

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI RUMAH SAKIT ANGKATAN LAUT Dr. RAMELAN SURABAYA**

**PELAKSANAAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT
ANGKATAN LAUT Dr. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh :
RACHMA NOOR KAFILA
NIM. 101611133023**

**DEPARTEMEN ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

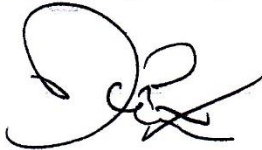
**LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
SASARAN KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT ANGKATAN LAUT DR. RAMELAN SURABAYA**

Disusun Oleh :
RACHMA NOOR KAFILA
NIM. 101611133023

Telah disahkan dan diterima baik oleh :

Pembimbing Departemen,

Tanggal : 10 MARET 2020



Ilham Akhsanu Ridlo, S.KM., M.Kes
NIP. 19860323 201504 1 003

Pembimbing di RSAL,

Tanggal : 10 MARET 2020



Pudji Agung Wibowo, S.Kep. Ns
Letkol laut Nrp. 011314/P

Mengetahui,
Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan,

Tanggal : 10 MARET 2020



Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes
NIP. 196509141996011001

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan anugerah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan magang yang berjudul “Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya” dengan baik dan sesuai dengan waktu yang ditentukan. Laporan individu magang ini merupakan pertanggungjawaban selama pelaksanaan magang di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang termasuk dalam salah satu mata kuliah di semester 8. Laporan individu magang berisi mengenai hasil dan pembahasan dari kegiatan magang untuk melihat tujuan yang telah tercapai selama pelaksanaan magang. Penulis menyampaikan terima kasih kepada Bapak Ilham Akhsanu Ridlo, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk serta saran yang membangun dan motivasi yang berharga dalam terwujudnya laporan magang ini dan Bapak Letkol Pudji Agung Wibowo, S.Kep, Ns selaku pembimbing magang di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang selalu memotivasi dan membantu kami berkoordinasi dengan seluruh pegawai di tempat magang. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
2. Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes. selaku Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.
3. Kedua orang tua saya yaitu Bapak Bambang Sunarno, Ibu Agustini Widayati, serta kaka saya yaitu Agustin Noor Maulida dan Sain Jundi Agassi yang telah memberikan do'a, cinta, kasih sayang serta dukungan moril maupun materil.
4. Erren Silvia, Khisula Riski, Fauziah Riski Andini, Shinta Febrianti, dan Maygi Restu sebagai teman sepermagangan yang selalu menemani dan memberikan wawasan baru bagi penulis setiap harinya.
5. Serta pihak lain yang belum tercantum, terimakasih atas dukungannya.

Semoga Tuhan memberkati semua pihak yang telah terlibat dan membantu pengerjaan laporan magang ini hingga selesai. Kiranya laporan magang ini berguna baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Surabaya, 10 Maret 2020

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGSAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR GAMBAR.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Dasar Pemikiran.....	1
1.3 Tujuan.....	2
1.4 Manfaat.....	2
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	4
2.1.1 Pengertian Keselamatan Pasien.....	4
2.1.2 Tujuan Keselamatan Pasien.....	4
2.1.3 Standar Keselamatan Pasien.....	5
2.1.4 Sasaran Keselamatan Pasien.....	6
2.2 Insiden Keselamatan Pasien.....	8
2.2.1 Pengertian Insiden Keselamatan Pasien.....	8
BAB III METODE KEGIATAN MAGANG.....	10
3.1 Lokasi Kegiatan Magang.....	10
3.2 Waktu Pelaksanaan Kegiatan Magang.....	10
3.3 Metode Pelaksanaan Magang.....	10
3.4 Teknik Pengumpulan Dan Analisis Data.....	11
3.5 Kerangka Operasional.....	12
3.6 Output Kegiatan Magang.....	12
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	13
4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Angkatan Laut.....	13
4.1.1 Sejarah Rumkital Dr. Ramelan.....	13
4.1.2 Struktur Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.....	16

4.2	Gambaran Umum Tim Keselamatan Pasien	17
4.3	Enam Sasaran Keselamatan pasien	18
4.3	Prosedur Pelaksanaan Keselamatan Pasien	20
4.3.1	Identifikasi Pasien Dengan Benar	20
4.3.2	Komunikasi Efektif Antar Pemberi Layanan.....	23
4.3.3	Penyimpanan dan Pemberian Label Obat-obat.....	25
4.3.4	Penandaan Lokasi Operasi (<i>Site Marker</i>).....	25
4.3.5	Cuci Tangan (<i>Hand Hygiene</i>).....	26
4.3.6	Assessment Ulang Risiko Pasien Jatuh	28
4.4	Program Kerja Komisi Keselamatan Pasien Rumah Sakit Angkatan Laut	28
4.5	Evaluasi Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	30
4.6	Pembahasan Evaluasi Sasaran Keselamatan pasien.....	34
4.7	Usulan Saran Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien	38
BAB V PENUTUP.....		40
5.1	Kesimpulan	40
5.2	Saran.....	40
DAFTAR PUSTAKA.....		41
LAMPIRAN 1		43
LAMPIRAN 2.....		47
LAMPIRAN 3.....		48
LAMPIRAN 4.....		50
LAMPIRAN 5.....		51
LAMPIRAN 6.....		55

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
3.1	Waktu Pelaksanaan Magang	16

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
3.1	Kerangka Operasional	18
4.2	Struktur Rumkital Dr. Ramelan	19
4.3	Struktur Tim Keselamatan Pasien	20
4.1	Gambar 4.1 Alur Komunikasi Efektif Antara Dokter dan Perawat dalam memberikan perawatan kepada pasien	27

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, rumah sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Tugas rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Rumah sakit berfungsi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan teknologi di bidang kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2009).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, rumah sakit dapat diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan swasta. Sedangkan berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Rumah Sakit Umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah Sakit Khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya (Kementerian Kesehatan, 2014).

Dalam rangka pelaksanaan mutu pelayanan di Rumkital Dr. Ramelan diperlukan indikator untuk pelaksanaan kegiatan tersebut, untuk sasaran pada keselamatan pasien rumah sakit. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

1.2 Dasar Pemikiran

- 1) Tujuan pendidikan nasional, yaitu meningkatkan kualitas manusia Indonesia yang beriman dan bertaqwa kepada Tuhan yang Maha Esa, berbudi pekerti luhur, berkepribadian, mandiri,

maju, tangguh, kreatif, terampil, disiplin, beretos kerja, bertanggung jawab dan produktif serta sehat jasmani maupun rohani (GBHN 1993).

- 2) Tri Dharma perguruan tinggi yaitu: Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat
- 3) Program Magang Akademik Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, sebagai sarana untuk mengimplementasikan ilmu-ilmu yang di peroleh di bangku perkuliahan.
- 4) Undang-Undang No. 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit

1.3 Tujuan

Secara umum, tujuan magang di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya ialah untuk memperoleh pengalaman ketrampilan, penyesuaian sikap, dan penghayatan pengetahuan di dunia kerja dalam rangka memperkaya pengetahuan, sikap dan ketrampilan. Secara khusus tujuan yang ingin dicapai dalam magang di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya ialah sebagai berikut.

1. Mempelajari struktur organisasi, tugas pokok, fungsi, kebijakan dan SOP yang berkaitan dengan program keselamatan pasien di Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Ramelan Surabaya.
2. Mempelajari *job description* dan *job specification* pegawai yang terlibat dalam proses manajemen keselamatan pasien unit terkait di Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Ramelan Surabaya.
3. Mempelajari alur dan proses manajemen keselamatan pasien yang ada di Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Ramelan Surabaya.
4. Menganalisis pelaksanaan proses manajemen keselamatan pasien yang ada di Rumah Sakit Angkatan Laut dr. Ramelan Surabaya, dengan SOP dan kajian teoritis.

1.4 Manfaat

Manfaat yang diharapkan dari pelaksanaan magang ini bagi mahasiswa, perusahaan dan perguruan tinggi adalah:

1. Manfaat Bagi Mahasiswa
 - a. Mendapatkan gambaran tentang kondisi nyata dunia kerja, khususnya di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
 - b. Mendapatkan kesempatan untuk mempelajari lebih dalam terkait ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.

- c. Mengembangkan wawasan berpikir dan menganalisis suatu permasalahan, dengan mengacu pada teori yang diperoleh selama perkuliahan dan mengaitkannya dengan kondisi sesungguhnya.
 - d. Meningkatkan keterampilan mahasiswa dalam bidang administrasi dan manajemen Rumah Sakit.
2. Manfaat Bagi Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya
 - a. Mengetahui metode atau teori baru dari materi perkuliahan yang dapat diaplikasikan pada Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya berkaitan dengan permasalahan yang dihadapi.
 - b. Mendapatkan tambahan sumber daya manusia untuk membantu tugas Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
 3. Manfaat Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga

Meningkatkan keterampilan dan kualitas mahasiswa sehingga mampu menghasilkan lulusan yang berdaya saing, serta mampu menyelesaikan segala permasalahan di bidang kesehatan, dengan menerapkan ilmu dan praktik yang telah didapat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keselamatan Pasien Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Keselamatan Pasien

Patient safety merupakan komponen vital dan penting dalam asuhan serta langkah untuk memperbaiki mutu layanan yang berkualitas (Bukhari, 2019). Menurut *Institute of Medicine* (IOM), keselamatan pasien memiliki pengertian bebas dari kejadian cedera. *Patient safety* juga dapat diartikan sebagai *the prevention of harm patient*, dimana terdapat penekanan pada pemberi perawatan yang mencegah kesalahan, belajar dari kesalahan yang terjadi, dan dibangun dari sebuah sikap keselamatan pasien yang melibatkan perawat kesehatan profesional, organisasi, dan pasien (Sutayana, 2018).

Keselamatan pasien menjadi salah satu disiplin ilmu di sektor pelayanan kesehatan yang menerapkan metode ilmu keselamatan menuju sebuah tujuan yakni untuk mencapai sistem penyampaian layanan kesehatan yang dapat dipercaya. Keselamatan pasien juga merupakan atribut sistem perawatan kesehatan yang meminimalkan kejadian dan dampak, dan memaksimalkan pemulihan dari efek samping (Emanuel *et al.*, 2008).

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat pelayanan kepada pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Kementrian Kesehatan RI, 2011).

2.1.2 Tujuan Keselamatan Pasien

Berdasarkan DepKes RI (2008), tujuan dari program keselamatan pasien di rumah sakit, yaitu:

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit
4. Terlaksananya program- program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan

2.1.3 Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien rumah sakit di Indonesia, mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations*, Illionis, USA, tahun 2002. Standar keselamatan pasien wajib diterapkan rumah sakit dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan instrumen akreditasi rumah sakit. DepKes (2008) menyatakan bahwa standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh standar, yaitu:

1. Hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden keselamatan pasien.

2. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien beserta keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

4. Penggunaan metoda- metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden keselamatan pasien, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Pimpinan harus mampu mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi, menjamin berlangsungnya program identifikasi risiko keselamatan pasien, menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu, mengalokasikan sumber daya yang adekuat, serta harus mampu mengkaji efektifitas dalam meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit.

6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan, dan orientasi untuk setiap jabatan mengenai keselamatan pasien. Selain itu, rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan secara berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf dalam pelayanan pasien.

7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal, serta transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

2.1.4 Sasaran Keselamatan Pasien

Sebuah rumah sakit yang telah terakreditasi oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit memiliki kewajiban untuk menerapkan sasaran keselamatan pasien. Penyusunan sasaran ini mengacu pada *Nine Life- Saving Patient Safety Solutions* dari *WHO Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International*. Terdapat enam sasaran keselamatan pasien, diantaranya sebagai berikut:

1. Sasaran I: Ketepatan identifikasi pasien

Kesalahan dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir seluruh tahapan pengobatan. Sasaran ini memiliki dua tujuan yaitu cara identifikasi pasien yang dapat dipercaya saat akan menerima pelayanan, dan untuk mencocokkan kesesuaian pelayanan terhadap pasien tersebut. Kebijakan dan/ atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, pemeriksaan klinis, atau tindakan lainnya. Kebijakan ini sedikitnya memerlukan dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien yakni dari nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, maupun gelang identitas pasien, dan lain- lain. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/ atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi agar dapat diidentifikasi.

2. Sasaran II: Peningkatan komunikasi yang efektif

Komunikasi yang efektif, tepat waktu, lengkap, akurat, jelas, dan dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan sehingga dapat meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan secara tertulis, lisan, dan elektronik. Komunikasi secara lisan atau melalui telepon merupakan komunikasi yang paling berpotensi menyebabkan kesalahan, terutama dalam hal pelaporan kembali hasil pemeriksaan kepada unit pelayanan yang terkait.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan dan/ atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon, termasuk menuliskan hasil pemeriksaan (*entry data*) secara lengkap, penerima membacakan kembali hasil pemeriksaan, dan mengkonfirmasi bahwa apa yang dituliskan sudah akurat.

3. Sasaran III: Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert*)

Manajemen pengobatan berperan penting untuk memastikan keselamatan pasien, karena obat-obatan merupakan bagian yang tak terpisahkan dari rencana pengobatan pasien. Obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan serius, obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan, seperti obat-obatan yang terlihat mirip (*look alike- sound alike*). Kesalahan ini dapat terjadi jika kurangnya orientasi pada perawat, atau pada keadaan gawat darurat. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/ atau prosedur untuk membuat daftar obat-obatan yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit.

4. Sasaran IV: Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi

Salah lokasi, salah prosedur, pasien salah pada operasi adalah sebuah kesalahan yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini merupakan akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat, kurang/ tidak melibatkan pasien dalam penandaan lokasi operasi, dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Selain itu, faktor kontribusi yang sering terjadi adalah asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung keterbukaan komunikasi antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*), dan pemakaian singkatan.

5. Sasaran V: Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Pusat dari eliminasi kejadian infeksi adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/ atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk tersebut di rumah sakit.

6. Sasaran VI: Pengurangan risiko jatuh

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera pasien bagi pasien rawat inap. Rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien.

2.2 Insiden Keselamatan Pasien

2.2.1 Pengertian Insiden Keselamatan Pasien

Sebuah insiden keselamatan pasien menurut Michel *et al.*, (2017) didefinisikan sebagai peristiwa atau keadaan yang bisa membahayakan pasien, dan seharusnya tidak boleh terulang kembali dilain waktu. Menurut Kapaki dan Souliotis (2016) sebuah insiden disebut sebagai *error* yaitu peristiwa apapun yang tidak disengaja yang mengancam keselamatan pasien atau penyimpangan dari aturan yang ada di tempat kerja. *Medical error* mengacu pada tindakan atau kelalaian profesional kesehatan selama perencanaan dan implementasi penyediaan layanan kesehatan, yang berkontribusi pada penurunan status kesehatan pasien dan penurunan kualitas sistem penyedia layanan kesehatan (Kapaki and Souliotis, 2016).

Kementrian Kesehatan RI (2011) mendefinisikan insiden keselamatan pasien sebagai kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien yang terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera, dan Kejadian Potensial Cedera. Jenis insiden keselamatan pasien berdasarkan Permenkes No. 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien, yaitu:

1. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pada pasien merupakan akibat dari suatu tindakan yang tidak seharusnya, dan bukan karena penyakit atau kondisi pasien. Kejadian tersebut dapat terjadi disemua tahapan perawatan dari diagnosis, pengobatan, dan pencegahan.

2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Kejadian nyaris cedera adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien, sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien. Kejadian nyaris cedera merupakan akibat dari melakukan suatu tindakan (*commission*) secara tidak benar atau tidak melakukan suatu tindakan (*omission*) yang seharusnya dilakukan. *Commission* dan *ommission error* dapat terjadi karena seseorang tidak memiliki pengetahuan yang memadai, sehingga dapat terjadi kesalahan seperti kesalahan interpretasi data klinis maupun salah mendiagnosis (Aspden *et al.*, 2004).

3. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Kejadian tidak cedera adalah suatu insiden yang sudah terpapar kepada pasien, namun pasien tidak mengalami cedera atas kesalahan tindakan tersebut.

4. Kejadian Potensial Cedera (KPC)

Kejadian potensial cedera adalah kondisi yang sangat berpotensi menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Misalnya pada kasus obat-obatan LASA (*Look Alike- Sound Alike*) yang disimpan berdekatan.

5. Kejadian Sentinel (KS)

Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Kata 'sentinel' terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi, sehingga dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti operasi pada bagian yang salah.

BAB III

METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi Kegiatan Magang

Lokasi kegiatan magang adalah Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Jalan Gadung No. 1, Jagir, Kecamatan Wonokromo, Kota Surabaya Jawa Timur 60244.

3.2 Waktu Pelaksanaan Kegiatan Magang

Pelaksanaan magang berlangsung pada tanggal 6 – 31 Januari 2020 dengan timeline sebagai berikut.

No.	Kegiatan	Desember	Januari	Febuari
1.	Proses perijinan magang ke Rumkital Dr. Ramelan			
2.	Pembekalan Magang Oleh Pihak Kampus			
3.	Pembekalan Mahasiswa Magang di Bakordik Rumkital Dr. Ramelan			
4.	Orientasi lingkungan Rumkital Dr. Ramelan			
5.	Pelaksanaan Magang di Masing-Masing Bagian			
6.	Observasi identifikasi dan Hand Hygiene di Rawat Inap Stroke Center			
7.	Observasi identifikasi dan Hand Hygiene di Rawat Inap Bedah			
8.	Wawancara dengan perawat terkait pelaksanaan sasaran komunikasi yang efektif			
9.	Wawancara perawat terkait pelaksanaan assessment resiko pasien jatuh dan ronda			
10.	Wawancara terkait PIC			
10.	Penyusunan Laporan			
11.	Seminar Magang			

Table 3.1 Waktu Pelaksanaan Magang

3.3 Metode Pelaksanaan Magang

Magang merupakan serangkaian aktivitas studi lapangan yang mencakup kegiatan antara lain :

1. Pengenalan organisasi dan pembekalan materi oleh Unit Bangdiklat meliputi materi Profil Organisasi, Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Sasaran Keselamatan pasien,

Program Keselamatan Penggunaan Obat, BHD/RJP, dan Penggunaan Alat Pemadam Api Ringan (APAR).

2. Penyesuaian diri dengan tim KPRS Rumkital Dr. Ramelan
3. Kajian Literatur
4. Observasi
5. Aktivitas operasional terkait dengan keselamatan pasien di Rumkital Dr. Ramelan
6. Konsultasi kepada pembimbing lapangan.

3.4 Teknik Pengumpulan Dan Analisis Data

1. Data Primer

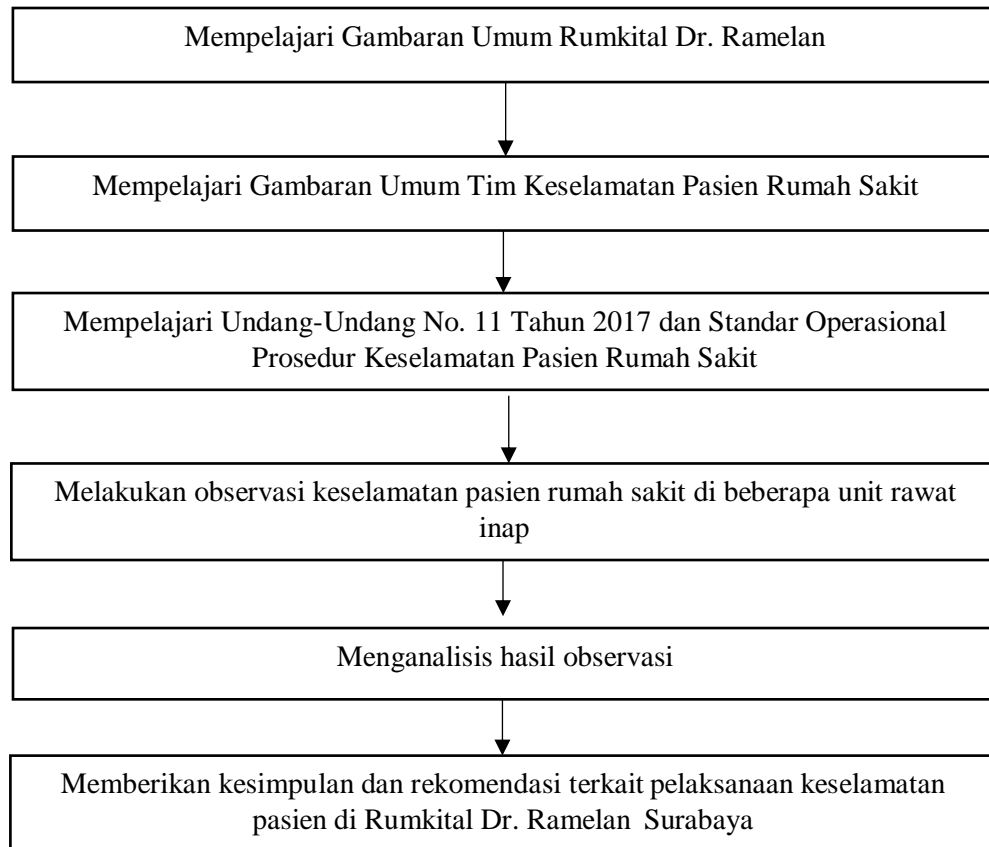
Pengumpulan data primer dilakukan dengan teknik wawancara dengan Bapak Pudji Agung Wibowo dan perawat lainnya selaku tim keselamatan pasien dan observasi serta wawancara kepada pasien serta keluarga pasien terkait pelaksanaan keselamatan pasien oleh petugas rumah sakit

2. Data Sekunder

Pengumpulan data sekunder dengan kajian data dan dokumen terkait pengorganisasian tim keselamatan pasien rumah sakit, yang meliputi:

- a. Laporan triwulan IV Keselamatan Pasien Rumah Sakit tahun 2018
- b. Program Kerja Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) Rumkital Dr. Ramelan Tahun 2020

3.5 Kerangka Operasional



Gambar 3.1 Kerangka Operasional

3.6 Output Kegiatan Magang

Setelah kegiatan magang dilaksanakan diharapkan terdapat output atau hasil yang bisa didapatkan yaitu berupa :

1. Gambaran Umum Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya
2. Gambaran struktur, tugas pokok, fungsi, dan SOP yang berlaku di Keselamatan Pasien Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya
3. Gambaran pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya
4. Gambaran program kerja Keselamatan Pasien Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya
5. Usulan perbaikan untuk Keselamatan Pasien Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Angkatan Laut

4.1.1 Sejarah Rumkital Dr. Ramelan

Sejarah Rumkital Dr. Ramelan berawal pada tanggal 7 Agustus 1950, pada saat Angkatan Laut Kerajaan Belanda menyerahkan Marine Hospital Surabaya kepada ALRIS (Angkatan Laut Republik Indonesia Serikat). Dengan adanya peristiwa itu maka lahirlah RSAL Surabaya yang menempati sayap Timur RS Karang Menjangan dengan kapasitas 129 tempat tidur. Tugas pertama RS ini adalah melaksanakan dukungan kesehatan terhadap ALRI, dengan kegiatan seleksi calon dan anggota serta pengobatan anggota yang sakit.

Selanjutnya pada bulan juni 1958 dibentuk peleton kesehatan dan team bedah di kapal rumah sakit untuk mendukung Operasi Merdeka-1. Dan pada pertengahan tahun 1962 disiapkan personel medis yang mengawaki kapal rumah sakit untuk mendukung Operasi Jaya Wijaya. Pembentukan tim bedah ini dibantu oleh Fakultas Kedokteran UNAIR dan seluruh sukarela.

RSAL Wonocolo diresmikan penggunaannya pertama kali pada tanggal 20 Desember 1962 oleh Panglima Kodamar/Armada atas nama menteri/Kepala staf TNI AL. selesai Trikora dimulai kegiatan penelitian kesehatan bawah air bersama-sama dengan Fakultas Kedokteran UNAIR, terutama bagian Fisiologi dan Bedah. Diawal tahun 1970, rumah sakit ini selain mendukung satuan-satuan operasi TNI-AL, juga dipergunakan untuk merawat kesehatan keluarga TNI AL.

Pada 20 Februari 1974 RSAL Surabaya diresmikan menjadi Rumkital Dr. Ramelan berdasarkan Surat Keputusan Kasal Nomor : SKEP/5401.2/II/1974. Kemudian pada tanggal 14 Mei 1974 peranan Rumkital Dr. Ramelan ditingkatkan menjadi Rumah Sakit Tingkat I atau Pusat rujukan ABRI untuk wilayah Indonesia Timur. Sejak saat itu Rumkital Dr. Ramelan bertugas mendukung satuan-satuan operasional ABRI yang sedang melaksanakan operasi-operasi atau latihan di Wilayah Indonesia Timur dengan pembentukan tim bedah mobil dan menampung penderita akibat operasi dan latihan.

Pada tahun-tahun berikutnya Rumkital Dr. Ramelan mengalami perkembangan dengan dibangun dan dikembangkannya Unit Bedah Sentral, Lembaga Kesehatan Keangkatan Lautan, Fisioterapi, Bengkel Ortopedi, Unit Rawat Jalan, Ruang Perawatan Lengkap beserta fasilitas pendukungnya, penggunaan Unit Hemodialisa, Instalasi Gawat Darurat terpadu, Angiografi,. Juga gedung-gedung penunjang yaitu Gedung Serba Guna (GSG), Masjid Ashshihah, Gapura,

Gedung Radiologi, MRI, Taman Observasi Anak yang diresmikan oleh Presiden RI (18 September 2004), Radioterapi, Apotik Askes, dan ESWL.

Pada tanggal 8 September 2009, RS TNI Angkatan Laut Dr. Ramelan, mendapat Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit Nomor: YM.01.10/III/3506/09 Akreditasi Penuh Tingkat Lengkap. Sertifikat ini diberikan sebagai pengakuan bahwa rumah sakit telah memenuhi standar pelayanan rumah sakit yang meliputi 16 pelayanan. Selain itu Rumkital Dr. Ramelan telah mendapatkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1687/Menkes/SK/VIII/2011 tanggal 8 Agustus 2011 tentang Penetapan Kelas Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya Provisnsi Jawa Timur, sebagai Rumah Sakit Umum Kelas A.

Pada tanggal 11 Oktober 2011, berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK.03.05/III/2461/2011, Rumah Sakit Umum Rumkital Dr. Ramelan Surabaya ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan utama Fakultas Kedokteran Hang Tuah Surabaya, sehingga dapat menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya sesuai standar rumah sakit pendidikan. Selanjutnya, pada tanggal 29 November 2011, Rumkital Dr. Ramelan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 2394/Menkes/SK/XI/2011 mendapatkan Ijin Operasional Tetap.

Pada tanggal 09 September 2016 keputusan kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal No. 10/I/10/KES/PMDN/2016 Tentang ijin operasi rumah sakit TNI Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya sebagai rumah sakit kelas A.

4.1.2 Pelayanan di Rumkital Dr. Ramelan

- a. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat
- b. Pelayanan Rawat Jalan dengan 42 klinik spesial dan sub-spesial
- c. Pelayanan Rawat Inap dengan 747 tempat tidur perawatan
- d. Pelayanan Medis spesialis Lengkap dan Sub-spesialis
- e. Pelayanan Bedah Sentral
- f. Pelayanan Intensif Sentral
- g. Pelayanan Hemodialisis
- h. Pelayanan Radioterapi

4.1.3 Tugas Pokok, Peran dan Fungsi Rumkital Dr. Ramelan

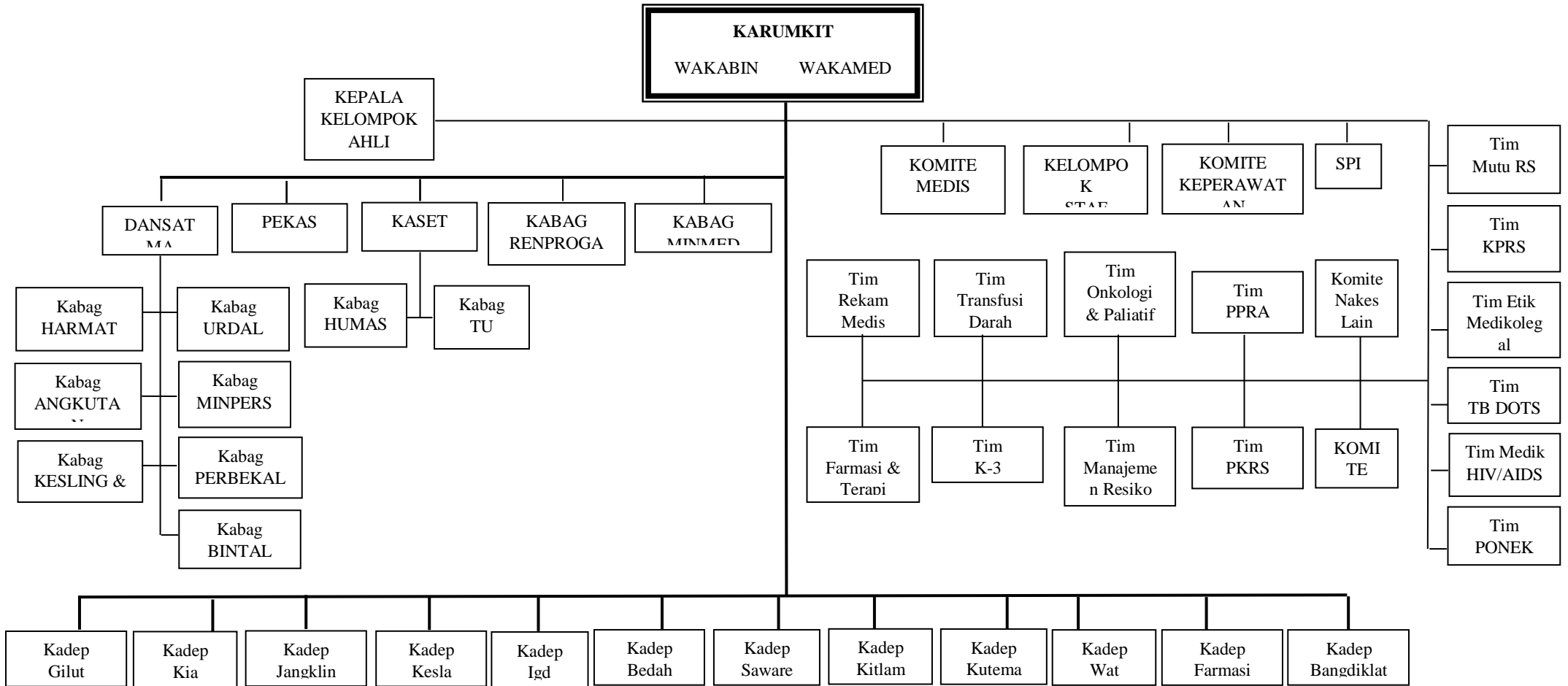
- a. Tugas Pokok Rumkital Dr. Ramelan yaitu menyelenggarakan dukungan kesehatan dan pelayanan kesehatan bagi anggota TNI Angkatan Laut beserta keluarga.

- b. Peran Rumkital Dr. Ramelan adalah sebagai pusat rujukan kesehatan TNI Angkatan Laut.
- c. Fungsi Rumkital Dr. Ramelan adalah sebagai berikut:
 1. Memberikan dukungan kesehatan pada satuan operasi Armada RI kawasan timur,
 2. Memberikan dukungan kesehatan pada setiap kegiatan peringatan hari besar nasional dan TNI AL/TNI,
 3. Mengikuti operasi Surya Bhaskara Jaya,
 4. Memberikan dukungan kesehatan kepada VIP dan VVIP atau tamu dari luar negeri yang berkunjung ke Jawa Timur khususnya Surabaya,
 5. Memberikan dukungan pada latihan Armada Jaya, baik personil maupun obat-obatan,
 6. Menyelenggarakan latihan kesehatan secara bertingkat dan berlanjut dalam rangka memberikan dukungan kesehatan pada operasi dan latihan,
 7. Menyelenggarakan latihan ATLS, BTLS, dan kegawatdaruratan medik,
 8. Menyusun dan melaksanakan program pelayanan kesehatan umum, spesialisik dan subspecialistik yang meliputi pengujian dan pemeriksaan kesehatan serta rehabilitasi medik penderita,
 9. Menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kesehatan spesialisik bagi prajurii TNI, PNS beserta keluarganya maupun masyarakat umum.

4.1.4 Visi, Misi, dan Motto Rumkital Dr. Ramelan

- a. Visi Rumkital Dr. Ramelan yaitu Rumah Sakit Terkemuka bagi TNI dan Masyarakat, yang mampu memberikan dukungan dan pelayanan kesehatan serta menyelenggarakan pendidikan yang bermutu.
- b. Misi Rumkital Dr. Ramelan :
 1. Memberikan dukungan kesehatan bagi satuan-satuan kerja TNI dalam tugas operasional dan latihan,
 2. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang professional dan inovatif bagi anggota TNI dan keluarganya serta masyarakat umum,
 3. Mewujudkan pusat-pusat unggulan pelayanan kesehatan yang handal,
 4. Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia melalui pendidikan berkelanjutan dan,
 5. Menyelenggarakan pendidikan dan penelitian yang bermutu.
- c. Motto Rumkital Dr. Ramelan : satukan Tekad, Berikan Layanan “TERBAIK” (Terpercaya, Efisien, Ramah, Berkualitas, Akurat, Inovatif, dan Komunikatif).

4.1.2 Struktur Rumkital Dr. Ramelan Surabaya



Gambar 4.1 Struktur Rumkital Dr. Ramelan

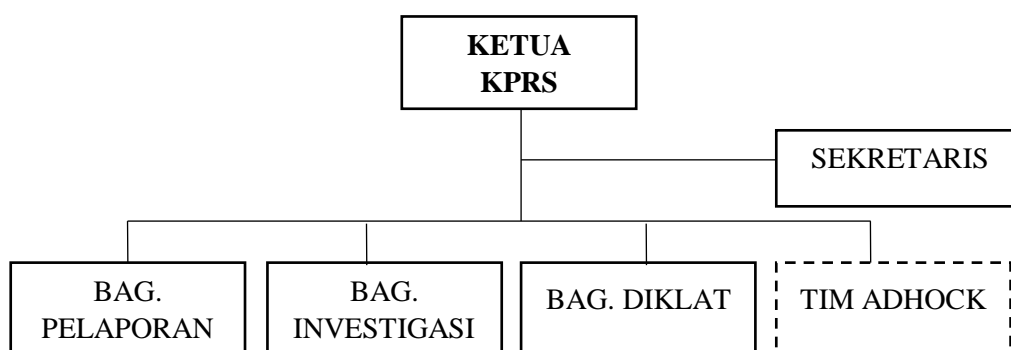
Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dipimpin oleh karumkit (kepala rumah sakit) yang dibantu oleh wakabin (wakil kepala bidang pembinaan) dan wakamed (wakil kepala bidang medis) yang kemudian dibantu oleh tim ahli, komite, kepala bagian, dan kepala departemen. Salah satu tim yang ada di Rumkital Dr. Ramelan adalah tim keselamatan pasien.

4.2 Gambaran Umum Tim Keselamatan Pasien

Rumkital Dr. Ramelan merupakan Rumkital Tingkat I dan merupakan rumah sakit rujukan TNI wilayah timur dimana terdapat berbagai macam obat, bermacam test dan prosedur, bermacam alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus. Program kerja Komisi KPRS di Rumkital Dr. Rameelan disesuaikan dengan tugasnya meliputi :

- a) Menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (monitoring) dan penilaian (evaluasi) tentang terapan (impementasi) program keselamatan pasien rumah sakit.
- b) Bekerja sama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk melakukan pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit
- c) Melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisa insiden serta mengembangkan solusi untuk pembelajaran
- d) Memberikan masukan perKomisibangan kepada kepala rumah sakit dalam rangka pengambilann kebijakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Tim KPRS Rumkital Dr. Ramelan memiliki struktur sebagai berikut :



Gambar 4.2 Struktur Tim Keselamatan Pasien

Pada struktur diatas ketua KPRS memiliki tugas mengembangkan program keselamatan pasien dengan melakukan koordinasi bersama Departemen Bangdiklat. Koordinasi tersebut meliputi pengadaan program pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit. Selain itu ketua juga berperan dalam pencatatan, pelaporan dan analisa masalah terkait KPC, KTD, KTC, KNC, dan kejadian sentinel. Selanjutnya ketua akan melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, monitoring, dan evaluasi terhadap implementasi program keselamatan pasien rumah sakit.

Pelaksanaan tugas ketua dibantu oleh sekretaris yang mencatat seluruh kegiatan Tim KPRS yang telah dilaksanakan serta menginventarisir sarana Tim KPRS dan dokumentasi. Apabila terjadi insiden bagian pelaporan akan menyusun laporan dan melaksanakan koordinasi dengan bagian lain yang terkait dengan Tim KPRS. Untuk investigasi akan dilaksanakan oleh bagian investigasi untuk dicari akar permasalahan sehingga tidak terulang kembali. Tim investigasi juga memberikan masukan kepada ketua Tim KPRS terkait insiden kejadian beserta tindak lanjutnya. Tim investigasi juga turut dibantu oleh Anggota Ad Hoc dalam memberikan masukan, ide/gagasan terkait dengan insiden kejadian serta tindak lanjut lainnya.

4.3 Enam Sasaran Keselamatan pasien

1. Sasaran I: Ketepatan identifikasi pasien

Kebijakan ini sedikitnya memerlukan dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien yakni dari nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, maupun gelang identitas pasien, dan menanyakan langsung nama kepada pasien sebelum melakukan perawatan. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/ atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi agar dapat diidentifikasi.

2. Sasaran II: Peningkatan komunikasi yang efektif

Komunikasi yang efektif, tepat waktu, lengkap, akurat, jelas, dan dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan sehingga dapat meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan secara tertulis, lisan, dan elektronik. Komunikasi secara lisan atau melalui telepon merupakan komunikasi yang paling berpotensi menyebabkan kesalahan, terutama dalam hal pelaporan kembali hasil pemeriksaan kepada unit pelayanan yang terkait.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan dan/ atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon, termasuk menuliskan hasil pemeriksaan (*entry data*) secara lengkap, penerima membacakan kembali hasil pemeriksaan, dan mengkonfirmasi bahwa apa yang dituliskan sudah akurat.

3. Sasaran III: Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert*)

Manajemen pengobatan berperan penting untuk memastikan keselamatan pasien, karena obat- obatan merupakan bagian yang tak terpisahkan dari rencana pengobatan pasien. Obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan serius, obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan, seperti obat-obatan yang terlihat mirip (*look alike- sound alike*). Kesalahan ini dapat terjadi jika kurangnya orientasi pada perawat, atau pada keadaan gawat darurat. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/ atau prosedur untuk membuat daftar obat-obatan yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit.

4. Sasaran IV: Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi

Salah lokasi, salah prosedur, pasien salah pada operasi adalah sebuah kesalahan yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini merupakan akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat, kurang/ tidak melibatkan pasien dalam penandaan lokasi operasi, dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Selain itu, faktor kontribusi yang sering terjadi adalah asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung keterbukaan komunikasi antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*), dan pemakaian singkatan.

5. Sasaran V: Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Pusat dari eliminasi kejadian infeksi adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk

mengembangkan kebijakan dan/ atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk tersebut di rumah sakit.

6. Sasaran VI: Pengurangan risiko jatuh

Pengurangan risiko jatuh merupakan suatu langkah *aware* terhadap pasien yang selama menjalani perawatan di rumah sakit serta memiliki risiko untuk jatuh. Risiko tersebut dapat disebabkan oleh kondisi dari pasien maupun kondisi dari luar pasien.

4.3 Prosedur Pelaksanaan Keselamatan Pasien

4.3.1 Identifikasi Pasien Dengan Benar

a) Identifikasi pasien oleh perawat

1) Pengertian : Suatu cara untuk mengenali pasien supaya tepat pasien

2) Tujuan :

Sebagai prosedur verifikasi identitas pasien dilakukan pada saat :

a. Prosedur pemberian obat atau cairan

b. Prosedur pemberian transfuse darah dan produk darah

c. Prosedur pengambilan sampel darah atau specimen lain untuk pemeriksaan klinis

d. Pemberian pengobatan atau tindakan lain

3) Prosedur

a. Pertemuan pertama seorang petugas pemberi pelayanan kesehatan dengan pasien komunikasikan secara verbal yaitu dengan tanyakan nama pasien

b. Saat menanyakan identitas pasien, selalu gunakan pertanyaan terbuka misalnya :Siapa nama anda?" (jangan menggunakan pertanyaan tertutup seperti "Apakah nama anda Ibu Susi") kemudian cocokan dengan identitas pada gelang identifikasi, apakah yang disebutkan pasien sudah sesuai

c. Jika pasien tidak mampu memberitaukan namanya (misalnya pada pasien tidak sadar, bayi, disfasia, gangguan jiwa) verifikasi identitas pasien kepada keluarga/pengantarnya atau dengan nomor rekam medis, kemudian bandingkan.

d. Untuk pertemuan berikutnya dapat lihat secara visual saja yaitu dengan melihat ke gelang pasien, meliputi dua identitas (nama dan tanggal lahir pasien) dari tiga identitas dan

cocokan sambil melakukan cek ke gelang identitas pasien apakah sesuai dengan rekam medic pasien.

- e. Lakukan identifikasi pasien dengan benar terutama prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien pada saat :
 - a) Prosedur pemberian obat atau cairan
 - b) Prosedur pemberian transfuse darah dan produk darah
 - c) Prosedur pengambilan sampel darah atau specimen lain untuk pemeriksaan klinis
 - d) Pemberian pengobatan atau tindakan lain
 - f. Khusus pasien dengan gangguan jiwa atau kondisi khusus pada saat melakukan prosedur cocokan dengan foto pasien pada rekam medik pasien
 - g. Pada saat prosedur pemberian obat, atau cairan petugas kesehatan harus mematuhi prinsip 6B (enam benar) untuk menghindari ketidaksesuaian dalam pemberian obat yaitu :
 - a) Benar pasien
 - b) Benar obat
 - c) Benar dosisi
 - d) Benar cara/rute
 - e) Benar waktu
 - f) Benar dokumentasi
- b) Pemasangan Gelang
 - 1) Pengertian : Pemberian identitas tanda pengenal pada pasien berupa gelang identifikasi
 - 2) Tujuan : Agar tidak terjadi kesalahan tindakan / prosedur yang akan dilakukan pada pasien
 - 3) Prosedur :
 - a. Persiapan alat :
Macam-macam warna gelang dan kancing identitas pasien
 - a) Gelang Biru Muda : Pasien laki-laki
 - b) Gelang Merah Muda : Pasien wanita

- c) Gelang Merah Tua : Pasien alergi
- d) Gelang Kuning : Pasien beresiko jatuh
- e) Gelang Ungu : Pasien DNR (Do Not Resuscitation)

b. Pelaksanaan

Siapkan gelang identitas pasien sesuai jenis kelamin (biru untuk pasien laki-laki, merah muda untuk pasien perempuan), sesuaikan dengan identitas pasien (nama, tanggal lahir / umur, dan nomor Rekam Medis) sesuai berkas rekam medis pasien

- a) Ucapkan salam, perkenalkan diri dan jelaskan maksud dan tujuan pemasangan gelang identitas kepada pasien, dengan kata-kata, “Selamat pagi/siang/malam Ibu/Bapak/Saudara, nama saya ... Saya akan memasang gelang identitas ini di pergelangan tangan Ibu/Bapak dengan tujuan untuk memastikan identitas Ibu/Bapak dengan benar dalam mendapatkan pelayanan dan pengobatan selama masa rawat inap di rumah sakit ini.
- b) Setelah Ibu/Bapak/Saudara berada di ruang rawat inap. Petugas kami akan selalu melakukan verifikasi identitas dengan melihat gelang identitas ini dan meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk menyebutkan nama sebelum memberikan pelayanan/prosedur tindakan.
- c) Pasangkan gelang identitas pada pergelangan tangan sesuai dengan kondisi pasien dan posisi yang mudah dibaca oleh PPA (Profesional Pemberi Asuhan).
- d) Saat pemasangan gelang oleh petugas
 - 1) Jelaskan manfaat gelang pasien
 - 2) Jelaskan bahaya untuk pasien yang menolak, melepas, menutupi gelang, dll
 - 3) Minta pasien untuk mengingatkan petugas bila akan melakukan tindakan atau memberi obat memberikan pengobatan tidak mengkonfirmasi nama dan mengecek ke gelang
- e) Informasikan kepada pasien dan agtau keluarga bahwa gelang identitas ini harus selalu dipakai hingga pasien diperbolehkan pulang.
- f) Identifikasi pasien di IGD dan rawat Inap yang identitasnya belum diketahui.

- 1) Bila pasien tidak sadar (tanpa identitas) dan pengantar tidak mengetahui identitasnya (tidak ada keluarganya) akan diberi gelang sesuai dengan jenis kelaminnya tapi tanpa identitas lainnya (Tn. X)
- 2) Bila pasien sudah sadar dan dapat berbicara, pasien akan diidentifikasi ulang, ditanya identitasnya dan dipasang gelang sesuai identitasnya.

Pemasangan gelang :

- 1) Di IGD : dipasang oleh perawat di IGD
- 2) Di Ruang rawat inap
- 3) *One day care*

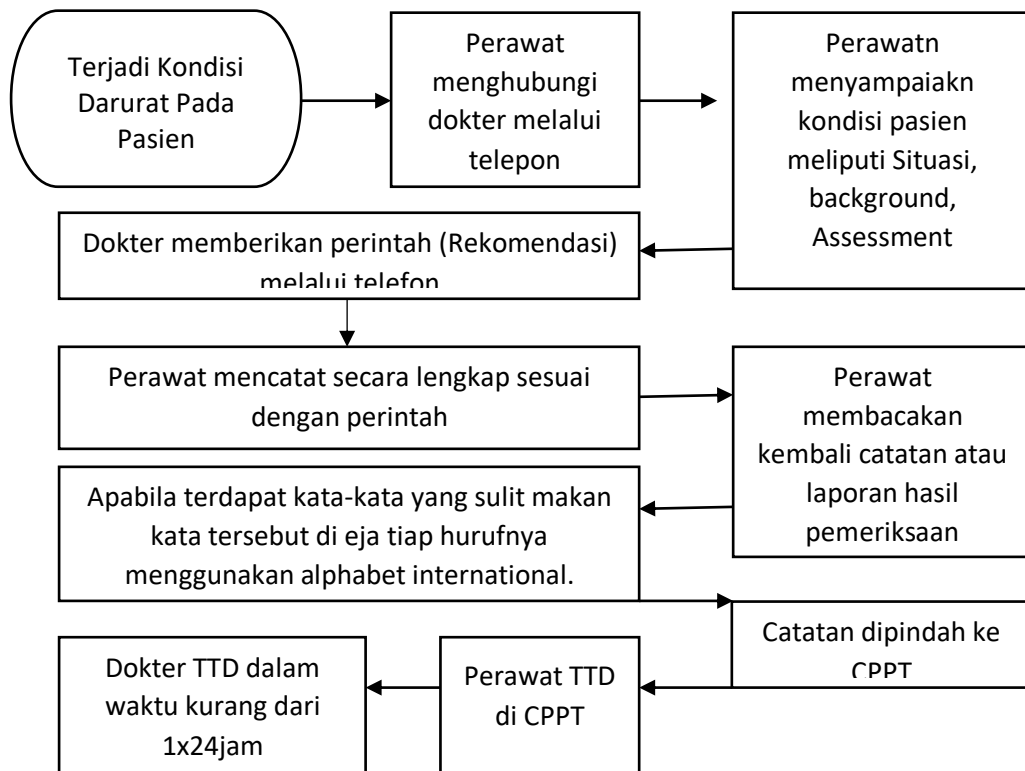
4.3.2 Komunikasi Efektif Antar Pemberi Layanan (Profesi Kesehatan) Dengan Metode SBAR

- 1) Pengertian : Sebuah proses komunikasi atau pemberian informasi yang singkat, jelas, lengkap, akurat, tepat waktu, dan mudah dipahami oleh penerima, sehingga akan mengurangi kesalahan dan dapat menghasilkan peningkatan keselamatan pasien
- 2) Tujuan : informasi yang diberikan mudah dipahami, diengerti dan dapat ditindaklanjuti oleh penerima informasi
- 3) Prosedur :

Kegiatan komunikasi antar pemberi layanan di Rumkital Dr. Ramelan dilakukan dengan menggunakan alat komunikasi telepon dengan menggunakan metode SBAR adapun langkah-langkahnya sebagai berikut :

- a) Perawat menghubungi dokter melalui telepon menyampaikan kondisi terakhir pasien dengan Teknik komunikasi yang digunakan menggunakan metode SBAR (Situasi, Background/ Latar belakang, Assessment/penilaian dan rekomendasi)
- b) Perintah oleh penerima informasi (dokter) diberikan melalui telepon
- c) Kemudian oleh perawat dicatat secara lengkap sesuai dengan isi perintah
- d) Catatan perintah atau laporan hasil pemeriksaan tadi dibacakan kembali/baca ulang (read back) oleh penerima perintah/perawat.

- e) Apabila pada saat komunikasi terdapat kata-kata sulit atau tidak jelas, (isal obat-obatan Norum atau LASA) dieja tiap huruf/alphabetnya, dengan menggunakan alphabet internasional.
- f) Catat laporan hasil perintah pada format CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi), perawat membubuhkan stempel komunikasi, menuliskan tanggal, jam, nama dan tanda tangan serta menuis nama pemberi perintah (nama dokter)
- g) Setelah dicatat lakukan konfirmasi ulang pada pemberi perintah (dokter)
- h) Pemeberi perintah (dokter) tanda tangan dan menulis tanggal, jam pada stempel komunikasi saat visit eke pasien dalam waktu 1x24 jam.



Gambar 4.3 Alur Komunikasi Efektif Antara Dokter dan Perawat dalam memberikan perawatan kepada pasien

4.3.3 Penyimpanan dan Pemberian Label Obat-obat Norum, LASA, dan *High Alert Medication*

1) Pengertian :

i. Obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius, obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look Alike Sound Alike/LASA)

ii. Obat-obat yang perlu diwaspadai (*High Alert Medications*) adalah obat-obat yang mempunyai risiko tinggi menyebabkan cedera pada pasien bila digunakan secara salah yang daftarnya diperoleh dari hasil inventarisasi unit pelayanan Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

2) Tujuan : Agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian obat terhadap pasien

3) Prosedur :

a) Simpan elektrolit konsentrat di unit Farmasi, IGD, HCU, ICU dalam lemari khusus dengan tanda yang jelas dan dikunci. Ruangan lain tidak boleh menyimpan obat-obatan ini.

b) Obat-obatan kategori Lasa disimpan dalam lemari obat dan tanda khusus dengan diberi label yang jelas berupa sticker warna hijau bulat bertuliskan lasa,.

c) Obat-obat high alert disimpan dalam lemari obat dan tanda khusus diberi label yang jelas berupa sticker segitiga warna kuning bulat bertuliskan *high alert*.

d) *Ruangan hanya* diperbolehkan menyimpan elektrolit yang sudah direncanakan dengan nama REMIX dengan label yang jelas dan diberi tanggal pembuatan dan tanggal kadaluarsanya.

4.3.4 Penandaan Lokasi Operasi (*Site Marker*)

1) Pengertian : Penandaan Lokasi operasi (*site Marker*) adalah suatu tindakan pemberian tanda pada Lokasi / sisi dimana tempat/lokasi yang akan dilakukan tindakan operasi tersebut memiliki 2 (dua) sisi (kanan-kiri)

- 2) Tujuan : Memudahkan petugas kamar operasi (operator dan timnya) dalam melakukan tindakan pembedahan untuk menghindari terjadinya kesalahan lokasi/sisi tempat yang akan dilakukan pembedahan.
- 3) Prosedur :
 - a) Persiapan Alat
 - i. Spidol Marker
 - ii. File Rekam Medik
 - b) Pelaksanaan
 - i. Melakukan pemeriksaan kepada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi khususnya lokasi/sisi operasi yang memiliki dua sisi
 - ii. Mengecek kembali pada file catatan pasien terkait lokasi yang akan dilakukan pembedahan
 - iii. Meminta ijin kepada pasien dan keluarga jika ada bahwa akan dilakukan tindakan pemberian tanda pada lokasi/sisi yang akan dilakukan pembedahan
 - iv. Memberikan tanda pada lokasi/sisi yang akan dilakukan pembedahan oleh operator (dokter bedah) dengan menggunakan spidol marker yang permanen dengan cara memberi tanda contreng dengan melibatkan pasien dan keluarga
 - v. Pada saat melakukan penandaan lokasi operasi tetap menjaga privacy pasien, bila diperlukan dengan menggunakan pembatas/ sketsel
 - vi. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada satu hari sebelum dilakukan operasi di ruang rawat inap untuk kasus efektif dan untuk kasus emergency dilakukan di ruang IGD atau di ruang Premedikasi

4.3.5 Cuci Tangan (*Hand Hygiene*)

- 1) Pengertian : *Hand Hygiene* adalah istilah umum yang meliputi semua tindakan untuk mengurangi resiko infeksi akibat perawatan kesehatan dimana seluruh petugas kesehatan harus emlaukan cuci tangan sebelum/sesudah bersentuhan (kontak) dengan pasien dan benda-benda disekelilingnya
- 2) Tujuan : Untuk mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan
- 3) Prosedur :

- i. Persiapan Alat (Hand Wash, Hand rub, Kran air)
- ii. Dengan Hand Wash
 - Krain air dinyalakan
 - Tangan diberi hand wash
 - Bersihkan telapak tangan
 - Bersihkan punggung jari
 - Bersihkan sela-sela jari
 - Empat jari saling mengunci
 - Bersihkan ibu jari
 - Bersihkan ujung kuku jari
 - Bilas dengan air
 - Bilas dengan air (waktu pelaksanaan cuci tangan selama 40-60 detik)
- iii. Dengan Hand Rub
 - Tuangkan hand rub secukupnya
 - Gerakan tangan antar permukaan palmar
 - Gerakan permukaan palmar pada bagian dorsum tangan lainnya dengan menyisipkan masing-masing jari dan lakukan sebaliknya
 - Gerakan antar permukaan palmar tangan dengan menyisipkan masing-masing jari
 - Gerakan bagian belakang jari dengan menekuk jari pada bagian palmar tangan satunya
 - Putar-putar ibu jari kiri dengan gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
 - Putar-putar ujung jari/kuku pada bagian palmar tangan satunya dan lakukan sebaliknya (waktu pelaksanaan selama 20-30 detik)
- iv. Cuci Tangan Sebelum Operasi (lama waktu 1 menit)
 - Basahi tangan sampai siku dengan air mengalir
 - Tambahkan sabun yang mengandung chlorhexidin 3% secukupnya
 - Gosok secara merata keseluruhan permukaan dua tangan sampai siku
 - Sikat dengan alat penyikat keseluruhan permukaan dua tangan sampai siku selama 1 menit
 - Gerakan permukaan palmar pada bagian dorsum tangan lainnya dengan menyisipkan masing-masing jari dan lakukan sebaliknya.

- Gerakan antar permukaan palmar tangan dengan menyisipkan masing-masing jari
- Gerakkan bagian belakang jari dengan menekuk jari pada bagian palmar tangan satunya
- Putar-putar ibu jari kiri dengan genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- Putar-putar ujung jari pada bagian palmar tangan satunya dan lakukan sebaliknya (cuci tangan sebelum operasi harus melepas cincin, jam tangan, kalung sebelum cuci tangan)

4.3.6 Assessment Ulang Risiko Pasien Jatuh

- 1) Pengertian : Merupakan proses menilai dan melakukan evaluasi kembali serta merencanakan tindakan pada pasien yang mempunyai risiko jatuh di IGD, Rawat Jalan maupun Rawat Inap.
- 2) Tujuan : Sebagai acuan yang digunakan untuk mencegah terjadinya kejadian pasien jatuh di Rumkital Dr. Ramelan
- 3) Prosedur :
 - a. Perawat melakukan assessmen ulang risiko jatuh pada pasien di Rumkital Dr. ramelan dengan indikasi :
 - i. Saat pindah maupun transfer dari ruangan yang satu ke ruangan lain
 - ii. Adanya perubahan kondisi pasien
 - iii. Adanya kejadian pasien jatuh perawatan di rumah sakit.
 - b. Perawat melakukan assessment ulang risiko jatuh pada pasien dengan menggunakan Humpty Dumpty Scale (Pada pasien anak-anak), Morse Scale (pada pasien dewasa)
 - c. Perawat melakukan perencanaan ulang sesuai dengan hasil assessment ulang yang dilakukan terhadap pasien.
 - d. Perawat melakukan intervensi resiko jatuh sesuai dengan kategori resiko jatuh (Tinggi/Sedang/rendah)

4.4 Program Kerja Komisi Keselamatan Pasien Rumah Sakit Angkatan Laut

1. Kegiatan pokok dan rincian kegiatan Komisi KPRS yaitu
 - 1) Memberikan pemahaman tentang budaya membuat laporan insiden dan analisis insiden keselamatan pasien dengan cara ronda keruangan secara terjadwal
 - 2) Membuat solusi untuk meminimalkan risiko cedera

- 3) Mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien sesuai indikator yang sudah ditentukan pada Standar Keselamatan Pasien rumah sakit yang berorientasi pada tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit. Indikator sasaran keselamatan pasien meliputi :
 - a. Angka kepatuhan menggunakan gelang identifikasi
 - b. Meningkatkan komunikasi yang efektif
 - c. Penyimpanan obat High Alert/ peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
 - d. Safe Surgical (Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi)
 - e. Kepatuhan petugas dalam Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan.
 - f. Kepatuhan terhadap penulisan format checklist risiko jatuh pada pasien dengan risiko jatuh

2. Cara Melaksanakan Kegiatan

Pelaksanaan program Komisi KPRS ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melaksanakan kegiatan, meliputi :

- 1) Ketua Komisi KPRS berdasarkan hasil rapat menetapkan program dan indikator peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang akan diterapkan di Rumkital Dr. Ramelan
- 2) Mensosialisasikan program kepada seluruh anggota Rumkital Dr. Ramelan Surabaya agar melakukan upaya sesuai dengan program yang telah ditetapkan
- 3) Menetapkan sumber daya manusia atau Komisi kecil yang akan melakukan kegiatan membuat laporan, pengawasan dan penegndalian dalam pelaksanaan program kerja serta berkoordinasi dengan unit terkait
- 4) Melakukan upaya pegumpulan, mengelompokkan dan merekap data sesuai dengan indikator yang telah ditetapkan.
- 5) Melaukan revisi standar prosedur operasional dan panduan yang berhubungan dengan sasaran keselamatan pasien disesuaikan dengan kondisi saat ini, sesuai saran dan masukan dari komisi KARS pada saat simulasi survey
- 6) Sosialisasi ulang dalam rangka meningkatkan pengetahuan anggota Rumkital Dr. Ramelan

3. Sasaran

Sasaran dari pelaksanaan program kerja Komisi KPRS meliputi :

- 1) Terlaksananya pelatihan keselamatan pasien oleh komisi KKPRS bekerjasama dengan Bngdiklat sesuai dengan jadwal pada TW 1
- 2) Terselenggaranya program secara berkelanjutan dan dilakukan evaluasi secara terus menerus sesuai dengan standar yang telah ditetapkan
- 3) Terselenggaranya kegiatan pendataan faktor-faktor penyebab kondisi potensial cedera
- 4) Melakukan ronda keruangan secara rutin untuk mendukung kegiatan KPRS setiap minggu sesuai jadwal
- 5) Terselenggaranya budaya lapor setiap ada kejadian
- 6) Terlaksananya investigasi dari setiap adanya laporan sebesar 100%
- 7) Adanya kebijakan dari pimpinan ataupun solusi bersama setelah dilakukan investigasi dan rekomendasi Komisi KPRS
- 8) Terlaksananya laporan investigasi dan melakukan analisis laporan insiden keselamatan pasien sesuai dengan prosedur dan membuat laporan tiap TW

4.5 Evaluasi Keselamatan Pasien Rumah Sakit

- 1) Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar
 - a) Sumber Data : SPO, Observasi, dan Wawancara Petugas dan Pasien.
 - b) Kesesuaian SPO dengan Pelaksanaan
 - Analisa : Pemasangan gelang sudah lengkap diterapkan pada semua pasien. Berdasarkan dari hasil observasi yang dilakukan setiap pasien yang masuk dan terdaftar di rawat inap akan dipasangkan gelang identitas sesuai identitas pasien tersebut. Kelengkapan identitas meliputi nama, nomor rekam medis, dan usia juga sudah ada pada setiap gelang yang dipakai oleh pasien. Warna gelang juga telah sesuai dengan identitas pasien (warna merah muda untuk pasien perempuan, warna gelang biru muda untuk pasien laki-laki) sebagaimana yang telah disebutkan dalam prosedur pelaksanaan. Namun ketika dilakukan observasi terhadap perilaku perawat dalam melakukan identifikasi pasien kepatuhan perawat dalam identifikasi pasien masih belum sepenuhnya memenuhi standar. Dari hasil pengamatan pada beberapa

perawat saat akan memberikan perawatan masih dijumpai perawat tidak melakukan identifikasi dengan benar. Ketika diwawancarai mengenai hal tersebut beberapa pasien mengaku dalam mengidentifikasi nama pasien perawat memberikan pertanyaan tertutup dengan memastikan nama pasien bukan menanyakan nama pasien. Perawat mengaku sudah menghafal nama dan wajah pasien sehingga merasa beberapa prosedur identifikasi pasien tidak masalah untuk tidak dilakukan.

- Evaluasi : Kepatuhan perawat dalam mengidentifikasi pasien masih belum maksimal. Sebaiknya dalam melakukan tindakan perawatan kepada pasien perawat saling mengingatkan kepada sesama perawat yang lainnya untuk selalu menerapkan prosedur identifikasi pasien terlebih dahulu sebelum melakukan perawatan kepada pasien.

2) Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

a) Sumber Data : Wawancara

b) Kesesuaian Dengan SPO

- Analisa : Perawat mengaku dalam wawancara yang telah dilakukan bahwa pelaksanaan komunikasi yang efektif sudah berjalan baik karena dukungan SIM Rumah Sakit yang semakin memudahkan perawat dan dokter untuk berkomunikasi terkait perawatan yang diberikan ke pasien. SIM Rumah Sakit hanya dapat dibuka oleh petugas yang bersangkutan sehingga selain petugas tidak memiliki akses untuk dapat melihat apa yang dituliskan oleh dokter kecuali atas ijin akses dari petugas. Namun apabila terjadi kondisi yang mendesak maka akan dilakukan komunikasi melalui telepon menggunakan kode
- Evaluasi : Pernah terjadi dokter lupa menulis di SIM rumah sakit dikarenakan lupa dan jadwal yang padat sehingga perawatan yang dilakukan ke pasien terlambat. Namun perawat selalu mengingatkan dokter untuk segera mengisi SIM rumah sakit agar perawatan yang akan diberikan ke pasien dapat segera dilaksanakan. Selain itu terdapat kendala lain dalam SIM rumah sakit meliputi semakin banyaknya isian yang harus dilengkapi karena tuntutan akreditasi, sering terjadi SIM rumah sakit

error dalam beberapa jam, cuaca yang buruk sehingga menghambat koneksi, dan dokter yang tidak visite mengisi SIM rumah sakit tanpa memberi tau perawat.

3) Meningkatkan Keamanan Obat-obatang Yang Harus Diwaspadai

a) Sumber Data : SPO, Observasi, dan Wawancara Petugas.

b) Kesesuaian SPO dengan Pelaksanaan

- Analisa : Masih belum dijumpai obata-obatan di ruang obat dengan label *high alert* (segitiga kuning) dan LASA (lingkaran hijau) dan masih ditemukan elektrolit konsentrat di ruang obat rawat inap bedah dimana seharusnya hanya tersedia di unit kerja/instalasi farmasi atau depo farmasi. Namun dari keterangan perawat yang bertugas keberadaan elektrolit konsetrat dikarenakan ada pasien yang sedang membutuhkan larutan tersebut dan memang pada saat kondisi tersebut tidak ada pasien yang membutuhkan obat-obatan dengan kategori *high alert* dan LASA. Wawancara yang dilakukan dengan petugas farmasi pun menyatakan bahwa keberadaan elektrolit akan selalu dipantau oleh petugas setiap hari.
- Evaluasi : Pemantauan terhadap obat *high alert* dan LASA/NORUM tetap dilakukan oleh petugas baik itu perawat ataupun petugas farmasi untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan.

4) Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar

a) Sumber Data : SPO dan Wawancara Petugas (Perawat)

b) Kesesuaian SPO dengan Pelaksanaan

- Analisa : Proses pembedahan pasien harus diawali dengan penandaan lokasi pasien sedangn dibuat saat pasien sadar (melibatkan pasien) atau keluarga pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Pelaksanaan penandaan lokasi operasi harus dilakukan satu hari sebelum operasi dilakukan dengan spidol *permanent*. Penandaan dilakukan oleh dokter yang akan melakukan operasi pada pasien. Dokter juga diharuskan untuk mengisi penandaan lokasi operasi pada SIM RS.

- Evaluasi : Masih ditemukan penandaan lokasi operasi pada SIM RS tidak dilakukan. Sebaiknya perawat mengingatkan kepada dokter terkait jadwal operasi dan waktu pelaksanaan penandaan operasi pada pasien. Namun demikian beberapa dokter tetap melakukan penandaan pada ruang premedikasi.
- 5) Mengurangi Risiko Akibat Perawatan Kesehatan
- a) Sumber Data : SPO, Observasi, dan Wawancara Petugas dan Pasien.
 - b) Kesesuaian SPO dengan Pelaksanaan
 - Analisa : Masih kurangnya kesadaran akan penerapan lima moment cuci tangan terutama pada saat sebelum melakukan tindakan. Praktik cuci tangan juga belum mencakup enam langkah cuci tangan yang benar.
 - Evaluasi : Perawat merasa melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan sesudah kontak dengan pasien sudah cukup karena sebelum memasuki ruangan inap bedah perawat selalu melakukan cuci tangan sehingga tidak perlu melakukannya lagi ketika akan masuk ke kamar pasien. Oleh karena itu perlu saling mengingatkan antar petugas kesehatan khususnya antar perawat ketika hendak melakukan perawatan kepada pasien untuk tetap melakukan lima momen cuci tangan. Termasuk mengedukasi setiap pasien dan keluarga untuk turut ikut menerapkan perilaku cuci tangan.
- 6) Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh
- a) Sumber Data : SPO dan Wawancara Petugas.
 - b) Kesesuaian SPO dengan Pelaksanaan
 - Analisa : Kepatuhan petugas dalam hal ini adalah perawat sudah baik. Berdasarkan hasil wawancara, perawat mengaku rutin mengisi assessment pasien sesuai dengan metode yang ditetapkan. Pengisian assessment resiko pasien jatuh dilakukan melalui SIM Rumah Sakit sehingga skor yang didapat dapat langsung menunjukkan tingkatan resiko terhadap pasien tersebut.
 - Evaluasi : Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran petugas mengenai faktor-faktor yang dapat meningkatkan resiko pasien dapat terjatuh selama masa perawatan di Rumah Sakit.

4.6 Pembahasan Evaluasi Sasaran Keselamatan pasien

1) Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar

Tujuan dari identifikasi ketepatan identitas pasien adalah untuk menyediakan pelayanan yang dapat dipercaya/*reliable* dengan cara mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan. Selanjutnya identifikasi dimaksudkan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut (Kemenkes R.I, 2011). Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*, dan lain-lain. Ketersediaan gelang identitas pasien di Rumkital Dr. Ramelan sudah baik. Setiap pasien akan doberi gelang sesuai dengan jenisnya sehingga meminimalkan risiko terjadi kesalahan dalam mengidentifikasi pasien pada saat tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik (Reno Afriza Neri, Yuniar Lestari, 2018).

Kondisi pasien juga bisa menghambat pelaksanaan identifikasi pasien. Terdapat pasien yang kurang berkenan dengan identifikasi yang dilakukan oleh perawat karena seringkali perawat mengulang-ngulang menanyakan identitasnya. Padahal hal ini menjadi salah satu tugas perawat dalam memberikan penjelasan tentang identifikasi yang dilakukan petugas, sehingga pasien dan keluarga seharusnya ikut memahami semua prosedur identifikasi di rumah sakit dan ikut mendukung proses identifikasi tersebut. Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat meningkat dengan keterlibatan pasien/keluarga pasien yang merupakan patner dalam proses pelayanan. Dengan adanya edukasi kepada pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien akan memaksimalkan pemberian pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien (Yudhawati and Listiowati, 2015).

2) Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

Komunikasi yang buruk adalah salah satu penyebab yang paling sering terjadi dalam pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan efek samping seperti permasalahan seperti dalam pengidentifikasian pasien, kesalahan pengobatan dan transfuse serta alergi diabaikan, salah prosedur operasi, salah sisi bagian yang dioperasi, semua hal tersebut berpotensi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien dan dapat dicegah dengan meningkatkan komunikasi (Ulva, 2017).

Komunikasi akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien apabila dilakukan dengan efektif yaitu secara tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan yang dipahami oleh resipien atau penerima. Dalam pelaksanaannya komunikasi dapat dilakukan secara elektronik, lisan, atau tertulis. Namun demikian komunikasi baik yang dilakukan melalui ke tiga cara tersebut masih dapat menimbulkan kesalahan terutama apabila melalui telepon. Kesalahan lainnya yang mungkin terjadi adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis menelpon unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera (Ulva, 2017).

3) Meningkatkan Keamanan Obat-obatang Yang Harus Diwaspadai

Medications Errors atau kesalahan pengobatan merupakan salah satu penyebab paling umum yang dapat dilakukan oleh organisasi pelayanan kesehatan kepada pasien. *Medication errors* adalah suatu kegagalan dalam proses pengobatan yang memiliki potensi membahayakan pada pasien dalam proses pengobatan ataupun perawatannya. Salah satu penelitian yang dilakukan oleh Institute for Safe Medication Practices menemukan bahwa sebagian besar kesalahan pengobatan dapat mengakibatkan kematian atau cedera serius. Kematian atau cedera serius dapat terjadi pada kesalahan pemberian obat terutama pada obat dengan kategori waspada tinggi. Lima obat peringatan tinggi teratas yang diidentifikasi oleh studi ISMP adalah insulin; candu dan narkotika; konsentrat kalium klorida (atau fosfat) yang dapat disuntikkan; antikoagulan intravena (heparin); dan larutan natrium klorida di atas 0,9 persen (Joint Commission, 1999).

Obat yang harus diwaspadai adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan / kesalahan serius (sentinel event) serta obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (adverse outcome) yaitu elektrolit konsentrat + obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/ NORUM, atau Look Alike Sound Alike / LASA) dan semua obat High Alert Medication. High Alert Medication harus memiliki identifikasi dan penandaan khusus dan dikelola oleh petugas yang kompeten terhadap obat-obat yang dimaksud (apoteker / tenaga kefarmasian). Verifikasi ulang sebelum obat diberikan kepada pasien harus dilakukan meliputi ketepatan pasien, obat, dosis, waktu serta cara pemberian. Syarat pemberian obat-obat yang perlu diwaspadai adalah mampu melakukan monitoring efek samping, tersedia protokol pengelolaan efek samping dan tersedia antidotumnya. Pelaksanaan pemberiaan obat kepada pasien dilaksanakan oleh berbagai profesi. Keterlibatan profesi didalamnya meliputi apoteker dan perawat (Melianti, 2019).

4) Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar

Kesalahan lokasi, prosedur, dan pasien pada saat operasi adalah hal yang kritis dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti akibat dari komunikasi yang kurang efektif antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien didalam penandaan lokasi (*site marking*) dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Rumah sakit setidaknya dalam melaksanakan sasaran keselamatan pasien dalam perihwal operasi memiliki standar operasional prosedur yang harus diperhatikan seperti *checklist* dan melibatkan pasien dalam proses penandaan operasi. Namun proses penandaan tersebut tidak selalu dilaksanakan di ruangan rawat inap Bedah. Operator sering melakukan penandaan operasi ketika pasien sudah sampai di kamar operasi. Oleh karena itu kepatuhan petugas perlu ditingkatkan agar pelaksanaan sasaran keselamatan pasien khususnya pasien operasi dapat berjalan optimal (Reno Afriza Neri, Yuniar Lestari, 2018).

5) Mengurangi Risiko Akibat Perawatan Kesehatan

Salah satu upaya pencegahan penularan infeksi dan mereduksi angka HAIs (*Healthcare-Associated Infections*) yang dilakukan oleh *World Health Organization* (WHO) adalah memberikan Pedoman Kebersihan Tangan bagi Tenaga Kesehatan. Penyebaran infeksi yang memiliki potensi mengancam nyawa pasien seperti penyebaran bakteri atau virus di fasilitas kesehatan dapat dicegah dengan praktik kebersihan yang baik. Salah satu praktik kebersihan yang paling sederhana adalah melakukan cuci tangan dengan benar (Wijaya and Widanti, 2018).

Suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib melaksanakan dan menyelenggarakan keselamatan pasien, melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan standar keselamatan pasien, sasaran keselamatan pasien, serta tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Lima Momen Cuci Tangan adalah salah satu upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di fasilitas pelayanan kesehatan. Pelaksanaan kebersihan tangan memiliki pengaruh yang cukup besar bagi keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan.

6) Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

Pasien jatuh diartikan sebagai insiden di rumah sakit yang sering terjadi yang dapat mengakibatkan cedera serius bahkan kematian. Pencegahan risiko jatuh merupakan sasaran keselamatan pasien keenam dan penting untuk dilakukan karena pasien jatuh menjadi suatu insiden yang sangat mengkhawatirkan pada seluruh pasien rawat inap dan menjadi *adverse event* kedua terbanyak dalam perawatan kesehatan setelah kesalahan pengobatan (Nur, Dharmana and Santoso, 2017). Assessment pasien resiko jatuh dilakukan dengan berkala karena sangat memungkinkan kondisi pasien dapat berubah-ubah tergantung dari perawatan dan pengobatan yang diberikan. Assessment pasien resiko jatuh juga memiliki output hasil penilaian untuk selanjutnya

digunakan untuk menetapkan kategori resiko pasien tersebut. Penilaianpun juga dibedakan anatar pasien anak-anak dan dewasa dengan menggunakan metode yang juga berbeda yaitu metode skala humpty dumpty untuk pasien anak-anak dan metode skala jatuh morse untuk pasien dewasa. Pengisian penilaian dilakukan melalui SIM rumah sakit yang pengisiannya dilakukan oleh perawat secara berkala selama pasien menjalankan perawatan di rumah sakit.

4.7 Usulan Saran Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya

1. Peningkatan Kesadaran Budaya Keselamatan Pasien

Persepsi petugas terhadap pentingnya penerapan keselamatan pasien menjadi sangat penting untuk diperhatikan. Persepsi petugas akan membantu petugas untuk membentuk budaya keselamatan pasien yang baik. Upaya yang dapat ditempuh adalah melalui pembelajaran bagi seluruh unsur terkait mulai dari manajemen sampai kepada pelaksana sehingga pemahaman terhadap kesalahan bisa. Pembelajaran secara *private* per ruangan juga perlu dilakukan dengan rutin agar petugas di masing-masing ruangan merasa ter-*notice* dan terbiasa dengan budaya keselamatan pasien.

2. Peningkatan Frekuensi Supervisi Oleh Tim Keselamatan Pasien

Supervisi pelaksanaan sasaran keselamatan pasien yang dilakukan bukan hanya sekedar bagaimana pelaksanaannya, tapi meliputi sejauh mana petugas memahami istilah-istilah keselamatan pasien. Apabila pengetahuan petugas mengenai keselamatan pasien sudah baik diharapkan pelaksanaannya akan baik pula.

3. Kerjasama Lintas Profesi Dalam Pelaksanaan Keselamatan Pasien

Kerjasama lintas profesi dalam ruangan berperan penting dalam implementasi sasaran keselamatan pasien. Kolaborasi antar perawat dan dokter sangat dibutuhkan mengingat beban kerja diantara kedua profesi tersebut tidak sedikit. Pelaksanaan beberapa dari sasaran keselamatan pasien dilakukan melalui pengisian di SIM Rumah Sakit. Perlu untuk saling mengingatkan dalam proses pengisian tersebut.

Selain itu sesama profesi juga dianjurkan untuk saling mengingatkan untuk melaksanakan identifikasi pasien dan *hand hygiene*.

4. Peningkatan Peran *Person In Charge* (PIC) Dalam Melaksanakan Pelaporan Pelaksanaan Keselamatan Pasien
 - a. Membuat standarisasi dan kriteria PIC keselamatan pasien
 - b. Merencanakan program pemberdayaan PIC keselamatan pasien
 - c. Melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan program pemberdayaan PIC keselamatan pasien
 - d. Mensosialisasikan budaya keselamatan pasien kepada keluarga agar keluarga dapat berpartisipasi dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien khususnya pada indikator identifikasi pasien dan *hand hygiene*.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan terkait proses pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Rumkital Dr. Ramelan yang telah disampaikan dapat disimpulkan bahwa:

- a. Pelaksanaan sasaran keselamatan pasien telah sesuai dengan enam standar yang telah ditetapkan dalam Permenkes No. 11 Tahun 2017
- b. Implementasi sasaran keselamatan pasien rata-rata sudah tercapai karena sebagian pelaksanaannya melalui SIM Rumah Sakit
- c. Terdapat beberapa sasaran keselamatan pasien yang belum sepenuhnya mencapai target yaitu identifikasi pasien dan *hand hygiene*
- d. Peran atau keterlibatan keluarga dalam penerapan sasaran keselamatan pasien masih minim karena petugas tidak selalu memberikan edukasi ke keluarga pasien

5.2 Saran

Kegiatan magang mahasiswa di rumah sakit memberikan cukup manfaat. Sehingga kedepannya diharapkan kegiatan magang mahasiswa di rumah sakit tetap dapat dilaksanakan dengan lebih baik. Beberapa hal yang mungkin dapat menjadi masukan demi perbaikan pelaksanaan magang mahasiswa di rumah sakit kedepannya ialah meliputi adanya kepercayaan, sinergi dan koordinasi yang lebih baik antara mahasiswa dan pihak universitas dengan pihak rumah sakit. Selain itu akan lebih baik apabila pihak departemen membuat *log book* magang sehingga jelas apa saja sasaran kompetensi yang harus dipenuhi ketika mahasiswa magang di instansi terkait. Proses bimbingan yang cukup juga dapat membantu mahasiswa untuk menggali ilmu dan pengalaman lebih dalam di rumah sakit. Penulis menyadari bahwa dalam laporan magang terkait gambaran pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di Rumkital Dr. Ramelan ini terdapat banyak kekurangan dan ketidaklengkapan. Sehingga kritik dan saran diharapkan oleh penulis. Dengan adanya saran tersebut diharapkan pelaksanaan magang di rumah sakit kedepan dapat terlaksana dengan lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspden, P. *et al.* (2004) *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*.
- Bukhari, B. (2019) 'Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit Pemerintah Dan Rumah Sakit Swasta Di Kota Jambi', *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 3(1), pp. 1–18.
- DepKes RI (2008) *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Emanuel, L. *et al.* (2008) 'What Exactly Is Patient Safety?', *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 1: Assessment)*, pp. 1–18.
- Joint Commission (1999) 'Sentinel Event Alert, Issue 11 High-Alert Medications and Patient Safety', (11), pp. 19–21. Available at: https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_issue_11_high-alert_medications_and_patient_safety/.
- Kapaki, V. and Souliotis, K. (2016) *Defining Adverse Events and Determinants of Medical Errors in Healthcare*, *Intech*. doi: <http://dx.doi.org/10.5772/57353>.
- Kementerian Kesehatan (2009) 'Undang Undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit'. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan (2014) 'Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit'.
- Kementerian Kesehatan RI (2011) 'Peraturan Menteri Kesehatan No. 1691 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit'.
- Melianti (2019) 'Identifikasi Keamanan Obat Sebagai Analisis Sasaran keselamatan Pasien'. doi: <https://doi.org/10.31227/osf.io/8gvbj>.
- Michel, P. *et al.* (2017) 'Patient safety incidents are common in primary care: A national prospective active incident reporting survey', *PLoS ONE*, 12(2), pp. 1–14. doi: 10.1371/journal.pone.0165455.
- Nur, H. A., Dharmana, E. and Santoso, A. (2017) 'Pelaksanaan Asesmen Risiko Jatuh di Rumah Sakit The Implementation of Falls Risk Assessment InThe Hospital', *Indonesian Journal of Nursing And Midwifery*, 5(2), pp. 123–133.
- Reno Afriza Neri, Yuniar Lestari, H. Y. (2018) 'Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman', *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(4), pp. 48–55.






- Sutayana, D. N. (2018) *Analisis Hubungan Sikap Keselamatan Pasien dan Tipe Kepemimpinan dengan Insiden Keselamatan Pasien, Perpustakaan Universitas Airlangga*. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Ulva, F. (2017) ‘Gambaran Komunikasi Efektif Dalam Penerapan Keselamatan Pasien (Studi Kasus Rumah Sakit X Di Kota Padang) Picture of Effective Communication in the Application of Patient Safety (Case Study of Hospital X In Padang City)’, *Jurnal Pembangunan Nagari*, 2(1), pp. 95–102. doi: <https://doi.org/10.30559/jpn.v2i1.17>.
- Wijaya, M. A. and Widanti, A. (2018) ‘Pelaksanaan Keselamatan Pasien Melalui Lima Momen Cuci Tangan Sebagai Perlindungan Hak Pasien’, *Jurnal Hukum Kesehatan*, 4(1), pp. 153–170.
- Yudhawati, D. D. and Listiowati, E. (2015) ‘Evaluasi Penerapan Identifikasi Pasien Di Baangsal Rawat Inap RSI Siti Aisyah Madiun’, *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 4(2), pp. 1–10.







LAMPIRAN 1








LEMBAR CATATAN KEGIATAN DAN ABSENSI KEHADIRAN MAHASISWA MAGANG FKM UNAIR



LEMBAR CATATAN KEGIATAN DAN ABSENSI KEHADIRAN MAHASISWA MAGANG FKM UNAIR

NAMA : Rachma Noor Kafila
 NIM : 101611133023
 PRODI/INSTANSI : Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
 TEMPAT MAGANG : RSAL Rumlital Dr. Ramelan Surabaya.

No.	Tanggal	Kegiatan	Tanda Tangan Pembimbing Lapangan
1.	6 Januari 2020	Pembekalan Mahasiswa Magang di Batordik Materi : PPI, BHD-RJP, Patient Safety, Profil RSAL	
2.	7 Januari 2020	Mempelajari Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017. terkait dengan Keselamatan Pasien.	
3.	8 Januari 2020	Mempelajari prosedur Keselamatan Pasien Identifikasi pasien dengan tepat pada Rumlital RSAL Dr. Ramelan.	
4.	9 Januari 2020	Observasi Identifikasi Pasien dengan tepat. pada pasien dan wawancara pada keluarga pasien. Unit Stroke Rawat Inap.	
5.	10 Januari 2020	Observasi Identifikasi Pasien dengan tepat pada pasien atau keluarga pasien Unit Bedah Rawat Inap.	
6.	11 Januari 2020		

No.	Tanggal	Kegiatan	Tanda Tangan Pembimbing Lapangan
7.	12 Januari 2020		
8.	13 Januari 2020	Mempelajari Standar Operasional Prosedur, Penyimpanan dan Pemberian Label Obat - Obat Morum / LISA dan High Alert Medication	
9.	14 Januari 2020	Observasi Ruang Obat Unit Bedah Rawat Inap.	
10.	15 Januari 2020	Memahami pelaporan / evaluasi kegiatan keamanan keselamatan pasien Tahun 2018.	
11.	16 Januari 2020	Mempelajari Assessment Risiko Pasien Jatuh Pada pasien Anak dengan metode Skala Humpty Dumpty.	
12.	17 Januari 2020	Mempelajari Assessment Risiko Pasien Jatuh Pada Pasien Dewasa dan Lansia dengan metode Skala Jatuh Morec / Morse Fall scale (MFS)	
13.	18 Januari 2020		
14.	19 Januari 2020		
15.	20 Januari 2020	Penyusunan hasil observasi ke dalam Laporan Magang.	

No.	Tanggal	Kegiatan	Tanda Tangan Pembimbing Lapangan
16.	21 Januari 2020	Penyusunan Hasil Observasi ke dalam laporan magang.	
17.	22 Januari 2020	Mengikuti Pameran Akreditasi Rumah Sakit di Bafordik.	
18.	23 Januari 2020	Mengikuti Pameran Akreditasi Rumah Sakit di Bafordik.	
19.	24 Januari 2020	Mengikuti Peringatan Hari Gizi Nasional Yang Ke - 60. Menyusun Kerangka Laporan.	
20.	25 Januari 2020		
21.	26 Januari 2020		
22.	27 Januari 2020	Menganalisa pelaksanaan sasaran keselamatan pasien - komunikasi yang efektif dengan mewawancarai salah satu perawat.	
23.	28 Januari 2020	Menganalisa pelaksanaan sasaran keselamatan pasien - keamanan obat-obatan yang harus di waspadai dengan mewawancarai petugas farmasi	
24.	29 Januari 2020	Menganalisa pelaksanaan sasaran keselamatan pasien - risiko cedera Pasien Akibat terjatuh.	

No.	Tanggal	Kegiatan	Tanda Tangan Pembimbing Lapangan
25.	30 Januari 2020	Wawancara Person In Charge dalam melaksanakan pelaksanaan kefarmasian pelayanan kesehatan pada masing-masing ruang.	
26.	31 Januari 2020	Konultasi usulan perbaikan pelaksanaan kefarmasian pelayanan kesehatan pasien di RUMKITAL Dr. Ramelan.	

Keterangan :

 = Hari Sabtu dan Minggu

LAMPIRAN 2

SURAT IZIN MAGANG



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>, E-mail: info@fkm.unair.ac.id

Nomor : 7755/UN3.1.10/PPd/2019
Hal : **Permohonan izin magang**

31 Oktober 2019

Yth. Direktur
RSAL dr. Ramelan
Jl. Gadung No. 1
SURABAYA

Sehubungan dengan pelaksanaan program magang bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Sarjana (S1) Tahun Akademik 2019/2020, dengan ini kami mohon Saudara mengizinkan mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga sebagai peserta magang pada instansi Saudara atas nama :

No.	Nama Mahasiswa	NIM.	PEMINATAN	PEMBIMBING	PELAKSANAAN
1.	Rachma Noor Kafilah	101611133023	Administrasi & Kebijakan Kesehatan	Ilham Aksanu Ridho, S.KM., M.Kes	Januari – Februari 2020
2.	Shinta Febrianty	101611133154			
3.	Fauziah Rizki Andini	101611133173			
4.	Maygi Restu Yang Esa	101611133132			

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.



Ditandatangani oleh,
Dekan I,
Lailani Muniroh, S.KM., M.Kes
NIP-198005252005012004

Tembusan :

1. Dekan FKM UNAIR;
2. Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
3. Ketua Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan, FKM UNAIR;
4. Koordinator Magang Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
5. Yang bersangkutan.

LAMPIRAN 3

SURAT BALASAN IZIN MAGANG

RUMKITAL Dr. RAMELAN
DEPARTEMEN BANGDIKLAT

NOTA DINAS
Nomor : B / ND - 01 / 1 / 2020

Kepada :
Dari : Kadep Bangdiklat Rumkital Dr. Ramelan
Perihal : Jadwal Praktik Prodi S 1 Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga Surabaya

1. Berdasarkan Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Prodi S 1 Kesehatan Masyarakat Univ. Airlangga Surabaya dengan Nomor : 7755/UN3.1.10/PPd/2019 tanggal 31 Oktober 2019 tentang Permohonan Izin Magang di Rumkital Dr Ramelan.
2. Sehubungan dengan hal tersebut diatas, bersama ini dikirimkan Jadwal Praktik Prodi S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga (Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan/AKK) di Rumkital Dr. Ramelan pada tanggal 06 – 31 Januari 2020 dengan jadwal terlampir.
3. Demikian terima kasih atas perhatian dan pelaksanaannya.

Surabaya, 03 Januari 2020
Kepala Departemen Bangdiklat,



drg. Benny Dwi Cahyo, Sp. BM
Kolonel Laut (K) NRP. 9516/P

RUMKITAL Dr. RAMELAN
DEPARTEMEN BANGDIKLAT

Lampiran "1" Nota Dinas Kardep Bangdiklat
Nomor : B / ND - 01 / 1/2020

DAFTAR NAMA PEMBIMBING LATTEK
PRODI S 1 KESEHATAN MASYARAKAT (PEMINATAN AKK) UNIV. AIRLANGGA SURABAYA
TANGGAL 06 - 31 JANUARI 2020

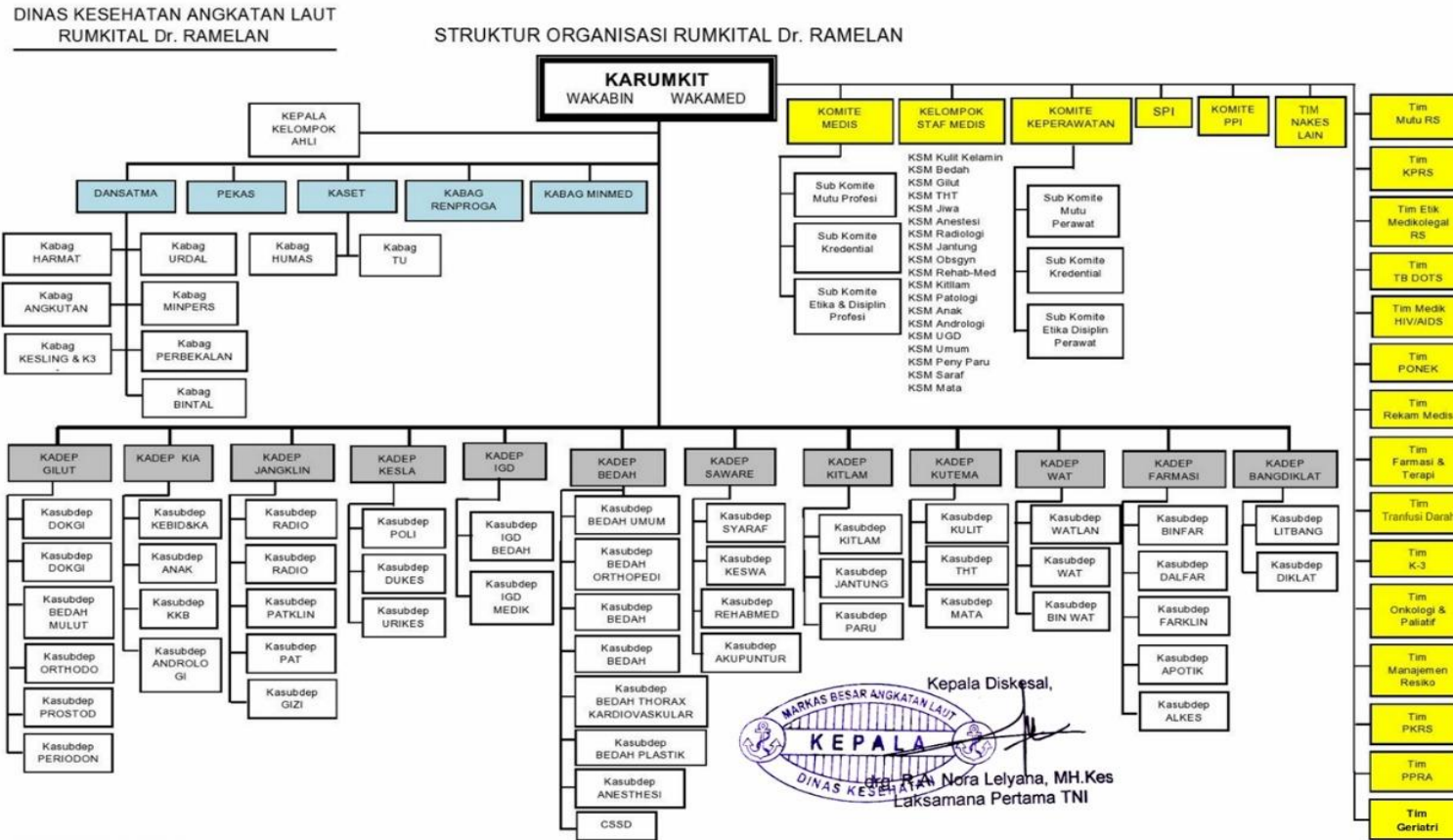
NO	NAMA	PANGKAT / GOL / NRP / NIP	PEMBIMBING	MAHASISWA
1.	Pudji Agung, S.Kep., Ns.	Letkol Laut (K) Nrp. 11303/P	Patient Safety (Tim KPRS / SKP)	Rachma Noor Kafila
2.	M. Anang Solichudin, SKM., MM	Letkol Laut (K) Nrp. 11303/P	Pembiayaan (UPKS)	Shinta Febrianty
3.	Evi Rianawati, A.Md	Kapten Laut (K/W)	Rekrutimen dan Seleksi	Fauziah Rizki Andini
4.	Dianita Sri Wulandari, S.KM., M.Kes	Penda III/a	Rekam Medis	Maygi Restu Yang Esa

Surabaya, 03 Januari 2020
Kepala Departemen Bangdiklat,


drg. Benny Dwi Cahyo, Sp BM
Kolonel Laut (K) NRP. 9516/P

LAMPIRAN 4

STRUKTUR ORGANISASI



LAMPIRAN 5

BERITA ACARA PERBAIKAN LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Rachma Noor Kafila
NIM : 101611133023
Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat
Minat Studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Judul Laporan : Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di
Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan
Surabaya
Dosen Pembimbing : Ilham Akhsanu Ridlo, S.KM., M.Kes
Waktu Pelaksanaan : Senin, 24 Februari 2020
Tim Penguji : 1. Ilham Akhsanu Ridlo, S.KM., M.Kes
2. Dr. Ernawaty, drg., M.Kes.
3. Ratna Dwi Wulandari, S.KM., M.Kes.
4. Letkol Laut M. Anang Solichudin, S.KM., MM
5. Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes

Laporan ini disetujui dengan perbaikan sesuai saran dari para penguji yang tercantum dalam lampiran. Demikian berita acara perbaikan laporan pelaksanaan magang ini sehingga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 27 Februari 2020



Rachma Noor Kafila
NIM. 101611133023

**BERITA ACARA PERBAIKAN
LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG**

Nama : Rachma Noor Kafila
 NIM : 101611133023
 Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat
 Minat Studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
 Judul Laporan : Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya
 Dosen Pembimbing : Ilham Akhsanu Ridlo, S.KM., M.Kes
 Waktu Pelaksanaan : Senin, 24 Februari 2020
 Tim Penguji : Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes
 Saran Perbaikan :

No.	Saran Perbaikan	Perbaikan
1.	Gambaran sasaran keselamatan pasien benar-benar diberi gambar sehingga jelas menggambarkan proses yang ada	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan. ✓
2.	Semua komponen sasaran keselamatan pasien di <i>list</i> dan di analisis dalam bentuk <i>matrix</i>	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan. ✓

Surabaya, 27 Februari 2020



Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes
NIP. 196509141996011001

**BERITA ACARA PERBAIKAN
LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG**

Nama : Rachma Noor Kafila
NIM : 101611133023
Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat
Minat Studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Judul Laporan : Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di
Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya
Dosen Pembimbing : Ilham Akhsanu Ridlo, S.KM., M.Kes
Waktu Pelaksanaan : Senin, 24 Februari 2020
Tim Penguji : Dr. Ratna Dwi Wulandari, S.KM., M.Kes.
Saran Perbaikan :

No.	Saran Perbaikan	Perbaikan
1.	Komponen enam sasaran keselamatan pasien dijabarkan terlebih dahulu	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan.
2.	Hasil evaluasi dijelaskan teknik pengambilan data atau informasinya sehingga apabila terdapat keterbatasan bisa jelas disampaikan	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan.
3.	Daftar isi dirapikan	Telah diperbaiki sesuai saran yang telah diberikan.

Surabaya, 27 Februari 2020



Dr. Ratna Dwi Wulandari, S.KM., M.Kes.
NIP. 197510181999032002

**BERITA ACARA PERBAIKAN
LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG**

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Rachma Noor Kafila
 NIM : 101611133023
 Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat
 Minat Studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
 Judul Usulan Penelitian : Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Dr. Ramelan Surabaya
 Dosen Pembimbing : Ilham Aksanu Ridlo, S.KM., M.Kes
 Waktu Pelaksanaan : Senin, 24 Februari 2020
 Tim Penguji : Dr. Ernawaty, drg., M.Kes.
 Saran Perbaikan :

No.	Saran Perbaikan	Perbaikan
1.	Evaluasi disesuaikan dengan SPO, Pedoman, dan dibandingkan dengan pelaksanaan. Penyajian evaluasi diperbaiki agar lebih informative.	Telah diperbaiki sesuai saran.
2.	Pada sasaran keselamatan pasien komunikasi efektif dibuat alur	Telah diperbaiki sesuai saran.

Surabaya, 27 Februari 2020



Dr. Ernawaty, drg., M.Kes.
NIP.196604201992032002

LAMPIRAN 6

No.	Sasaran Keselamatan Pasien	Komponen	Hasil	
			Sesuai	Tidak Sesuai
1.	Ketepatan Identifikasi Pasien	Kesesuaian SPO Dengan Pedoman		
		1. Rumah Sakit membuat kebijakan tentang Keputusan kepala Rumkital Dr. Ramelan Nomor : Kep/ 144/I/2017 tentang kebijakan pedoman Operasional KPRS	√	
		2. Rumah Sakit membuat Pedoman/ Panduan Identifikasi Pasien dimana setiap unit dan ruangan memiliki buku panduan terutama di unit rawat inap	√	
		3. Rumah Sakit merancang SPO Identifikasi Pasien melalui pemasangan gelang identitas meliputi tiga identitas (Nama, No.RM, dan Tanggal Masuk Rumah Sakit) dimana pemasangan gelang dilakukan ketika pasien telah terdaftar sebagai pasien rawat inap.	√	
		4. Gelang dipasangkan dibagian tangan kiri pasien	√	
		5. Rumah sakit mengemangkan SPO pemasangan dan pelepasan tanda identitas risiko bagi pasien yang datang ke rumah sakit	√	
		6. Rumah sakit merancang SPO tentang Pemasangan dan pelepasan gelang identitas	√	
		Kesesuaian SPO dengan Pelaksanaan	Berdasarkan hasil Observasi telah dilakukan oleh tenaga kesehatan meliputi pemasangan gelang yang lengkap dan identifikasi pasien oleh perawat	
		Analisa	Pemasangan gelang sudah baik namun identifikasi belum keseluruhan tahapan dilakukan oleh beberapa perawat dikarenakan baik perawat maupun keluarga sudah emrasa saling kenal sehingga tidak perlu lagi menanyakan nama pasien.	
		Evaluasi	Sebaiknya dalam melakukan tindakan perawatan kepada pasien perawat saling mengingatkan kepada sesama	

No.	Sasaran Keselamatan Pasien	Komponen	Hasil	
			perawat yang lainnya untuk selalu menerapkan prosedur identifikasi pasien terlebih dahulu sebelum melakukan perawatan kepada pasien.	
2.	Peningkatan Komunikasi Yang Efektif	Kesesuaian SPO Dengan Pedoman	Sesuai	Tidak Sesuai
		1. Rumah Sakit membuat kebijakan tentang Keputusan kepala Rumkital Dr. Ramelan Nomor : Kep/ 144/I/2017 tentang kebijakan pedoman Operasional KPRS Rumah Sakit membuat Pedoman/ Panduan Identifikasi Pasien dimana setiap unit dan ruangan memiliki buku panduan terutama di unit rawat inap.	√	
		2. Rumah sakit telah mengembangkan Pedoman/ Panduan Komunikasi Efektif yang akan dijadikan acuan bagi seluruh unit di rumah sakit berupa daftar kepanjangan alphabet menggunakan bahasa inggris.	√	
		3. Rumah sakit telah mengembangkan Kebijakan tentang keakuratan dan penerapan Komunikasi (lisan, telepon) secara konsisten di rumahsakit.	√	
		4. Rumah sakit telah membuat Daftar Singkatan resmi yang digunakan olehseluruh unit	√	
		5. Rumah sakit telah merancang SPO tentang Komunikasi Efektif (lisan, telepon)	√	
		6. Rumah sakit telah merancang SPO tentang Komunikasi Efektif SBAR.	√	
		Kesesuaian SPO dengan Pelaksanaan	Berdasarkan hasil observasi pelaksanaan komunikasi efektif dilakukan melalui SIM Rumah Sakit kecuali pada saat darurat dilakukan melalui telepon.	
		Analisa	Perawat mengaku dalam wawancara yang telah dilakukan bahwa pelaksanaan komunikasi yang efektif sudah berjalan baik karena dukungan SIM Rumah Sakit yang semakin memudahkan perawat dan dokter untuk berkomunikasi terkait perawatan yang diberikan ke pasien.	

No.	Sasaran Keselamatan Pasien	Komponen	Hasil	
		Evaluasi	Pernah terjadi dokter lupa menulis di SIM rumah sakit dikarenakan lupa dan jadwal yang padat sehingga perawatan yang dilakukan ke pasien terlambat. Namun perawat selalu mengingatkan dokter untuk segera mengisi SIM rumah sakit agar perawatan yang akan diberikan ke pasien dapat segera dilaksanakan.	
3.	Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai	Kesesuaian SPO Dengan Pedoman	Sesuai	Tidak Sesuai
		1. Rumah sakit telah mengembangkan Kebijakan tentang Pengelolaan Obat di rumah sakit.	√	
		2. Rumah sakit memiliki Pedoman/ Panduan Pengelolaan Obat (<i>high alert & norum</i>) yang akan dijadikan acuan bagi seluruh unit	√	
		3. Rumah sakit memiliki SPO Identifikasi, Pelabelan dan Penyimpanan obat <i>High Alert</i>	√	
		4. Rumah sakit memiliki SPO Penyiapan dan Penyerahan obat <i>Hight Alert</i>	√	
		5. Rumah sakit memiliki SPO Pencampuran Obat IV <i>Hight Alert</i>	√	
		6. Rumah sakit memiliki SPO tentang Pemberian Obat dengan Benar	√	
		7. Rumah sakit memiliki Daftar Obat Yang Perlu diwaspadai	√	
		Kesesuaian SPO dengan Pelaksanaan	Pelaksanaan selalu dipantau oleh petugas farmasi yang menggung jawabi masing-masing unit rawat inap sehingga implementasi SPO sudah sesuai	
		Analisa	Terdapat beberapa larutan elektrolit di ruang rawat inap. Namun keberadaanya dikarenakan memang ada pasien yang membutuhkan	

No.	Sasaran Keselamatan Pasien	Komponen	Hasil	
		Evaluasi	Petugas Farmasi terus mengendalikan dan memantau manajemen pengelolaan obat di unit rawat inap agar tetap sesuai dengan SPO	
4.	Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, dan Tepat Pasien	Kesesuaian SPO Dengan Pedoman	Sesuai	Tidak Sesuai
		1. Rumah sakit memiliki Kebijakan tentang Prosedur Operasi (tepat lokasi-tepat prosedur, tepat pasien)	√	
		2. Rumah sakit memiliki SPO tentang Penandaan Identifikasi Lokasi Operasi	√	
		3. Rumah sakit memiliki SPO tentang Surgical Patient Safety Check List	√	
		4. Rumah sakit memiliki Form Surgical Patient Safety Check List	√	
		Kesesuaian SPO dengan Pelaksanaan	Pelaksanaan penandaan lokasi operasi tidak dilakukan H-1 baik itu secara langsung maupun melalui SIM Rumah Sakit	
		Analisa	Penandaan dilakukan di ruang premedikasi	
		Evaluasi	Sebaiknya petugas melakukan penandaan sesuai prosedur yang telah ditetapkan yaitu h-1 di kamar pasien	
5.	Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan	Kesesuaian SPO Dengan Pedoman	Sesuai	Tidak Sesuai
		1. Rumah sakit memiliki Kebijakan RS Pencegahan Infeksi	√	
		2. Rumah sakit memiliki Pedoman Pencegahan Infeksi di RS yang dijadikan acuan diseluruh unit	√	
		3. Rumah sakit memiliki SPO tentang Cuci Tangan	√	
		4. Rumah sakit memiliki Fasilitas Cuci Tangan	√	
		5. Rumah sakit melakukan sosialisasi dengan alat bantu : – Sosialisasi ; brosur, flyer, standing banner – Edukasi ; Pedoman Hand Hygiene (WHO)	√	

No.	Sasaran Keselamatan Pasien	Komponen	Hasil	
		Kesesuaian SPO dengan Pelaksanaan	Prosedur seperti cuci tangan telah diterapkan oleh petugas kesehatan di masing-masing unit	
		Analisa	Pelaksanaannya masih belum sempurna karena cuci tangan yang dilakukan belum secara keseluruhan sesuai dengan urutan atau tahapan cuci tangan	
		Evaluasi	Petugas kesehatan hendaknya saling mengingatkan satu sama lain untuk melakukan cuci tangan dengan benar serta mengedukasi keluarga pasien agar mau ikut menerapkan cuci tangan yang benar	
6.	Pengurangan Risiko Cedera Karena Jatuh	Kesesuaian SPO Dengan Pedoman	Sesuai	Tidak Sesuai
		1. Rumah sakit mengembangkan Kebijakan RS tentang Pencegahan Pasien Jatuh	√	
		2. Rumah sakit memiliki SPO tentang Penilaian Awal Risiko Jatuh	√	
		3. Rumah sakit memiliki Form Penilaian : Morse Fall, Humpty Dumpty di SIM Rumah Sakit	√	
		4. Rumah sakit memiliki Form Monitoring Risiko Jatuh di SIM Rumah Sakit	√	
		Kesesuaian SPO dengan Pelaksanaan	Pelaksanaan sudah sesuai dengan SPO karena pelaksanaan dilakukan melalui SIM Rumah Sakit	
		Analisa	Pelaksanaan terhambat apabila SIM Rumah sakit error, atau koneksi terhambat sehingga penilaian tidak dapat segera dilakukan. Pelaksanaan juga dilakukan secara berkala agar data assessment risiko jatuh tetap <i>up to date</i>	
		Evaluasi	Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran petugas mengenai faktor-faktor yang dapat meningkatkan resiko pasien dapat terjatuh selama masa perawatan di Rumah Sakit.	