

ANALISIS IMPLEMENTASI KESELAMATAN PASIEN DI RSUD DATU BERU TAKENGON ACEH TENGAH

Analysis of Patient Safety Implementation at Datu Beru Takengon Hospital, Aceh Central in 2021

Emi Ramadhaini 1, Arifah Devi Fitriani 2, Nuraini 3

1,2,3Institut Kesehatan Helvetia, Jl. Kapten Sumarsono No. 107, Medan 20124

1emiramadhaini15@gmail.com, 2arifahdevifitriani@helvetia.ac.id, 3aini6828@yahoo.com

Abstrak

Menurut WHO (World Health Organization) pada tahun 2016, melaporkan insiden keselamatan pasien bahwa kesalahan medis terjadi pada 8% sampai 12% dari ruang rawat inap. Masalah yang terjadi di RSUD Datu Beru masih terdapat Insiden keselamatan pasien yang terjadi diantaranya infeksi nosokomial, pasien jatuh, dan kesalahan pemberian obat. Masing-masing insiden tersebut melebihi standar yang telah ditetapkan. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis implementasi keselamatan pasien di RSUD Datu Beru Takengon Aceh Tengah. Desain penelitian yang digunakan penelitian kualitatif. Karakteristik informan kunci adalah kepala bidang keperawatan, kepala ruangan, kepala kefarmasian, komite keperawatan dan kepala bagian Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), sedangkan informan utama yaitu perawat. Teknik pengumpulan data kualitatif menggunakan metode Triangulasi. Analisis data menggunakan deskriptif kualitatif dengan tahapan data triangulasi teknik, sumber dan waktu. Hasil penelitian menunjukkan pengidentifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat dan risiko infeksi sudah berjalan dengan baik, sedangkan site marking dan risiko pasien jatuh belum berjalan dengan baik. Kesimpulan penelitian ini adalah pengidentifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat dan risiko infeksi sudah berjalan dengan baik, sedangkan site marking dan risiko pasien jatuh belum berjalan dengan baik. Diharapkan dapat menjadi gambaran tentang penerapan keselamatan pasien untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui pencapaian prestasi dari rumah sakit sehingga dapat dijadikan dasar untuk mengambil suatu kebijakan lebih lanjut serta meningkatkan kepuasan dari setiap pasien yang datang. Kata Kunci: Implementasi, Perawat, Keselamatan Pasien

Abstract

The WHO (World Health Organization) publication in 2016, reported patient safety incidents that medical errors occur in 8% to 12% of hospitalized wards. Problems that occur at Datu Beru General Hospital are still patient safety incidents that occur including nosocomial infections, patient falls, and medication errors. Each of these incidents exceeded the established standards. The purpose of this study was to analyze the implementation of patient safety at RSUD Datu Beru Takengon Central Aceh. The research design used was qualitative research. The characteristics of the key informants are the head of the nursing field, the head of the room, the head of pharmacy, the nursing committee and the head of the Quality Improvement and Patient Safety (PMKP) section, while the main informants are

nurses. Qualitative data collection techniques using the Triangulation method. Data analysis used qualitative descriptive with data triangulation stages of technique, source and time. The results showed that patient identification, effective communication, drug safety and risk of infection had gone well, while site marking and the risk of falling patients had not gone well. The conclusion of this study is that patient identification, effective communication, drug safety and risk of infection have gone well, while site marking and the risk of falling patients have not gone well. It is expected to be an illustration of the application of patient safety to improve the quality of health services through the achievement of hospital achievements so that it can be used as a basis for taking a further policy and increasing the satisfaction of each patient who comes.

Keywords : Implementation, Nurse, Patient Safety

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien atau patient safety merupakan sistem pelayanan rumah sakit yang memberikan asuhan pasien secara lebih aman. Salah satu tujuan penting dari penerapan sistem keselamatan pasien di rumah sakit adalah mencegah dan mengurangi terjadinya insiden keselamatan pasien (IKP) dalam pelayanan kesehatan. IKP adalah setiap kejadian atau situasi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang seharusnya tidak terjadi. IKP ini meliputi kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian potensial cedera (KPC), kejadian sentinel (1).

Publikasi WHO (World Health Organization) pada tahun 2016, melaporkan insiden keselamatan pasien bahwa kesalahan medis terjadi pada 8% sampai 12% dari ruang rawat inap. Sementara 23% dari warga Uni Eropa 18% mengaku telah mengalami kesalahan medis yang serius di rumah sakit dan 11% telah diresepkan obat yang salah. Bukti kesalahan medis menunjukkan bahwa 50% sampai 70,2% dari kerusakan tersebut dapat dicegah melalui pendekatan yang sistematis komprehensif untuk keselamatan pasien (2). Patient safety telah menjadi perhatian serius bagi pembuat kebijakan kesehatan dan penyedia layanan kesehatan dunia. Kasus KTD di dunia berkisar 1 orang dalam 10 orang pasien rawat inap mengalaminya dan setidaknya 50% dapat dilakukan pencegahan pada tahun 2017. Sebuah penelitian tentang frekuensi pencegahan KTD, dari 26 negara berpenghasilan rendah dan menengah, tingkat kejadian tidak diharapkan ada sekitar 8%, dimana 83% dapat dicegah dan 30% menyebabkan kematian. Dari 421 juta pasien rawat inap di dunia setiap tahun, diantaranya 42,7 juta pasien menderita efek samping selama perawatan di rumah sakit (3).

Laporan insiden keselamatan pasien dari Komite Kesehatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) di Indonesia periode Januari-April Tahun 2011, menemukan bahwa terjadi peningkatan secara signifikan pada kasus insiden keselamatan pasien dari satu bulan ke bulan berikutnya, dengan rincian pada Januari (0,0%) kemudian meningkat pada Februari (3,9%) dan meningkat lagi pada Maret (5,15%) selanjutnya meningkat 5 kali lipat pada April (26,76%). Berdasarkan tipe insidennya, dilaporkan bahwa Proses/Prosedur Klinik (9,26%) dan Medikasi (9,26%) sementara Jatuh (5,15%), Dokumentasi (3,9%), Perilaku Pasien (3,9%), Lab (2,6%), dan Transfusi Darah (1,3%). Selanjutnya berdasarkan jenis insidennya dilaporkan bahwa KNC

(18,53%) lebih tinggi dari KTD (14,41%) dan dilaporkan sebesar 2,6% insiden yang menyebabkan kematian (4).

Upaya kementerian kesehatan untuk memprioritas *patient safety* lebih mengutamakan rasa aman dan nyaman kepada pasien dalam bentuk: 1) *assessment* risiko, 2) identifikasi dan pengelolaan yang terkait resiko pasien, 3) pelaporan dan analisis insiden, 4) kemampuan belajar dari insiden dan 5) tindak lanjut dan implementasi solusi meminimalkan risiko. Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan menetapkan Keputusan No 31A/RSK-BBM/SK/V/2011 tentang Pembentukan Unit Keselamatan Pasien Rumah Sakit (PKRS) disebutkan Tim PKRS bertugas menyelenggarakan pengawasan, pemantauan, melalui program keselamatan pasien dan mengevaluasi setiap kegiatan untuk mencegah terjadinya sentinel (5).

Aktivitas keselamatan pasien di rumah tidak terlepas dari manajemen sebagai kegiatan untuk meraih visi dan misi rumah sakit. Oleh karena itu rumah sakit harus menerapkan fungsi manajemen yang terdiri perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengarahan (*actuating*) dan pengendalian (*controlling*). Rumah sakit membutuhkan manajemen karena tanpa manajemen semua usaha yang dilakukan akan berjalan secara lambat atau terhambat sehingga perlu didukung oleh berbagai bagian organisasi di rumah sakit (6).

Menurut WHO ada empat kategori faktor-faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien antara lain Organisasi/Managerial, Kerja tim, pegawai individual, serta lingkungan kerja. Geller, dalam bukunya *The Psychology of Safety Handbook* menjelaskan bahwa untuk mencapai total *safety culture* suatu organisasi harus didukung oleh faktor personal (pengetahuan, sikap, motivasi, dan kemampuan), faktor perilaku (kerja sama, kepemimpinan, komunikasi, pengawasan dan pelatihan), serta faktor lingkungan (sarana dan parasarana, mesin, mekanik serta standar prosedur operasional dan kebersihan) (3).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Bauw tahun 2019 tentang Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan Keselamatan Pasien, menunjukkan bahwa dalam mewujudkan sistem pelayanan kesehatan yang terpercaya maka di butuhkan beberapa hal yang dapat mendukung sistem yang di terapkan di rumah sakit seperti, kemampuan perawat, tingkat pengetahuan, dan sikap, sikap sangat berperan penting dalam pelaksanaan sistem pelayanan kesehatan terutama pada pelaksanaan keselamatan pasien. Dalam sistem keselamatan pasien memiliki faktor yang mempengaruhi penerapan keselamatan pasien, hal tersebut dapat menghambat atau menjadi kendala dalam menerapkan sistem keselamatan pasien dan juga mempengaruhi mutu pelayanan yang ada di rumah sakit (7).

Selanjutnya sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Insani tahun 2018 tentang Analisis Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat, menunjukkan bahwa pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat di RSUD Queen Latifa Yogyakarta sudah berjalan dengan baik namun belum semua sasaran berjalan maksimal dikarenakan adanya faktor kebiasaan dan kesadaran para perawat dan belum dilakukan sosialisasi atau pelatihan secara rutin, adapun monitoring telah dilakukan setiap bulannya. Dokumen yang mendukung pelaksanaan keselamatan pasien berupa kebijakan atau prosedur (SOP) telah ada begitu juga sarana dan prasarana pendukung pelaksanaan keselamatan pasien juga telah tersedia di RSUD Queen Latifa seperti gelang identitas pasien, tempat penyimpanan obat, label khusus obat, bed side

rail, kursi roda dan pegangan besi di toilet. Akan tetapi terdapat bed side rail yang tidak berfungsi atau rusak(8).

Berdasarkan survei awal yang di lakukan dengan wawancara langsung kepada 3 perawat menunjukkan bahwa masih ada perawat yang belum memahami dan enggan melakukan penerapan keselamatan pasien. Hal ini terlihat masih ada perawat saat melakukan tindakan keperawatan ada yang tidak menggunakan sarung tangan dan penggunaan masker tidak sesuai dengan standar prosedur operasional di rumah sakit. Selain itu masih terdapat Insiden keselamatan pasien yang terjadi diantaranya infeksi nosokomial, pasien jatuh, dan kesalahan pemberian obat. Masing-masing insiden tersebut melebihi standar yang telah ditetapkan.. Kurangnya komunikasi antara sesama rekan kerja juga menjadi masalah dalam melaksanakan implementasi keselamatan pasien dimana para perawat tidak terlihat kompak dalam melakukan pekerjaannya secara bersama-sama atau tidak adanya kerja tim. Dari 6 sasaran keselamatan pasien yang meliputi identifikasi pasien, komunikasi secara efektif, meningkatkan keamanan obat-obat yang diwaspadai, memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi, mengurangi resiko infeksi dan mengurangi resiko jatuh masih belum sepenuhnya terlaksana dengan baik. Untuk itu pengawasan penerapan keselamatan pasien perlu dilakukan sesuai dengan standar prosedur operasional, sehingga penerapan keselamatan pasien dapat terlaksana dengan baik.

Laporan komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) tahun 2020 di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Beru menunjukkan bahwa terjadi insiden keselamatan sebanyak 15 kejadian (3,5%). Kejadian insiden keselamatan lebih banyak terjadi di ruang rawat inap antara lain Kejadian Potensial Cedera (KPC) yaitu 8 kejadian (seperti : kerusakan alat ventilator, tempat tidur tanpa pengaman, kamar mandi licin dan jumlah petugas yang kurang sedangkan pasien dalam jumlah banyak), Kejadian Tidak Cedera (KTC) 1 kejadian (seperti : pasien yang menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), Kejadian Nyaris Cedera (KNC) yaitu 2 kejadian (seperti : suatu obat dengan *overdosis lethal* akan diberikan kepada pasien, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat tersebut diberikan kepada pasien), dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yaitu 1 kejadian (seperti : pasien yang diberikan obat A dengan dosis lebih karena kesalahan saat membaca dosis obat pada resep sehingga pasien mengeluhkan efek samping dari obat tersebut). Hasil rekapitulasi *patient safety* di ruang rawat inap diperoleh pasien jatuh sebanyak 1 orang, pasien mengalami alergi setelah mendapat obat 1 orang, pasien menolak memasang infus dan NGT sehingga *vital sign* mengalami penurunan 1 orang.

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang analisis implementasi keselamatan pasien di RSUD Datu Beru Takengon Aceh Tengah tahun 2021.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif yaitu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau mendeskripsikan tentang suatu keadaan secara objektif, dengan metode wawancara semi terstruktur yaitu jenis wawancara yang sudah termasuk dalam kategori *indepth interview* yang direkam menggunakan *tape recorder* dimana dalam pelaksanaan lebih bebas bila

dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Dalam penelitian ini informan dibagi dalam 2 kategori yaitu : 5 orang informan kunci dan 5 orang bidang keperawatan menjadi informan utama, dengan total 10 orang informan. Informan kunci dalam penelitian ini adalah kepala bidang keperawatan, kepala ruangan, kepala kefarmasian, komite keperawatan dan kepala bagian Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), sedangkan informan utama dalam penelitian ini yaitu 5 perawat RSUD Datu Beru Takengon Aceh Tengah(9).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Implementasi Keselamatan Pasien Berdasarkan Identifikasi Pasien

Berdasarkan ungkapan dari informan kepala bidang keperawatan didapatkan hasil bahwa identifikasi pasien yang dilakukan secara praktek sudah baik, namun masih belum efektif dijalankan. Hal ini dapat dilihat bahwa informan menjelaskan dalam tahapan pelaksanaan identifikasi pasien sudah berjalan dengan cukup baik. Pasien diberikan gelang identitas yang berisi tiga identitas disana, nama, nomer rekam medis sama tanggal lahir, namun untuk pencatatannya masih belum dilakukan secara efektif. Terkadang perawat lupa kalau harus menggunakan tanggal lahir sama nomor Rekam Medis (RM). Kebanyakan petugas kesehatan hanya menanyakan nama pasien saja.

Sejalan dengan penelitian Neri tahun 2018 yang berjudul Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman, mengatakan ketersediaan gelang di RSUD Padang Pariaman mengalami masalah dimana stok gelang yang habis. Hal ini sangat beresiko terjadi kesalahan dalam mengidentifikasi pasien pada saat tindakan prosedur diagnosis dan terapeutik (10).

Penelitian yang dilakukan oleh Keles tahun 2015 tentang Analisis Pelaksanaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano Sesuai dengan Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan identifikasi pasien, pelaksanaan komunikasi efektif, pelaksanaan peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, pelaksanaan kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi sudah sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit versi 2012 sedangkan pelaksanaan pengurangan risiko infeksi dan pelaksanaan pengurangan risiko pasien jatuh belum sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit versi 2012 (11).

Kebijakan atau prosedur yang dilakukan secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi khususnya pada proses pengidentifikasian pasien ketika pemberian obat, darah atau produk dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis atau pemberian pengobatan serta tindakan lain. Kebijakan atau prosedur tersebut memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan bar-code, dan lainlain. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi dengan tepat dan cepat. Pengecekan nomorrekam medis pasien oleh petugas kesehatan biasanya dilakukan melalui bukurawatan milik pasien. Kondisi ini belum sesuai dengan Permenkes RI No 11 Tahun 2017 yang

memaparkan penggunaan gelang identitas pasien yang memuat nama, tanggal lahir dan nomor rekam medik dalam proses mengidentifikasi pasien (12).

Menurut asumsi peneliti identifikasi pasien dilakukan secara umum sudah dilakukan dengan tahapan-tahapan yang cukup baik, namun terkadang masih ada petugas yang lalai dalam melakukan pencatatan seperti petugas kesehatan yang hanya menanyakan nama pasien saja, namun lupa mencatat tanggal lahir dan nomor RM. Kemudian sosialisasi Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam mengidentifikasi pasien secara menyeluruh sudah pernah dilakukan saat persiapan akreditasi, itu sekitar dua tahun yang lalu tahun 2017, sementara perawat dan bidan sudah banyak yang baru jadi belum dapat diberikan sosialisasi dari pihak rumah sakit secara langsung. Tetapi, karena kepala ruangan juga merupakan bagian dari tim keselamatan pasien, jadi mereka sendiri yang mensosialisasikan ke perawat ruangan.

Selanjutnya berdasarkan hasil observasi hambatan dalam pelaksanaan identifikasi pasien masih belum efektif dalam penerapannya, hal ini karena masih terdapat petugas kesehatan yang lalai dalam mencatat kelengkapan identitas pasien. Untuk pasien yang dilakukan pemeriksaan klinis di laboratorium dilakukan sebelum melakukan pemeriksaan klinis. Sama halnya pada bagian lain, bagian laboratorium juga memberikan gelang identitas yang berisi nama, tanggal lahir dan juga nomor RM. Proses pelaksanaan pengidentifikasi pasien belum berjalan dengan baik dikarenakan ketersediaan gelang tidak memiliki stok yang diakibatkan pasien yang datang begitu banyak, kerusakan gelang pada saat digunakan sampai dengan petugas Bahan Habis Pakai (BHP) yang sering terlambat datang ketika dibutuhkan untuk mengambil gelang identitas tersebut.

Implementasi Keselamatan Pasien Berdasarkan Komunikasi Secara Efektif

Berdasarkan ungkapan dari seluruh informan tersebut didapatkan hasil bahwa komunikasi efektif telah dilaksanakan sebagaimana komunikasi pada biasanya, yang jelas harus menggunakan bahasa yang jelas dan santun. Informan juga menjelaskan bahwa sebagai seorang perawat harus lebih aktif dalam berkomunikasi, dimana perawat menyapa pasien dan keluarga pasien, supaya pasien merasa nyaman untuk berkomunikasi dengan tenaga medis dan menginformasikan tindakan-tindakan agar pasien dan keluarga pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

Penelitian sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Insani tahun 2018 tentang Analisis Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Identifikasi keselamatan pasien dengan benar 84%, komunikasi efektif 91%, meningkatkan keamanan obat waspada tinggi 100%, memastikan operasi yang aman 100%, mengurangi risiko infeksi terkait perawatan kesehatan 94%, mengurangi risiko pasien yang cedera akibat jatuh 81% (8).

Penelitian yang dilakukan oleh Sahira tahun 2018 tentang Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat di RS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan identifikasi pasien, pelaksanaan komunikasi efektif, pelaksanaan peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, pelaksanaan kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat pasien operasi sudah sesuai dengan standar. Pelaksanaan keselamatan pasien yang diamati dari enam sasaran keselamatan pasien yaitu identifikasi pasien, peningkatan komunikasi efektif,

peningkatan pemakaian obat dengan kewaspadaan tinggi (*high alert*), kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, pencegahan resiko infeksi, pengurangan resiko jatuh (13).

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis. Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon termasuk: menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi, penerima membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat. Untuk obat-obat yang termasuk obat NORUM/LASA dilakukan eja ulang (12).

Peningkatan keselamatan pasien dapat dilakukan dengan mengurangikesalahan pelayanan kesehatan melalui komunikasi efektif yangmemperhatikan ketepatan, kejelasan, kelengkapan serta keakuratan informasi yang disampaikan secara tepat waktu dan mudah dipahami.Komunikasi dapat dilakukan secara elektronik, lisan, ataupun tertulis.Komunikasi berupa perintah yang disampaikan secara lisan ataupun melalui teleponmerupakan komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan. Komunikasi lain yang dalam implementasinya mudah terjadi kesalahan ialah pelaporan hasil pemeriksaan. Untuk menghindari kesalahan tersebut setiap fasilitas kesehatan mengembangkan kebijakan/prosedur yang mengatur perintah lisan/melalui telepon dengan menuliskan kembali perintah ataupun hasil pemeriksaan secara lengkap oleh penerima informasi (12).

Menurut asumsi peneliti menunjukkan bahwa komunikasi efektif yang ada di RSUD Datu Beru Takengon sudah berada dalam kategori yang cukup baik, walaupun masih belum berjalan dengan efektif. Hal ini terlihat dari uraian hasil wawancara dimana, komunikasi kesehatan itu sangat penting, karena jika tidak ada komunikasi, perawat akan kekurangan informasi mengenai pasien, semua perlu komunikasi baik itu saat mengambil tindakan, administrasi pasien, diagnosa penyakit pasien ataupun saat serah terima pasien, semua perlu komunikasi, bahkan pelatihan komunikasi itu ada seperti pelatihan komunikasi yang bentuknya mengandung 4S yaitu senyum, sapa, salam, dan sentuh.

Untuk pelayanan di ruangan diutamakan 4S tersebut sebagai bentuk komunikasi, selain itu juga ada komunikasi SBAR pada saat serah terima pasien dan komunikasi terapeutik dalam melakukan keperawatan kepada pasien.Berdasarkan hasil observasi pelaksanaan komunikasi efektif belum berjalan dengan baik dikarenakan dokter yang tidak di tempat dan perawat terkadang lupa untuk mengkonfirmasi ulang data pasien.

Implementasi Keselamatan Pasien Berdasarkan Keamanan Obat-Obat yang Diwaspadai

Berdasarkan ungkapan dari seluruh informan tersebut didapatkan hasil bahwa keamanan obat yang ada di RSUD Datu Beru sudah cukup baik dan aman. Hal ini berdasarkan ungkapan dari informan kepala kefarmasian dimana langkah-langkah keamanan obat sudah membuat sesuai SOP. Tempat penyimpanan pada kategori obat *high alert* sudah disimpan terpisah dan

diurutkan sesuai abjad dan jenis obat kategori *high alert* di jadiin satu rak sendiri dan dikasi warna merah agar lebih awas.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sakinah tahun 2017 tentang Analisis Sasaran Keselamatan Pasien Dilihat dari Aspek Pelaksanaan Identifikasi Pasien dan Keamanan Obat di RS Kepresidenan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sumber daya manusia yaitu perawat pelaksana dan TKPRS belum mencukupi, kebijakan dan SOP dari Identifikasi Pasien dan Keamanan Obat High Alert telah tersedia. Sarana dan prasana identifikasi pasien tersedia gelang identitas berwarna merah muda, biru, kuning dan merah, rekam medik dan form pelaporan. Dalam menjaga keamanan obat tersedia label obat, lemari obat terpisah dan form pelaporan (14).

Penelitian yang dilakukan oleh Manurung tahun 2018 tentang Analisa Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Rawat Jalan oleh Radiografer di Instalasi Radiologi RSUD Sunan Kalijaga Demak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa identifikasi pasien telah dilakukan tetapi masih belum terlaksana secara bertingkat secara keseluruhan pada pasien sesuai standar. Komunikasi secara efektif sebelum, selama dan setelah proses pemeriksaan telah terlaksana dengan baik. Telah dilaksanakan proses kepastian tempat lokasi dan prosedur dengan memastikan obyek yang dikeluhkan dan permintaan pemeriksaan rontgen oleh dokter yang selanjutnya proses pemeriksaan dikerjakan sesuai SOP yang ada (15).

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit tersebut. Kebijakan atau prosedur juga dapat mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/kurang hati-hati (12).

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadi kesalahan/*error* dan kejadian sentinel (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) demikian pula obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look-Alike Sound-Alike/ LASA*). Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi (12).

Menurut asumsi penelitian menunjukkan bahwa keamanan obat dijalankan sudah sesuai SOP. Kepala kefarmasian menjelaskan bahwa penyimpanan obat *high alert* biasanya dimasukan ke dalam tempat untuk obat pasien yang membutuhkan dan sebelum memberikan kepada pasien perawat harus mengkonfirmasi ulang identitas pasien agar tidak terjadi kesalahan. Selanjutnya dalam pendelegasian obat pihak rumah sakit terutama pada bagian kefarmasian menjalankan prinsip 8 benar dengan langkah : pertama mengecek kembali identitas pasien. Kedua melakukan pengecekan nama obat dan sesuaikan dengan resep/program dokter, serta pastikan bahwa obat tidak kedaluwarsa. Ketiga melihat jumlah dan satuan, mikrogram, miligram atau gram. Keempat melihat frekuensi pemberian obat apakah pagi, siang atau malam. Kelima melakukan identifikasi rute dan cara pemberian. Keenam memberikan

penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan, fungsi dan juga efek sampingnya. Ketujuh memastikan obat yang diberikan menghasilkan respons yang sesuai dengan apa yang diharapkan dari pemberian obat tersebut. Yang terakhir melakukan pencatatan yang meliputi tanggal, jam pemberian, nama obat, dosis dan rute, serta berikan tanda ceklis pada daftar terapi obat dan paraf pada kolom yang tersedia.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan keamanan obatsudah sesuai dengan SPO dikarenakan tempat penyimpanan obat dibuat terpisah dengan obat lainnya serta sudah ditandai pada lemari khusus obat *high alert*. Kemudian dalam manajemen obat pihak kefarmasian telah membuat kebijakan atau prosedur yang terus dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai.

Implementasi Keselamatan Pasien Berdasarkan Tepat Lokasi, Tepat Prosedur dan Tepat Pasien Operasi

Berdasarkan ungkapan dari informan tersebut didapatkan hasil bahwa *site marking* sudah mencapai standar yaitu 100 %. Dalam memberikan penandaan pada pasien yang akan melakukan tindakan operasi belum pernah terjadi kesalahan penandaan ataupun kesalahan dalam melakukan tindakan operasi. Maka dalam *site marking* mutu pelayanan sudah berjalan dengan optimal. Meskipun terjadi kelalaian dalam hal lupa memberikan tanda di poli tetapi hal ini tidak berdampak terhadap mutu karena ketika di ruang rawat inap maka akan dilakukan penandaan dan di ruangan bedah juga dilakukan pengecekan ulang penandaan.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Neri tahun 2018 tentang Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman. Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa hasil wawancara mendalam dan observasi mengenai sasaran keselamatan pasien yang keempat ini, untuk memastikan ketepatan lokasi, prosedur dan pasien operasi, RSUD Padang Pariaman telah memiliki 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. Dari hasil telaah dokumen, RSUD Padang Pariaman menggunakan standar prosedur operasional yang dibuktikan dengan surgical checklist dan data pasien yang sudah dilakukan operasi. Namun pelaksanaannya masih belum optimal, karena ada beberapa pasien yang tidak terisi checklistnya (10).

Penelitian yang dilakukan oleh Larasati tahun 2021 tentang Studi Literatur : Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit di Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rendahnya kepatuhan petugas, sarana dan prasarana yang tidak mendukung, serta rendahnya komitmen manajemen merupakan beberapa faktor yang menyebabkan belum optimalnya pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit. Oleh sebab itu perlu dilakukan pembinaan, pengawasan, serta dukungan sarana dan prasarana yang memadai (16).

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga keadaan yang berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari WHO *Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat (12).

Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (bagian tulang belakang). Proses verifikasi praoperatif ditujukan untuk memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar; memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia dan diberi label dengan baik serta dipampang dan melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant-implant yang dibutuhkan. Tahapan "Sebelum Insisi" (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan dengan baik dan tepat (12).

Time out dilakukan di tempat dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan checklist dan sebagainya. Elemen yang menjadi penilaian pada sasaran IV ini adalah memberi tanda spidol skin marker pada sisi operasi (*Surgical Site Marking*) yang tepat dengan cara yang jelas dimengerti dan melibatkan pasien dalam hal ini (*Informed Consent*) (12).

Menurut asumsi peneliti menunjukkan bahwa *site marking* sudah mencapai standar yaitu 100 %. Dalam memberikan penandaan pada pasien yang akan melakukan tindakan operasi belum pernah terjadi kesalahan penandaan ataupun kesalahan dalam melakukan tindakan operasi. Maka dalam *site marking* mutu pelayanan sudah berjalan dengan optimal. Penandaan pada pasien terkadang masih belum dilakukan dokter sehingga ketika ingin dilakukan pembedahan maka perawat akan memberikan dokter dengan tanda.

Berdasarkan hasil observasi faktor penyebab penandaan tersebut tidak dilakukan oleh dokter dikarenakan dokter lupa memberikan tanda pasien yang akan di operasi. Meskipun terjadi kelalaian dalam hal lupa memberikan tanda di poli tetapi hal ini tidak berdampak terhadap mutu karena ketika di ruang rawat inap maka akan dilakukan penandaan dan di ruangan bedah juga dilakukan pengecekan ulang penandaan.

Implementasi Keselamatan Pasien Berdasarkan Risiko Infeksi di RSUD Datu Beru Takengon Aceh Tengah

Berdasarkan ungkapan dari informan tersebut didapatkan hasil bahwa *hand hygiene* sudah terlaksana sesuai dengan SPO yang ada. Bahwa *hand hygiene* sudah dijalankan memenuhi standar 100% paramedis dan staf pegawai sudah menyadari pentingnya *hand hygiene* dan berdasarkan hasil observasi saya mereka sudah benar benar melakukan 6 langkah 5 moment

tersebut serta mereka sudah mengingatkan ke sesama paramedis handrub sudah di letakan di setiap ruangan, dengan begitu memudahkan mereka untuk *hand hygiene*.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Neri tahun 2018 tentang Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman. Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa RSUD Padang Pariaman telah mempunyai pedoman *hand hygiene* sesuai dengan standar WHO. Hal ini merupakan upaya untuk menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan. Namun upaya tersebut belum sepenuhnya berjalan optimal. Dari hasil observasi, masih ada petugas baik medis maupun paramedis yang belum melaksanakan cuci tangan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (5 momen, 6 langkah), termasuk mengedukasi setiap pasien dan keluarga pasien yang di rawat di ruangan rawat inap bedah dan non bedah (10).

Penelitian yang dilakukan oleh Sundoro tahun 2016 tentang Evaluasi Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Sesuai Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Kebijakan dan implementasi pelaksanaan untuk 6 sasaran keselamatan pasien belum sepenuhnya dibuat dan belum dilaksanakan dengan baik karena masih ada yang tidak mematuhi standar, tidak mengetahui aturan, sosialisasi dan motivasi yang kurang serta tidak ada dukungan manajemen. Rekomendasi yang perlu dilakukan adalah manajemen rumah sakit perlu menyusun arah kebijakan dan yang dilengkapi dengan pentahapan sebagai panduan untuk sasaran keselamatan pasien di rumah sakit (17).

Pedoman *hand hygiene* bisa dibaca di kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit. Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO, fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman *hand hygiene* yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di Fasilitas pelayanan Kesehatan (12).

Menurut asumsi peneliti menunjukkan bahwa *hand hygiene* sudah terlaksana sesuai dengan SPO yang ada. Bahwa *hand hygiene* sudah dijalankan memenuhi standar 100% paramedis dan staf pegawai sudah menyadari pentingnya *hand hygiene* dan berdasarkan hasil observasi saya mereka sudah benar benar melakukan 6 langkah 5 moment tersebut serta mereka sudah mengingatkan ke sesama paramedis handrub sudah di letakan di setiap ruangan, dengan begitu memudahkan mereka untuk *hand hygiene*.

Selanjutnya berdasarkan hasil observasi *hand hygiene* sudah dilaksanakan *five moment*, sebelum ketemu pasien atau habis menyentuh pasien serta bersentuhan terhadap cairan tubuh pasien sudah dilaksanakan dengan baik, Rata-rata petugas kesehatan sudah sadar selalu

melaksanakan *hand hygiene* dan selalu terus mengingatkan ke kawan kawan yang lain. Informan menjelaskan bahwa sampai detik ini belum ada hambatan dalam pelaksanaan *hygiene*. Karena pada rumah sakit ini sarana dan prasarana *hand hygiene* sudah sesuai dengan *five moment hand hygiene*. Jadi masalah risiko infeksi, mudah-mudahan sampai sekarang tidak pernah ada kendala sama sekali.

Implementasi Keselamatan Pasien Berdasarkan Risiko Pasien Jatuh

Berdasarkan ungkapan dari informan tersebut didapatkan hasil bahwa ada pasien yang hampir jatuh akibat turun dari tempat tidur menurut pernyataan perawat bahwa mereka sudah mengedukasi pasien agar tidak turun dari tempat tidur namun, pada kenyataannya beberapa pasien tidak mendapatkan informasi mengenai hal tersebut dan seharusnya perawat menjalankan sesuai SPO yaitu mengunjungi setiap jam mengunjungi pasien dan menawarkan untuk ke kamar mandi. Berdasarkan hasil observasi yang peneliti lakukan bahwa fasilitas dalam pelaksanaan pasien berisiko jatuh belum tersedia dengan baik seperti bel yang tidak berfungsi serta *rest trail* yang tidak tersedia. Tetapi untuk pagar pengaman dan pegangan kamar mandi dan stiker sudah tersedia di rumah sakit.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Neri tahun 2018 tentang Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman. Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa perawat tidak melaksanakan asesmen awal, sesmen lanjutan maupun asesmen ulang pada pasien rawat inap yang berisiko jatuh. Hal ini terbukti dalam berkas rekam medis dimana form asesmen risiko jatuh tidak pernah diisi oleh perawat di rawat inap Bedah dan non Bedah. Sarana prasarana untuk mengurangi risiko pasien cedera akibat jatuh di ruang rawat inap Bedah sudah sesuai dengan standar. Di bangsal pasien dan kamar mandi sudah terpasang handrail. Seluruh tempat tidur pasien sudah memiliki besi pengaman dan tersedia segitiga kuning yang digantung di tempat tidur pasien yang berisiko jatuh (10).

Penelitian yang dilakukan oleh Champaca tahun 2017 tentang Pelaksanaan Enam Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat dalam Mencegah *Adverse Event* di Rumah Sakit. Menunjukkan bahwa pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien oleh perawat dalam mencegah *adverse event* berada dalam kategori baik. Diharapkan instansi terkait melengkapi standar prosedur operasional mengenai komunikasi efektif saat melaporkan dan menerima instruksi dari dokter, pemberian tanda dan label untuk keamanan obat dan peningkatan supervisi agar pelaksanaan teknik aseptik menjadi lebih baik (18).

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh. Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan dan fasilitasnya 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 pasien yang berkemungkinan mengkonsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Diperlukan evaluasi terhadap risiko pasien jatuh serta pengambilantindakan guna mengurangi cedera pasien akibat terjatuh di setiap fasilitas layanan kesehatan. Evaluasi yang dilakukan dapat melalui

riwayat jatuh, telah konsumsi obat maupun alkohol, penelitian keseimbangan cara berjalan serta penggunaan alat bantu berjalan milik pasien(12).

Menurut asumsi peneliti menunjukkan bahwa pasien yang beresiko jatuh sudah diidentifikasi saat awal pasien datang di IGD lalu setelah itu di ruang rawat inap akan dilakukan pengkajian ulang dan akan di pasang stiker kuning di *bed* dan di pintu kamar pasien. Dan perlakuan kepada pasien beresiko jatuh tinggi berbeda dengan pasien yang tidak beresiko atau beresiko jatuh rendah. Perawat menyatakan bahwa mereka meng edukasi pasien atau keluarga pasien yang beresiko jatuh tinggi namun menurut pernyataan pasien ia tidak mendapatkan informasi mengenai pencegahan risiko jatuh.

Berdasarkan hasil observasi yang peneliti lakukan bahwa ketika peneliti bertemu dengan pasien beresiko jatuh tinggi pasien tinggi tidak memakai stiker kuning di gelangya namun saat itu juga perawat langsung memasang stiker kuning di gelang untuk di *bed* dan di pintu sudah terpasang stiker berwarna kuning. Maka dari itu peneliti setuju dengan pernyataan pasien yang menyatakan tidak mengetahui tentang pencegahan beresiko jatuh. Pelaksanaan pencegahan resiko jatuh belum berjalan optimal dikarenakan terdapat kendala dalam hal fasilitas yang kurang sehingga dapat menyebabkan kejadian tak diharapkan. Terjadinya insiden risiko jatuh belum dilaporkan kepada pihak PMKP (Peningkatan Mutu Keselamatan Pasien) padahal literatur yang seharusnya insiden apapun harus di laporkan dan akan di evaluasi, hal ini akan berdampak pada mutu pelayanan. Selanjutnya hasil observasi juga menunjukkan bahwa tidak adanya bel di setiap ruangan, sehingga pasien tidak dapat memanggil perawat ketika dibutuhkan serta tidak adanya penyediaan stiker kuning pada gelang pasien sehingga perawat dapat membedakan pasien yang beresiko jatuh.

KESIMPULAN

Kesimpulan penelitian ini adalah pengidentifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat dan risiko infeksi sudah berjalan dengan baik, sedangkan *site marking* dan risiko pasien jatuh belum berjalan dengan baik. Diharapkan dapat menjadi gambaran tentang penerapan keselamatan pasien untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui pencapaian prestasi dari rumah sakit sehingga dapat dijadikan dasar untuk mengambil suatu kebijakan lebih lanjut serta meningkatkan kepuasan dari setiap pasien yang datang.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Bapak/Ibu Rumah Sakit Datu Beru Takengon Aceh Tengah yang telah memberikan kesempatan, tempat, waktu dan memberikan arahan kepada peneliti untuk melakukan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Permenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1691/Menkes/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011.
2. WHO. Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. WHO. 10 Facts on Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2017.

4. Depkes RI. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety) Utamakan Keselamatan Pasien. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2011.
5. Kepmenkes RI. Keputusan No 31A/RSK-BBM/SK/V/2011 tentang Pembentukan Unit Keselamatan Pasien Rumah Sakit (PKRS). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011.
6. Hasibuan M. Manajemen: Dasar, Pengertian, dan Masalah. Edisi Revisi. Jakarta: Bumi Aksara; 2012.
7. Bauw JF. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan Keselamatan Pasien. 2019;1–8.
8. Insani THN. Analisis Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat. J Heal Stud. 2018;2(1):84–95.
9. Notoatmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2014.
10. Neri RA, Lestari Y, Yetti H. Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman. J Kesehat Andalas. 2018;7:48.
11. Keles AW dkk. Analisis Pelaksanaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano Sesuai dengan Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012. Jikmu. 2015;5:250–9.
12. Depkes RI. Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2017.
13. Sahira NA. Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat di RS. J Heal Stud. 2018;2(1):84–95.
14. Sakinah S. Analisis Sasaran Keselamatan Pasien Dilihat dari Aspek Pelaksanaan Identifikasi Pasien dan Keamanan Obat di RS Kepresidenan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. J Kesehat Masy. 2017;5(4):145–52.
15. Manurung D, Sudarsih K, Suraningsih N. Analysis Of The Implementation Of Safety Objectyves Outpatient By The Radiologist In The Radiology Installation Rsud Sunan Kalijaga Demak. J Ilmu dan Teknol Kesehat. 2018;4(2).
16. Larasati A. Studi Literatur : Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit di Indonesia. 2021;1–6.
17. Sundoro T, Rosa EM, Risdiana I. Evaluasi Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Sesuai Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta. 2016;5(1):40–8.
18. Champaca SM. Pelaksanaan Enam Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat dalam Mencegah Adverse Event di Rumah Sakit.