

NASKAH PUBLIKASI ANALISIS IMPLEMENTASI SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RSUD KABUPATEN LOMBOK UTARA

Widani Darma Isasih^{1*}, A Ahid Mudayana^{2*})

widanidarma71@gmail.com

^{1,2} Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta

Abstrak

Latar Belakang: Isu keselamatan pasien mulai dibicarakan kembali pada tahun 2000-an. RSUD Kabupaten Lombok Utara merupakan Rumah Sakit Negeri kelas C menyediakan berbagai pelayanan. Sejak tahun 2013 hingga saat ini implementasi sasaran keselamatan belum berjalan dengan maksimal karena kondisi rumah sakit yang masih menimbulkan risiko terjadinya insiden keselamatan pasien, seperti kamar mandi yang licin dan kotor, wastafel yang rusak, tidak tersedianya keset di depan kamar mandi, kebersihan kurang maksimal, dan SOP tentang sasaran keselamatan pasien yang belum di revisi. Penelitian ini bertujuan untuk Menganalisis implementasi sasaran keselamatan pasien di RSUD Kabupaten Lombok Utara

Metode: jenis penelitian deskriptif dengan subjek penelitian berjumlah 9 orang karyawan dan keabsahan data dengan metode triangulasi sumber dan metode.

Hasil: pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas, menyimpan obat yang perlu diwaspadai di tempat terpisah, sudah menerapkan 6 langkah dan 5 momen cuci tangan penggunaan APD, beberapa petugas sudah melakukan asesmen awal dan asesmen ulang risiko pasien jatuh. Hanya saja masih kurangnya komitmen petugas, monitoring dan evaluasi, pelatihan, fasilitas penunjang serta SOP yang belum diterima petugas

Kesimpulan: implementasi sasaran keselamatan pasien di RSUD kabupaten Lombok Utara belum terlaksana dengan maksimal.

Kata Kunci: Analisis, implementasi, keselamatan pasien.

Abstract

Background: The issue of patient safety began to talk about back in the year 2000. RSUD Lombok regency north is hospital class C country provides service. Since 2013 until now the implementation of target safety not run maximally because the condition hospital still incurring risk incident patient safety, as that bathroom slippery and dirty, wastafel damaged, the lack of mat in front of the bathroom, cleanliness less than maximum and SOP's about target patient safety being yet in the revision. This study aims to analyze the implementation of target patient safety at RSUD Lombok Ragency North.

Method: The kind of research deskriptif with the subject of study were 9 employees and the validity of data with the methods triangulation source and methods

Results: Patient identified using two identity, keep a drug that need to be alert in a separate, has implemented to 6 step and 5 momen hand washing the use of personal protective equipment, some police officers have been do assessments the beginning and repeated risk assessments patients fall. But there is a lack of commitment officers, monitoring and evaluation, training, supporting facilities and SOP's have not received officers

Conclusion : The implementation of target patient safety at RSUD Lombok Ragency North not been under taken to the utmost

Keywords: Analyze, Implementation, Patient Safety.

1. PENDAHULUAN

Keselamatan pasien rumah sakit merupakan 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, implementasi solusi untuk meminimalisir timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil^[1].

Isu keselamatan pasien mulai dibicarakan kembali pada tahun 2000-an, sejak laporan dari Institute of Medicine (IOM) yang menerbitkan laporan *To Err Is Human, Building A Safer Health System*. Laporan itu mengemukakan penelitian di Rumah Sakit di Utah dan Colorado ditemukan KTD sebesar 2,9%, dimana 6,6% diantaranya meninggal. Sedangkan di New York KTD yang ditemukan sebesar 3,7% dengan angka kematian 13,6%^[2].

RSUD Kabupaten Lombok Utara adalah Rumah Sakit Negeri kelas C yang beralamat di Jalan Raya

Bayan, Kecamatan Tanjung Kabupaten Lombok Utara. Menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, rawat inap, gawat darurat, pelayanan penunjang diagnostik, pelayanan penunjang klinik, pelayanan non medis, dan menampung rujukan dari puskesmas^[3].

Implementasi sasaran keselamatan pasien di rumah sakit ini masih terdapat kendala seperti: beberapa pasien tidak dipasangkan gelang identitas, belum ada tempat penyimpanan khusus untuk obat risiko tinggi di ruangan perawatan pasien, masih kurangnya komitmen petugas, monitoring dan evaluasi dalam implementasi sasaran keselamatan pasien, serta belum dilakukannya pelatihan pada sebagian besar poin SKP. Hasil observasi menunjukkan: terdapat beberapa kamar mandi yang licin dan kotor, wastafel yang rusak, tidak tersedianya keset di depan kamar mandi, sering terjadi kebocoran atap dan dokumen SOP belum diserahkan pada petugas. Semua permasalahan-permasalahan ini dapat menjadi pemicu timbulnya insiden terkait keselamatan pasien yang dapat menyebabkan kerugian bagi pasien dan rumah sakit, dapat menurunkan mutu dan citra Rumah Sakit, berkurangnya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan yang disediakan sehingga mengakibatkan menurunnya angka kunjungan pasien.

Penelitian ini bertujuan untuk Menganalisis implementasi sasaran keselamatan pasien di RSUD Kabupaten Lombok Utara dengan fokus masalah penelitian yang terdiri dari ketepatan identifikasi pasien, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko pasien jatuh.

2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian Kualitatif, pendekatan studi kasus^[4] dengan subjek penelitian berjumlah 9 orang antara lain: 1 orang ketua komite keselamatan pasien Rumah Sakit, 1 orang ketua PPI, 1 orang kepala farmasi, 3 orang perawat, 2 orang dokter, dan 1 orang petugas laboratorium. Teknik penentuan subjek penelitian menggunakan metode purposive. Cara pengumpulan data dengan melakukan wawancara mendalam, observasi langsung dan telaah dokumen dengan metode analisis model Milles dan Huberman^[4]. Keabsahan data menggunakan teknik triangulasi sumber dan triangulasi metode.

3. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

3.1.1 Ketepatan Identifikasi Pasien

Tabel 1. Observasi Ketepatan Identifikasi Pasien

Elemen observasi	Ket
Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien	Ya
Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah	Ya

Elemen observasi	Ket
Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis	Ya
Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan atau tindakan	Ya
Kebijakan/panduan identifikasi pasien	Ya
SOP pemasangan gelang identifikasi	Ya
SOP identifikasi sebelum memberikan obat, darah/produk darah, mengambil darah/spesimen lainnya, memberi pengobatan dan/tindakan prosedur	Ya
Formulir khusus insiden identifikasi pasien	Tdk
Gelang identitas	Ya
Kertas label khusus	Ya

Identifikasi pasien di RSUD Kabupaten Lombok Utara menggunakan dua identitas pasien yaitu dengan melihat identitas pada gelang pasien kemudian dibandingkan dengan identitas pasien pada berkas rekam medik pasien, untuk pasien yang akan melakukan pemeriksaan laboratorium maka identifikasi pasien juga dilakukan dengan cara identitas ditulis pada label kemudian ditempelkan pada tabung sampel agar tidak tertukar, untuk pasien rawat jalan dengan cara melihat identitas pasien pada rekam medis pasien kemudian melakukan verifikasi dengan cara menanyakan langsung kepada pasien tentang kebenaran identitas tersebut. Hanya saja, sebagian besar petugas hanya memanggil nama pasien dan kemudian pasien tersebut diberikan tindakan tanpa adanya verifikasi kembali. RSUD ini belum menyediakan formulir insiden ketepatan identifikasi pasien pada tiap-tiap ruangan pelayanan yang membutuhkan karena belum pernah terjadinya insiden. sudah di susun kebijakan/panduan/SOP terkait ketepatan identifikasi pasien Hanya saja belum diserahkan kepada petugas dengan alasan masih dalam tahap revisi.

Hal ini sesuai dengan hasil wawancara yang peneliti dapatkan antara lain:

“belum menyerahkan SOP identifikasi pasien kepada petugas karena masih dalam tahap revisi...” (Responden 1)

“SOP dulu sempat diserahkan hanya saja ditarik kembali dengan alasan masih ada bagian yang harus diperbaiki...” (Responden 3)

“SOP identifikasi pasien kemungkinan masih diedit...” (Responden 5)

Kendala-kendala yang sering dihadapi pada proses identifikasi pasien adalah kurangnya fasilitas penunjang seperti terjadinya kekosongan gelang identitas dan gelang identitas pasien laki-laki terkadang eror. Selain itu juga masih kurangnya kesadaran petugas akan pentingnya untuk melakukan ketepatan identifikasi pasien, kurangnya monitoring dan evaluasi,

belum pernah dilakukan pelatihan secara khusus hanya sebatas sosialisasi, belum disediakan formulir insiden identifikasi, SOP sudah dibuat namun masih dalam tahap revisi dan belum dapat didistribusikan sehingga belum ada acuan baku yang dapat digunakan oleh petugas dalam melakukan identifikasi pasien.

3.1.2 Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai

Tabel 2. Observasi Peningkatan Obat Yang Perlu Diwaspadai

Elemen observasi	ket
Menyimpan obat-obat <i>high-alert</i> dan elektrolit konsentrat di tempat terpisah	Ya
Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien diberi label yang jelas dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (<i>restricted</i>)	Tdk
Terjadi kesalaham dalam membacaan resep obat	Tdk
Kebijakan/panduan/prosedur/ SOP mengenai obat-obat yang <i>high alert</i> minimal mencakup identifikasi, lokasi, pelabelan, dan penyimpanan obat <i>high alert</i>	Ya
Daftar obat-obat <i>high alert</i> , LASA/NORUM dan elektrolit konsentrat	Ya
Formulir khusus insiden keamanan obat yang perlu diwaspadai	Ya
Lemari khusus obat <i>high-alert</i> dan elektrolit konsentrat di gudang penyimpanan	Ya
Lemari khusus obat <i>high-alert</i> dan elektrolit konsentrat ruang pelayanan	Tdk
Stiker khusus obat risiko tinggi	Tdk

Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai di RSUD Kabupaten Lombok Utara dilakukan dengan cara menyimpan obat-obat yang perlu diwaspadai pada tempat terpisah dan tidak disimpan pada unit perawatan pasien. SOP masih dalam tahap revisi sehingga belum dapat diserahkan ke pada petugas. Selain itu, petugas sudah membuat daftar nama obat golongan *high-alert*, LASA/NORUM, dan elektrolit konsentrat hanya saja tidak ditempel di ruangan apotik. Obat pada apotik disimpan dengan metode abjad (*alfabetis*), metode FIFO dan FEFO, di gudang penyimpanan sudah disediakan lemari khusus untuk penyimpanan obat yang berisiko tinggi, namun semua unit pelayanan tidak dilengkapi dengan fasilitas peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai seperti: tidak terdapat tempat khusus untuk obat risiko tinggi sehingga petuga menyimpan obat tersebut pada laci petugas walau tetap dibedakan dengan obat yang lain.

Beberapa unit pelayanan sudah disediakan formulir khusus untuk insiden kesalahan dalam

keamanan obat yang perlu diwaspadai. Terkadang petugas mengalami kesulitan dalam pembacaan resep obat yang ditulis oleh dokter namun tidak sempat menyebabkan terjadinya insiden yang fatal karena petugas langsung melakukan klarifikasi kepada dokter yang membuat resep obat tersebut. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara yang peneliti antara lain:

“jika terjadi hal yang demikian maka petugas akan langsung menanyakan kembali kepada pembuat resep tersebut...” (Responden 3)

“Petugas langsung menelpon jika ada kesulitan dalam pembacaan nama resep dan jika terjadi kekosongan obat yang diminta...” (Responden 7)

“Terkadang beberapa kali petugas menelpon ke ruangan untuk menanyakan kembali nama obat...” (Responden 8)

Selain itu proses peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai masih terdapat kendala seperti: tempat penyimpanan obat yang belum memenuhi standar karena bangunan yang masih sempit, belum disediakan tempat penyimpanan khusus, stiker penanda, serta alat transportasi khusus untuk memindahkan obat yang perlu diwaspadai, SOP sudah dibuat namun masih dalam tahap revisi dan belum dapat didistribusikan sehingga belum ada acuan baku yang dapat digunakan oleh petugas dalam melakukan peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspada.

3.1.3 Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan

Tabel 3. Observasi Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan

Elemen observasi	ket
Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan	Ya
Mencuci tangan sebelum menyentuh pasien	Ya
Mencuci tangan setelah terkena cairan tubuh pasien	Ya
Mencuci tangan setelah melakukan tindakan	ya
Mencuci tangan setelah memegang daerah sekeliling pasien	ya
Mencuci tangan dengan langkah cuci tangan dari WHO	ya
Panduan/SOP cuci tangan dan lima momen cuci tangan	ya
Dokumen indikator infeksi yang terkait pelayanan kesehatan	Ya
Dokumen bukti sosialisasi kebijakan prosedur cuci tangan	Ya
Wastafel	Ya
Air	ya
Sabun	ya

Elemen observasi	ket
Hand drub	ya
Pengering tangan sekali pakai	ya
Bak sampah	ya
Sarung tangan	ya
Masker	ya
Jas lab	ya
Formulir laporan insiden infeksi	ya

Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan di RSUD Kabupaten Lombok Utara dilakukan dengan cara: melakukan enam langkah dan lima momen cuci tangan serta penggunaan APD. Adapun upaya yang sudah di jalankan antara lain: melakukan monitoring dan evaluasi kepada seluruh unit bagian yang melakukan pelayanan walaupun frekuensinya masih jarang, melakukan sosialisasi dan pelatihan tentang penanggulangan infeksi walaupun tidak semua petugas yang dilibatkan, berusaha memenuhi fasilitas untuk pengurangan risiko infeksi seperti: (a) menyediakan *hand drub*; (b) menyediakan sabun walaupun disalah satu unit pelayanan terdapat kekosongan; (c) menyediakan air walaupun pada beberapa unit pelayanan pernah terjadi kemacetan aliran air; (d) menyediakan pengering tangan baik yang sekali pakai (*tissue*) dan juga berupa lab tangan yang tergantung berdekatan dengan wastafel; (e) menyediakan sarung tangan sekali pakai; (f) menyediakan masker walaupun sebagian besar yang didistribusikan merupakan jenis masker bedah; (g) menyediakan wastafel yang pada beberapa unit pelayanan dalam kondisi mampet sehingga menimbulkan genangan air yang dapat menjadi tempat pertumbuhan mikroorganisme penyebab infeksi; (h) menyediakan jas laboratorium walaupun sudah dalam kondisi lusuh; (i) SOP sudah dibuat namun masih dalam tahap revisi dan belum dapat didistribusikan sehingga belum ada acuan baku yang dapat digunakan oleh petugas dalam pengurangan risiko infeksi akibat pelayanan; (j) menyediakan baner tentang sasaran keselamatan pasien dan panduan enam langkah cuci tangan menurut WHO yang diletakkan dilingkungan rumah sakit dan di dalam ruang pelayanan walaupun tidak dilengkapi dengan panduan lima momen cuci tangan; (k) disediakannya formulir insiden infeksi akibat pelayanan di unit-unit pelayanan.

Penjabaran tersebut sesuai dengan hasil wawancara yang peneliti dapatkan antara lain:

“lima momen yang dua sebelum dan tiga sesudah, juga menggunakan APD ...” (Responden 2)

“Kita di sini sudah menerapkan cuci tangan, pakai APD, pengaturan limbah dan lain sebagainya. ...” (Responden 1)

“untuk cuci tangan yang lima momen itu walaupun terkadang kita lupa yang tahap sebelum-sebelumnya itu, tapi tahap setelahnya kita selalu jalani...” (Responden 5)

“biasanya cuci tangan sebelum dan sesudah memberikan pelayanan...” (Responden 6)

“Selalu saya lakukan cuci tanga dengan enam langkah kemudian juga lima momen. APD juga selalu saya pakai tapi ...” (Responden 7)

“Sudah ada APD walaupun masker N95nya belum di sediakan, perlengkapan cuci tangan sudah ada di sini ...” (Responden 9)

Masih terdapat beberapa kekurangan dalam upaya penguranga risiko infeksi akibat pelayanan seperti: jas laboratorium yang baru, gaun penutup, masker sesuai unit pelayan seperti masker jenis N95 yang harusnya digunakan di laboratorium, alat-alat perawatan luka yang belum disediakan dibeberapa unit pelayanan, petugas terkadang tidak menggunakan APD lengkap ketika akan memberikan pelayanan kepada pasien, masih kurangnya kepatuhan petugas dalam melakukan *hand higyne*, *hand drub* serta enam langkah dan lima momen cuci tangan menurut WHO.

3.1.4 Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Tabel 4. Observasi Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Elemen observasi	ket
Melakukan asesmen awal risiko pasien jatuh	Ya
Melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan	ya
Kebijakan/panduan/SOP asesmen awal dan asesmen ulang risiko pasien jatuh	Ya
Kebijakan langkah-langkah pencegahan risiko pasien jatuh	Ya
SOP pemasangan gelang risiko pasien jatuh	Ya
Dokumen implementasi : form monitoring dan evaluasi hasil pengurangan cedera akibat pasien jatuh	Ya
Bed side rail	Ya
Kursi roda	Ya
Pegangan besi di toilet	Tdk
Tangga khusus pengguna kursi roda	Ya
karpas antislip	Tdk
Keset	Ya
Formulir laporan insiden pasien jatuh	ya

Upaya pengurangan risiko pasien jatuh di RSUD Kabupaten Lombok Utara dilakukan dengan cara: melakukan asesmen awal dan asesmen ulang risiko pasien jatuh walaupun masih jarang petugas yang menerapkan karena komitmen petugas yang masih minim. Selain itu, juga dilakukan dengan cara menggunakan perhitungan khusus untuk menentukan seorang pasien diindikasikan memiliki risiko jatuh setelah itu petugas kemudian memasang gelang

pasien dan dilengkapi dengan stiker risiko jatuh yang berwarna kuning (bagi pasien rawat inap), lalu petugas menginformasikan kepada keluarga pasien agar pasien tetap dalam pengawasan dan bila pasien di tinggal maka *bed side rail* pada *bed* pasien dinaikkan. Bagi pasien yang baru datang dan terlihat memiliki risiko jatuh maka segera dibantu dengan menggunakan *bed* atau kursi roda untuk memindahkan pasien ke ruang perawatan.

Hal serupa juga dilakukan pada pasien yang memiliki risiko jatuh dengan indikasi terjadi perubahan kondisi atau pengobatan. Sudah terdapat formulir atau laporan insiden pasien jatuh di unit-unit perawatan pasien yang apabila terjadi insiden pasien jatuh maka petugas harus mengisi laporan tersebut. Belum adanya SOP yang diterima oleh semua petugas tentang pengurangan risiko pasien jatuh sehingga tidak ada acuan baku yang digunakan oleh petugas.

Fasilitas penunjang masih minim disediakan seperti: (1) tidak tersedianya pegangan besi di toilet; (2) jumlah kursi roda yang masih kurang sehingga apabila jumlah pasien yang membutuhkan kursi roda lebih banyak dari jumlah kursi roda yang disediakan maka pasien harus menunggu untuk menggunakan kursi roda tersebut; (3) karpet anti slip yang tidak disediakan oleh pihak rumah sakit; (4) pada beberapa *bed* tidak terdapat *bed side rail*; (5) pada *bed* yang sudah disediakan *bed side rail* terkadang petugas memang sengaja untuk tidak menggunakannya dengan pertimbangan dapat mengganggu proses pelayanan.; (6) keset yang tidak disediakan pada seluruh pintu kamar mandi maupun ruangan pelayanan; (7) belum tersedianya papan peringatan risiko jatuh; (8) tangga turun dari *bed* yang belum disediakan pada masing-masing *bed*; (9) terdapat beberapa bagian atap yang bocor; (10) kebocoran pada pipa wastafel sehingga menyebabkan air menetes ke lantai; (11) lantai kamar mandi yang licin pada beberapa unit pelayanan.

Penjabaran di atas ditegaskan dengan hasil wawancara dengan responden yang menjelaskan bahwa:

“Untuk SOP pasien jatuh sebenarnya sudah kita susun hanya saja belum kita distribusika karena masih ada revisi itu, ...” (Responden 1)

“SOPnya kita tidak dapat jadi kita tidak tau bagaimana cara yang lainnya...” (Responden 6)

“kita belum menerima SOP, fasilitasnya juga yang masih kurang dan komitmen petugasnya juga yang masih jarang...” (Responden 8)

Berdasarkan beberapa upaya yang dilakukan tersebut, masih terdapat kekurangan yang belum dipenuhi oleh rumah sakit ini antara lain: masih rendahnya komitmen petugas dalam melakukan asesmen awal maupun asesmen ulang pada pasien yang memiliki risiko jatuh, belum pernah dilakukannya sosialisasi dan pelatihan tentang pengurangan risiko pasien jatuh kepada semua petugas yang terlibat dalam

upaya tersebut, dan monitoring dan monitoring serta evaluasi yang masih rendah.

4. PEMBAHASAN

4.1 Ketepatan Identifikasi Pasien.

Ketepatan identifikasi pasien yang dilakukan oleh petugas di RSUD Kabupaten Lombok Utara, sudah berjalan sesuai dengan keputusan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia pada salah satu elemen penilaiannya yaitu petugas melakukan identifikasi pasien dengan menggunakan identitas pasien yang tertera pada gelang identitas pasien kemudian melakukan verifikasi dengan cara mencocokkan dengan identitas pasien yang tertera pada berkas rekam medik dan untuk pasien laki-laki dikenakan dengan gelang identitas berwarna biru sedangkan untuk pasien perempuan dikenakan dengan gelang yang berwarna merah muda. Hasil penelitian terdahulu menyatakan bahwa, sistem identifikasi pasien di RSUP Prof. Kandou sejak pasien mendaftar, identitas pasien meliputi: nama, umur dan nomor rekam medis pasien^[5].

Namun untuk elemen penilaian yang lainnya belum berjalan dengan maksimal karena petugas hanya memanggil nama pasien yang bersangkutan kemudian memberikan pelayanan tanpa melakukan verifikasi identitas (menanyakan kembali identitas pasien kepada pasien yang bersangkutan ataupun keluarga pasien yang mengantar). Jika terjadi kesalahan identifikasi pasien maka produk pelayanan dan jenis pelayanan diberikan kepada pasien yang tidak seharusnya menerima produk pelayanan dan jenis pelayanan tersebut. Akibat yang mungkin saja berdampak dari peristiwa ini adalah terjadinya insiden keselamatan pasien. Hal ini dapat pula disebabkan karena petugas belum pernah mendapatkan pelatihan tentang ketepatan identifikasi pasien. Seperti yang diketahui jika pelatihan dapat meningkatkan keterampilan dan pemahaman petugas dalam melakukan ketepatan identifikasi pasien. Seperti penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa, seluruh responden (100%) pernah mendapatkan informasi tentang KPRS dan lebih dari separuh responden (56,7%) mendapatkan informasi KPRS melalui seminar^[6].

Adapun pemicu yang menyebabkan sebagian besar petugas tidak melakukan identifikasi pasien karena masih kurangnya kesadaran dan masih kurangnya monitoring serta evaluasi dari pihak manajerial maupun penanggungjawab terkait. Walau pada dasarnya sangat sulit untuk mengubah kesadaran atau *mindset* seorang individu tentang sesuatu hal, namun jika dilatih dan diingatkan secara terus menerus maka berangsur-angsur memberikan dampak yang berupa perubahan kesadaran/*mindset* atau bahkan dapat merubah perilaku individu tersebut.

Seperti hasil penelitian terdahulu saat melakukan tindakan keperawatan yang bersifat rutin yang menurut mereka tidak akan menimbulkan risiko bagi pasien, sibuk atau tidak sempat serta menghindari kebosanan pasien jika terlalu sering diminta untuk menyebutkan identitasnya^[7].

Selain itu monitoring dan evaluasi juga sangat dibutuhkan dalam perubahan tersebut. Monitoring bertujuan untuk mengidentifikasi kesalahan secara dini agar mudah diperbaiki lebih awal sehingga tidak menimbulkan dampak yang merugikan dalam skala besar/fatal sementara evaluasi bertujuan untuk menilai secara keseluruhan bagaimana proses selama ini berlangsung dan apabila terdapat masalah maka sekaligus dapat mencari solusinya. Alasan lain yang menyebabkan identifikasi ini dikatakan belum berjalan dengan maksimal karena belum diterimanya SOP tentang ketepatan identifikasi pasien oleh petugas bersangkutan. Maka dari itulah petugas tidak memiliki acuan baku untuk melakukan ketepatan identifikasi pasien, tidak ada standar khusus yang digunakan oleh petugas dalam melakukan proses identifikasi pasien. Karena tidak memiliki SOP dan apabila terjadi insiden kesalahan identifikasi pasien maka petugas serta pihak rumah sakit tidak akan bisa mendeteksi atau menentukan penyebab insiden tersebut terjadi dan pada tahapan identifikasi pasien yang manakah yang menjadi tahap penyebab insiden tersebut terjadi karena petugas hanya berpedoman pada kebiasaan kerja yang selama ini dijalankan. Faktor utama untuk mencegah terjadinya kesalahan identifikasi pasien adalah ketersediaan dan kepatuhan terhadap SOP dan pelaporan apabila terjadi kesalahan identifikasi pasien^[8].

4.2 Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai

Sesuai kebijakan sudah berjalan dengan baik di RSUD Kabupaten Lombok Utara yang menunjukkan bahwa jika obat *high-alert* termasuk elektrolit konsentrat memang tidak disimpan pada unit pelayanan kecuali obat-obat jenis *emergency*. Hanya saja rumah sakit ini memang belum menyediakan tempat dan stiker khusus untuk obat yang perlu diwaspadai di unit pelayanan pasien sehingga petugas harus pandai-pandai dalam mengingat dan memperlakukan obat-obat *high-alert* tersebut karena tidak ada penanda khusus yang membedakan antara obat *high-alert* dengan obat-obat umum lainnya. Hal yang menjadi permasalahan adalah jika obat-obat *high-alert* ini memiliki nama yang mirip (golongan obat LASA/NORUM) dengan obat-obat umum lainnya sementara tidak ada penanda khusus (stiker khusus) maka bisa saja menimbulkan insiden kesalahan pengambilan dan perlakuan obat karena obat-obat *high-alert* memiliki *treatment* yang biasanya berbeda dengan obat-obat lainnya. Belum menyediakan alat transportasi khusus untuk memindahkan obat yang perlu diwaspadai baik dari gudang maupun dari apotik ke ruang pelayanan dengan alasan jika jarak apotik dengan unit pelayanan yang biasanya membutuhkan obat jenis *high-alert* memiliki jarak yang cukup dekat dengan apotik sehingga tidak terlalu membutuhkan waktu lama untuk proses pemindahan obat tersebut. Pada prinsipnya, rumah sakit harus menyediakan alat transportasi khusus untuk membawa/memindahkan obat-obat yang memiliki risiko tinggi dengan tujuan untuk melindungi petugas dan lingkungan dari

keterpaparan obat-obat yang berisiko tinggi tersebut. Hasil temuan inilah yang kemudian penerapannya tidak sesuai dengan keputusan Peraturan Menteri Kesehatan yang menyatakan bahwa elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

Seperti penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa dua partisipan menyatakan obat-obat *high alert* akan diberikan stiker khusus warna merah bertuliskan *high alert*, kemudian disimpan di dalam troli *emergency*, dan tidak disediakan di ruangan secara sembarangan^[9].

RSUD Kabupaten Lombok Utara sudah menyusun SOP tentang peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai hanya saja belum didistribusikan. Petugas hanya menggunakan tata cara kerja yang biasa digunakan oleh petugas sebelumnya. Jika SOP sudah diterima maka petugas dapat menggunakan SOP tersebut sebagai acuan kerja. Hasil penelitian terdahulu menyatakan responden paling banyak mengetahui cara menerapkan prinsip 6 (Enam) benar pemberian obat pada pasien sesuai dengan langkah-langkah dalam SOP pemberian obat^[10].

Walau selama ini belum pernah terjadi insiden yang fatal di rumah sakit ini, kesulitan dalam pembacaan resep obat yang ditulis oleh dokter menjadi kendala tersendiri bagi petugas apotik karena menyita waktu untuk berulang kali mencoba membaca resep, menimbulkan kebingungan bagi petugas sebelum akhirnya melakukan klarifikasi langsung kepada dokter yang membuat resep tersebut.

Selain itu juga pada resep obat golongan LASA jika tidak menggunakan ketelitian saat pembacaan resep maka menjadi pemicu terjadinya insiden terlebih saat petugas mengalami kesulitan dalam pembacaan resep obat LASA. Bisa saja terjadi kesalahan pemberian obat karena nama obat yang tertulis pada resep serupa dengan nama obat yang lainnya padahal kandungan dan fungsi obat tersebut jauh berbeda. Jenis *dispensing error* antara lain kesalahan membaca resep LASA, jumlah obat yang tidak tepat, jenis obat yang tidak sesuai resep, pemberian dosis yang tidak tepat, dan kesalahan bentuk sediaan^[11].

4.3 Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan

Sesuai dengan keputusan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan yang salah satu elemen penilaiannya adalah rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum sudah berjalan di rumah sakit ini yaitu dengan mengadopsi pedoman *hand hygiene* terbaru berupa enam langkah dan lima momen cuci tangan menurut WHO. Seperti yang diketahui bahwa mencuci tangan adalah satu upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya dan tertularnya infeksi dari pasien kepetugas maupun dari petugas ke pasien. SOP tentang enam langkah dan lima momen cuci tangan di RSUD Kabupaten Lombok

Utara masih dalam proses revisi sehingga belum dapat didistribusikan hanya saja untuk enam langkah cuci tangan sebagian besar panduannya sudah ditempel dan buat dalam bentuk bener di unit-unit pelayanan rumah sakit sehingga mudah di akses baik oleh petugas maupun pasien dan pengunjung pasien (keluarga pasien).

Sebagian besar petugas mengetahui cara melakukan pengurangan risiko infeksi hanya saja tidak semua petugas menerapkan cuci tangan menggunakan enam langkah dan lima momen cuci tangan. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu didapatkan 135 kesempatan yang mengindikasikan *hand hygiene*, hanya 47 prosedur *hand hygiene* yang dilaksanakan, sehingga keseluruhan angka *hand hygiene* yang didapatkan adalah sebesar 35%^[12].

Masih kurangnya Kesadaran petugas akan pentingnya melakukan *hand hygiene* pada momen sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik dan sebelum terkena dengan cairan tubuh pasien. Padahal tahapan ini sangatlah penting untuk dilakukan sebagai upaya melindungi diri maupun melindungi pasien dari mikroorganisme infeksius yang ada di tangan petugas. Hanya saja petugas merasa jika tangannya masih dalam keadaan bersih karena belum melakukan kontak langsung dengan pasien dan secara fisik terlihat bahwa tidak terdapat kotoran yang menempel pada tangan petugas tersebut. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa bila dilihat dari indikasi 5 momen *hand hygiene* perawat mengabaikan *hand hygiene* sebelum kontak dengan pasien (4%)^[12].

Oleh karen itu dapat dikatakan jika rumah sakit ini belum melaksanakan upaya pengurangan risiko infeksi akibat pelayanan melalui penerapan *hand hygiene* dengan enam langkah dan lima momen cuci tangan secara maksimal karena belum adanya SOP yang lengkap, implementasi petugas yang masih rendah dan kesadaran petugas yang masih kurang akan pentingnya melakukan *hand hygiene*.

Hal tersebut sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa, hampir semua palaksanaan langkah cuci tangan berdasarkan SPO rata-rata masih tergolong rendah yaitu berkisar dari 36%-42%^[13].

4.4 Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang keselamatan pasien, RSUD Kabupaten Lombok Utara komitmen petugas dalam melakukan asesmen awal dan asesmen ulang pada pasien terhadap risiko jatuh masih kurang karena upaya yang dilakukan untuk mencegah risiko jatuh adalah dengan melakukan pengkajian risiko jatuh dan melakukan intervensi pencegahan kejadian jatuh^[9].

Alasan rumah sakit ini masih jarang melakukan asesmen awal dan asesmen ulang karena petugas belum menerima. Jadi tidak ada tolak ukur yang dapat digunakan oleh petugas untuk melakukan proses asesmen awal maupun asesmen ulang pada pasien risiko jatuh. Karena SOP yang belum disediakan maka pengetahuan petugas dalam melakukan kegiatan asesmen

awal maupun asesmen ulang yang sesuai dengan standar yang berlaku dapat dikatakan kurang oleh karena itulah kepatuhan petugas juga menjadi kurang. Seperti hasil penelitian terdahulu yang mengemukakan pengetahuan perawat tentang *patient safety* memiliki hubungan dalam melakukan tindakan pencegahan risiko pasien jatuh di RSUD M.W.Maramis Airmadidi^[14].

Upaya untuk mengatasi agar tidak menimbulkan insiden pasien jatuh karena kelalaian petugas yang tidak melakukan proses asesmen awal maupun asesmen ulang pada pasien terkait risiko jatuh maka terlebih dahulu pihak rumah sakit harus melakukan peningkatan pengetahuan petugas yang salah satunya dengan cara menyediakan SOP pengurangan risiko jatuh. Kemudian dari SOP yang disediakan itulah petugas mempelajari tata cara pengurangan risiko pasien jatuh yang termasuk didalamnya tata cara melakukan asesmen awal maupun asesmen ulang pada pasien terkait risiko jatuh. Sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan pengetahuan perawat dan dokter terkait dengan pengendalian pasien jatuh perlu ditingkatkan^[15].

Pihak rumah sakit seharusnya menyediakan SOP terkait pengurangan risiko pasien jatuh yang kemudian diserahkan kepada petugas agar petugas memiliki tolak ukur atau panduan kerja sehingga kemungkinan terjadinya risiko-risiko jatuh pada pasien dapat ditanggulangi hingga pada akhirnya tidak menimbulkan insiden atau kejadian jatuh pada pasien yang kemudian dapat mengakibatkan kerugian. Walaupun sampai saat ini insiden atau kejadian pasien jatuh belum pernah terjadi di RSUD Kabupaten Lombok Utara ini bukan berarti rumah sakit harus mengabaikan upaya pengurangan risiko pasien jatuh. rumah sakit harus tetap memenuhi fasilitas, memperbaiki kondisi lingkungan yang sekiranya dapat memicu timbulnya kejadian pasien jatuh. Serta kegiatan yang belum dilakukan dengan benar karena dapat disimpulkan bahwa kegiatan tersebut belum merupakan poin penting untuk mencegah pasien jatuh, sehingga walaupun belum dilakukan dengan benar, tidak ditemukan kejadian pasien jatuh (0%)^[16].

5. KESIMPULAN

Implementasi ketepatan identifikasi pasien, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, pengurangan risiko infeksi terkait pelayan dan pengurangan risiko pasien jatuh di RSUD Kabupaten Lombok Utara belum berjalan dengan maksimal.

6. DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- Keles, A., Kandou, G., Tilaar, Ch., 2015, Analisis Pelaksanaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien Di Unit Gawat Darurat RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano Sesuai Dengan Akreditasi RS

- Versi 2012, *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Unsrat*, Volume. 05 Nomor. 02, Hal. 250-259
- Pemerintah Kabupaten Lombok Utara. Rumah Sakit Umum Kabupaten Lombok Utara. Profil Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Lombok Utara Tahun 2015 3. Keles, A., Kandou, G., Tilaar, Ch., 2015, Analisis Pelaksanaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien Di Unit Gawat Darurat RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano Sesuai Dengan Akreditasi RS Versi 2012, *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Unsrat*, Volume. 05 Nomor. 02, Hal. 250-259
- Satori, D., Komariah, A. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta. Hal. 36-220
- Lombogia, A., Rottie, j., Karundeng, M., 2016, Hubungan Perilaku Dengan Kemampuan Perawat Dalam Melaksanakan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) Di Ruang Akut Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado, *E-journal Keperawatan (E-KP)*, Volume. 04, Nomor. 02, Hal. 1-8
- Harus, B. D., Sutriningsih, A., 2015, Pengetahuan Perawat Tentang Keselamatan Pasien Dengan Pelaksanaan Prosedur Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) Di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang, *Jurnal Care*, Volume.03, Nomor. 01, Hal. 25-32
- Anggeraeni, D., Hakim, L., Widjiati, C., 2014, Evaluasi Pelaksanaan Sistim Identifikasi Pasien Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit, *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Volume. 28, Nomor. 01, Hal. 97-102
- Tulus, H., Maksun, H., 2015. Redesain Sisitem Identifikasi Pasien Sebagai Implementasi *Patient Safety* Di Rumah Sakit, *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Volume. 28, Nomor. 02, Hal. 221-221
- Isnaini, M, N., Rofii, M, 2014, Pengalaman Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Keselamatan Pasien, *Jurnal Manajemen Keperawatan*, Volume. 02, Nomor. 01, Hal. 30-37
- Wahyuni, R, M., 2015, Perilaku Perawat Menerapkan Prinsip Enam Benar Pemberian Obat Mencegah Kejadian Tidak Diharapkan, *Jurnal Of Ners Community*, Volume. 06, Nomor. 01, Hal. 82-91
- Tajuddin, R,S., Sudirman, I., Midin, A., 2012, Faktor Penyebab *Medication Error* Di Instalasi Rawat Darurat, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Volume. 15, Nomor. 14, Hal. 182-187
- Ernawati, E., Tri, A., Wiyanto, S., 2014, Penerapan Hand Higiene Perawat Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit, *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Volume. 28, Nomor. 01, Hal. 89-94
- Fauzia, N., Ansyori, A., Hariyanto,T., Kepatuhan Standar Prosedur Operasional *Hand Hygiene* pada Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit, *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol. 28, No. 1, hal. 95-98
- Kilateng, E., Ake, J., Makausi, E., 2015, Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang *Patient Safety* Dengan Tindakan Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Di Ruang Internal RSUD Waria Malanda Maramis Airmadidi, *E-journal Sariputra*, Volume. 02 Nomor. 02, Hal. 96-103
- Arruum, D., Salbiah., Manik, M., 2015, Pengetahuan Tenaga Kesehatan Dalam Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Sumatera Utara, *Idea Nursing Journal*, Volume. 06, Nomor. 02, Hal. 1-6
- Muhlizardy., 2015, Hubungan Pelaksanaan Keselamatan Pasien Dengan Kejadian Pasien Jatuh Di Ruangrawat Inap Nusa Indah Rsud Panembahan Senopati Bantul, *Skripsi*, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani, Yogyakarta, Hal. 42-55