes RI, 2005).

4. Pedoman/ SPO Pelaksanaan SKP

Pedoman/ SPO merupakan unsur penting dalam pelaksanaan suatu kegiatan. Pedoman/SPO di RSUD Brebes yang sudah disusun pada saat persiapan akreditasi tahun 2017. Pelaksanaan program SKP ini sudah diatur dalam Surat Keputusan Direktur RSUD Brebes Nomor Nomer : 445/1342.A/2017 tentang Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Daerah Brebes. Observasi tersebut dibuktikan dengan kutipan wawancara/*interview* kepada beberapa narasumber di RSUD Brebes Jawa Tengah sebagai berikut.

“Pedoman/ SOP untuk pelaksanaan SKP sudah ada di rumah sakit dan berdasarkan SK direktur, pedoman/ SPO juga sudah mengacu pada pedoman/ SPO dari standar Permenkes dan KARS.” (Informan B).

Selanjutnya informan lain mengatakan bahwa rumah sakit sudah menyusun buku pedoman sebagai panduan dalam menerapkan SKP.

“Sudah ada buku pedomannya dan sudah disusun sesuai dengan KARS juga Permenkes terkait SKP. Buku pedoman ini menjadi acuan dan panduan untuk pegawai di rumah sakit dalam pelaksanaan SKP...” (Informan A).

Pedoman/ SPO sering kali tidak diikuti oleh pegawai di RS, sehingga menyebabkan pelaksanaan program SKP tidak dijalankan secara optimal. Hal ini disampaikan oleh informan lainnya, sebagai berikut :

“Terkadang masih ada petugas yang kurang mematuhi dan mengetahui pedoman/ SPO yang sudah diterapkan. Biasanya rumah sakit akan memberikan pelatihan/ pemberian edukasi pada petugas, jika masih tidak patuh maka akan diberikan teguran.” (Informan E).

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan RSUD Brebes telah melakukan sosialisasi kepada staf/ karyawan tentang pelaksanaan SKP. RS Umum Daerah Brebes telah menyusun pedoman/SPO dalam pelaksanaan SKP yang digunakan sebagai panduan dalam menerapkan SKP di rumah sakit. Dari observasi dokumen diperoleh hasil bahwa pedoman

dan SPO program SKP di RSUD Brebes sudah disusun berdasarkan Permenkes dan KARS. Pedoman/SPO dalam pelaksanaan SKP, yaitu mengenai elemen penilaian dari masing-masing sasaran, standar dari setiap sasaran, serta maksud dan tujuan dari pelaksanaan setiap sasaran, dari sasaran pelaksanaan Identifikasi Pasien sampai pada sasaran ke-6, pelaksanaan sasaran dalam pengurangan risiko pasien cedera akibat jatuh. Begitu juga penjelasan di dalam KARS sama dengan peraturan dari Permenkes, standar KARS digunakan sebagai akreditasi rumah sakit, setiap elemen penilaian dari setiap sasaran keselamatan pasien (SKP) memiliki skor, tergantung dari kelengkapan dokumen, kebijakan dan prosedur/SOP di rumah sakit (Permenkes RI, 2017).

3) Evaluasi Proses

1. Ketepatan Identifikasi Pasien

Pelaksanaan dalam sasaran ini dilakukan ketepatan identifikasi saat pasien pertama kali masuk di RS atau melakukan pengecekan awal pasien sebagai individu yang menerima pelayanan/ pengobatan. SKP pertama telah diatur berdasarkan SK dari Direktur RSUD Brebes Nomor. 445/1343.A/2017 tentang pemberlakuan panduan dan SPO di RSUD Brebes. Dibuktikan dari hasil kutipan wawancara/*interview* dengan beberapa informan sebagai berikut :

“Untuk pelaksanaan Identifikasi Pasien saya rasa sudah dilakukan dengan cukup baik dan sudah sesuai dengan standar dari KARS. Panduan dan kebijakan sudah mengacu pada KARS dan sudah ada SK dari Direktur rumah sakit dalam pelaksanaan ini. Tujuan dari identifikasi ini juga pasien yaitu untuk mengetahui keadaan pasien, dari identifikasi petugas tau apakah pasien memiliki risiko jatuh atau memiliki riwayat alergi pada obat, jadi dapat melindungi pasien dan mengurangi terjadinya KTD.” (Informan A).

Selanjutnya informan mengatakan bahwa pada saat pasien pertama kali masuk, melakukan triase yaitu memisahkan antara pasien yang gawat dan tidak.

“....untuk pasien di instalasi rawat inap biasanya akan di pasang gelang yang berlabel identitas dari pasien yaitu nama lengkap pasien, tanggal lahir dan nomor rekam medis, jadi perlu melakukan triase pada saat pasien masuk. Triase yaitu memisahkan antara yang gawat dan tidak gawat, jadi dapat dilakukan tindakan apabila ada pelaporan kejadian pada pasien.” (Informan E).

Pelaksanaan Identifikasi Pasien di RSUD Brebes memiliki Pedoman/ SPO masing-masing dalam SK Direktur Nomor: 445/1343.A/2017 menetapkan Kebijakan Standar Prosedur Operasional (SPO) Ketepatan Identifikasi Pasien. Dibuktikan dari kutipan *interview* dengan informan terkait sebagai berikut :

“Untuk pelaksanaan Identifikasi Pasien di RSUD Brebes sudah cukup baik dan sudah mengikuti standar prosedur/ SPO dan Kebijakan yang mengacu pada KARS. pelaksanaan Identifikasi pasien itu berbeda-beda pada setiap tindakan jadi pada sasaran Identifikasi pasien di RSUD Brebes itu ada Identifikasi Pasien tanpa identitas, identifikasi bayi baru lahir di luar rumah sakit dan di rumah sakit, identifikasi pasien gangguan jiwa, identifikasi sebelum pemberian obat, sebelum pemberian darah/ produk darah, sebelum pengambilan darah, identifikasi pasien DNR, identifikasi sebelum pengambilan dahak, sputum/ sample lain, identifikasi pasien risiko alergi, pasien mediovisual, identifikasi pasien meninggal dan pasien rawat jalan. Jadi setiap tindakan itu ada pedoman/SPO masing-masing untuk Identifikasi Pasien.” (Informan B).

Berdasarkan Observasi dan *interview*, diperoleh hasil bahwa elemen penilaian dari sasaran Identifikasi pasien sudah tercapai, dari Prosedur/ SPO, Panduan dan Kebijakan sudah ada di rumah sakit, jadi dalam pelaksanaan identifikasi pasien sudah mencapai standar dari KARS (100%). Menurut Soru & Wahyuningsih, (2018), bahwa pelaksanaan identifikasi dilakukan perawat, sebelum pemberian obat, darah atau produk darah, pengambilan darah atau spesimen dan sebelum dilakukan tindakan. Menurut penelitian Iswati, (2013) identifikasi dilaksanakan saat pasien pertama kali masuk RS, melakukan konfirmasi sebagai proses kegiatan pelayanan. Saat pasien baru masuk akan diberi gelang identitas, sebelum

pemasangan akan dipastikan nama dari pasien, dengan gelang identitas akan mempermudah petugas dalam proses pelayanan untuk pasien, perawat juga wajib memberikan penjelasan mengenai manfaat/kegunaan dari gelang identitas serta menjelaskan risiko yang memungkinkan terjadi apabila tidak adanya gelang identitas. Ketepatan identifikasi pasien ini untuk melakukan pengecekan pada pasien, yakni pertama sebagai individu yang akan menerima pelayanan/ pengobatan dan kedua pengecekan kesesuaian pelayanan/ pengobatan pada pasien. Perawat memiliki kewajiban dalam pemasangan gelang, untuk perempuan gelang berwarna pink dan laki-laki berwarna biru. Perawat melakukan pengisian form pengkajian risiko jatuh dan apabila diketahui pasien memiliki risiko jatuh maka akan dipasangkan gelang berwarna kuning/ stiker berwarna kuning (Simamora, 2018). Pelaksanaan yang tidak sesuai dengan SOP, dapat berdampak pada kegagalan dan pelaksanaan identifikasi pasien, hal tersebut dapat mengakibatkan kesalahan dalam memberi pengobatan, transfuse darah maupun pemeriksaan pasien. Sementara identifikasi pasien yang keliru dengan orang lain dapat mengakibatkan kesalahan dalam penyerahan, contoh pada penyerahan bayi kepada bukan keluarganya atau terhadap pasien yang akan melakukan operasi dan pasien meninggal (Tutiany et al., 2017).

2. Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif telah diatur berdasarkan Keputusan Direktur Nomor: 445/1345.A/2017, Standar Prosedur Operasional (SPO) Komunikasi Efektif meliputi : Standar Prosedur Operasional (SPO) Komunikasi efektif secara lisan/ lewat telepon di RSUD Brebes. Hal ini dibuktikan dari kutipan hasil wawancara dengan beberapa narasumber di RSUD Brebes sebagai berikut :

“Komunikasi efektif di RSUD Brebes sudah dilakukan cukup baik dan sudah diterapkan oleh perawat dengan pasien, perawat dengan perawat/ perawat dengan dokter. Komunikasi di RSUD Brebes dilakukan melalui lisan dan telepon. Komunikasi dilakukan dengan dua arah dan saat komunikasi dilakukan penerima wajib melakukan pencatatan secara baik sesuai dengan informasi yang diberikan dan setelah selesai penerima wajib mengulang dari apa yang sudah dicatat untuk mengkonfirmasi kembali.” (Informan E).

Selanjutnya informan mengatakan bahwa Komunikasi efektif di RSUD Brebes dilakukan di setiap bagian/ seluruh rumah sakit, yaitu saat penyerahan dan penerimaan pasien di IGD, Rawat Inap, Ruang Operasi dan ICU, oleh karena itu pegawai atau staf rumah sakit wajib menerapkan komunikasi efektif baik perawat dengan perawat, dokter dengan perawat, dan perawat/ dokter dengan pasien.

“Komunikasi efektif dilakukan saat penerimaan pasien ke unit/ instalasi lainnya seperti saat pasien masuk IGD menuju ke ruang perawatan. Pada saat akan melakukan tindakan dan saat pengiriman ke ruang ICU. Jadi memerlukan komunikasi antar perawat/ dokter..” (Informan A).

Berdasarkan hasil observasi, bahwa Teknik/ Metode Komunikasi di RSUD yaitu menggunakan teknik TBAK dan teknik SBAR. Teknik ini sudah dipahami oleh seluruh petugas di RSUD Brebes, sejak disosialisasikan tahun 2017. Hal ini dibuktikan dari kutipan hasil wawancara dengan narasumber di RSUD Brebes sebagai berikut :

“Untuk komunikasi efektif di RSUD Brebes ada teknik Tulis, Baca dan Konfirmasi/ TBAK dan teknik SBAR atau melihat dari Situasi, Background, Assessment dan Rekomendasi. Untuk teknik tulis, baca dan konfirmasi dilakukan 2 arah. Untuk teknik SBAR dilakukan jika akan handover perawat, jadi perawat/ dokter sebelumnya menjelaskan pada perawat berikutnya yang akan berjaga, sehingga perawat berikutnya mengetahui kondisi pasien. Semua petugas sudah mengetahui teknik/ metode ini karena sudah ada panduan yang menjelaskan teknik TBAK dan SBAR.” (Informan E).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, bahwa prosedur/ SOP yang sudah ada di rumah sakit berdasarkan Kebijakan dari direktur rumah sakit. Komunikasi efektif dilakukan dengan menggunakan teknik *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR) dan pelaksanaan juga dilakukan dengan melalui via telepon/ verbal secara langsung atau lisan/

TBAK. Setiap perintah lisan melalui telepon akan ditulis oleh penerima pesan, dicatat secara lengkap kemudian akan dibacakan ulang dan dikonfirmasi ulang oleh pemberi pesan secara lengkap. Namun dari hasil observasi data yang diperoleh, menunjukkan bahwa pelaksanaan komunikasi efektif belum dijalankan secara maksimal dan belum mencapai standar dari KARS 100%. Pelaksanaan komunikasi efektif di Rawat Inap RSUD Kabupaten Tangerang menunjukkan capaian implementasi komunikasi efektif dengan baik, namun belum dilaksanakan dengan optimal sesuai dengan capaian KARS 100% (Setyani et al., 2017).

Penelitian di RSUD Padang Pariaman, menunjukkan bahwa metode SBAR sudah cukup baik dilaksanakannya, namun dari telaah dokumen, bahwa perintah lisan melalui telepon belum dilakukan konfirmasi ulang pada pemberi perintah (Neri et al., 2018). Hal yang sering mengalami kesalahan dalam komunikasi, yaitu pada saat pemberian perintah secara lisan atau melalui telepon, hal tersebut menjadikan komunikasi menjadi tidak efektif, komunikasi yang tidak efektif dapat mengakibatkan kesalahan dalam memberikan penanganan/ pemberian tindakan dan pengobatan yang dapat merugikan pasien. Oleh karena itu Komunikasi efektif di RSUD Brebes perlu ditingkatkan kembali dengan melakukan evaluasi dan sosialisasi kembali dengan seluruh staf, yang mengacu pada Permenkes RI No. 11 tahun 2017. Implementasi komunikasi efektif dengan melalui telepon atau lisan, harus dilakukan penulisan/ pencatatan secara lengkap dan dibacakan kembali perintah yang telah ditulis kepada pemberi informasi (Permenkes RI, 2017).

3. Tingkat Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

RSUD Brebes dalam pelaksanaan peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert*) dilakukan dengan memisahkan tempat antara obat yang berbahaya dan tidak berbahaya dengan lemari yang berbeda. Penyimpanan untuk obat berbahaya disimpan di instalasi farmasi/ terpisah dari unit/ instalasi lain. Hal ini dibuktikan dari kutipan hasil wawancara dengan narasumber di RSUD Brebes sebagai berikut :

“Untuk tempat penyimpanan obat berbahaya sudah ada tempatnya sendiri di Instalasi Farmasi, jadi sudah ada lemari yang tersedia untuk penyimpanan. Dan saya rasa untuk peningkatan keamanan obat seperti high alert sudah dilaksanakan dengan baik dan sesuai dengan standar dari Permenkes.” (Informan A).

Selanjutnya informan mengatakan bahwa indikator yang telah ditetapkan di RSUD Brebes rata-rata hasil sudah tercapai.

“Saya rasa untuk penyimpanan obat yang perlu diwaspadai di RSUD Brebes sudah mencapai indikator yang telah ditetapkan.” (Informan C).

Selanjutnya Informan menjelaskan tahapan dalam pelaksanaan sasaran ini yaitu untuk memastikan bahwa obat tersebut termasuk obat *high alert* (sudah ada daftar tertulis untuk obat berbahaya/ perlu diwaspadai (*high alert*).

“Tujuan dari sasaran ini yaitu untuk menjaga keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan semua yang ada di lingkungan rumah sakit. Untuk tahapan penyimpanan biasanya kita akan mengecek barang dengan melihat tanda seperti label jadi sudah dipisahkan antara high alert dan yang tidak, catat stok pengeluaran dan bata yang tersisa dan tulis pada kartu stock, kemudian dilakukan double check sebelum pemberian label dan sebelum diberikan pada pasien, setelah itu jika sudah benar baru diberikan label/ penandaan pada obat. Dan untuk daftar obat yang perlu diwaspadai sudah tertempel pada lemari.” (Informan C).

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi dokumen di RSUD Brebes, bahwa pelaksanaan dalam tingkat keamanan pada obat yang perlu diwaspadai, RSUD Brebes telah membuat daftar obat yang perlu diwaspadai (*high alert*) pada lemari obat tersendiri di ruang farmasi, daftar obat disusun sesuai dengan regulasi. Sebelum disimpan, dilakukan pemisahan obat antara yang berbahaya dan yang tidak, setelah itu akan diberikan stiker/ label, *checklist*, kemudian dilakukan *double check* untuk menghindari LASA/ NORUM pada obat, setelah itu berikan label kembali pada obat dan tidak lupa mengecek, serta mencatat stok obat yang tersisa dan memberikan e-tiket dengan benar. Namun dari data/ dokumen yang didapatkan pada tahun 2018, laporan menunjukkan bahwa penyimpanan untuk obat yang perlu

diwaspadai, pada hasil belum tercapai atau belum mencapai standar indikator/ capaian target dari KARS. Hasil penelitian di RSUD Padang Pariaman, menyatakan bahwa mereka telah membuat suatu daftar obat serta telah menyusunnya secara spesifik sesuai dengan regulasi, untuk obat yang memiliki risiko tinggi akan diberikan stiker berwarna merah dan LASA kuning, tetapi dalam ruangan tersebut masih ada elektrolit konsentrat di ruang rawat inap non bedah, dimana seharusnya itu ada di unit kerja farmasi/ depo farmasi (Neri et al., 2018). Meningkatkan keamanan obat penting dilakukan, selain menggunakan metode secara benar, perawat perlu melakukan *double check* untuk meminimalisir suatu kejadian cedera (KNC). *Double check* ini dapat dilakukan pada saat pemberian obat, dari farmasi/ apoteker pada perawat di ranap, dibuktikan dari *checklist* saat dilakukannya *double check*. Selain itu perawat menerapkan kebijakan pengelolaan dalam menyimpan obat sehingga meminimalisir kejadian nyaris cedera pada pasien (Soru & Wahyuningsih, 2018). Kewaspadaan terhadap obat yang berbahaya/ high alert harus ditunjukkan dengan melakukan penyimpanan di tempat khusus dan tidak di semua/ setiap ruangan. Sehingga jauh dari jangkauan orang yang berada di lingkungan rumah sakit/ pasien, oleh karena itu tempat penyimpanan terbaik berada di instalasi farmasi dan dipisahkan antara obat berbahaya dengan yang tidak, serta lemari selalu terkunci dengan baik untuk obat berbahaya (*high alert*) (Iswati, 2013).

4. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi

Pelaksanaan sasaran ini telah diatur dalam surat keputusan Direktur Nomor. 445/1672.A/2017 tentang pemberlakuan panduan kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi di RSUD Brebes. Hal ini dibuktikan dari kutipan hasil wawancara sebagai berikut :

“Untuk Kebijakan kita mengacu pada kebijakan rumah sakit, Perlunya kebijakan ini yaitu dasar dari pelaksanaan SOP sasaran ini, tentunya ada kebijakan dari atas akan turun pelaksanaannya dari SOP ini, tanpa adanya kebijakan maka pelaksanaan tidak akan kuat/ tidak dijalankan secara baik. Kebijakan dan Prosedur di rumah sakit juga sudah mengacu pada Permenkes dan KARS.” (Indorman D).

Tujuan dari sasaran ini yaitu tergambarnya kepedulian dan ketelitian operator bedah terhadap keselamatan pasien serta dapat menjelaskan prosedur yang akan dilakukan pada pasien.

“Tujuan dari sasaran ini menjamin tepat untuk operasi pasien, prosedur dalam menjalankan operasi sehingga dokter/ perawat bedah mengetahui permasalahan pada pasien dan kepastian pasien yang akan dioperasi yaitu dengan mencocokkan identifikasi pasien dengan data rekam medik.” (Informan B).

Tahapan dalam pelaksanaan sasaran ini yaitu dilakukan dengan beberapa tahapan/ termasuk dalam pelaksanaan Identifikasi Pasien. Proses/ tahapan pada sasaran ini yaitu ada Pre, Intra dan Post.

“Dalam melakukan proses/ tindakan di instalasi bedah kita ada yang namanya Pre, Intra dan Post. Pada saat ada Sign-in, jadi pre itu harus ada site marking/ penandaan lokasi operasi, jadi sebelum tindakan masih ada di ruang penerimaan/ persiapan pasien, penandaan dilakukan oleh dokter operator yang akan melakukan operasi, tanda dengan lingkaran pada bagian yang akan dioperasi. Sebelum dilakukan operasi kita ada namanya Time-out. Time-out itu kita memberikan/ merangkum dari sign-in yang kita lakukan sebelumnya, pada saat itu akan dibacakan nama, jenis kelamin, umur dan tindakan, jadi merangkum dari time-out ini, yang diharapkan tidak terjadi kesalahan. Begitu selesai operasi ada sign-out yaitu tindakan sebelum menutup luka, perawat mengecek kelengkapan instrument, kasa dan peralatan untuk operasi, semua dihitung sehingga tidak ada kejadian tertinggal. Kemudian setelah itu check out/ serah terima pada perawat anestesi dengan perawat ruangan di ruang pemulihan, jadi semua ada tahapannya.” (Informan D).

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, bahwa RSUD Brebes telah menerapkan prosedur dan tepat pasien operasi, yaitu dengan *Surgical Safety Checklist* dari

WHO Patient Safety (2009). RSUD Brebes telah menerapkan dengan menggunakan checklist dalam pelaksanaan sasaran ini. Proses/ tahapan dilakukan saat pasien masuk ruang penerimaan pada instalasi bedah, kemudian sebelum operasi dan sesudah operasi, proses dalam pelaksanaan ini dinamakan Pre, Intra dan Post, *Pre* yaitu melakukan *Check-in* dan *Sign-in*, *Intra* yaitu *Time-out* dan *Sign-out* dan *Post* yaitu *Check Out*. Fase *Time Out* dalam proses *surgical safety checklist* yang terdiri dari beberapa tindakan, yaitu antara lain mengenalkan nama setiap anggota tim yang akan ikut di dalam tindakan operasi, serta peran dari tiap anggota tim bedah, melakukan konfirmasi ulang terhadap pasien, lokasi maupun prosedur tindakan operasi, serta antisipasi terhadap kejadian yang tidak diharapkan, durasi operasi dan pemberitahuan mengenai peralatan yang diperlukan dalam tindakan bedah (Karlina & Rosa, 2018). Proses *surgical safety checklist* ditujukan untuk memfasilitasi dalam pelaksanaan komunikasi efektif di setiap tindakan operasi/ bedah (Irmawati & Anggorowati, 2017) (Sumangkut et al., 2017). Kesalahan dalam tindakan operasi dapat terjadi apabila komunikasi antar tim tidak terjalin baik, kurangnya melakukan komunikasi dengan pasien serta tidak melibatkan pasien dalam melakukan penandaan lokasi (*site marking*) dan tidak adanya prosedur verifikasi terhadap lokasi operasi. Hal ini menjadi salah satu yang mengkhawatirkan untuk terjadinya salah lokasi, prosedur dan salah pasien operasi (SNARS, 2017).

5. Pengurangan Risiko Infeksi Akibat Pelayanan Kesehatan

Dalam pengurangan risiko infeksi RSUD Brebes menerapkan budaya cuci tangan/ kebersihan tangan pada petugas dan pelaksanaan sterilisasi alat serta ruangan di rumah sakit, terutama pada instalasi rawat inap dan kamar operasi. Dalam permenkes dan KARS bahwa pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat.

“Untuk pelaksanaan pengurangan risiko infeksi di RSUD Brebes sendiri yaitu salah satunya dengan menerapkan kebiasaan cuci tangan/ menjaga kebersihan tangan. Tujuannya untuk menghindari terjadinya infeksi pada pasien, jadi menjaga pasien tetap aman dan keselamatannya tetap terjamin.” (Informan A).

Pelaksanaan sasaran ini tidak hanya untuk pasien saja tetapi petugas juga memerlukan perlindungan agar tidak terinfeksi, yaitu dengan penggunaan APD yang lengkap seperti Sarung Tangan, Masker, Baju Pelindung, Face Mask dan Penutup Kepala. Selanjutnya informan menjelaskan bagaimana Upaya untuk mengurangi infeksi akibat pelayanan kesehatan di RSUD Brebes.

“Pelaksanaan sasaran untuk pengurangan risiko infeksi akibat pelayanan kesehatan itu dilaksanakan dan dilakukan oleh semua staf/ pegawai yang ada di rumah sakit, terutama yang berhubungan dengan pasien seperti perawat dan dokter. Jadi sebelum melakukan tindakan seperti menyuntik atau tindakan lainnya perawat/ dokter wajib cuci tangan baik yang ada di IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, ICU, Ruang Gizi untuk persiapan makanan. Kenapa wajib melakukan cuci tangan dikarenakan tangan itu sarangnya bakteri dan virus, semua bisa menempel di telapak tangan, hal itu bisa memicu terjadinya infeksi, bisa juga karena alatnya. Biasanya untuk alat disini akan dilakukan sterilisasi oleh bagian CSSD. Infeksi yang sering terjadi akibat pelayanan itu contohnya infeksi nosokomial. Karena itu untuk pengurangan risiko infeksi akibat pelayanan ini dilakukan dengan cara menerapkan budaya cuci tangan/ kebersihan tangan. Memang masih sulit, tapi sejauh ini pegawai/ staf sudah mengikuti SPO, jika ada yang ketahuan tidak mengikuti prosedur/ SPO akan diingatkan, tapi jika masih terus diulang biasanya akan dipanggil/ ditegur.” (Informan B).

Dari hasil observasi dan wawancara, bahwa pelaksanaan pengurangan risiko infeksi akibat pelayanan kesehatan di RSUD Brebes yaitu dengan melakukan sterilisasi alat dan sterilisasi ruangan sebelum pemakaian dan setelah penggunaan dan menerapkan budaya dalam kebersihan tangan/ cuci tangan (*hand hygiene*) sebelum dan sesudah melakukan kegiatan. Tersedianya fasilitas mencuci tangan merupakan *Enabling factor*/ faktor terpenting yang memungkinkan dalam implementasi *hand hygiene* (Yogiswara et al., 2019). Pedoman untuk kebersihan/ mencuci tangan (*hand hygiene*) mengacu dari WHO, hal ini sudah dilakukan

dan berlaku secara internasional, fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki proses secara kolaboratif dalam mengembangkan kebijakan dan prosedur yang menyesuaikan dari pedoman *hand hygiene* yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di rumah sakit. Oleh karena itu ketersediaan fasilitas dalam *hand hygiene* sangat penting, karena ketidaktersediaan fasilitas menyebabkan seseorang tidak dapat menerapkan cuci tangan/ kebersihan tangan, meskipun telah ada prosedur untuk mencuci tangan (SNARS, 2017). Tersedianya penggunaan cairan dengan alcohol-based hand-rubs pada setiap titik di rumah sakit, tersedianya tempat untuk melakukan cuci tangan dan tersedianya sumber air pada semua tempat cuci tangan, melakukan sosialisasi dan pemberian edukasi dalam melakukan cuci tangan/ kebersihan tangan dan melakukan pemantauan melalui observasi sebagai pengukuran tingkat kepatuhan dalam penerapan kebersihan tangan (World Health Organization, 2007).

6. Pengurangan Risiko Pasien Cidera Akibat Jatuh

Pelaksanaan sasaran pengurangan risiko pasien cedera akibat jatuh di RSUD Brebes sudah memiliki kebijakan dalam surat kebijakan direktur Nomer : 445/ 1344.A/ 2017 Tentang Pemberlakuan Pedoman, Panduan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) Pengurangan Risiko Pasien Jatuh di RSUD Brebes.

“Untuk mengurangi risiko jatuh di RSUD Brebes, dilakukan dengan pemasangan pegangan/ pelindung/ Handraill pada tempat tidur sehingga pasien yang memiliki risiko jatuh akan ditutup dan akan dipasang tanda bahwa pasien memiliki risiko jatuh dan untuk regulasi, kebijakan dan pedoman/ SPO sudah mengikuti standar/ mengacu pada Permenkes dan KARS.”(Informan A).

Selanjutnya informan mengatakan bahwa pelaksanaan pengurangan risiko pasien cedera akibat jatuh, diketahui dari pelaksanaan sasaran identifikasi pasien.

“Untuk pelaksanaan pengurangan risiko jatuh biasanya dilakukan pada saat awal masuk rumah sakit dengan pelaksanaan identifikasi pasien, jika pasien berisiko jatuh akan diberikan tanda pada tempat tidur, bahwa pasien berisiko jatuh. Biasanya yang berisiko jatuh itu lansia dan balita. Biasanya akan dipasangkan gelang, kemudian untuk pencegahan yaitu dengan pemasangan handrail pada tempat tidur, untuk di RSUD Brebes sendiri sudah terpasang, lalu pada kamar mandi juga sudah terpasang pegangan tangan untuk pasien agar tidak terpeleset/ jatuh.” (Informan B).

Selanjutnya Informan mengatakan bahwa asesmen risiko pasien jatuh tidak hanya untuk pasien rawat inap tetapi untuk pasien rawat jalan dilakukan asesmen risiko jatuh.

“Pelaksanaan pengurangan risiko jatuh tidak hanya untuk pasien yang masuk UGD atau Rawat Inap, tapi juga dilakukan pada pasien rawat jalan. Karena itu prosesnya dan SPO berbeda beda ada asesmen risiko jatuh pasien IGD, Pasien Rawat Inap dan Pasien Rawat Jalan.” (Informan B).

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan, bahwa pelaksanaan dalam pengurangan risiko pasien jatuh sesuai dengan prosedur/ SOP yang mengacu pada Permenkes dan KARS. Upaya di RSUD Brebes untuk pengurangan risiko pasien jatuh yaitu dengan memberikan tanda pada tempat tidur, tempat tidur dengan *handrail* atau pembatas, pegangan pada koridor dan kamar mandi, selalu memantau kondisi pasien, menjelaskan penggunaan tombol darurat pada sisi tempat tidur dan kamar mandi dan selalu menjaga lantai agar tidak licin. Faktor yang berhubungan dengan pencegahan jatuh pada pasien berisiko, menyatakan bahwa kondisi untuk ketersediaan sarana dan prasarana yang dapat menunjang dalam pencegahan terhadap insiden pasien jatuh yang berpengaruh kepada tindakan yang dilakukan oleh petugas sebagai upaya untuk pencegahan pada pasien yang memiliki risiko jatuh (Nugraheni et al., 2017). Dari setengah perawat di rumah sakit telah menerapkan dalam usaha pencegahan risiko pasien jatuh, yaitu dengan menaikkan *handrail*, hal tersebut sangat penting untuk dipasang dan disediakan untuk pasien dengan kesadaran menurun dan gangguan mobilitas. Perawat akan memberi tahu manfaat dari bel yang ada di dekat tempat tidur pasien, bel tersebut digunakan apabila membutuhkan bantuan dari petugas, selain itu perawat akan

memberikan stiker/ label pada pasien dan tanda segitiga berwarna kuning yang diletakkan pada sisi tempat tidur (Iswati, 2013). Dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan sasaran ini sudah berjalan dengan baik serta upaya dalam pengurangan risiko jatuh sudah dilakukan, namun masih perlu adanya sosialisasi untuk memberitahukan serta mengedukasi pasien atau keluarga pasien terkait KTD dan KNC.

4) Evaluasi Produk

1. Hasil/ Capaian Indikator RS dari Pelaksanaan Program SKP

Hasil/ capaian indikator merupakan suatu target pencapaian dalam suatu pelaksanaan dalam suatu program. Capaian indikator di RSUD Brebes dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien sudah sesuai dan mengacu pada standar dari Permenkes dan KARS. Hal ini dibuktikan dari kutipan hasil wawancara dengan narasumber di rumah sakit sebagai berikut :

“Untuk indikator pencapaian pelaksanaan SKP saya rasa sudah cukup baik dan mencapai target dan standar yang sudah ditentukan rumah sakit, hampir 100%, dan tentunya untuk capaian indikator mengacu pada KARS, untuk saat ini sudah menuju ke SNARS.” (Informan B).

Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh hasil bahwa pelaksanaan 6 sasaran keselamatan pasien di RSUD Brebes, didapatkan Rata-rata capaian sasaran keselamatan pasien pada periode Januari- Oktober tahun 2019, yaitu sebesar 83% dan pada periode tahun 2020 bulan Januari-Oktober, yaitu sebesar 98%. Untuk capaian standar KARS 100% (elemen penilaian belum terpenuhi). Jadi perlu adanya evaluasi kembali terutama pada petugas terhadap SOP Sasaran Keselamatan Pasien dan Pelaporan insiden belum dicatat secara lengkap oleh petugas, jadi masih terdapat beberapa bagian dari instalasi yang tidak dilaporkan. Dari hasil penelitian di RSUD Lubuk Basung, bahwa Program keselamatan pasien belum tertata dengan baik. Hal ini disebabkan karena adanya suatu keterbatasan di rumah sakit dalam pelaksanaannya, meskipun sudah memiliki kebijakan tertulis dari rumah sakit. Untuk itu perlu adanya upaya perbaikan serta meningkatkan kembali, yaitu dengan pemenuhan sarana dan prasarana, memberikan pelatihan serta sosialisasi dan melakukan monitoring serta evaluasi oleh tim keselamatan pasien dengan melibatkan seluruh staf/ petugas di rumah sakit (Sumangkut et al., 2017).

2. Manfaat Pelaksanaan Program SKP

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, bahwa manfaat yang diperoleh dari pelaksanaan SKP di RSUD Brebes yaitu bagi petugas lebih terlindungi dan pasien dapat merasakan aman dan rasa nyaman serta dapat meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan akreditasi rumah sakit menjadi lebih baik. Dari pelaksanaan ini juga pegawai/ staf lebih memahami dalam menjalankan keselamatan bagi pasien dan merasa terlindungi dengan adanya SKP. Hal ini dibuktikan dari kutipan hasil wawancara dengan informan terkait :

“Manfaat dari Pelaksanaan Program Sasaran Keselamatan Pasien yaitu meningkatkan keselamatan pasien untuk setiap pelayanan kesehatan di RS, Petugas lebih mematuhi dengan adanya Regulasi dari pelaksanaan SKP, Petugas lebih terlindungi, tidak terpapar dan memperkecil atau mencegah terjadinya kesalahan yang dapat terjadi.” (Informan E).

Dari observasi dan wawancara dengan informan, dapat diketahui bahwa manfaat pelaksanaan SKP yaitu untuk memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien serta menjamin keselamatan pasien. Manfaat dari masing-masing pelaksanaan 6 SKP bahwa pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit bagian dari program keselamatan pasien, yang bermanfaat melindungi pasien dan petugas dalam melaksanakan pelayanan kesehatan pada pasien dan petugas dalam menjalankan pelayanan kesehatan. Pada identifikasi bermanfaat dalam mengurangi dan mencegah terjadinya kesalahan dan dari identifikasi dapat mengetahui riwayat dari pasien; Peningkatan komunikasi efektif bermanfaat dalam memberikan informasi secara jelas dan mudah dimengerti, hal tersebut dapat mengurangi suatu kesalahan saat memberikan informasi tentang keadaan pasien;

Peningkatan keamanan obat yang harus diwaspadai, bermanfaat untuk memastikan keselamatan pasien dari pemberian obat; kepastian tepat lokasi, prosedur, dan pasien operasi, bermanfaat memberikan arahan sehingga lokasi, prosedur dan tepat pasien operasi jelas; pengurangan risiko infeksi bermanfaat untuk mengurangi dan mencegah angka infeksi yang dapat terjadi, seperti akibat dari pelayanan kesehatan; dan pengurangan risiko cedera pada pasien akibat jatuh, bermanfaat dalam mencegah terjadinya KTD dan KNC pada pasien (Permenkes RI, 2017)

4. Simpulan

Dari penelitian yang telah dilakukan menyimpulkan bahwa Evaluasi Implementasi Program SKP di RSUD Brebes dengan teori Evaluasi CIPP, sudah dilakukan cukup baik dengan mengacu pada Permenkes dan KARS. Pada Evaluasi Context, diketahui bahwa tujuan, kebijakan, kebutuhan dan kegiatan dalam pelaksanaan program SKP di RSUD Brebes sudah dilakukan sesuai dengan peraturan dari pemerintah, yang mengacu pada Permenkes dan KARS, serta sudah dilakukan dengan cukup baik. Pada Evaluasi Input, diketahui SDM, Sarana dan Fasilitas serta peralatan pendukung, Anggaran/ Dana dan Pedoman dalam Pelaksanaan SKP di RSUD Brebes sudah mengacu pada Permenkes dan KARS, rumah sakit telah membentuk suatu Tim KMKP, Sarana, Fasilitas dan Peralatan pendukung sudah terpenuhi dan tercukupi dengan baik, Anggaran/ Dana diperoleh dari BLUD/ didapatkan dari rumah sakit sendiri. Evaluasi Proses, diketahui bahwa dalam pelaksanaan 6 SKP di RSUD Brebes sudah dijalankan cukup baik dan mengacu pada Permenkes dan KARS, namun beberapa sasaran memerlukan perbaikan dan evaluasi kembali. Dan Evaluasi Produk, diketahui Hasil/ capaian indikator sudah sesuai dengan standar indikator, masih perlu beberapa perbaikan manfaat yang diperoleh dari pelaksanaan SKP, yaitu memberikan keamanan dan rasa nyaman serta menjamin keselamatan pasien dan meningkatkan mutu rumah sakit.

Ucapan Terima Kasih

1. RSUD Brebes serta Informan terkait yang telah memberikan kesempatan untuk peneliti dalam melakukan penelitian.
2. Siti Kurnia Widi Hastuti, S.KM., MPH. Selaku dosen pembimbing skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan, yang telah ikhlas dan sabar dalam membimbing.
3. Dr. Dewi Purnamawati, SKM., MKM. Selaku dosen matakuliah metodologi penelitian di Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Jakarta.
4. Kedua orang tua penulis tercinta, Agus Imam Subekti dan Yuliati, yang selalu mendukung, mendoakan, memberikan semangat, nasehat serta selalu sabar dalam setiap proses hidup penulis.

Daftar Rujukan

- Daud, A. (2020). Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien nasional (SP2KPN). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 1–38.
- Hakim, L., & Pudjirahardjo, W. . (2014). Optimalisasi Proses Koordinasi Program Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di Rumah sakit Optimization of Coordinating Process of Patient Safety Program in Hospital X Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 2(3), 198–208. journal.unair.ac.id/download-fullpapers- jaki3404f1d0abfull.pdf.
- Hardiatma, R., & Dewi, A. (2015). *Analisis Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Dalam Menghadapi Akreditasi di Klinik Trio Husada Kota Batu*. 14.
- Irmawati, N. E., & Anggorowati, A. (2017). Surgical Checklist Sebagai Upaya Meningkatkan Patient Safety. *Journal of Health Studies*, 1(2), 40–48. <https://doi.org/10.31101/jhes.184>
- Iswati. (2013). Penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13, No. 3, 139–144.
- Karlina, S., & Rosa, E. M. (2018). Evaluasi Kepatuhan Tim Bedah Dalam Penerapan Surgical Safety Checklist Who Pada Operasi Bedah Mayor Di Instalasi Bedah Sentral Pku Muhammadiyah Bantul. *Thesis, Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2011). *Standar akreditasi rumah sakit* (Issue September). Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik.
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (2015). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien*

- (IKP). In *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Najihah. (2018). Budaya Keselamatan Pasien Dan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit: Literature Review. *Journal of Islamic Nursing*, 3(1), 1.
- Napirah, M. R., Salmawati, L., & Rahmi, A. (2019). Evaluasi Kebijakan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Pada Perawat Di Rumah Sakit Umum (Rsu) Anutapura Palu. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10, 65–72.
- Neri, R. A., Lestari, Y., & Yetti, H. (2018). Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7, 48. <https://doi.org/10.25077/jka.v7i0.921>
- Ningsih, N. A., & Fatmasari, E. Y. (2017). Analisis Kepemimpinan Kepala Ruangan Dalam Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 5(1), 111–117.
- Nugraheni, M., Widjasena, B., Kurniawan, B., & Ekawati, E. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pencegahan Jatuh Pada Pasien Risiko Jatuh Oleh Perawat Di Ruang Nusa Indah Rsud Tugurejo Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro*, 5(2), 121–129.
- Permenkes RI. (2005). *Permenkes RI Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum*. Dalam (http://www.mantenimientoplanificado.com/articulos_rcm_archivos/ariel_ZYLBERBERG/RCM_Scorecard_overview.pdf)
- Permenkes RI. (2011). *Permenkes RI Nomer 1691/MENKES/PER/VIII/2011, Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. 11(2), 10–14. <https://doi.org/10.16194/j.cnki.31-1059/g4.2011.07.016>
- Permenkes RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor. 11 Tahun 2017, Tentang Keselamatan Pasien. *Permenkes No.11*, 1(1), 287–295. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.758>
- Permenkes RI. (2018). Peraturan Menteri Kesehatan No. 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien. *Menteri Kesehatan Republik Indonesia*, 3(2), 1–35. Dalam (<http://journal.stainkudus.ac.id/index.php/equilibrium/article/view/1268/1127%0Ahttp://publicacoes.cardiol.br/portal/ijcs/portugues/2018/v3103/pdf/3103009.pdf>).
- Rachmawati, N., & Harigustian, yayang. (2019). *Manajemen Patient Safety: Konsep dan Aplikasi Patient Safety dalam Keselamatan Pasien*. PT. Pustaka Baru.
- Sakinah, S., Wigati, P. A., & Arso, S. P. (2017). Analisis Sasaran Keselamatan Pasien Dilihat Dari Aspek Pelaksanaan Identifikasi Pasien Dan Keamanan Obat Di Rs Kepresidenan Rspad Gatot Soebroto Jakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 5(4), 145–152.
- Setyani, M. D., Zuhrotunida, Z., & Syahridal, S. (2017). Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap Rsu Kabupaten Tangerang. *Jurnal JKFT*, 2(2), 59. <https://doi.org/10.31000/jkft.v2i2.63>
- Simamora, R. H. (2018). *Buku Ajar Keselamatan Pasien Melalui Timbang Terima Pasien Berbasis Komunikasi Efektif : SBAR*. USU press.
- SNARS. (2017). Standar Akreditasi Rumah Sakit. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, 421.
- Soru, A. R. A., & Wahyuningsih, A. (2018). Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien. *Jurnal Stikes*, 11, 89–160.
- Sumangkut, N. S. I., Kristanto, E., Pongoh, J., Pascasarjana, D., Sam, U., & Manado, R. (2017). Evaluasi Penatalaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit GMIM Kalooran Amurang. *Jurnal Keperawatan*, 10(2), 56–73.
- Sundoro, T., Elsy, ;, Rosa, M., Risdiana, I., & Korespondensi, P. (2016). Evaluasi Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Sesuai Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 5(1), 40–48. <https://doi.org/10.18196/jmmr.5105>
- Surahmat, R., Neherta, M., & Nurariati. (2019). Hubungan Supervisi Dengan Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. *Proceeding Seminar Nasional Keperawatan*, 4(1), 173–178.
- Tulus, H., & Maksum, H. (2015). Redesain Sistem Identitas Pasien sebagai Implementasi Patient Safety di Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(2), 221–227. <https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2015.028.02.18>
- Tutiany, Lindawati, & Krisanti, P. (2017). Bahan Ajar Keperawatan: Manajemen Keselamatan Pasien. In *Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan RI* (Edisi 2017). <https://doi.org/Doi.10.3732/Ajb.1100457>
- Undang-Undang RI. (2009). *UNDANG-UNDANG RI NO. 44 TAHUN 2009 TENTANG RUMAH SAKIT*. 26(4), 551–556.

- World Health Organization. (2007). Patient Safety: Nine Patient Safety Solutions. *Communication*, 2.
- Yogiswara, M. D. A., Ariastuti, N. L. P., & Aryani, P. (2019). Perilaku hand hygiene tenaga kesehatan di RSUP Sanglah tahun 2018. *Intisari Sains Medis*, 10(3), 501–505. <https://doi.org/10.15562/ism.v10i3.430>
- Yusuf, M. (2017). Penerapan Patient Safety Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 5(1), 84–89.