



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA

Jl. Limau II, Kebayoran Baru, Jakarta 12130 Telp. (021) 7208177, 7222886, Fax. (021) 7261226, 7256620
Website : www.uhamka.ac.id; E-mail : info@uhamka.ac.id, uhamka1997@yahoo.co.id

KEPUTUSAN REKTOR
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA
NOMOR : 0986/R/KM/2025

Tentang
PENGANGKATAN DOSEN PEMBIMBING TESIS
MAHASISWA SMT 3 A/ ANGKATAN 36
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA
SEMESTER GASAL TAHUN AKADEMIK 2025/2026

Bismillahirrahmanirrahim

Rektor Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA :

- Menimbang :
- a. Bahwa kegiatan penulisan Tesis bagi mahasiswa adalah satu syarat dalam melaksanakan studi di Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - b. Bahwa sebagaimana konsideran (a), dan dalam rangka penulisan dan bimbingan tesis bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA dipandang perlu mengangkat Dosen Pembimbing Tesis bagi mahasiswa yang telah memenuhi persyaratan dengan Surat Keputusan Rektor.
- Mengingat :
- 1. Undang-undang Nomor 20 tahun 2003 tanggal 8 Juli 2003, tentang Sistem Pendidikan Nasional;
 - 2. Undang-Undang Nomor 12 tentang Pendidikan Tinggi Tahun 2012 tanggal 10 Agustus 2010, tentang Pendidikan Tinggi;
 - 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2005 tanggal 30 Desember 2005, tentang Guru dan Dosen ;
 - 4. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 tanggal 30 Januari 2014, tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
 - 5. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2012 tanggal 17 Januari 2012, tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia;
 - 6. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 44 Tahun 2015 tanggal 21 Desember 2015, tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1952);
 - 7. Keputusan Direktur Jenderal Pendidikan Tinggi Depdikbud Republik Indonesia Nomor 138/DIKTI/Kep/1997 tanggal 30 Mei 1997, tentang Perubahan Bentuk Institut Keguruan dan Ilmu Pendidikan (IKIP) Muhammadiyah Jakarta menjadi Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA;
 - 8. Keputusan Dirjen Dikti : Nomor 3737/D/T/2006 tentang Izin Penyelenggaraan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat;

TERAKREDITASI BAN-PT DENGAN PERINGKAT UNGGUL

Visi : Menjadi prophetic teaching university yang mencerdaskan secara spiritual, intelektual, emosional, dan social untuk mewujudkan peradaban berkemajuan

9. Peraturan Pimpinan Pusat Muhammadiyah Nomor 01/PRN/I.O/B/2012 tentang Majelis Pendidikan Tinggi dan Pedoman Pimpinan Pusat Muhammadiyah Nomor 02/PED/I.O/B/2012 tentang Perguruan Tinggi Muhammadiyah;
10. Ketentuan Majelis Pendidikan Tinggi Pimpinan Pusat Muhammadiyah Nomor 178/KET/I.3/D/2012 tentang Penjabaran Pedoman Pimpinan Pusat Muhammadiyah Nomor 02/PED/I.O/B/2012 tentang Perguruan Tinggi Muhammadiyah;
11. Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah Nomor 66/KEP/I.O/D/2023 tanggal 24 Januari 2023, tentang Penetapan Rektor UHAMKA Masa Jabatan 2023-2027;
12. Statuta Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA tahun 2013;
13. Keputusan Rektor Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA tentang Perbaikan Surat Keputusan Rektor Nomor 530/A.31.01/2012 tentang Pengubahan Nama Program pascasarjana menjadi Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA;
14. Keputusan Rektor Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA Nomor 515/A.01.01/2023 tanggal 30 Mei 2023 tentang Pengangkatan Direktur Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA Masa Jabatan 2023-2027;

Memperhatikan : Kurikulum Operasional bagi Sekolah Pascasarjana Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan Pertama :
- Kedua : Mengangkat Dosen Pembimbing Tesis Mahasiswa Smt 3 A/ Angkatan 35 Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA sebagaimana tercantum dalam daftar lampiran.
- Ketiga : Tugas Dosen Pembimbing adalah :
1. Membimbing dan mengarahkan kegiatan penelitian yang telah disetujui;
 2. Memberikan masukan, arahan dan saran kepada mahasiswa yang berkaitan dengan penulisan dan penyelesaian Tesis.
 3. Menandatangani Tesis yang telah selesai bimbingan untuk segera diadakan ujian tesis.
- Ketiga : Bagi Mahasiswa yang akan melaksanakan pengambilan data penelitian ke lapangan diwajibkan menyeminarkan Proposal Tesis terlebih dahulu dengan ketentuan yang bersangkutan telah memenuhi persyaratan administrasi akademik dan keuangan.
- Keempat : Pelaksanaan Seminar Proposal Tesis ditentukan kemudian setelah mahasiswa yang mendaftar memenuhi jumlah dan syarat yang telah ditentukan.
- Kelima : Seluruh biaya bimbingan dibebankan sepenuhnya kepada mahasiswa sebagaimana dialokasikan khusus untuk itu.
- Keenam : Surat Keputusan ini berlaku selama dua semester sejak tanggal ditetapkan. Jika sampai batas waktu yang telah ditentukan masih ada mahasiswa yang belum melaksanakan Seminar Proposal/Bimbingan Tesis, maka mahasiswa yang bersangkutan mengulang dengan bimbingan baru.
- Ketujuh : Surat Keputusan ini disampaikan kepada pihak-pihak yang bersangkutan untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Delapan

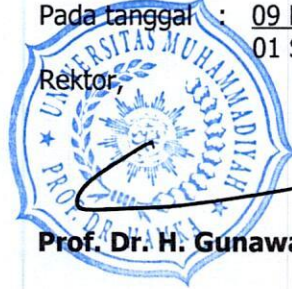
: Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan, maka akan diperbaiki
sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 09 Rabiul Awal 1447 H

01 September 2025 M

Rektor,



Prof. Dr. H. Gunawan Suryoputro, M.Hum.

Salinan Keputusan ini disampaikan kepada Yth :

1. Direktur SPs
 2. Sekretaris Bidang 1 dan 2 SPs
 3. Kaprodi Ilmu Kesehatan Masyarakat SPs
 4. Dosen Pembimbing Ilmu Kesehatan Masyarakat SPs
 5. Mahasiswa Yang Bersangkutan
 6. Arsip
- Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA

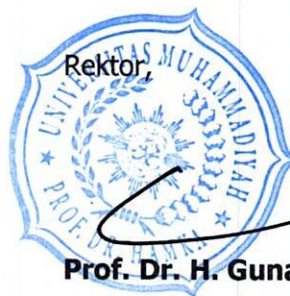
Lampiran 1 SK Rektor
 Nomor : 0986 /R/KEP/2025
 Tanggal : 09 Rabiul Awal 1447 H
 01 September 2025 M

DAFTAR PEMBIMBING TESIS
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH PASCASARJANA UHAMKA
SEMESTER GASAL TAHUN AKADEMIK 2025/2026
ANGKATAN 36

NO	N I M	N A M A	JUDUL TESIS	PEMBIMBING
1.	2409047001	ELVINA ROLIS	Efektivitas terapi akupunktur pada titik GB 33 Xiyangguan, EX-LE 4 Neixiyan dan EX-LE 5 Xiyan dalam menurunkan nyeri lutut	1. Dr. Handayani, S.SiT., M.Kes. 2. Dr. Erlin Listiyaningsih, M.Kes.
2.	2409047002	RIFIA APRIAMI	Analisis Integrasi Sistem Jaminan Halal dan Prosedur K3 dalam Pengelolaan Cold Storage dan Transportasi Darat di PT X	1. Dr. drg. Pradnya Paramita, MARS. 2. drg. Sri Rahayu, M.Kes., Ph.D.
3.	2409047003	ANITA PRISKA PURBA	Analisis Kapasitas Kader Posyandu dalam Penerapan 25 Keterampilan Dasar Upaya Pemberdayaan Berkelanjutan di wilayah kerja Kelurahan Pademangan Kecamatan Pademangan Jakarta Utara	1. Dr. Sarah Handayani, SKM., M.Kes. 2. Dr. drg. Pradnya Paramita, MARS.
4.	2409047004	KARUNIA DWI FEBRI MURFERDIANSYAH	Analisis Risiko Kesehatan Kerja pada Pekerja Mechanical Electrical dalam Proyek Pembangunan Gedung Data Center di Kota X tahun 2025	1. dr. Henny Hanna, Sp., KFR., Ph.D. 2. Dr. Hermawan Saputra, SKM., MARS.
5.	2409047005	NADILA JIHAN TIA AMELIA	Pengaruh Edukasi Gizi terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku konsumsi jajan pada anak SD yang memperoleh program MBG di wilayah X)	1. Helda Khusun, STP., M.Sc., Ph.D. 2. Dr. Sarah Handayani, SKM., M.Kes.
6.	2409047006	ERFITA ANASHA WIRAI DA	Pengaruh Kelas Edukasi dan Pendampingan Gizi terhadap Pengetahuan Gizi, Sikap, Perilaku Makan, Persen Lemak Tubuh dan Status Gizi Atlet Remaja	1. Dr. Ahmad Faridi, S.P., M.KM. 2. Dr. Evindyah Prita Dewi, MARS.
7.	2409047007	DELA AMELIA	fektivitas Teknik Wawancara Motivasi Terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Perubahan Sikap Kesehatan Mulut Pada Ibu Hamil yang Berkunjung ke Puskesmas Kramat Jati	1. Dr. Ipik Muhammad Fikri, SKM., M.Kes. 2. Dr. Hermawan Saputra, SKM., MARS.
8.	2409047008	NANI SISWATI	Faktor Penentu kepatuhan Pemeriksaan HPV DNA Sebagai Deteksi Dini kanker serviks Pada Karyawati RSIJPK	1. Dr. Evindyah Prita Dewi, MARS. 2. Dr. Handayani, S.SiT., M.Kes.
9.	2409047009	SINTA WULANDARI	Evaluasi Kepuasan Pasien terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia	1. Dr. Emma Rachmawati, Dra., M.Kes. 2. Dr. Ipik Muhammad Fikri, SKM., M.Kes.

NO	N I M	N A M A	JUDUL TESIS	PEMBIMBING
10.	2409047010	ANDRYANI	Analisis Budaya Keselamatan Pasien di Klinik X tahun 2025	1. Dr. Emma Rachmawati, Dra., M.Kes. 2. Dr. Hermawan Saputra, SKM., MARS.
11.	2409047011	EUIS NURFITRIYANI	Analisis Pola Hidup Sehat Pada Mahasiswa Prodi Pendidikan Jasmani Kesehatan Dan Rekreasi Angkatan Tahun 2024 Di Lingkungan Kampus STKIP Syekh Manshur Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten	1. Dr. drg. Pradnya Paramita, MARS. 2. Dr. Nurul Huriah Astuti, SKM., M.KM.
12.	2409047012	DESY NEZIA PARAMITHA	Analisis regresi logistik pada anemia remaja putri di sekeloa x	1. Helda Khusun, STP., M.Sc., Ph.D. 2. Dr. Ahmad Faridi, S.P., M.KM.
13.	2409047013	CHYNTIA NURUL ADHA	Analisis kejadian anemia dan kaitannya dengan indeks prestasi kumulatif pada mahasiswi	1. Dr. Ahmad Faridi, S.P., M.KM. 2. Helda Khusun, STP., M.Sc., Ph.D.
14.	2409047014	LUSSY CITRA RESMI	Analisis Faktor yang Mempengaruhi KEK pada WUS di SMK X Kota Bogor	1. Dr. Nurul Huriah Astuti, SKM., M.KM. 2. Dr. Tati Nuryati, SKM., M.Kes.
15.	2409047015	REPIL ANSEN	Pengaruh Kepemimpinan Terhadap Capaian KBK BPJS Kesehatan di Klinik Swasta Jaktim 2024	1. drg. Sri Rahayu, M.Kes., Ph.D. 2. Dr. Emma Rachmawati, Dra., M.Kes.
16.	2409047016	HENNI SARI DEWI H.	pengaruh pelariham 25 ketrampilan kader terhadap layanan Posyandu bidang Kesehatan	1. Dr. Sarah Handayani, SKM., M.Kes. 2. Dr. Nurul Huriah Astuti, SKM., M.KM.
17.	2409047017	RUSMINI REDJEB	Determinan yang mempengaruhi Kepatuhan Calon Pengantin dalam mengkonsumsi Tablet Tambah Darah di Kelurahan Kalibaru Kecamatan Cilincing	1. Dr. Tati Nuryati, SKM., M.Kes. 2. Dr. Handayani, S.SiT., M.Kes.
18.	2409047018	NABILA SYIFA	Pengaruh Konseling Menyusui Menggunakan Media Flash Card Pada Ibu PostPartum Terhadap Keberhasilan Teknik Menyusui Pada Hari 1 s/d 2 PostPartum di RS Budi Kemuliaan	1. Dr. Tati Nuryati, SKM., M.Kes. 2. Helda Khusun, STP., M.Sc., Ph.D.
19	2409047019	RIZKA JULLIENI RAHMADINI	Analisis Perilaku Kepatuhan Penggunaan Thermoluminescent Dosimeter (TLD) pada Pekerja Radioterapi Berdasarkan Theory of Planned Behavior	1. Dr. Erlin Listiyaningsih, M.Kes. 2. dr. Henny Hanna, Sp., KFR., Ph.D.
20	2409047020	IRA MIDHAWATI	eterminan kepatuhan mengkonsumsi Tablet Tambah Darah Remaja Putri di SMK X Berbasis Health Belief Model	1. Dr. Hermawan Saputra, SKM., MARS. 2. Dr. Handayani, S.SiT., M.Kes.
21	2409047021	MOONJIA TYASANTI	Determinan Komersial dan Sosial terhadap Konsumsi Makanan Ultra-Olahan (UPF) pada Mahasiswa FISIP UNDIP Tahun 2025	1. Dr. Nurul Huriah Astuti, SKM., M.KM. 2. Dr. Sarah Handayani, SKM., M.Kes.

NO	N I M	N A M A	JUDUL TESIS	PEMBIMBING
22	2409047022	SUCHI ATIKA WULANDARI	Evaluasi implementasi sistem pelaporan insiden keselamatan pasien dalam pengaruh kendali biaya dan kendali mutu (KMKB) di rsupn dr. Cipto mangunkusumo	1. drg. Sri Rahayu, M.Kes., Ph.D. 2. Dr. Evindyah Prita Dewi, MARS.
23	2409047023	RR. YULIANI HENDRASWARI	Hubungan Oral Hygiene Indeks dengan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada perokok dewasa yang mendapatkan layanan Kesgilut di Pusat Pelayanan Kesehatan Pegawai Prov.DKI Jakarta	1. Dr. Erlin Listiyaningsih, M.Kes. 2. Dr. drg. Pradnya Paramita, MARS.



Rektor,

Prof. Dr. H. Gunawan Suryoputro, M.Hum.

**KEPUTUSAN DIREKTUR
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA**
Nomor: 545/SPs/KM/2026

TENTANG

**PENGANGKATAN PANITIA SEMINAR PROPOSAL TESIS
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA
SEMESTER GENAP TAHUN AKADEMIK 2025/2026**

Bismillahirrahmanirrahim,

DIREKTUR SEKOLAH PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA:

Menimbang : a. Bahwa mahasiswa Program Studi Magister Pendidikan Bahasa Indonesia yang telah menyusun Proposal Tesis Bobot 2 (dua) SKS sesuai Kurikulum Operasional, maka dipandang perlu melaksanakan Seminar Proposal Tesis.

b. Bahwa untuk kelancaran kegiatan seminar sebagaimana dimaksud konsideran a, maka dipandang perlu mengangkat panitia Seminar Proposal Tesis dengan Surat Keputusan Direktur.

Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tanggal 8 Juli 2003, tentang Sistem Pendidikan Nasional;

2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2005 tanggal 30 Desember 2005, tentang Guru dan Dosen;

3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tanggal 10 Agustus 2010, tentang Pendidikan Tinggi;

4. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 tanggal 30 Januari 2014, tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;

5. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2012 tanggal 17 Januari 2012, tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia;

6. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tanggal 24 Januari 2020, tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;

7. Keputusan Direktur Jenderal Pendidikan Tinggi Depdikbud Republik Indonesia Nomor 138/DIKTI/Kep/1997 tanggal 30 Mei 1997, tentang Perubahan Bentuk Institut Keguruan dan Ilmu Pendidikan (IKIP) Muhammadiyah Jakarta menjadi Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA;

8. Keputusan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 3920/D/T/2007 tentang Izin Pembukaan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Magister pada Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA di Jakarta yang diselenggarakan oleh Persyarikatan Muhammadiyah;

9. Pedoman Pimpinan Pusat Muhammadiyah Nomor 02/PED/I.01.13/2012 tanggal 16 April 2012, tentang Perguruan Tinggi Muhammadiyah;

10. Ketentuan Majelis Pendidikan Tinggi Pimpinan Pusat Muhammadiyah Nomor 178/KET/I.3/D/2012, tentang Penjabaran Pedoman Pimpinan Pusat Muhammadiyah Nomor 02/PED/I.0/B/2012, tentang Perguruan Tinggi Muhammadiyah;

11. Peraturan Pimpinan Pusat Muhammadiyah Nomor 01/PRN/I.0/B/2012 tanggal 16 April 2012, tentang Majelis Pendidikan Tinggi;

12. Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah Nomor 66/KEP/I.0/D/2023 tanggal 24 Januari 2023, tentang Penetapan Rektor Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA Masa Jabatan 2023-2027;

Visi : Sekolah Pascasarjana Profetik dalam mendidik sumberdaya manusia yang memiliki kecerdasan spiritual, intelektual, emosional, dan sosial





13. Ketentuan Majelis Pendidikan Tinggi Penelitian dan Pengembangan (DIKTILITBANG) Pimpinan Pusat Muhammadiyah Nomor 0004/KTN/I.3/I/2024 tanggal 09 Sya'ban 1445 H/ 19 Februari 2024 M tentang Perubahan Statuta Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA Tahun 2023;
14. Keputusan Rektor Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA tentang Perbaikan Surat Keputusan Rektor Nomor 530/A.31.01/2012 tentang Pengubahan Nama Program Pascasarjana menjadi Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA;
15. Keputusan Rektor Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA Nomor 515/A.01.01/2023 tanggal 30 Mei 2023 tentang Pengangkatan Direktur Sekolah Pascasarjana UHAMKA Masa Jabatan 2023-2027.

Memperhatikan : Kurikulum Operasional Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana UHAMKA;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan Pertama :** Mengangkat Panitia Seminar Proposal Tesis Program Studi Magister Pendidikan Bahasa Indonesia Sekolah Pascasarjana UHAMKA Semester Genap Tahun Akademik 2025/2026 sebagaimana tercantum dalam lampiran 1 keputusan ini;
- Kedua :** Ketua Program Studi sebagai Sekretaris Panitia mempersiapkan segala sesuatu mengenai pelaksanaan Seminar Proposal Tesis dan Sekretaris Bidang II Sekolah Pascasarjana UHAMKA mengatur masalah keuangan;
- Ketiga :** Ketua Program Studi mengajukan nama-nama mahasiswa yang akan mengikuti Seminar Proposal Tesis paling lambat seminggu atau 7 (tujuh) hari sebelum Seminar dilaksanakan;
- Keempat :** Mahasiswa peserta seminar Proposal Tesis sebagaimana tercantum pada lampiran 2 kolom 4 Surat Keputusan ini;
- Kelima :** Seminar Proposal Tesis dilaksanakan di Kampus Sekolah Pascasarjana UHAMKA oleh penguji pada hari dan tanggal sebagaimana tercantum pada lampiran 2 Surat Keputusan ini;
- Keenam :** Pelaksanaan Seminar Proposal Tesis di Ketuai oleh Direktur, diuji oleh dua orang penguji dan dua orang pembimbing sebagai anggota tim penguji seminar dari masing-masing mahasiswa yang mengikuti Seminar Proposal Tesis;
- Ketujuh :** Peserta Ujian Seminar Proposal Tesis harus memperhatikan dan mematuhi pelaksanaan teknis Ujian Seminar Proposal Tesis yang telah diinformasikan sebagaimana tercantum dalam tata tertib ujian.
- Kedelapan :** Semua biaya yang timbul dengan adanya Seminar Proposal Tesis ini dibebankan pada mahasiswa peserta Ujian Seminar Proposal Tesis yang diatur khusus untuk kepentingan tersebut;
- Kesembilan :** Hasil Seminar Proposal Tesis ditandatangani oleh Direktur dan diumumkan kepada peserta setelah selesai pelaksanaan seminar;
- Kesepuluh :** Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan;
- Kesebelas :** Surat keputusan ini disampaikan kepada pihak-pihak yang terkait untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Visi : Sekolah Pascasarjana Profetik dalam mendidik sumberdaya manusia yang memiliki kecerdasan spiritual, intelektual, emosional, dan sosial



Keduabelas : Apabila dalam keputusan ini terdapat kekeliruan, maka akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Jakarta

Pada tanggal, 22 Syawal 1447 H
10 April 2026 M



Direktur,

Prof. Dr. H. Ade Hikmat, M.Pd.

SALINAN keputusan ini disampaikan kepada yth.:

1. Rektor (sebagai laporan);
2. Sekretaris Bidang I dan II SPs;
3. Ketua Prodi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat SPs;
4. Dosen dan Mahasiswa SPs yang bersangkutan;
5. Arsip SPs.

Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA

Visi : Sekolah Pascasarjana Profetik dalam mendidik sumberdaya manusia yang memiliki kecerdasan spiritual, intelektual, emosional, dan sosial



Lampiran 1 Keputusan Direktur Sekolah Pascasarjana UHAMKA
Nomor : /SPs/KM/2026
Tanggal : 22 Syawal 1447 H/ 10 April 2026 M

**PANITIA UJIAN SEMINAR PROPOSAL TESIS
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA
SEMESTER GENAP TAHUN AKADEMIK 2025/2026**

- Penanggung Jawab : Rektor
Prof. Dr. H. Gunawan Suryoputro, M.Hum.
- Ketua : Direktur Sekolah Pascasarjana
Prof. Dr. H. Ade Hikmat, M.Pd.
- Sekretaris : Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Dr. Sarah Handayani, SKM., M.Kes.
- Anggota Penguji : 1. Dr. Emma Rachmawati, Dra., M.Kes.
2. Dr. Hermawan Saputra, SKM., MARS.
3. Dr. Ahmad Faridi, S.P., M.KM.
4. Dr. Ipik Muhammad Fikri, SKM., M.Kes.
5. Helda Khusun, STP., M.Sc., Ph.D.
6. **Dr. Handayani, S.SiT., M.Kes.**
7. dr. Henny Hanna, Sp.KFR., MARS., Ph.D.
8. drg. Sri Rahayu, M.Kes., Ph.D.
9. Dr. Evindyiah Prita Dewi, SKM., MARS.
- Pelaksana Teknis : 1. Sekretaris Bidang I SPs, Prof. Dr. H. H. Abd. Rahman A. Ghani, M.Pd.
2. Sekretaris Bidang II SPs, Dr. Hj. Ihsana El Khuluqo, M.Pd.
3. Kepala Tata Usaha SPs, Deny Indra Nofendar, S.E.
4. Kasubag Akademik SPs, Nurlaelah, S.KM.
5. Kasubag Keuangan SPs, Enur Nurlaela, S.Kom.
6. Kasubag Umum SPs, Agus Purlianto, A.Md.
7. Staf Sekolah Pascasarjana
Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA



Direktur,

Prof. Dr. H. Ade Hikmat, M.Pd.

Visi : Sekolah Pascasarjana Profetik dalam mendidik sumberdaya manusia yang memiliki kecerdasan spiritual, intelektual, emosional, dan sosial



Lampiran 2 Keputusan Direktur Sekolah Pascasarjana UHAMKA

Nomor : /SPs/KM/2026

Tanggal : 22 Syaawal 1447 H

10 April 2026 M

**DAFTAR NAMA PESERTA, PEMBIMBING DAN PENGUJI SEMINAR PROPOSAL TESIS
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA
SEMESTER GENAP TAHUN AKADEMIK 2025/2026**

Hari, Tanggal : Selasa, 14 April 2026

Tempat : Kampus Buncit Raya Jl. Warung Buncit No. 17 Jakarta Selatan

RUANG 3.05

NO	WAKTU	NIM	NAMA	JUDUL TESIS	PEMBIMBING / PENGUJI	PENGUJI
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
08.00 – 08.30						
PEMBUKAAN DAN PENGARAHAN SEMINAR PROPOSAL TESIS						
1.	09.30 - 10.30	2409047004	KARUNIA DWI FEBRI MURFERDIANSYAH	Analisis Risiko Kesehatan pekerja pada ruang Chiller di proyek pembangunan data centre kota x tahun 2026	1. dr. Henny Hanna, Sp.KFR,, MARS., Ph.D. 2. Dr. Ipik Muhammad Fikri, SKM., M.Kes.	1. drg. Sri Rahayu, M.Kes. Ph.D. 2. Dr. Emma Rachmawati, Dra., M.Kes.
2.	10.30 - 11.30	2409047022	SUCHI ATIKA WULANDARI	Evaluasi Implementasi sistem E-Report insiden keselamatan pasien di RSUPN Cipto Mangunkusuma	1. drg. Sri Rahayu, M.Kes. Ph.D. 2. Dr. Evindyah Prta Dewi, SKM,, MARS.	1. Dr. Ipik Muhammad Fikri, SKM,, M.Kes. 2. Dr. Hermawan Saputra, SKM,, MARS.
3	11.30 - 12.30	2409047006	ERFITA ANASHA WIRAIIDA	Pengaruh pendampingan gizi terhadap pengetahuan gizi, perilaku makan dan status gizi pada olahragawan muda potensial nasional di sekolah olahraga Kemenpora	1. Dr. Ahmad Farid, S.P., M.KM. 2. Dr. Evindyah Prta Dewi, SKM,, MARS.	1. drg. Sri Rahayu, M.Kes. Ph.D. 2. Dr. Emma Rachmawati, Dra., M.Kes.

Visi : Sekolah Pascasarjana Profetik dalam mendidik sumberdaya manusia yang memiliki kecerdasan spiritual, intelektual, emosional, dan sosial





NO	WAKTU	NIM	NAMA	JUDUL TESIS	PEMBIMBING / PENGUJI	PENGUJI
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
12.30 - 13.00						
ISTIRAHAT						
4.	13.00 - 14.00	2409047008	NANI SISWATI	Evaluasi sistem pelaporan Re-asesmen pasien resiko jatuh dengan teori Malkom Baldridge di unit rawat inap RS Islam Jakarta Tahun 2026	1. Dr. Evindyah Prita Dewi, SKM., MARS. 2. Dr. Handayani, S.ST., M.Kes.	1. Dr. Ahmad Faridi, S.P., M.KM. 2. Dr. Ipik Muhammad Fikri, SKM., M.Kes.
5.	14.00 - 15.00	2509049001	ATTI FAJRIATTI	Analisis faktor risiko stunting pada Balita usia 24 - 59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Rangkasbitung Kabupaten Lebak banten Tahun 2026	1. Helda Khusun, STP., M.Sc., Ph.D. 2. Dr. Ahmad Faridi, S.P., M.KM.	1. Dr. Emma Rachmawati, Dra., M.Kes. 2. drg. Sri Rahayu, M.Kes. Ph.D.



Direktur,
Prof. Dr. M. Ade Hikmat, M.Pd.

Visi : Sekolah Pascasarjana Profetik dalam mendidik sumberdaya manusia yang memiliki kecerdasan spiritual, intelektual, emosional, dan sosial



**EVALUASI SISTEM PELAPORAN RE ASESMEN PASIEN RESIKO JATUH
DENGAN TEORI MALCOLM BALDRIGE DI RS ISLAM JAKARTA
PONDOK KOPI TAHUN 2026**

TESIS

Diajukan untuk melengkapi dan memenuhi
persyaratan memperoleh gelar Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh:

NANI SISWATI

NIM : 2409047008



**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH PASCA SARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA
2026**

ABSTRAK

Nani Siswati. *Evaluasi Sistem Pelaporan Re-Asesmen Pasien Risiko Jatuh Menggunakan Kriteria Malcolm Baldrige di RS Islam Jakarta Pondok Kopi Tahun 2026.* Tesis. Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA. 2026.

Abstrak

Latar belakang penelitian ini adalah pentingnya pencegahan insiden pasien jatuh sebagai salah satu indikator utama keselamatan pasien. Capaian kepatuhan pelaporan re-asesmen pasien risiko jatuh di RS Islam Jakarta Pondok Kopi belum mencapai target nasional sebesar 100% secara konsisten, dengan rata-rata kepatuhan sebesar 96% pada tahun 2025. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi sistem pelaporan re-asesmen pasien risiko jatuh secara komprehensif menggunakan Kriteria Malcolm Baldrige.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif dengan pendekatan evaluatif. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen terhadap perawat pelaksana, kepala ruangan, dan Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) yang dipilih menggunakan teknik purposive sampling. Analisis data dilakukan dengan model analisis interaktif Miles dan Huberman melalui tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari aspek struktur (input), rumah sakit telah memiliki komitmen kepemimpinan yang kuat, dukungan kebijakan, serta implementasi sistem rekam medis elektronik (Electronic Medical Record/EMR) yang mendukung pelaporan re-asesmen pasien risiko jatuh. Namun demikian, keterbatasan jumlah sumber daya manusia masih menjadi tantangan dalam pelaksanaan pelayanan. Pada aspek proses, pelaksanaan sistem pelaporan telah didukung oleh sasaran strategis yang jelas, koordinasi antarunit yang baik, serta orientasi pelayanan yang berfokus pada keselamatan pasien. Meskipun demikian, masih ditemukan keterlambatan pengisian data re-asesmen yang dipengaruhi oleh tingginya beban pelayanan langsung kepada pasien. Pada aspek hasil (output), sistem pelaporan menunjukkan kecenderungan yang

positif, ditandai dengan peningkatan kepatuhan pelaporan, pemanfaatan data mutu sebagai dasar evaluasi dan perbaikan, serta keberhasilan mempertahankan kondisi tanpa kejadian cedera fisik akibat pasien jatuh (*zero harm*).

Kesimpulan penelitian ini menunjukkan bahwa sistem pelaporan re-asesmen pasien risiko jatuh di RS Islam Jakarta Pondok Kopi telah berjalan dengan baik dan didukung oleh komitmen organisasi, proses kerja yang terstruktur, serta budaya keselamatan pasien yang terus dikembangkan. Meskipun demikian, optimalisasi pengelolaan sumber daya manusia masih diperlukan untuk meningkatkan ketepatan waktu pelaporan dan menjaga keberlanjutan mutu pelayanan. Disarankan kepada manajemen rumah sakit untuk melakukan penataan kebutuhan tenaga menggunakan metode *Workload Indicators of Staffing Need* (WISN) guna menyeimbangkan beban kerja dan meminimalkan keterlambatan pengisian data re-asesmen.

Kata Kunci: Evaluasi, Re-Asesmen, Risiko Jatuh, Malcolm Baldrige, Keselamatan Pasien.

ABSTRACT

Nani Siswati. *Evaluation of the Fall Risk Patient Reassessment Reporting System Using the Malcolm Baldrige Criteria at RS Islam Jakarta Pondok Kopi in 2026. Thesis. Master of Public Health Program, Graduate School, Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA. 2026.*

Abstract

The background of this study is the importance of preventing patient falls as one of the key indicators of patient safety. Compliance with the fall risk patient reassessment reporting system at RS Islam Jakarta Pondok Kopi has not consistently achieved the national target of 100%, with an average compliance rate of 96% in 2025. This study aimed to comprehensively evaluate the fall risk patient reassessment reporting system using the Malcolm Baldrige Criteria.

This study employed a descriptive qualitative method with an evaluative approach. Data were collected through in-depth interviews, observations, and document reviews involving staff nurses, head nurses, and members of the Quality Improvement and Patient Safety Committee (PMKP), who were selected using purposive sampling. Data were analyzed using the interactive model of Miles and Huberman, consisting of data reduction, data display, and conclusion drawing.

*The findings indicate that, from the structural (input) perspective, the hospital has demonstrated strong leadership commitment, supportive policies, and the implementation of an Electronic Medical Record (EMR) system that facilitates the fall risk patient reassessment reporting process. However, the limited number of human resources remains a challenge in service delivery. From the process perspective, the reporting system has been supported by clear strategic objectives, effective interdepartmental coordination, and a strong focus on patient safety. Nevertheless, delays in documenting reassessment data were still identified, primarily due to the high workload associated with direct patient care. From the outcomes (output) perspective, the reporting system demonstrated positive performance, as reflected by the increasing trend in reporting compliance, the effective utilization of quality data for evaluation and continuous improvement, and the successful maintenance of **zero harm** related to patient falls.*

The study concludes that the fall risk patient reassessment reporting system at RS Islam Jakarta Pondok Kopi has been implemented effectively and is supported by organizational commitment, well-structured work processes, and a continuously developing patient safety culture. However, optimizing human resource management remains necessary to improve the timeliness of reporting and sustain the quality of

healthcare services. It is recommended that hospital management conduct workforce planning using the **Workload Indicators of Staffing Need (WISN)** method to achieve a more balanced workload distribution and minimize delays in reassessment documentation.

Keywords: Evaluation, Reassessment, Fall Risk, Malcolm Baldrige, Patient Safety.

LEMBAR PERSETUJUAN

**EVALUASI SISTEM PELAPORAN RE ASESMEN PASIEN RESIKO JATUH
DENGAN TEORI MALCOLM BALDRIGE DI RS ISLAM JAKARTA
PONDOK KOPI TAHUN 2026**

TESIS

Oleh

NANISISWATI

2409047008

Disetujui untuk diseminarkan

Nama Pembimbing

Tanda Tangan

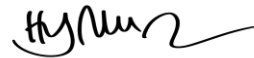
Tanggal

Dr Evindiyah Prita Dewi SKM.MARS
Pembimbing 1



20 Juli 2026

Dr Handayani S.SiT M.Kes
Pembimbing 2



19 Juli 2026

Mengetahui

Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

Sekolah Pascasarjana

Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA

Dr. Sarah Handayani, SKM, M.Kes.

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Tesis yang saya susun sebagai syarat untuk memperoleh gelar Magister dari Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA Jakarta seluruhnya merupakan hasil karya saya sendiri.

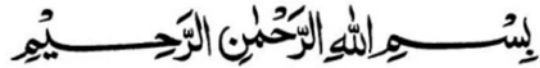
Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan Tesis yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan sumbernya secara jelas sesuai kaidah, norma dan etika penulisan. Apabila dokumen Tesis ini di kemudian hari terbukti merupakan plagiasi dari hasil karya penulis lain dan atau sengaja mengajukan karya atau pendapat yang merupakan hasil karya penulis lain, maka penulis bersedia menerima sanksi akademik dan atau sanksi hukum yang berlaku.

Demikianlah Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk diketahui oleh pihak-pihak yang berkepentingan.

Jakarta, 10 Juli 2026

Nani Siswati

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur kepada Allah swt, yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya kepada saya sehingga dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “**EVALUASI SISTEM PELAPORAN RE ASESMEN PASIEN RESIKO JATUH DENGAN TEORI MALCOLM BALDRIGE DI RS ISLAM JAKARTA PONDOK KOPI TAHUN 2026**” guna memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. UHAMKA Jakarta Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat. Sebagai hamba Allah yang mempunyai keterbatasan dalam segala hal maka dalam proses penyusunan tesis ini tidak terlepas dari berbagai macam kendala dan rintangan yang penulis hadapi, dengan segala kerendahan hati penulis memohon kritik dan saran yang bersifat membangun guna menyempurnakan tesis ini.

Pada kesempatan yang baik ini izinkanlah peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada Rektor beserta jajarannya yang tulus, ikhlas dan penuh kerendahan hati kepada:

1. Prof. Dr. Gunawan Suryoputro. M. Hum., selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Prof. Dr HAMKA.
2. Prof. Dr. Ade Hikmat., M. Pd., selaku Direktur Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA. Jakarta.
3. Dr. Sarah Handayani, SKM, M. Kes., selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA
4. Dr Evindiyah SKM. MARS selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan, dan saran yang membangun dengan tulus dan sabar hingga tesis ini dapat terselesaikan.

5. Dr. Handayani S.SiT M.Kes selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing saya menyusun tesis ini.
6. Direktur RS Islam Jakarta Pondok Kopi beserta jajarannya yang telah memberikan waktu, informasi, kesempatan, kemudahan dan kerjasama yang baik kepada penulis untuk proses pengambilan data primer dan sekunder dalam rangka penyelesaian penelitian ini.
7. Seluruh Dosen Program Studi IKM Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA yang telah rela mengajar dan memberikan ilmunya dengan ikhlas.
8. Seluruh Staf Sekretariat Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof.Dr. HAMKA atas segala pelayanan akademik yang telah diberikan dengan luar biasa.
9. Ucapan terima kasih juga saya ucapkan kepada seluruh Dosen dan staf program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Uhamka.
10. Orang tua, Suami dan anak-anak terimakasih atas doa dan dukungannya kepada penulis.
11. Sahabat dan teman-teman seperjuangan yang telah banyak memberikan bantuan serta saran untuk kelancaran penyusunan tesis ini.

Akhir kata peneliti mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak, semoga Allah swt dapat membalas semuanya. Peneliti berharap tesis ini kiranya dapat memberikan sumbangsih sebagai pengembangan ilmu pengetahuan.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatu

Jakarta, 15 Juli 2026

Nani Siswati

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
<i>ABSTRACT</i>	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	vi
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SINGKATAN.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Masalah Penelitian	9
1. Fokus Penelitian	9
2. Ruang Lingkup Penelitian	10
3. Perumusan Masalah.....	10
C. Kegunaan Hasil Penelitian	11
1. Bagi Institusi Rumah Sakit.....	11
2. Bagi Kampus Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA	11
3. Bagi Peneliti	12

4. Bagi Masyarakat	12
BAB II KAJIAN TEORI.....	13
A. Kriteria Malcolm Baldrige	13
1. Tujuan dan prinsip Baldrige di pelayanan Kesehatan	13
2. Kriteria Baldrige	14
B. Mutu Pelayanan Kesehatan (Donabedian)	17
1. Struktur (<i>Structure</i>)	17
2. Proses (<i>Process</i>).....	18
3. Hasil (<i>Outcome</i>).....	19
C. Integrasi Model Donabedian dan Sistem Pelaporan Kesehatan dan Kriteria Malcolm Baldrige	19
D. Keselamatan Pasien.....	20
E. Risiko Jatuh dan Re-Asesmen	21
1. Instrumen Asesmen Risiko Jatuh	21
2. Skala Morse untuk Pasien Dewasa	22
3. Humpty Dumpty Scale untuk Pasien Anak	22
4. Re-Asesmen Risiko Jatuh.....	23
F. Sistem Pelaporan Kesehatan	25
G. Penelitian Yang Relevan.....	28
1. Sintesis Literatur	32
H. Kerangka Pikir	33
1. Kerangka Teori	33
2. Kerangka Berfikir Pendekatan Kualitatif	33

3. Alur Proses Kualitatif.....	35
I. Sinopsis.....	36
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	37
A. Tujuan Penelitian.....	37
1. Tujuan Umum	37
2. Tujuan Khusus.....	37
B. Tempat dan Waktu Penelitian	37
1. Tempat Penelitian	37
2. Waktu Penelitian	38
C. Metode Penelitian	38
D. Informan Penelitian	40
E. Definisi Istilah	42
F. Teknik dan Instrumen Penelitian	45
G. Teknik Pengolahan Data	47
H. Pemeriksaan Keabsahan Data	48
I. Analisis Data.....	49
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	51
A. Gambaran Umum Tempat Penelitian	51
B. Hasil Penelitian	53
1. Analisis Capaian Kepatuhan Sistem Pelaporan Re-Asesmen Risiko Jatuh Berdasarkan Unit Kerja	53
2. Aspek Struktur (Input).....	55
3. Aspek Proses	95

4. Aspek Output	135
5. Rekapitulasi Tanggapan Responden Terhadap Asesmen Sistem Pelaporan 168	
C. Pembahasan	168
1. Aspek Struktur	168
2. Aspek Proses	171
3. Aspek Output	172
BAB V KESIMPULAN, IMPLIKASI, DAN SARAN	174
A. Kesimpulan	174
B. Implikasi	175
C. Saran.....	176
DAFTAR PUSTAKA.....	178

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Capaian INM Ruang Rawat Inap Tahun 2024-2025.....	7
Tabel 2. 1 Penelitian yang relevan	28
Tabel 3. 1 Gantt Chart Aktivitas Penelitian	38
Tabel 3. 2 Definisi Istilah	42
Tabel 4. 1 Uraian Tentang RS Islam Jakarta Pondok Kopi.....	53
Tabel 4. 2 Capaian Kepatuhan Sistem Pelaporan Re-Asesmen Risiko Jatuh Berdasarkan Unit Kerja.....	54
Tabel 4. 3 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 1 Kepemimpinan di Unit A1	56
Tabel 4. 4 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 1 Kepemimpinan di Unit A2	59
Tabel 4. 5 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 1 Kepemimpinan di Unit B1	63
Tabel 4. 6 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 1 Kepemimpinan di Unit B2	66
Tabel 4. 7 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 5 Fokus Pada Tenaga Kerja (SDM) di Unit A1	70
Tabel 4. 8 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 5 Fokus Pada Tenaga Kerja (SDM) di Unit A2	73
Tabel 4. 9 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 5 Fokus Pada Tenaga Kerja (SDM) di Unit B1	76
Tabel 4. 10 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 5 Fokus Pada Tenaga Kerja (SDM) di Unit B2	79
Tabel 4. 11 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 4 Pengukuran, Analisis dan Manajemen Pengetahuan di Unit A1	83
Tabel 4. 12 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 4 Pengukuran, Analisis dan Manajemen Pengetahuan di Unit A2	86
Tabel 4. 13 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 4 Pengukuran, Analisis dan Manajemen Pengetahuan di Unit B1	89

Tabel 4. 14 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 4 Pengukuran, Analisis dan Manajemen Pengetahuan di Unit B2	92
Tabel 4. 15 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 2 Perencanaan Strategis di Unit A1 ..	95
Tabel 4. 16 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 4 Kriteria 2 Perencanaan Strategis di Unit A2	98
Tabel 4. 17 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 2 Perencanaan Strategis di Unit B1	101
Tabel 4. 18 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 2 Perencanaan Strategis di Unit B2	104
Tabel 4. 19 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 6 Manajemen Proses di Unit A1	108
Tabel 4. 20 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 6 Manajemen Proses di Unit A2	111
Tabel 4. 21 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 6 Manajemen Proses di Unit B1	115
Tabel 4. 22 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 6 Manajemen Proses di Unit B2	119
Tabel 4. 23 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 3 Fokus Pada Paisein di Unit A1	123
Tabel 4. 24 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 3 Fokus Pada Paisein di Unit A2	126
Tabel 4. 25 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 3 Fokus Pada Paisein di Unit B1	129
Tabel 4. 26 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 3 Fokus Pada Paisein di Unit B2	132
Tabel 4. 27 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 7 Hasil / Sistem Pelaporan Re-Asesmen Risiko di Unit A1	135
Tabel 4. 28 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 7 Hasil / Sistem Pelaporan Re-Asesmen Risiko di Unit A2	139
Tabel 4. 29 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 7 Hasil / Sistem Pelaporan Re-Asesmen Risiko di Unit B1	142
Tabel 4. 30 Instrumen Evaluasi untuk Kriteria 7 Hasil / Sistem Pelaporan Re-Asesmen Risiko di Unit B2	146
Tabel 4. 31 Rekapitulasi Tanggapan Responden Terhadap Asesmen Sistem Pelaporan	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1 Grafik Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh, Mutu Fasyankes Tahun 2025	5
Gambar 1. 2 Grafik Perbandingan Capaian Indikator Kepatuhan Re asesmen Resiko Jatuh di tahun 2024-2025	6
Gambar 2. 1 Kerangka Teori	33
Gambar 2. 2 Alur Proses Kualitatif	35
Gambar 3. 1 Pemetaan Informan Penelitian.....	40
Gambar 4. 1 Gedung RS Islam Jakarta Pondok Kopi.....	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Etik Penelitian.....	180
Lampiran 2. Surat Izin Penelitian	181
Lampiran 3. Lembar Persetujuan Informan	182
Lampiran 4. Rancangan Instrumen Monitoring dan Evaluasi.....	183
Lampiran 5. Lembar Checklist Penelitian	192
Lampiran 6. Pedoman Wawancara	195
Lampiran 7. Mantriks Wawancara	197
Lampiran 8. Hasil Lembar Checklist Penelitian.....	260
Lampiran 9. Dokumentasi Penelitian.....	262

DAFTAR SINGKATAN

AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality
HDFS	: Humpty Dumpty Fall Scale
INM	: Indikator Nasional Mutu
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
PMKP	: Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
RSIJPk	: Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi
SDM	: Sumber Daya Manusia
SIMRS	: Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
SOP	: Standar Operasional Prosedur
WHO	: World Health Organization

DAFTAR PUSTAKA

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). *Preventing falls in hospitals*. AHRQ.
- Alamin, Z., & Mu'min, M. A. (2025). Analisis keamanan jaringan pada sistem kendali jarak jauh untuk infrastruktur kritis. *Jurnal Pengembangan Sains dan Teknologi*, 1(1), 25-41.
- Az-zahra, S., Nugroho, T., Arnanto, A., & Wahyuni, W. (2025). Evaluasi Aplikasi Pemantauan Berkas untuk Modernisasi Layanan dan Penerbitan Dokumen Elektronik di Bidang Pertanahan. *Widya Bhumi*, 5(2), 187-205.
- Baldrige Performance Excellence Program. (2021). *Baldrige excellence framework: Health care*. NIST.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Ellen, P. (2025). *Tantangan dan Peluang Implementasi Rekam Medis Elektronik dalam Pemantauan dan Pengambilan Keputusan yang Efektif Pada Pengendalian Penyakit TB Paru: Studi Kasus di Rumah Sakit Urip Sumoharjo Bandar Lampung*. Universitas Lampung.
- Handi, D., dkk (2024). Penerapan asesmen risiko jatuh berbasis fall morse scale pada pasien chronic kidney disease. *Jurnal Kesehatan Tambusai*.
- Hill-Rodriguez, D., Messmer, P. R., Williams, P. D., Zeller, R. A., Williams, A. R., Wood, M., & Henry, M. (2009). The Humpty Dumpty Falls Scale: A case-control study. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(1), 22–32.
- Joint Commission International. (2021). *Joint Commission International accreditation standards for hospitals* (7th ed.). JCI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien*.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Mangindara, S. K. M., Suci Rahmadani, S. K. M., & Sri Devi, S. K. (2022). *Manajemen jaminan mutu kesehatan*. Feniks Muda Sejahtera.
- Melinda A.R (2025) Analisis faktor upaya pencegahan insiden pasien jatuh di rumah sakit : literature review. *Jurnal Kesehatan Tambusai*.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). Sage Publications

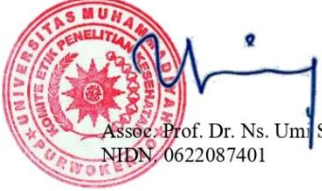
- Morse, J. M. (2009). *Preventing patient falls*. Springer Publishing Company.
- Hendrich, A. (2007). *Inpatient falls: Lessons from the field*. Patient Safety & Quality Healthcare.
- Oliver, D., Daly, F., Martin, F. C., & McMurdo, M. E. T. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients. *Age and Ageing*, 33(2), 122–130.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Ritchie, J., & Spencer, L. (2002). Qualitative data analysis for applied policy research. In A. Huberman & M. Miles (Eds.), *The qualitative researcher's companion* (pp. 305–329). SAGE Publications.
- Ronald, R., Nurfitriani, N., Siswati, S., Salim, N. A., Arifah, N., & Sari, H. P. (2024). Pengantar Manajemen Rumah Sakit: Panduan Komprehensif. *REPOSITORI KAKINAAN*.
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156–165.
- Sari, Y., dkk (2023). Analisis faktor upaya pencegahan insiden pasien jatuh di rumah sakit. *Jurnal Kesehatan Terpadu*.
- Sirait, H. (2022). Organisasi dan Manajemen.
- Siswanto, N., Hapsari, D. C., Astuti, N. A. M., Kep, M., Pebriani, N. E., Kep, M., ... & Kusumaningrum, P. R. (2026). *MANAJEMEN KEPERAWATAN DIGITAL*. CV Rey Media Grafika.
- Sugiyono. (2020). *Metode penelitian kombinasi (mixed methods)*. Alfabeta.
- Malcolm Baldrige National Quality Award. (2019). *Baldrige excellence framework: Health care*. National Institute of Standards and Technology.
- Susanto, A., Sani Fitriyani, A., SKM, M., Sali Setiatin, S., M MRS, C. P. S., Tri Moedji Hartiningsih, A., ... & Josep Kristian Lubis, S. K. (2025). *Administrasi Rumah Sakit: Teori dan Praktik Manajerial*. PT Bukuloka Literasi Bangsa.
- WHO. Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- World Health Organization. (2017). *Patient safety: Making health care safer*.
- World Health Organization. (2017). Patient safety: Making health care safer. WHO.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Etik Penelitian

	UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PURWOKERTO KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ IZIN ETIK PENELITIAN Nomor Registrasi: KEPK/UMP/80/VI/2026 Judul Penelitian : EVALUASI SISTEM PELAPORAN RE ASESMEN PASIEN RESIKO JATUH DENGAN TEORI MALCOM BALDRIDGE DI RS ISLAM JAKARTA PONDOK KOPI TAHUN 2026 Dokumen : 1. Study Protocol Penerimaan : 2. Informasi Subyek 3. Informed Consent Peneliti Utama : NANI SISWATI Pembimbing/ Supervisor : 1. Dr. Evindiyah Prita Dewi, SKM., MARS 2. Dr. Handayani, S.SiT. M.Kes Tanggal : 9 Juni 2026 Penerimaan Lokasi Penelitian : RS ISLAM JAKARTA PONDOK KOPI Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto (KEPK-UMP) telah memeriksa rancangan penelitian terkait berdasarkan prinsip-prinsip <i>ethical research</i>, oleh karena itu dapat diakui kebenarannya. Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto (KEPK-UMP) berhak melakukan monitoring terhadap aktivitas penelitian kapan saja diperlukan. Keputusan investigasi: ☒ Final Complete	Kampus Ahmad Dahlan Jl. K.H. Ahmad Dahlan P.O. Box 202 Purwokerto 53182 Telp. 0281- 636751, 630463 Fax. 0281- 637239 Kampus Soepardjo Roestam Jl. Letjen Soepardjo Roestam P.O. Box 229 Purwokerto 53181 Telp. 0281- 6844252, 6844253 Fax. 0281- 6844253
---	---	--

Ketua


Assoc. Prof. Dr. Ns. Umi Solikhah
NIDN. 0622087401

Lampiran 2. Surat Izin Penelitian

 Uhamka SEKOLAH PASCASARJANA		<i>Integrity, Trust, Compassion</i> sps.uhamka.ac.id	
Nomor	: 861 /B.04.02/2026	4	Muharram 1448 H
Lampiran	: -	19	Juni 2026 M
Perihal	: Izin Penelitian		

Yang terhormat,
Direktur RS Islam Jakarta Pondok Kopi
Jln. Pd. Kopi Raya, RT.2/RW.1, Kec. Duren Sawit
Kota. Jakarta Timur, DKI Jakarta, 13460.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,

Pimpinan Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA mohon kepada Bapak/Ibu kiranya berkenan memberikan izin penelitian kepada mahasiswa kami:

Na m a	: Nani Siswati
NIM	: 2409047008
Program Studi	: Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jenjang Pendidikan	: Strata Dua (S2)
Semester	: Genap
Tahun Akademik	: 2025/2026

yang bersangkutan bermaksud untuk memperoleh data dalam rangka menyusun tesis sebagai salah satu syarat penyelesaian Studi Magister di Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA dengan judul :
"Evaluasi Sistem Pelaporan Re – Asesmen Pasien Resiko Jatuh dengan Teori Malcom Baldrige di RS Islam Jakarta Pondok Kopi".

Demikian permohonan ini kami sampaikan. Atas perhatian dan perkenan Bapak/Ibu kami menyampaikan terima kasih.

Wabillahirraufiq wal hidayah,
Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh


Direktur
Kebudayaan dan Prodi IKM
Dr. Sarah Handayani, S.KM., M.Kes.

Tembusan Yth :
Direktur (sebagai laporan)

Visi : Sekolah Pascasarjana Profetik dalam mendidik sumberdaya manusia yang memiliki kecerdasan spiritual, intelektual, emosional, dan sosial

SEKOLAH PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA	Jl. Warung Buncit Raya No. 17, Pancoran. 12740. Jakarta Selatan	Telp 021-79184363 Email sekolahpascasarjana@uhamka.ac.id @spuhamka	
---	--	--	---

Lampiran 3. Lembar Persetujuan Informan

LEMBAR PERSETUJUAN INFORMAN
(INFORMED CONSENT)

Dengan memahami penjelasan secara rinci mengenai penelitian “Evaluasi Sistem Pelaporan ReAsesmen Pasien Resiko Jatuh Dengan Teori Malcom Baldrige Di Rs Islam Jakarta Pondok Kopi Tahun 2026”, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Jabatan :

Maka saya menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa ada paksaan dan secara sukarela. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Jakarta, 2026



Informan Peneliti

Lampiran 4. Rancangan Instrumen Monitoring dan Evaluasi

**RANCANGAN INSTRUMEN MONITORING DAN EVALUASI
KEPATUHAN PERAWAT MELAKUKAN ASESMEN RESIKO JATUH
(BERDASARKAN 7 KRITERIA MALCOM BALDRIGE)**

RESPONDEN :

- 1. MANAJEMEN**
- 2. KETUA PMKP**
- 3. KEPALA RUANGAN**
- 4. PENANGGUNG JAWAB PELAPORAN MUTU UNIT**
- 5. KATIM**
- 6. PELAKSANA**

INDIKATOR EVALUASI

- 1. Kepemimpinan**
- 2. Kapasitas SDM**
- 3. Pengukuran, Analisis, manajemen Pengetahuan**
- 4. Perencanaan Strategis**
- 5. Fokus Pada Pelanggan**
- 6. Manajemen Proses**
- 7. Sistem Pelaporan Re- Assesmen**

PANDUAN WAWANCARA

Kepemimpinan	Perencanaan Strategis	Fokus Pasien	Analisis & Manajemen Pengetahuan	Fokus SDM	Manajemen Proses	Hasil
Kepemimpinan berjalan konsisten, ada monitoring dan evaluasi	Program jelas, target dan tindak lanjut tersedia	Pelayanan berorientasi pada kebutuhan pasien	Data dikumpulkan, dianalisis, dan digunakan sebagai dasar perbaikan	SDM memperoleh pembinaan, pelatihan, dan dukungan	Proses sesuai SPO dan dilaksanakan secara konsisten	Target tercapai atau menunjukkan peningkatan
Pengarahan sudah ada tetapi belum konsisten	Program ada tetapi belum optimal	Sebagian kebutuhan pasien telah diperhatikan	Data dikumpulkan tetapi belum dimanfaatkan secara optimal	Pembinaan dilakukan namun belum merata	Proses berjalan tetapi belum konsisten	Hasil belum mencapai target secara konsisten
Tidak ada pengarahan atau pengawasan	Tidak ada perencanaan	Pelayanan belum berorientasi pada pasien	Data tidak dianalisis atau tidak dimanfaatkan	Tidak ada pembinaan SDM	Proses tidak sesuai SPO atau tidak berjalan	Target tidak tercapai dan tidak ada evaluasi

KRITERIA 1; KEPEMIMPINAN

Informan :

Manajemen, Ketua PMKP, Kepala Ruangan

Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai Berdasarkan Evaluasi ADLI
Bagaimana pimpinan menunjukkan komitmen terhadap pelaksanaan re-asesmen risiko jatuh?	Approach : Menilai bagaimana pemimpin menetapkan arah, visi ,misi, nilai & komitmen pelaksanaan Re – asesmen Risiko Jatuh
Bagaimana pimpinan mensosialisasikan kebijakan re-asesmen risiko jatuh kepada staf?	Deployment : Menilai bagaimana kebijakan di sebarluaskan, di komunikasikan dan di terapkan pada seluruh staf
Bagaimana pimpinan melakukan monitoring terhadap kepatuhan re-asesmen risiko jatuh?	Learning : Menilai bagaimana pimpinan memantau, mengevaluasi hasil,dan menggunakan data untuk pembelajaran dan perbaikan
Bagaimana tindak lanjut pimpinan apabila ditemukan ketidakpatuhan pelaporan?	Learning : menilai bagaimana pimpinan menindak lanjuti hasil evaluasi dan ketidakpatuhan sebagai bagian dari proses pembelajaran
Bagaimana pimpinan membangun budaya keselamatan pasien terkait risiko jatuh?	Integration: menilai bagaimana pimpinan mengintegrasikan nilai keselamatan

Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai Berdasarkan Evaluasi ADLI
	pasien dalam budaya organisasi , system kerja dan praktik sehari2

KRITERIA 2 : PERENCANAAN STRATEGIS

Informan :

Manajemen, PMKP, Kepala Ruangan

Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai Berdasarkan Evaluasi ADLI
Apakah terdapat program kerja terkait pencegahan pasien jatuh?	Approach : Menggali apakah rumah sakit telah memiliki pendekatan, program, kebijakan, atau rencana yang sistematis dalam pencegahan pasien jatuh.
Apakah target kepatuhan re-asesmen risiko jatuh telah ditetapkan?	Approach : Menggali adanya sasaran, indikator mutu, dan target yang ditetapkan sebagai bagian dari perencanaan organisasi.
Bagaimana strategi mencapai target tersebut?	Deployment : Menilai bagaimana program dan target diimplementasikan kepada seluruh unit melalui sosialisasi, pelatihan, supervisi, monitoring, dan pelaksanaan di lapangan.
Apakah hasil evaluasi digunakan untuk penyusunan program berikutnya?	Learning : Menggali apakah hasil monitoring dan evaluasi dimanfaatkan sebagai pembelajaran untuk melakukan perbaikan berkelanjutan (continuous improvement).

Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai Berdasarkan Evaluasi ADLI

KRITERIA 3 : FOKUS PADA PASIEN

Informan :

Kepala Ruangan, Katim, Pelaksana

Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai Berdasarkan Evaluasi ADLI
Bagaimana pelaksanaan edukasi risiko jatuh kepada pasien dan keluarga?	Deployment Menilai bagaimana edukasi yang telah direncanakan benar-benar diterapkan kepada pasien dan keluarga di lapangan.
Apakah kebutuhan pasien diperhatikan dalam pencegahan risiko jatuh?	Approach Menggali apakah rumah sakit memiliki pendekatan yang berpusat pada kebutuhan pasien dalam merancang pencegahan risiko jatuh.
Apakah pasien atau keluarga dilibatkan dalam upaya pencegahan jatuh?	Deployment Menilai sejauh mana keterlibatan pasien dan keluarga telah diimplementasikan dalam proses pelayanan.
Bagaimana tindak lanjut terhadap keluhan terkait keselamatan pasien?	Learning Menggali apakah keluhan pasien digunakan sebagai pembelajaran dan

Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai Berdasarkan Evaluasi ADLI
	dasar perbaikan pelayanan secara berkelanjutan.

KRITERIA 4: PENGUKURAN, ANALISIS DAN MANAJEMEN PENGETAHUAN

Informan :

PMKP, PJ Mutu Unit, Kepala Ruangan

Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai dengan Kriteria ADLI
Bagaimana cara mengukur kepatuhan re-asesmen risiko jatuh?	Approach Menggali metode atau sistem yang digunakan rumah sakit dalam mengukur kepatuhan, misalnya indikator mutu, audit, atau checklist.
Apakah data kepatuhan dianalisis secara berkala?	Deployment Menilai apakah proses analisis data telah dilaksanakan secara rutin dan konsisten di seluruh unit.
Bagaimana hasil analisis disampaikan kepada staf?	Integration Menilai bagaimana informasi hasil analisis dikomunikasikan dan dimanfaatkan oleh seluruh unit sebagai bagian dari sistem manajemen.
Bagaimana hasil pelaporan indikator mutu risiko jatuh dimanfaatkan untuk evaluasi dan perbaikan pelayanan	Learning Menggali apakah hasil pelaporan digunakan sebagai dasar evaluasi dan

Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai dengan Kriteria ADLI
	perbaikan berkelanjutan terhadap mutu pelayanan.

KRITERIA 5 : FOKUS PADA TENAGA KERJA (SDM)

Informan :

Manajemen, Kepala Ruangan, Katim, Pelaksana

Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai dengan Kriteria ADLI
Bagaimana rumah sakit merencanakan dan menyelenggarakan pelatihan terkait re-asesmen risiko jatuh bagi petugas?	Approach Menggali apakah rumah sakit memiliki pendekatan yang sistematis dalam meningkatkan kompetensi SDM melalui pendidikan dan pelatihan.
Bagaimana tingkat pemahaman petugas terhadap pelaksanaan re-asesmen risiko jatuh setelah mengikuti pelatihan atau sosialisasi?	Deployment Menilai sejauh mana pelatihan dan pembinaan telah diterapkan sehingga meningkatkan pemahaman petugas dalam praktik.
Apakah jumlah tenaga mencukupi untuk pelaksanaan asesmen?	Integration Menilai apakah perencanaan dan pengelolaan SDM telah terintegrasi dengan kebutuhan pelayanan sehingga mendukung pelaksanaan re-asesmen.
Bagaimana motivasi petugas dalam melakukan pelaporan?	Learning Menggali bagaimana organisasi membangun motivasi serta melakukan evaluasi dan perbaikan berkelanjutan terhadap keterlibatan SDM dalam pelaporan.

KRITERIA 6 : MANAJEMEN PROSES

Informan :

PMKP, Kepala Ruangan, Katim, Pelaksana

Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai dengan Kriteria ADLI
Apakah rumah sakit memiliki SPO atau pedoman yang mengatur pelaksanaan re-asesmen risiko jatuh?	Approach Menggali apakah rumah sakit telah memiliki pendekatan yang sistematis berupa SPO, kebijakan, dan pedoman pelaksanaan re-asesmen risiko jatuh.
Bagaimana kesesuaian pelaksanaan re-asesmen risiko jatuh dengan SPO yang telah ditetapkan?	Deployment Menilai sejauh mana SPO diterapkan secara konsisten oleh petugas dalam pelayanan sehari-hari.
Apakah proses re-asesmen terdokumentasi dengan baik?	Deployment Menggali implementasi proses dokumentasi sebagai bagian dari pelaksanaan SPO.
Bagaimana mekanisme pelaporan jika ditemukan pasien berisiko tinggi jatuh?	Integration Menilai apakah mekanisme pelaporan telah terintegrasi dengan alur pelayanan, koordinasi antarprofesi, dan sistem manajemen rumah sakit.
Hambatan apa yang sering ditemukan dalam pelaksanaan re-asesmen dan pelaporan risiko jatuh? Bagaimana upaya perbaikannya?	Learning Menggali kendala yang dihadapi serta bagaimana organisasi belajar dari hambatan tersebut untuk melakukan perbaikan proses.

KRITERIA 7 : HASIL / SISTEM PELAPORAN RE-ASESMEN RISIKO

Informan :

PMKP, PJ Mutu Unit, Kepala Ruangan

Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai dengan Kriteria LETCI
Bagaimana capaian kepatuhan pelaporan re-asesmen risiko jatuh selama ini?	Levels Menggali tingkat capaian atau hasil kinerja yang telah dicapai rumah sakit.
Apakah terjadi peningkatan kepatuhan dalam 1 tahun terakhir?	Trends Menilai kecenderungan peningkatan atau penurunan kinerja dari waktu ke waktu.
Apakah data pelaporan dimanfaatkan untuk perbaikan mutu?	Integration Menilai apakah hasil pengukuran digunakan dalam pengambilan keputusan dan perbaikan mutu organisasi.
Bagaimana tren kejadian pasien jatuh di unit pelayanan?	Trends Menggali perkembangan angka kejadian pasien jatuh dari periode ke periode.
Apakah sistem pelaporan saat ini sudah efektif?	Levels Menilai tingkat efektivitas sistem pelaporan berdasarkan hasil yang telah dicapai.

Lampiran 5. Lembar Checklist Penelitian

LEMBAR CHECKLIST PENELITIAN

Evaluasi Sistem Pelaporan Re-Asesmen Risiko Jatuh

Lembar Checklist Telaah Dokumen

No	Aspek yang Diobservasi	Kategori
----	------------------------	----------

1	Tersedia SOP re-asesmen risiko jatuh di unit	☐ Ada ☐ Tidak
2	SPO di baca dan di laksanakan	☐ Ada ☐ Tidak
3	Bukti Sosialisasi petugas terkait, isi SPO dan Lokasi penyimpanan	☐ Ada ☐ Tidak
4	Petugas melakukan re-asesmen sesuai jadwal shift nya	☐ Ada ☐ Tidak
5	Formulir re-asesmen diisi lengkap	☐ Ada ☐ Tidak
6	Ketepatan menilai re -asesmen risiko jatuh	☐ Ada ☐ Tidak
7	Terdapat bukti tanda tangan/verifikasi petugas	☐ Ada ☐ Tidak
8	Terdapat monitoring oleh kepala ruangan	☐ Ada ☐ Tidak
9	Hasil re-asesmen ditindaklanjuti	☐ Ada ☐ Tidak
10	Edukasi pencegahan risiko jatuh diberikan kepada pasien/keluarga	☐ Ada ☐ Tidak
11	Dokumentasi tersimpan rapi dalam rekam medis / sistem elektronik	☐ Ada ☐ Tidak

Keterangan: Beri tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai dan tambahkan catatan bila diperlukan.

No	Dokumen yang Ditelaah	Kategori
12	Laporan audit re-asesmen risiko jatuh	☐ Ada ☐ Tidak
13	Rekapitulasi kepatuhan pengisian re-asesmen	☐ Ada ☐ Tidak
14	Data kejadian pasien jatuh (insiden report)	☐ Ada ☐ Tidak

Keterangan: Beri tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai dan tambahkan catatan bila diperlukan.

Lampiran 6. Pedoman Wawancara

PANDUAN WAWANCARA INFORMAN UTAMA (PERAWAT PELAKSANA)

Fokus:

Pelaksanaan Re-Asesmen, Pengisian Formulir, Hambatan Pelaporan, dan Kepatuhan terhadap SPO

Pertanyaan Wawancara (Terbuka)	Poin yang Dinilai	Probe (Pendalaman)
Dapatkah Anda menjelaskan bagaimana pelaksanaan re-asesmen risiko jatuh pada pasien di ruangan ini?	Pelaksanaan Re-Asesmen	Dapat diceritakan tahapan pelaksanaannya?
Kapan dan dalam kondisi apa Anda melakukan re-asesmen risiko jatuh pada pasien?	Ketepatan Pelaksanaan	Apakah ada kondisi tertentu yang mengharuskan re-asesmen dilakukan?
Bagaimana langkah-langkah yang Anda lakukan saat melakukan re-asesmen risiko jatuh?	Kesesuaian Proses	Apakah langkah tersebut sudah sesuai SPO?
Bagaimana proses pengisian formulir atau dokumentasi re-asesmen risiko jatuh yang selama ini Anda lakukan?	Dokumentasi	Bagian mana yang paling sering diisi atau terlewat?
Apakah terdapat kesulitan dalam pengisian formulir re-asesmen?	Kemudahan Dokumentasi	Apa penyebab kesulitan tersebut?
Bagaimana cara Anda memastikan bahwa formulir telah terisi lengkap dan benar?	Kelengkapan Dokumentasi	Apakah ada proses pengecekan ulang?
Kendala apa saja yang sering Anda hadapi dalam pelaksanaan re-asesmen risiko jatuh?	Hambatan Pelaksanaan	Hambatan mana yang paling sering terjadi?
Bagaimana pengaruh beban kerja atau jumlah pasien terhadap pelaksanaan re-asesmen dan pelaporan?	Beban Kerja	Dapatkah Anda memberikan contoh situasi yang pernah terjadi?

Apakah sarana, formulir, atau sistem yang tersedia sudah mendukung pelaksanaan pelaporan?	Dukungan Sarana	Apa yang masih perlu diperbaiki?
Bagaimana cara Anda mengatasi hambatan yang muncul dalam pelaksanaan maupun pelaporan re-asesmen?	Upaya Pemecahan Masalah	Apakah solusi tersebut efektif?
Menurut Anda, bagaimana pemahaman perawat terhadap SPO re-asesmen risiko jatuh yang berlaku di rumah sakit?	Pemahaman SPO	Apakah pernah dilakukan sosialisasi atau pelatihan?
Bagaimana penerapan SPO tersebut dalam kegiatan sehari-hari di ruangan?	Kepatuhan SPO	Apakah ada kendala dalam penerapannya?
Faktor apa yang mendukung perawat untuk patuh terhadap SPO re-asesmen risiko jatuh?	Faktor Pendukung	Dukungan apa yang paling membantu?
Faktor apa yang menyebabkan pelaksanaan re-asesmen atau pelaporan tidak sesuai SPO?	Faktor Penghambat	Mengapa hal tersebut bisa terjadi?
Menurut Anda, apa yang perlu diperbaiki agar pelaksanaan dan pelaporan re-asesmen risiko jatuh menjadi lebih optimal?	Usulan Perbaikan	Prioritas perbaikan apa yang paling penting?

Lampiran 7. Mantriks Wawancara

TRANSKIP MATRIKS WAWANCARA

Kode : TM-1

Narasumber : Tim Mutu

KRITERIA 1 : KEPEMIMPINAN (*LEADERSHIP*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana pimpinan menunjukkan komitmen terhadap pelaksanaan re-asesmen risiko jatuh?	Kebijakan	<i>“Komitmen pimpinan sudah dituangkan jelas dalam SK Direktur tentang Panduan Keselamatan Pasien dan SPO Re-Asesmen berkala. Pimpinan juga memfasilitasi kebutuhan anggaran untuk pengadaan sarana fisik, seperti gelang kuning dan kancing penanda risiko jatuh di ruangan.”</i>	Baik (Regulasi tertulis, SPO baku, dan dukungan anggaran sarana fisik telah tersedia secara lengkap).
2	Bagaimana pimpinan mensosialisasikan kebijakan re-asesmen risiko jatuh kepada staf?	Sosialisasi	<i>“Sosialisasi kami lakukan secara berlapis dan berkala, mulai dari kredensial perawat baru, workshop mutu tahunan, hingga lewat kegiatan morning briefing di tiap unit pelayanan melalui Kepala Ruangan.”</i>	Baik (Metode sosialisasi dilakukan secara berlapis, berkala, dan Menjangkau seluruh staf pelaksana).
3	Bagaimana pimpinan melakukan monitoring terhadap kepatuhan re-asesmen risiko jatuh?	Monitoring	<i>“Kami memonitor lewat dasbor digital di rekam medis elektronik. Data kepatuhan diinput oleh PJ Mutu masing-masing unit, lalu sistem mengumpulkan datanya secara real-time. Setiap bulan data ini kami tarik untuk dilaporkan langsung ke Direktur.”</i>	Baik (Proses monitoring sudah berbasis digital/elektronik, terstruktur, dan dilakukan evaluasi rutin)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
				setiap bulan).
4	Bagaimana tindak lanjut pimpinan apabila ditemukan ketidakpatuhan pelaporan?	Tindak Lanjut	<i>“Jika ada unit yang capaian kepatuhannya di bawah target, pimpinan akan menerbitkan nota dinas evaluasi. Kepala Ruangan terkait dipanggil untuk Memberikan klarifikasi, lalu kami bersama-sama melakukan analisis akar masalah (RCA).”</i>	Baik (Terdapat mekanisme teguran formal, investigasi masalah, dan pendampingan solusi yang jelas).
5	Bagaimana pimpinan membangun budaya keselamatan pasien terkait risiko jatuh?	Budaya Keselamatan	<i>“Pimpinan selalu menekankan budaya non-blaming (tidak menyalahkan individu). Fokus kami adalah perbaikan sistem kerja. Jika ada kendala beban kerja yang membuat pelaporan delay, pimpinan langsung mengajak diskusi untuk mencari solusi penyederhanaan alur.”</i>	Baik (Iklim kerja just culture/non-blaming culture telah diterapkan dengan fokus pada perbaikan sistem organisasi).

KRITERIA 2 : PERENCANAAN STRATEGIS (*STRATEGIC PLANNING*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah terdapat program kerja terkait pencegahan pasien jatuh?	Program	<i>“Sudah ada dan masuk ke dalam dokumen Program Kerja Besar Komite Mutu tahunan. Program ini kemudian di-breakdown oleh masing-masing kepala ruangan menjadi program</i>	Baik (Program kerja terstruktur telah tersedia di tingkat makro rumah sakit hingga

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>pengawasan harian staf."</i>	mikro unit pelayanan).
2	Apakah target kepatuhan re-asesmen risiko jatuh telah ditetapkan?	Target	<i>"Target sudah dikunci mutlak sebesar 100% tanpa kompromi, mengacu pada standar Indikator Mutu Nasional (IMN) Kementerian Kesehatan. Seluruh ruangan wajib mengejar target itu demi mewujudkan zero harm."</i>	Baik (Target kepatuhan didefinisikan dengan sangat jelas, tegas, dan selaras dengan regulasi nasional).
3	Bagaimana strategi mencapai target tersebut?	Implementasi Strategi	<i>"Strategi taktis kami adalah mewajibkan adanya penunjukan PJ Mutu di tiap shift untuk menyisir pasien risiko tinggi, serta memperkuat kepatuhan bedside handover saat operan dinas perawat agar tidak ada data klinis yang terlewat."</i>	Baik (Strategi taktis di lapangan telah berjalan efektif melalui pembagian peran dan optimalisasi timbang terima pasien).
4	Apakah hasil evaluasi digunakan untuk penyusunan program berikutnya?	Perbaikan Berkelanjutan	<i>"Tentu saja. Data triwulan yang dikumpulkan Komite PMKP langsung kami jadikan basis data untuk menyusun program refreshment materi keselamatan pasien di periode berikutnya. Jadi perencanaan program selalu berdasarkan hasil evaluasi data lama."</i>	Baik (Siklus evaluasi berjalan berkesinambungan sebagai basis penyusunan rencana tindak lanjut).

**KRITERIA 4 : PENGUKURAN, ANALISIS, DAN MANAJEMEN
PENGETAHUAN (*MEASUREMENT, ANALYSIS, AND KNOWLEDGE
MANAGEMENT*)**

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana cara mengukur kepatuhan re-asesmen risiko jatuh?	Sistem Pengukuran	<i>"Pengukuran sudah otomatis melalui rekam medis elektronik (EHR). Begitu perawat pelaksana melakukan klik simpan pada form MFS atau Humpty Dumpty, sistem server kami langsung mencatat waktu pengisian data tersebut secara akurat."</i>	Baik (Sistem pengukuran instrumen klinis telah berbasis digital secara real-time).
2	Apakah data kepatuhan dianalisis secara berkala?	Analisis Data	<i>"Iya, Komite PMKP menarik data dari server backend setiap bulan. Kami lakukan analisis tren performa untuk melihat grafik capaian masing-masing ruangan, apakah ada penurunan ketepatan waktu pengisian data atau tidak."</i>	Baik (Analisis data dilakukan secara rutin, teratur, dan diagendakan setiap bulan oleh komite mutu).
3	Bagaimana hasil analisis disampaikan kepada staf?	Umpan Balik	<i>"Hasil analisis berupa grafik pencapaian zona hijau atau merah kami kirim langsung via grup koordinasi, dipasang di masing mutu ruangan, serta kami paparkan saat rapat bulanan agar dibahas langsung bersama seluruh kepala ruangan dan perawat."</i>	Baik (Mekanisme umpan balik data (<i>feedback loops</i>) berjalan transparan melalui berbagai saluran komunikasi).
4	Apakah terdapat pelaporan indikator mutu risiko jatuh?	Pelaporan Mutu	<i>"Ada dokumen laporan resmi bulanan dan triwulan yang kami serahkan ke Direksi. Selain itu, data ini juga kami input ke aplikasi sistem informasi mutu eksternal milik Kementerian Kesehatan RI secara berkala."</i>	Baik (Sistem pelaporan mutu terdokumentasi rapi untuk pemenuhan akreditasi internal maupun eksternal).

KRITERIA 6 : MANAJEMEN PROSES (*PROCESS MANAGEMENT*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah terdapat SPO re-asesmen risiko jatuh?	SPO	<i>“SPO sudah tersedia sangat lengkap dan detail di sistem dokumen internal rumah sakit. Di sana sudah diatur jelas kapan perawat harus melakukan re-asesmen, misalnya saat ada perubahan kondisi pasien, pasca-operasi, atau pasca-pemberian obat penenang.”</i>	Baik (Panduan Standar Prosedur Operasional telah tersusun secara komprehensif dan mudah diakses).
2	Bagaimana kesesuaian pelaksanaan dengan SPO?	Kepatuhan Proses	<i>“Secara umum perawat sudah paham alurnya, namun dari aspek ketepatan waktu pengisian sering kali belum sepenuhnya sesuai SPO. Terutama saat shift malam atau ketika ruang perawatan sedang penuh pasien baru.”</i>	Cukup (Kepatuhan secara prosedural sudah dipahami, namun realisasi ketepatan waktu di lapangan masih fluktuatif).
3	Apakah proses re-asesmen terdokumentasi dengan baik?	Dokumentasi	<i>“Dokumentasinya sudah rapi karena langsung masuk ke dalam server Rekam Medis Elektronik (EHR). Jadi risiko dokumen terselip atau robek seperti zaman kertas dulu sudah tidak ada lagi.”</i>	Baik (Pendokumentasian hasil penanganan risiko jatuh terdokumentasi aman dan rapi di dalam sistem digital).
4	Bagaimana mekanisme pelaporan jika ditemukan pasien berisiko tinggi jatuh?	Alur Pelaporan	<i>“Mekanismenya, begitu skor EHR menunjukkan risiko tinggi, perawat harus segera memasang gelang kuning, mengunci bed, dan memberikan edukasi ke keluarga. Tapi untuk notifikasi otomatis ke dasbor pusat PMKP, sistemnya kadang masih mengalami delay sinkronisasi.”</i>	Cukup (Alur penanganan mandiri di unit berjalan baik, namun alur integrasi notifikasi sistemik inter-koneksi masih butuh perbaikan).
5	Hambatan apa yang sering	Kendala Proses	<i>“Hambatan terbesar adalah tingginya beban pelayanan</i>	Cukup (Terdapat kendala eksternal

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	ditemukan dalam pelaksanaan pelaporan?		<i>langsung perawat ke pasien, sehingga entri data di komputer sering ditunda ke akhir shift. Selain itu, penunggu pasien dari pihak keluarga yang sering berganti orang membuat perawat harus berulang kali mengulang edukasi dari awal.”</i>	berupa beban kerja tinggi staf dan fluktuasi kepatuhan keluarga pasien).

**KRITERIA 7 : HASIL / SISTEM PELAPORAN RE-ASESMEN RISIKO
(RESULTS)**

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana capaian kepatuhan pelaporan re-asesmen risiko jatuh selama ini?	Capaian Indikator	<i>“Capaian indikator kepatuhan pelaporan kita sudah masuk kategori sangat baik. Angka kepatuhan re-asesmen menunjukkan grafik yang stabil dan konsisten berada di zona hijau target mutu rumah sakit.”</i>	Baik (Target capaian indikator mutu rumah sakit terpenuhi dan stabil berada pada rentang batas aman).
2	Apakah terjadi peningkatan kepatuhan dalam 1 tahun terakhir?	Tren Kinerja	<i>“Ada peningkatan tren yang sangat signifikan dibanding tahun lalu. Kesadaran staf meningkat tajam setelah dilakukan integrasi sistem pengingat otomatis di rekam medis digital.”</i>	Baik (Evaluasi kurva tahunan mengonfirmasi adanya tren kenaikan performa kepatuhan yang progresif).
3	Apakah data pelaporan dimanfaatkan untuk perbaikan mutu?	Pemanfaatan Data	<i>“Data pelaporan re-asesmen tidak pernah dibiarkan menjadi tumpukan berkas digital. Kami mengolahnya setiap bulan sebagai basis penentuan unit mana yang perlu re-edukasi atau penambahan</i>	Baik (Data klinis diekstraksi secara aktif oleh Komite PMKP sebagai landasan kebijakan berbasis bukti ilmiah).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>sarana keselamatan fisik.</i>	
4	Bagaimana tren kejadian pasien jatuh di unit pelayanan?	Outcome Keselamatan Pasien	<i>“Tren kejadian pasien jatuh di rumah sakit ini adalah nihil alias nol kasus. Output utama inilah yang membuktikan bahwa sistem pelaporan re-asesmen kita berjalan efektif melindungi pasien.”</i>	Baik (Sistem pelaporan berkontribusi nyata dalam mengunci target mutu berupa nihil insiden cedera / zero harm).
5	Apakah sistem pelaporan saat ini sudah efektif?	Efektivitas Sistem	<i>“Sistem ini sudah sangat efektif. Alur pengisiannya ringkas, akurat, dan langsung terakumulasi ke dalam pangkalan data rumah sakit tanpa perlu kerja dua kali.”</i>	Baik (Implementasi platform digital terbukti memangkas birokrasi manual dan menjamin keamanan dokumen klinis).

TRANSKIP MATRIKS WAWANCARA

Kode : MRS-1

Narasumber : Manajemen Rumah Sakit

KRITERIA 1 : KEPEMIMPINAN (*LEADERSHIP*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana pimpinan menunjukkan komitmen terhadap pelaksanaan re-asesmen risiko jatuh?	Kebijakan	<i>“Dari manajemen, komitmen utama kami adalah memastikan payung hukumnya kuat, jadi kami terbitkan SK Direktur terkait Panduan Keselamatan Pasien. Selain itu, setiap tahun kami ketuk anggaran khusus untuk pemenuhan fasilitas keselamatan seperti kancing penanda dan gelang kuning.”</i>	Baik (Regulasi tertulis, kebijakan operasional, dan komitmen pengadaan anggaran sarana fisik tersedia lengkap).
2	Bagaimana pimpinan mensosialisasikan kebijakan re-asesmen risiko jatuh kepada staf?	Sosialisasi	<i>“Sosialisasi instruksi ini di-breakdown melalui jajaran Kepala Ruangan saat rapat koordinasi bulanan. Kami juga mewajibkan materi keselamatan pasien masuk ke dalam agenda orientasi resmi bagi setiap pegawai atau perawat baru.”</i>	Baik (Sosialisasi dilakukan secara terstruktur melalui rantai komando manajemen dan orientasi pegawai baru).
3	Bagaimana pimpinan melakukan monitoring terhadap kepatuhan re-asesmen risiko jatuh?	Monitoring	<i>“Kami memantau secara makro melalui laporan pengolahan data yang diserahkan oleh Komite PMKP setiap bulan. Manajemen juga sesekali melakukan telaah langsung ke ruangan saat pelaksanaan manajemen walkthrough untuk melihat kesesuaian di lapangan.”</i>	Baik (Monitoring terdokumentasi melalui laporan bulanan formal dan pengawasan langsung/walkthrough).
4	Bagaimana tindak lanjut pimpinan apabila ditemukan	Tindak Lanjut	<i>“Jika laporan PMKP menunjukkan adanya unit yang drop kepatuhannya, manajemen akan mengeluarkan nota dinas pembinaan.”</i>	Baik (Mekanisme tindak lanjut bersifat administratif-su portif melalui nota dinas

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	ketidapatuhan pelaporan?		<i>Kepala unitnya kami panggil untuk audiensi, memaparkan kendala, dan menyusun rencana perbaikan bersama.”</i>	pembinaan dan audiensi solusi).
5	Bagaimana pimpinan membangun budaya keselamatan pasien terkait risiko jatuh?	Budaya Keselamatan	<i>“Manajemen selalu menanamkan azas blameless culture. Kalau ada masalah ketepatan waktu pelaporan, kami tidak langsung menghukum personelnnya, tapi kami evaluasi sistemnya. Kami ingin staf merasa aman untuk melapor jujur.”</i>	Baik (Manajemen konsisten menerapkan iklim kerja terbuka dan mengutamakan evaluasi sistem daripada hukuman individu).

KRITERIA 2 : PERENCANAAN STRATEGIS (STRATEGIC PLANNING)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah terdapat program kerja terkait pencegahan pasien jatuh?	Program	<i>“Sudah ada, program pencegahan pasien jatuh ini merupakan salah satu pilar utama dalam Program Kerja Tahunan Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang disahkan langsung oleh Direksi.”</i>	Baik (Program kerja pencegahan risiko jatuh telah masuk ke dalam rencana strategis tahunan rumah sakit).
2	Apakah target kepatuhan re-asesmen risiko jatuh telah ditetapkan?	Target	<i>“Ya, target kepatuhan kami kunci di angka 100%. Kami menyelaraskan ini dengan Indikator Mutu Nasional (IMN) dari Kemenkes. Tidak ada kompromi untuk target ini karena menyangkut keselamatan jiwa.”</i>	Baik (Target ditetapkan secara absolut sebesar 100% demi mengejar standarisasi mutu nasional).
3	Bagaimana strategi mencapai target tersebut?	Implementasi Strategi	<i>“Strategi manajemen adalah mempercepat digitalisasi rekam medis untuk form risiko jatuh agar pengisian lebih cepat, serta mendelegasikan pengawasan harian secara berjenjang kepada penanggung jawab shift di tiap</i>	Baik (Strategi pencapaian target didukung oleh kebijakan digitalisasi sistem dan delegasi kontrol internal).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>ruangan.”</i>	
4	Apakah hasil evaluasi digunakan untuk penyusunan program berikutnya?	Perbaikan Berkelanjutan	<i>“Tentu, setiap akhir tahun kami melakukan review pencapaian strategis. Data kumulatif tren risiko jatuh ini menjadi bahan dasar bagi manajemen untuk menyusun prioritas anggaran dan program kerja di tahun berikutnya.”</i>	Baik (Siklus peninjauan data tahunan digunakan secara aktif sebagai acuan perencanaan program ke depan).

KRITERIA 3 : FOKUS PADA TENAGA KERJA (*WORKFORCE FOCUS / SDM*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah petugas mendapatkan pelatihan terkait risiko jatuh?	Pelatihan	<i>“Secara berkala, bagian Diklat Rumah Sakit memfasilitasi in-house training mengenai keselamatan pasien, termasuk workshop khusus simulasi penilaian skala risiko jatuh MFS dan Humpty Dumpty.”</i>	Baik (Program pelatihan difasilitasi secara rutin oleh manajemen melalui unit Diklat).
2	Bagaimana tingkat pemahaman petugas terhadap re-asesmen risiko jatuh?	Kompetensi	<i>“Berdasarkan hasil uji kompetensi dan supervisi klinis keperawatan, pemahaman perawat pelaksana kita sudah sangat baik. Mereka sudah hafal di luar kepala kapan harus menaikkan status intervensi pencegahan pasien.”</i>	Baik (Kapasitas kognitif dan kompetensi teknis perawat dinilai sudah sangat siap dan mumpuni).
3	Apakah jumlah tenaga mencukupi untuk pelaksanaan asesmen?	Kecukupan SDM	<i>“Kalau dari sisi rasio jumlah perawat dibanding jumlah pasien yang fluktuatif, jujur di beberapa shift seperti shift malam kami akui masih ketat dan beban kerjanya tinggi. Ini aspek kuantitas yang masih terus kami evaluasi Untuk rekrutmen ke depan.”</i>	Cukup (Kapasitas kognitif staf sangat siap, namun secara kuantitas masih terkendala tingginya rasio beban kerja pada shift tertentu).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
4	Bagaimana motivasi petugas dalam melakukan pelaporan?	Motivasi	<i>“Motivasi staf sejauh ini cukup bagus karena mereka sadar ini tanggung jawab profesi. Apalagi dengan adanya sistem penghargaan/ reward untuk unit dengan kepatuhan mutu terbaik, itu cukup memacu semangat mereka.”</i>	Baik (Motivasi internal perawat diperkuat oleh kebijakan reward internal manajemen terhadap capaian mutu unit).

TRANSKIP MATRIKS WAWANCARA

Kode : KR-1

Narasumber : Kepala Ruangan Annisa 2

KRITERIA 1 : KEPEMIMPINAN (*LEADERSHIP*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana pimpinan menunjukkan komitmen terhadap pelaksanaan re-asesmen risiko jatuh?	Kebijakan	<i>“Komitmen pimpinan atas sangat jelas bagi kami di ruangan, dibuktikan dengan adanya SK regulasi dan SPO baku yang diperbarui. Selain itu, jajaran manajemen sigap menyetujui usulan logistik kami, seperti pemenuhan gelang kuning dan kancing risiko jatuh.”</i>	Baik (Regulasi tertulis, SPO, dan dukungan logistik sarana fisik dari pimpinan pusat tersedia lengkap).
2	Bagaimana pimpinan mensosialisasikan kebijakan re-asesmen risiko jatuh kepada staf?	Sosialisasi	<i>“Sosialisasi dari manajemen dikirim berjenjang ke saya selaku Karu, lalu saya teruskan ke staf lewat morning briefing, pre-post conference shift, dan menempelkan pamflet alur klinis di nurse station.”</i>	Baik (Proses sosialisasi kebijakan dari hulu tersampaikan efektif melalui pengawasan berjenjang Kepala Ruangan).
3	Bagaimana pimpinan melakukan monitoring terhadap kepatuhan re-asesmen risiko jatuh?	Monitoring	<i>“Pimpinan Komite PMKP memantau langsung via server rekam medis elektronik (EHR). Di tingkat ruangan, saya juga melakukan audit langsung ke lapangan setiap hari saat ronde keperawatan untuk mencocokkan status pasien.”</i>	Baik (Monitoring kepatuhan berjalan aktif secara digital oleh pusat dan secara fisik oleh kepala ruangan).
4	Bagaimana tindak lanjut pimpinan apabila ditemukan ketidakpatuhan pelaporan?	Tindak Lanjut	<i>“Kalau ada penurunan kepatuhan waktu di ruangan saya, saya dipanggil oleh manajemen untuk klarifikasi. Tindak lanjutnya bagus, bukan menghukum, tapi kami dibantu menganalisis hambatannya di</i>	Baik (Mekanisme umpan balik administratif bersifat solutif, konstruktif, dan berorientasi pada perbaikan).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>mana."</i>	
5	Bagaimana pimpinan membangun budaya keselamatan pasien terkait risiko jatuh?	Budaya Keselamatan	<i>"Manajemen berhasil menanamkan budaya terbuka. Staf tidak takut melapor kalau ada keterlambatan pengisian data, karena suasananya non-blaming culture. Pimpinan lebih fokus mengevaluasi sistem daripada mencari kesalahan orang."</i>	Baik (Iklim kerja <i>just culture</i> yang terbuka membuat perawat merasa aman dalam mendokumentasikan mutu secara jujur).

KRITERIA 2 : PERENCANAAN STRATEGIS (*STRATEGIC PLANNING*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah terdapat program kerja terkait pencegahan pasien jatuh?	Program	<i>"Iya, program pencegahan pasien jatuh ini tercantum resmi di sasaran keselamatan pasien (SKP) rumah sakit dan kami breakdown menjadi program kerja harian di Ruang Annisa 2 ini."</i>	Baik (Program kerja pencegahan risiko jatuh telah terencana matang dari level makro hingga mikro ruangan).
2	Apakah target kepatuhan re-asesmen risiko jatuh telah ditetapkan?	Target	<i>"Target kepatuhan pengisian re-asesmen dari komite mutu sudah dikunci mati 100%. Jadi semua pasien yang punya kriteria risiko jatuh wajib ter-update datanya di sistem tanpa kecuali."</i>	Baik (Target angka kepatuhan bersifat absolut 100% demi mengejar standar Indikator Mutu Nasional).
3	Bagaimana strategi mencapai target tersebut?	Implementasi Strategi	<i>"Strategi kami di ruangan adalah menunjuk satu perawat sebagai Katim atau PJ Mutu di setiap shift. Tugas khusus mereka adalah menyisir dan mengingatkan rekan sejawat untuk langsung mengklik"</i>	Baik (Strategi implementasi berjalan taktis lewat pendelegasian peran penanggung jawab kontrol di tiap shift).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>simpan data re-asesmen di komputer."</i>	
4	Apakah hasil evaluasi Digunakan untuk penyusunan program berikutnya?	Perbaikan Berkelanjutan	<i>"Tentu, data evaluasi Kepatuhan bulanan dari PMKP saya gunakan untuk rapat evaluasi internal ruangan. Kalau bulan lalu ada titik lemah, langsung kami jadikan dasar perbaikan operasional di bulan berikutnya."</i>	Baik (Siklus pengolahan data evaluasi dimanfaatkan aktif sebagai instrumen perbaikan mutu berkelanjutan).

KRITERIA 3 : BERFOKUS PADA PASIEN (*CUSTOMER FOCUS*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana pelaksanaan edukasi risiko jatuh kepada pasien dan keluarga?	Edukasi	<i>"Setiap pasien baru masuk, perawat langsung memberikan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) tentang pencegahan jatuh, lalu keluarga diminta menandatangani lembar bukti edukasi terintegrasi."</i>	Baik (Pelaksanaan edukasi pencegahan jatuh terstruktur dan didukung bukti dokumentasi tertulis).
2	Apakah kebutuhan pasien diperhatikan dalam Pencegahan risiko jatuh?	Responsivitas	<i>"Sangat diperhatikan. Staf kami merespons cepat kebutuhan fisik pasien, seperti memastikan roda bed terkunci, menaikkan side rail, serta memastikan bel pemanggil perawat berfungsi dan mudah dijangkau pasien."</i>	Baik (Responsivitas staf tinggi dalam memenuhi Fasilitas kenyamanan dan proteksi fisik di sekitar pasien).
3	Apakah pasien atau keluarga dilibatkan dalam upaya pencegahan jatuh?	Keterlibatan Pasien	<i>"Keluarga diposisikan sebagai mitra. Kami libatkan mereka secara aktif, seperti meminta mereka segera melapor ke perawat jika harus meninggalkan pasien sendirian atau saat pasien"</i>	Baik (Penerapan paradigma <i>Patient-Centred Care</i> berjalan baik melalui pelibatan aktif keluarga di kamar

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>ingin ke kamar mandi. ”</i>	rawat).
4	Bagaimana tindak lanjut terhadap keluhan terkait keselamatan pasien?	Penanganan Keluhan	<i>“Jika ada keluhan dari keluarga, misalnya fasilitas kamar mandi yang licin atau bel kamar yang kurang responsif, hari itu juga saya langsung buat nota laporan ke bagian sarpras manajemen untuk segera diperbaiki.”</i>	Baik (Keluhan terkait fasilitas keselamatan ditanggapi secara cepat lewat jalur koordinasi lintas unit).

KRITERIA 4 : PENGUKURAN, ANALISIS, DAN MANAJEMEN PENGETAHUAN (*MEASUREMENT, ANALYSIS, AND KNOWLEDGE MANAGEMENT*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana cara mengukur kepatuhan re-asesmen risiko jatuh?	Sistem Pengukuran	<i>“Pengukuran di Ruang Annisa 2 ini sudah menggunakan digital system. Begitu perawat selesai mengisi form Morse Fall Scale atau Humpty Dumpty di komputer, server otomatis mencatat waktu ketepatan pengisiannya.”</i>	Baik (Instrumen sistem pengukuran data mutu telah berbasis digital elektronik secara <i>real-time</i>).
2	Apakah data kepatuhan dianalisis secara berkala?	Analisis Data	<i>“Iya, tim PMKP yang menarik datanya setiap bulan. Setelah itu, hasil analisis berupa persentase angka kepatuhan per ruangan dikirimkan kembali ke saya selaku Kepala Ruangan.”</i>	Baik (Analisis kompilasi data dilakukan secara berkala dan rutin setiap bulan oleh unit pengelola mutu pusat).
3	Bagaimana hasil analisis disampaikan kepada staf?	Umpan Balik	<i>“Begitu saya terima grafik analisis bulanan dari PMKP, langsung saya sebar ke grup koordinasi perawat ruangan, dan kami bahas bersama saat rapat</i>	Baik (Mekanisme arus balik informasi (<i>feedback loops</i>) berjalan transparan ke seluruh staf pelaksana).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>rutin bulanan agar staf tahu raport kinerja ruangan kita."</i>	
4	Apakah terdapat pelaporan indikator mutu risiko jatuh?	Pelaporan Mutu	<i>"Ada, laporannya berjenjang. PJ Mutu ruangan menginput data, saya verifikasi selaku Karu, lalu dokumen laporan resmi tersebut diserahkan ke Komite PMKP untuk diteruskan ke Direksi dan Kemenkes."</i>	Baik (Sistem pelaporan indikator mutu terdokumentasi rapi demi pemenuhan standar akreditasi).

KRITERIA 5 : FOKUS PADA TENAGA KERJA (*WORKFORCE FOCUS / SDM*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah petugas mendapatkan Pelatihan terkait risiko jatuh?	Pelatihan	<i>"Seluruh perawat di Ruang Annisa 2 ini sudah pernah mendapatkan in-house training keselamatan pasien dan pelatihan refreshing berkala mengenai asesmen risiko klinis dari tim Diklat."</i>	Baik (Aspek penambahan kompetensi Perawat difasilitasi dengan baik melalui pelatihan formal berkala).
2	Bagaimana tingkat pemahaman petugas terhadap re-asesmen risiko jatuh?	Kompetensi	<i>"Tingkat pemahaman perawat saya dinilai sangat baik. Mereka sudah sangat kompeten dan paham di luar kepala kapan harus melakukan re-asesmen darurat, misalnya pasca-pasien mendapat obat penenang."</i>	Baik (Kapasitas kognitif dan keandalan klinis perawat pelaksana berada pada kategori berkualitas tinggi).
3	Apakah jumlah tenaga mencukupi untuk pelaksanaan asesmen?	Kecukupan SDM	<i>"Kalau dari sisi pemahaman staf sudah siap, tapi secara jumlah kuantitas, rasio perawat dibanding pasien di beberapa shift khususnya shift Malam masih ketat sekali. Beban kerja pelayanan langsung yang</i>	Cukup (Kapasitas kognitif perawat mumpuni, namun kuantitas tenaga masih terkendala tingginya rasio beban kerja harian).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>tinggi ini yang kadang membuat entri data terhambat.”</i>	
4	Bagaimana motivasi petugas dalam melakukan pelaporan?	Motivasi	<i>“Motivasi anak-anak di ruangan sangat bagus. Mereka sadar dokumentasi ini pelindung hukum profesi mereka. Apalagi ada kebijakan reward tahunan dari manajemen untuk ruangan dengan mutu terbaik.”</i>	Baik (Motivasi internal perawat terjaga berkat kesadaran profesi dan adanya instrumen apresiasi dari rumah sakit).

KRITERIA 6 : MANAJEMEN PROSES (*PROCESS MANAGEMENT*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah terdapat SPO re-asesmen risiko jatuh?	SPO	<i>“SPO-nya ada, sangat jelas dan lengkap tertempel di sistem internal tata laksana rumah sakit. Di dalam dokumen itu sudah dijabarkan detail langkah demi langkah tindakan pencegahannya.”</i>	Baik (Dokumen SPO penanganan risiko jatuh sudah tersusun komprehensif, baku, dan mudah diakses).
2	Bagaimana kesesuaian pelaksanaan dengan SPO?	Kepatuhan Proses	<i>“Secara alur tindakan medis perawat sudah patuh pada SPO. Tapi kalau ditanya ketepatan waktu pengisiannya, kadang masih ada toleransi keterlambatan entri akibat perawat mendahulukan tindakan kedaruratan pasien.”</i>	Cukup (Kepatuhan klinis sudah baik, namun realisasi ketepatan waktu pelaporan sistem masih fluktuatif).
3	Apakah proses re-asesmen terdokumentasi dengan baik?	Dokumentasi	<i>“Sistem dokumentasinya rapi dan aman semenjak beralih ke rekam medis elektronik (EHR). Risiko dokumen tercecer atau hilang seperti zaman rekam medis kertas dulu sudah tidak terjadi lagi di</i>	Baik (Proses dokumentasi klinis hasil asesmen tersimpan aman dan terstruktur di dalam database digital).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>unit kami.</i> ”	
4	Bagaimana mekanisme pelaporan jika ditemukan pasien berisiko tinggi jatuh?	Alur Pelaporan	<i>“Alurnya, begitu perawat menginput data skor tinggi, tindakan fisik langsung kami eksekusi di ruangan. Tapi untuk alur sistem pengingat otomatis (alert system) inter-koneksi ke komputer pusat PMKP, aplikasinya terkadang masih delay sync.”</i>	Cukup (Alur respon mandiri di unit berjalan cepat, namun keandalan integrasi sistemik jaringan elektronik perlu perbaikan).
5	Hambatan apa yang sering ditemukan dalam pelaksanaan pelaporan?	Kendala Proses	<i>“Hambatannya ya benturan waktu akibat beban kerja pelayanan langsung pasien yang tinggi, jadinya entri data ke komputer sering tergeser ke akhir shift. Kendala lain adalah penunggu pasien yang sering berganti orang, jadi perawat harus edukasi ulang terus.”</i>	Cukup (Terdapat hambatan proses operasional berupa keterbatasan waktu dinas dan fluktuasi kepatuhan keluarga pasien).

KRITERIA 7 : HASIL / SISTEM PELAPORAN RE-ASESMEN RISIKO (*RESULTS*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana capaian kepatuhan pelaporan re-asesmen risiko jatuh selama ini?	Capaian Indikator	<i>“Capaian angka kepatuhan pelaporan Ruang Annisa 2 selama ini sangat memuaskan. Grafik persentase bulanan kami konsisten stabil berada di zona hijau, memenuhi target indikator mutu yang dipatok rumah sakit.”</i>	Baik (Capaian kuantitatif indikator mutu kepatuhan terbukti sukses memenuhi standar batas aman target rumah sakit).
2	Apakah terjadi peningkatan	Tren Kinerja	<i>“Ada tren peningkatan yang sangat terasa dalam satu tahun</i>	Baik (Grafik performa tahunan membuktikan

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	kepatuhan dalam 1 tahun terakhir?		<i>terakhir ini. Kepasrahan dan kedisiplinan staf mengisi form di EHR jauh naik semenjak menunya dibuat lebih ringkas oleh tim IT."</i>	adanya kurva tren kenaikan kepatuhan yang progresif di unit pelayanan).
3	Apakah data pelaporan dimanfaatkan untuk perbaikan mutu?	Pemanfaatan Data	<i>"Iya, data laporan bulanan tidak hanya menjadi arsip. Kami memanfaatkan data itu bersama Komite PMKP untuk memetakan kluster kamar mana yang paling tinggi pasien risiko jatuhnya, agar pengawasan fisik di area itu diperketat."</i>	Baik (Data pelaporan terekstraksi aktif sebagai rujukan pengambilan Keputusan berbasis bukti lapangan).
4	Bagaimana tren kejadian pasien jatuh di unit pelayanan?	Outcome Keselamatan Pasien	<i>"Alhamdulillah, tren kejadian pasien jatuh di Ruang Annisa 2 adalah nol kasus alias nihil. Hasil akhir inilah yang menjadi pembuktian nyata bahwa berjalannya sistem pelaporan re-asesmen ini sukses melindungi pasien."</i>	Baik (Luaran klinis akhir berhasil mengunci pencapaian keselamatan pasien tertinggi berupa nihil cedera / zero harm).
5	Apakah sistem pelaporan saat ini sudah efektif?	Efektivitas Sistem	<i>"Secara keseluruhan, sistem pelaporan digital saat ini sudah sangat efektif. Desain pengisian data di komputer ringkas, memangkas birokrasi kertas, serta mempercepat proses pemantauan mutu keselamatan pasien."</i>	Baik (Implementasi platform pelaporan digital dinilai efektif memfasilitasi integrasi data keselamatan pasien).

TRANSKIP MATRIKS WAWANCARA

Kode : KR-2

Narasumber : Kepala Ruangan Annas 2

KRITERIA 1 : KEPEMIMPINAN (*LEADERSHIP*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana pimpinan menunjukkan komitmen terhadap pelaksanaan re-asesmen risiko jatuh?	Kebijakan	<i>"Komitmen dari jajaran manajemen atas sangat kuat. Kita sudah difasilitasi kebijakan tertulis seperti SK Direktur untuk panduan keselamatan pasien. Dari segi materiil, pengadaan sarana penunjang kancing risiko jatuh dan gelang identitas kuning juga tidak pernah dihambat."</i>	Baik (Regulasi tertulis, kebijakan tata laksana, dan penyediaan fasilitas logistik dari pimpinan pusat tersedia lengkap).
2	Bagaimana pimpinan mensosialisasikan kebijakan re-asesmen risiko jatuh kepada staf?	Sosialisasi	<i>"Sosialisasi dari pimpinan mengalir lewat rapat struktural bulanan ke saya. Di internal Ruang Annas 2, instruksi tersebut langsung saya turunkan ke staf klinis melalui kegiatan operan shift, pre-conference, serta sosialisasi berkala di grup pesan internal."</i>	Baik (Proses deseminasi kebijakan dari manajemen puncak tersampaikan dengan baik lewat peran aktif Kepala Ruangan).
3	Bagaimana pimpinan melakukan monitoring terhadap kepatuhan re-asesmen risiko jatuh?	Monitoring	<i>"Monitoring berkala dipantau makro oleh Komite PMKP lewat dasbor digital rekam medis. Kalau saya di ruangan, monitoring harian saya lakukan langsung dengan mengecek kesesuaian antara warna gelang pasien di bed dengan status di komputer saat ronde."</i>	Baik (Monitoring mutu berjalan secara sinergis melalui pantauan digital komite pusat dan inspeksi langsung kepala ruangan).
4	Bagaimana tindak lanjut pimpinan apabila ditemukan	Tindak Lanjut	<i>"Jika ada penurunan persentase input data di ruangan, manajemen akan mengundang kami untuk evaluasi kerja."</i>	Baik (Mekanisme umpan balik kedinasan berorientasi pada Penyelesaian masalah

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	ketidakpatuhan pelaporan?		<i>Pendekatannya sangat suportif, di mana kami diajak berdiskusi mencari akar masalah operasionalnya ketimbang disalahkan.</i>	secara kolaboratif).
5	Bagaimana pimpinan membangun budaya keselamatan pasien terkait risiko jatuh?	Budaya Keselamatan	<i>“Pimpinan di sini sangat mendukung pemeliharaan blameless culture. Staf merasa aman dan tidak defensif jika terlambat menginput, karena arahnya adalah keterbukaan demi keselamatan pasien, bukan mencari siapa yang keliru.”</i>	Baik (Iklim kerja yang adil dan terbuka memacu transparansi staf dalam mendokumentasikan laporan mutu harian).

KRITERIA 2 : PERENCANAAN STRATEGIS (*STRATEGIC PLANNING*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah terdapat program kerja Terkait pencegahan pasien jatuh?	Program	<i>“Sudah diatur terpusat. Program pencegahan risiko jatuh ini masuk ke dalam target Program Kerja Mutu dan Keselamatan Pasien Tahunan yang kemudian kami jalankan secara konsisten di tingkat unit perawatan harian.”</i>	Baik (Program kerja tata laksana risiko jatuh telah terintegrasi dalam cetak biru perencanaan strategis tahunan).
2	Apakah target kepatuhan re-asesmen risiko jatuh telah ditetapkan?	Target	<i>“Targetnya mutlak harus mencapai 100% kepatuhan pelaporan. Hal ini sejalan dengan target nasional untuk indikator mutu keselamatan pasien, jadi seluruh staf di Ruang Annas 2 paham betul target ini tidak bisa ditawar.”</i>	Baik (Target angka kepatuhan bersifat absolut sebesar 100% demi mengejar standar mutu nasional kemenkes).
3	Bagaimana	Implementasi	<i>“Strategi harian kami adalah</i>	Baik (Strategi eksekusi

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	strategi mencapai target tersebut?	Strategi	<i>mengoptimalkan peran Ketua Tim (Katim) di setiap shift untuk menyisir status pasien, mengawasi perawat pelaksana, dan memberikan reminder agar entri data klinis segera disimpan ke sistem sebelum shift usai.</i>	target didukung oleh pembagian lini pengawasan harian yang terstruktur di internal ruangan).
4	Apakah hasil evaluasi digunakan untuk penyusunan program berikutnya?	Perbaikan Berkelanjutan	<i>“Tentu saja. Data rekapitulasi capaian dari komite mutu bulanan menjadi bahan utama saya untuk briefing ruangan. Jika ada celah kelemahan, langsung dianalisis sebagai acuan perbaikan pola kerja atau usulan sarpras ke depan.”</i>	Baik (Siklus pemanfaatan hasil data evaluasi berjalan aktif sebagai instrumen perbaikan mutu berkelanjutan).

KRITERIA 3 : BERFOKUS PADA PASIEN (*CUSTOMER FOCUS*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana pelaksanaan edukasi risiko jatuh kepada pasien dan keluarga?	Edukasi	<i>“Edukasi kami berikan sejak awal orientasi pasien baru masuk kamar rawat. Perawat menjelaskan pemicu risiko jatuh, lalu meminta tanda tangan keluarga di lembar edukasi terintegrasi sebagai bukti komunikasi klinis telah dipahami.”</i>	Baik (Pemberian edukasi risiko jatuh terlaksana secara baku, runut, dan ditunjang bukti otentik dokumentasi tertulis).
2	Apakah kebutuhan pasien diperhatikan dalam pencegahan risiko jatuh?	Responsivitas	<i>“Kami sangat perhatikan aspek fisik di sekitar pasien. Staf wajib memastikan pagar pengaman bed (side rails) selalu terpasang naik, roda tempat tidur terkunci rapat, serta bel panggilan berada di area yang mudah dijangkau pasien.”</i>	Baik (Responsivitas perawat tinggi dalam memitigasi risiko lingkungan fisik berbahaya di sekitar tempat tidur pasien).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
3	Apakah pasien atau keluarga dilibatkan dalam upaya pencegahan jatuh?	Keterlibatan Pasien	<i>“Keluarga pasien diposisikan sebagai partner pengawasan. Kami selalu berpesan dan melibatkan mereka untuk aktif menaikkan side rails kembali jika habis memberi makan, dan selalu melapor ke perawat jika ingin Meninggalkan pasien.”</i>	Baik (Prinsip <i>Patient and Family Centered Care</i> terwujud nyata melalui pelibatan aktif keluarga selama masa perawatan).
4	Bagaimana tindak lanjut terhadap keluhan terkait keselamatan pasien?	Penanganan Keluhan	<i>“Bila ada masukan atau keluhan mengenai fasilitas, seperti lampu toilet yang agak redup atau lantai kamar yang licin, saat itu juga saya langsung buat memo permintaan perbaikan ke unit pemeliharaan sarana agar segera ditangani.”</i>	Baik (Penanganan keluhan kenyamanan fisik ditanggapi secara tanggap melalui koordinasi lintas sektor).

KRITERIA 4 : PENGUKURAN, ANALISIS, DAN MANAJEMEN PENGETAHUAN (*MEASUREMENT, ANALYSIS, AND KNOWLEDGE MANAGEMENT*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana cara mengukur kepatuhan re-asesmen risiko jatuh?	Sistem Pengukuran	<i>“Pengukuran di Ruang Annisa 2 ini sudah otomatisasi digital lewat rekam medis elektronik. Parameter ketepatan pengisian waktu lembar pemantauan skala jatuh oleh perawat langsung terekam real-time oleh server sistem.”</i>	Baik (Metodologi instrumen pengukuran data mutu pelayanan telah didukung penuh oleh infrastruktur IT).
2	Apakah data kepatuhan dianalisis secara berkala?	Analisis Data	<i>“Ya, dianalisis secara rutin. Pihak Komite PMKP menarik seluruh data digital ruangan setiap bulan, lalu mengolahnya dalam bentuk persentase capaian</i>	Baik (Analisis kompilasi data mutu dijalankan secara berkala, ajek, dan terstruktur oleh unit

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>mutu bulanan sebelum dibagikan kembali ke ruangan kami.”</i>	pengelola pusat).
3	Bagaimana hasil analisis disampaikan kepada staf?	Umpan Balik	<i>“Hasil grafik analisis dari komite mutu selalu saya publikasikan secara terbuka di ruang perawat dan saya bahas saat rapat rutin koordinasi bulanan. Tujuannya agar seluruh staf pelaksana tahu rapor kinerja mutu ruangan kita.”</i>	Baik (Mekanisme penyaluran informasi umpan balik data kinerja terlaksana secara transparan kepada seluruh staf pelaksana).
4	Apakah terdapat pelaporan indikator mutu risiko jatuh?	Pelaporan Mutu	<i>“Ada, alurnya jelas dan berjenjang. Data diinput berkala oleh perawat, divalidasi oleh saya selaku Karu, lalu dokumen kompilasi dilaporkan ke Komite PMKP sebagai bagian dari laporan mutu RS ke eksternal.”</i>	Baik (Sistem pelaporan indikator keselamatan pasien tertata rapi sesuai koridor pemenuhan akreditasi klinis).

KRITERIA 5 : FOKUS PADA TENAGA KERJA (*WORKFORCE FOCUS / SDM*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah petugas mendapatkan pelatihan terkait risiko jatuh?	Pelatihan	<i>“Semua perawat pelaksana di Ruang Annas 2 dipastikan sudah pernah mengikuti in-house training keselamatan pasien, termasuk sosialisasi penyegaran klinis berkala terkait validasi instrumen Morse Fall Scale.”</i>	Baik (Aspek penguatan kompetensi teknis perawat difasilitasi berkala lewat penyediaan program kediklatan internal).
2	Bagaimana tingkat pemahaman petugas terhadap re-asesmen risiko jatuh?	Kompetensi	<i>“Tingkat pemahaman kognitif staf saya sudah sangat mumpuni. Mereka tahu kapan kondisi klinis tertentu mewajibkan re-asesmen ulang segera, seperti perpindahan ruangan atau pasca-operasi bedah</i>	Baik (Kapasitas pengetahuan klinis perawat pelaksana dinilai sangat mampu bisa dan berada di zona aman).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>mayor."</i>	
3	Apakah jumlah tenaga mencukupi untuk pelaksanaan asesmen?	Kecukupan SDM	<i>"Secara kapasitas ilmu perawat sudah siap, tapi dari sisi kecukupan kuantitas personel harian, rasio perawat dibanding volume pasien yang tinggi di beberapa shift terkadang masih sangat tidak seimbang. Hal ini menjadi beban kerja tambahan yang cukup berat."</i>	Cukup (Kapasitas kognitif mandiri perawat sangat baik, namun jumlah ketenagaan harian masih terkendala tingginya rasio beban pelayanan).
4	Bagaimana motivasi petugas dalam melakukan pelaporan?	Motivasi	<i>"Motivasi staf di sini cukup tinggi karena kesadaran profesional bahwa dokumentasi asuhan adalah perlindungan hukum bagi mereka. Ditambah lagi adanya iklim apresiasi/reward berkala dari rumah sakit untuk unit terbaik."</i>	Baik (Motivasi internal perawat terjaga berkat tingginya kesadaran legal profesi dan dukungan iklim apresiasi rumah sakit).

KRITERIA 6 : MANAJEMEN PROSES (*PROCESS MANAGEMENT*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah terdapat SPO re-asesmen risiko jatuh?	SPO	<i>"SPO-nya sudah tersedia lengkap, tertulis baku, dan dapat diakses kapan saja oleh staf di pangkalan data internal rumah sakit. Panduan langkah pengamanan fisik di lembar dokumen itu juga sudah sangat informatif."</i>	Baik (Dokumen panduan regulasi operasional penanganan risiko jatuh sudah tersusun baku, jelas, dan berkekuatan hukum).
2	Bagaimana kesesuaian pelaksanaan dengan SPO?	Kepatuhan Proses	<i>"Untuk alur eksekusi pencegahan fisik ke pasien, perawat sudah sangat sesuai SPO. Namun untuk aspek kepatuhan ketepatan waktu penginputan di komputer, sesekali ada toleransi delay karena perawat mendahulukan tindakan"</i>	Cukup (Kepatuhan klinis fisik perawat sudah baik, namun kedisiplinan ketepatan waktu pengisian data sistem masih fluktuatif).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>darurat medis."</i>	
3	Apakah proses re-asesmen terdokumentasi dengan baik?	Dokumentasi	<i>"Dokumentasi berjalan rapi dan andal karena sudah terintegrasi di sistem rekam medis elektronik. Format isian ringkas, sehingga memperkecil risiko kesalahan tulisan atau berkas manual hilang seperti dulu."</i>	Baik (Proses pencatatan hasil penapisan klinis tersimpan rapi dan aman di dalam basis data elektronik rumah sakit).
4	Bagaimana mekanisme pelaporan jika ditemukan pasien berisiko tinggi jatuh?	Alur Pelaporan	<i>"Alurnya, jika skor asesmen masuk kategori tinggi, tindakan mandiri ruangan langsung dieksekusi cepat. Namun untuk integrasi alur digital warning (alert system) otomatis ke server pusat komite mutu, jaringannya terkadang masih delay sync."</i>	Cukup (Respons tindakan fisik di ruangan berjalan tanggap, namun keandalan integrasi sistem peringatan digital pusat perlu perbaikan).
5	Hambatan apa yang sering ditemukan dalam pelaksanaan pelaporan?	Kendala Proses	<i>"Kendala operasional utamanya adalah keterbatasan alokasi waktu penginputan saat beban pasien sedang penuh-penuhnya di unit. Hambatan lain adalah fluktuasi kedisiplinan penunggu pasien baru yang harus diedukasi ulang berulang kali."</i>	Cukup (Proses operasional terhambat oleh faktor dinamika tingginya volume asuhan langsung serta pergantian penunggu pasien).

KRITERIA 7 : HASIL / SISTEM PELAPORAN RE-ASESMEN RISIKO (*RESULTS*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana capaian kepatuhan pelaporan re-asesmen risiko jatuh selama	Capaian Indikator	<i>"Capaian kuantitatif persentase kepatuhan pengisian dokumen Ruang Annas 2 selama ini dinilai memuaskan. Rapor data bulanan kami konsisten menembus batas</i>	Baik (Capaian angka indikator kepatuhan terbukti berhasil memenuhi ambang batas target mutu keselamatan pasien).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	ini?		<i>standar aman yang dipatok oleh komite mutu rumah sakit.</i>	
2	Apakah terjadi peningkatan kepatuhan dalam 1 tahun terakhir?	Tren Kinerja	<i>“Terdapat tren perbaikan kinerja yang progresif dalam satu tahun terakhir. Kedisiplinan staf perawat mengklik entri form di komputer naik signifikan semenjak tim IT memangkas antarmuka form pengisian jadi lebih simpel.”</i>	Baik (Grafik rekam jejak performa unit membuktikan adanya kurva tren kenaikan kepatuhan yang konsisten).
3	Apakah data pelaporan dimanfaatkan untuk perbaikan mutu?	Pemanfaatan Data	<i>“Sangat dimanfaatkan. Data kompilasi tren bulanan tersebut kami diskusikan dengan PMKP untuk penyesuaian penempatan zonasi kamar pasien lansia atau anak agar lebih dekat jangkauannya dengan pantauan nurse station.”</i>	Baik (Ekstraksi data pelaporan dimanfaatkan secara aktif sebagai basis rujukan pengambilan kebijakan operasional ruangan).
4	Bagaimana tren kejadian pasien jatuh di unit pelayanan?	Outcome Keselamatan Pasien	<i>“Alhamdulillah, tren insiden kejadian pasien jatuh di Ruang Annas 2 ini bertahan di angka nol kasus. Target utama zero harm berhasil kami capai, dan ini menjadi bukti nyata efektivitas berjalannya fungsi sistem pelaporan klinis.”</i>	Baik (Luaran keselamatan pasien berada pada tingkat performa tertinggi dengan capaian nihil insiden cedera fisik).
5	Apakah sistem pelaporan saat ini sudah efektif?	Efektivitas Sistem	<i>“Secara keseluruhan, sistem pelaporan berbasis digital medis yang berjalan saat ini sangat efektif. Proses alur birokrasi penginputan data terpotong banyak, efisiensi waktu meningkat, dan pemantauan data mutu jadi jauh lebih praktis.”</i>	Baik (Implementasi platform pelaporan digital dinilai andal dan efektif mendukung keterpaduan data manajemen keselamatan).

TRANSKIP MATRIKS WAWANCARA

Kode : KT-1

Narasumber : Ketua Tim 1 Ruang Annisa 2

KRITERIA 3 : BERFOKUS PADA PASIEN (*CUSTOMER FOCUS*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana pelaksanaan edukasi risiko jatuh kepada pasien dan keluarga?	Edukasi	<i>“Sebagai Katim, saya selalu memastikan perawat pelaksana memberikan edukasi langsung saat pasien masuk kamar. Kami jelaskan fungsi gelang kuning dan pencegahan dasarnya, lalu saya cross-check lembar edukasi terintegrasi untuk memastikan sudah ditandatangani keluarga.”</i>	Baik (Pelaksanaan edukasi dimonitor langsung oleh Katim dan didukung bukti dokumentasi tertulis).
2	Apakah kebutuhan pasien Diperhatikan dalam pencegahan risiko jatuh?	Responsivitas	<i>“Sangat diperhatikan. Saat operan shift atau ronde internal tim, saya selalu mengingatkan perawat untuk memastikan bed side rail terpasang tegak, roda terkunci, dan bel pemanggil dipastikan berada sedekat mungkin dengan jangkauan tangan pasien.”</i>	Baik (Responsivitas tinggi dalam Pemenuhan proteksi sarana fisik di sekitar pasien melalui kontrol berkala di setiap shift).
3	Apakah pasien atau keluarga dilibatkan dalam upaya pencegahan jatuh?	Keterlibatan Pasien	<i>“Kami selalu memposisikan keluarga sebagai mitra pengawasan. Kami minta mereka aktif menaikkan kembali pagar bed setelah menyuapi pasien dan menekankan agar mereka tidak meninggalkan pasien sendirian saat ke toilet tanpa melapor ke perawat.”</i>	Baik (Keluarga dilibatkan secara aktif sebagai sistem pendukung pengawasan keselamatan di kamar rawat).
4	Bagaimana tindak lanjut terhadap keluhan terkait keselamatan pasien?	Penanganan Keluhan	<i>“Kalau ada keluarga pasien yang melapor ke tim saya, misalnya rem roda bed agak longgar atau lantai dekat kamar mandi licin, saya langsung catat dan teruskan hari itu juga ke Ibu Karu agar</i>	Baik (Keluhan teknis pasien ditanggapi secara cepat oleh Katim melalui jalur struktural Kepala Ruangan).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>segera diproses perbaikannya ke bagian sarpras.</i>	

KRITERIA 4 : PENGUKURAN, ANALISIS, DAN MANAJEMEN PENGETAHUAN (*MEASUREMENT, ANALYSIS, AND KNOWLEDGE MANAGEMENT*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana cara mengukur kepatuhan re-asesmen risiko jatuh?	Sistem Pengukuran	<i>"Pengukurannya sudah otomatis lewat sistem digital EHR (Electronic Health Record). Begitu perawat pelaksana mengklik simpan data pengkajian skala jatuh, waktu inputnya langsung tercatat di server untuk dinilai ketepatan waktunya."</i>	Baik (Instrumen sistem pengukuran data mutu kepatuhan telah berbasis digital elektronik secara otomatis).
2	Apakah data kepatuhan dianalisis secara berkala?	Analisis Data	<i>"Iya, datanya ditarik dan dianalisis oleh Komite PMKP setiap bulan. Hasil analisis berupa persentase capaian kepatuhan tim atau ruangan nanti diturunkan kembali kepada Kepala Ruangan untuk dievaluasi."</i>	Baik (Analisis kompilasi data kepatuhan dilakukan secara rutin dan berkala setiap bulan oleh unit pengelola mutu).
3	Bagaimana hasil analisis disampaikan kepada staf?	Umpan Balik	<i>"Ibu Karu biasanya membagikan grafik persentase bulanan itu ke grup koordinasi, lalu saat rapat bulanan atau briefing, kami ulas bersama. Jadi perawat pelaksana tahu apakah input data tim kami sudah disiplin waktu atau belum."</i>	Baik (Mekanisme arus balik informasi berjalan baik dan transparan hingga ke tingkat staf pelaksana).
4	Apakah terdapat pelaporan indikator mutu risiko jatuh?	Pelaporan Mutu	<i>"Ada, alurnya berjenjang. Saya ikut mengawasi penginputan harian anggota tim, divalidasi oleh Karu, dan dilaporkan secara"</i>	Baik (Sistem pelaporan indikator keselamatan pasien terdokumentasi rapi demi pemenuhan

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>berkala ke Komite PMKP untuk pemenuhan indikator mutu rumah sakit.</i>	standar mutu rumah sakit).

KRITERIA 5 : FOKUS PADA TENAGA KERJA (*WORKFORCE FOCUS / SDM*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah petugas mendapatkan pelatihan terkait risiko jatuh?	Pelatihan	<i>“Hampir semua rekan perawat di tim saya sudah pernah ikut in-house training keselamatan pasien. Pelatihan dari tim Diklat biasanya juga mencakup penyegaran cara penilaian Morse Fall Scale atau Humpty Dumpty.”</i>	Baik (Aspek peningkatan kompetensi difasilitasi dengan baik melalui program pelatihan internal berkala).
2	Bagaimana tingkat pemahaman petugas terhadap re-asesmen risiko jatuh?	Kompetensi	<i>“Kalau dari segi pemahaman, anak-anak di tim saya sudah sangat mengerti. Mereka tahu persis kapan harus re-asesmen darurat tanpa menunggu waktu jadwal rutin, seperti saat ada perubahan terapi obat penenang atau pasca-operasi.”</i>	Baik (Kapasitas pengetahuan klinis dan kompetensi perawat pelaksana berada di kategori berkualitas tinggi).
3	Apakah jumlah tenaga mencukupi untuk pelaksanaan asesmen?	Kecukupan SDM	<i>“Nah, kalau secara kuantitas personel harian, jumlah tenaga kami di beberapa shift—terutama dinas malam—masih sangat terbatas dibanding jumlah pasien. Karena perawat harus mendahulukan tindakan asuhan langsung yang padat, input data sering tergeser.”</i>	Cukup (Kapasitas keilmuan perawat mumpuni, tetapi kuantitas tenaga di lapangan terkendala tingginya rasio beban pelayanan harian).
4	Bagaimana motivasi petugas dalam melakukan pelaporan?	Motivasi	<i>“Motivasi staf sejauh ini bagus. Mereka sadar bahwa ketikan dokumentasi di EHR itu adalah</i>	Baik (Motivasi internal perawat terjaga berkat kesadaran aspek legal hukum profesi dan

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>bukti legal pelindung profesi mereka. Selain itu, adanya sistem reward tahunan untuk ruangan bermutu terbaik juga memacu semangat mereka."</i>	adanya instrumen apresiasi rumah sakit).

KRITERIA 6 : MANAJEMEN PROSES (*PROCESS MANAGEMENT*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah terdapat SPO re-asesmen risiko jatuh?	SPO	<i>"SPO-nya ada dan sudah tersimpan di sistem data internal rumah sakit, jadi perawat bisa akses sewaktu-waktu di komputer nurse station jika ragu terhadap alur tindakan pengamanan."</i>	Baik (Dokumen regulasi SPO penanganan risiko jatuh sudah tersusun komprehensif, baku, dan mudah diakses).
2	Bagaimana kesesuaian pelaksanaan dengan SPO?	Kepatuhan Proses	<i>"Kalau untuk kepatuhan tindakan klinis ke pasien, staf sudah patuh sesuai SPO. Tapi untuk ketepatan waktu penginputan di lembar observasi digital, kadang masih ada delay karena staf mengutamakan tindakan kedaruratan pasien lebih dulu."</i>	Cukup (Kepatuhan tindakan medis sudah baik, tetapi realisasi ketepatan waktu entri data ke sistem masih fluktuatif).
3	Apakah proses re-asesmen terdokumentasi dengan baik?	Dokumentasi	<i>"Semenjak pakai rekam medis elektronik, proses dokumentasi jauh lebih rapi dan terstruktur. Menu checklist-nya ringkas, jadi risiko lembar asesmen terselip atau lupa diisi karena kertas hilang sudah tidak ada lagi."</i>	Baik (Proses dokumentasi klinis hasil asesmen tersimpan aman, ringkas, dan terstruktur di dalam database digital).
4	Bagaimana mekanisme pelaporan jika ditemukan pasien berisiko tinggi	Alur Pelaporan	<i>"Alurnya, begitu skor di komputer menunjukkan risiko tinggi, kami langsung pasang gelang kuning dan kancing tanda di bed. Namun untuk alur interkoneksi alert</i>	Cukup (Respon mandiri tim di ruangan berjalan cepat, namun keandalan integrasi sistem peringatan digital pusat

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	jatuh?		<i>system otomatis ke komputer mutu pusat, jaringannya kadang masih lambat sinkronisasi.</i>	perlu perbaikan).
5	Hambatan apa yang sering Ditemukan dalam pelaksanaan pelaporan?	Kendala Proses	<i>"Hambatan utamanya adalah manajemen waktu saat beban kerja pelayanan langsung sedang tinggi-tingginya di ruangan, entri data jadi terhambat. Kendala lainnya adalah penunggu pasien yang sering berganti, sehingga kami harus re-edukasi terus."</i>	Cukup (Terdapat hambatan proses operasional berupa keterbatasan waktu dinas dan dinamika pergantian penunggu pasien).

**KRITERIA 7 : HASIL / SISTEM PELAPORAN RE-ASESMEN RISIKO
(RESULTS)**

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana capaian kepatuhan pelaporan re-asesmen risiko jatuh selama ini?	Capaian Indikator	<i>"Capaian angka kepatuhan pelaporan untuk Ruang Annisa 2 secara umum sangat memuaskan. Grafik pencatatan bulanan tim kami konsisten berada di zona hijau berdasarkan target yang ditetapkan rumah sakit."</i>	Baik (Capaian kuantitatif indikator mutu kepatuhan sukses memenuhi ambang batas standar target aman rumah sakit).
2	Apakah terjadi peningkatan kepatuhan dalam 1 tahun terakhir?	Tren Kinerja	<i>"Ada tren peningkatan kepatuhan yang cukup signifikan dalam setahun terakhir. Kedisiplinan anak-anak untuk mengisi form naik semenjak tampilan menu re-asesmen di komputer dibuat lebih sederhana oleh tim IT."</i>	Baik (Rekam jejak data membuktikan adanya kurva tren kenaikan kepatuhan yang progresif di unit pelayanan).
3	Apakah data pelaporan dimanfaatkan	Pemanfaatan Data	<i>"Iya, datanya dimanfaatkan. Melalui data bulanan itu, saya bersama Karu bisa memetakan"</i>	Baik (Ekstraksi data pelaporan dimanfaatkan secara aktif sebagai

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	untuk perbaikan mutu?		<i>kamar atau area mana yang paling padat pasien risiko tinggi, sehingga alokasi pengawasan staf dan penempatan logistik bed bisa disesuaikan.”</i>	rujukan pengaturan operasional tim di ruangan).
4	Bagaimana tren kejadian pasien jatuh di unit pelayanan?	Outcome Keselamatan Pasien	<i>“Alhamdulillah, tren kejadian pasien jatuh di tim kami dan ruangan ini tetap nol kasus atau nihil. Hasil zero harm ini yang menjadi bukti paling valid bahwa sistem pelaporan dan intervensi risiko jatuh berjalan dengan efektif.”</i>	Baik (Luaran klinis akhir berhasil mempertahankan pencapaian keselamatan pasien tertinggi berupa nihil kasus cedera).
5	Apakah sistem pelaporan saat ini sudah efektif?	Efektivitas Sistem	<i>“Menurut saya sistem digital saat ini sudah sangat efektif. Mengisi data di komputer jauh lebih cepat memangkas birokrasi kertas, sehingga kami punya lebih banyak waktu untuk fokus pada asuhan langsung ke pasien.”</i>	Baik (Implementasi platform pelaporan digital dinilai efektif memfasilitasi integrasi data keselamatan pasien dengan praktis).

TRANSKIP MATRIKS WAWANCARA

Kode : KT-2

Narasumber : Ketua Tim 1 Ruang Annisa 2

KRITERIA 3 : BERFOKUS PADA PASIEN (*CUSTOMER FOCUS*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana pelaksanaan edukasi risiko jatuh kepada pasien dan keluarga?	Edukasi	<i>“Setiap ada pasien baru di bawah kelolaan tim saya, saya pastikan perawat pelaksana langsung memberikan edukasi pencegahan jatuh menggunakan lembar KIE. Setelah itu, saya cek kembali berkas rekam medisnya untuk memastikan form edukasi terintegrasi sudah ditandatangani keluarga.”</i>	Baik (Pelaksanaan edukasi berjalan terstruktur di bawah pengawasan Katim dan diperkuat bukti dokumentasi tertulis).
2	Apakah kebutuhan pasien Diperhatikan dalam pencegahan risiko jatuh?	Responsivitas	<i>“Sangat diperhatikan. Saat memimpin ronde internal tim, saya selalu menekankan perawat untuk responsif terhadap kondisi lingkungan pasien, seperti memastikan roda bed selalu terkunci, side rails terpasang optimal, dan bel panggilan diletakkan dekat pasien.”</i>	Baik (Responsivitas staf tinggi dalam menjaga keamanan lingkungan fisik di sekitar bed pasien melalui kontrol harian Katim).
3	Apakah pasien atau keluarga dilibatkan dalam upaya pencegahan jatuh?	Keterlibatan Pasien	<i>“Kami selalu memposisikan keluarga sebagai mitra aktif. Kami edukasi mereka agar segera memanggil perawat jika pasien dengan skor risiko tinggi ingin ke toilet, dan mengingatkan mereka agar jangan pernah menurunkan pagar pengaman bed tanpa sepengetahuan petugas.”</i>	Baik (Pelibatan aktif keluarga berjalan baik dengan memposisikan mereka sebagai partner pengawasan keselamatan pasien).
4	Bagaimana tindak lanjut terhadap keluhan terkait	Penanganan Keluhan	<i>“Jika ada keluarga pasien yang mengeluhkan hal-hal terkait sarana keselamatan, misalnya ada bagian lantai</i>	Baik (Keluhan pasien/keluarga direspons cepat oleh Katim

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	keselamatan pasien?		<i>kamar mandi yang licin atau bel yang agak macet, keluhan itu langsung saya catat dan laporkan ke Ibu Fenti selaku Karu agar diteruskan ke sarpras."</i>	melalui jalur koordinasi berjenjang ke Kepala Ruangan).

KRITERIA 4 : PENGUKURAN, ANALISIS, DAN MANAJEMEN PENGETAHUAN (MEASUREMENT, ANALYSIS, AND KNOWLEDGE MANAGEMENT)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana cara mengukur kepatuhan re-asesmen risiko jatuh?	Sistem Pengukuran	<i>"Sekarang pengukurannya sudah serba digital lewat SIMRS atau rekam medis elektronik. Begitu perawat selesai mengisi data pengkajian skala jatuh di komputer, sistem secara otomatis mengukur ketepatan waktu pengisiannya."</i>	Baik (Instrumen sistem pengukuran data mutu kepatuhan telah berbasis digital elektronik secara otomatis dan <i>real-time</i>).
2	Apakah data kepatuhan dianalisis secara berkala?	Analisis Data	<i>"Iya, datanya ditarik langsung dari server dan dianalisis oleh Komite PMKP setiap bulan. Dari sana nanti akan keluar persentase angka kepatuhan pengisian data perurangan, termasuk untuk Ruang Annas 2 ini."</i>	Baik (Analisis kompilasi data kepatuhan dilakukan secara rutin dan berkala setiap bulan oleh unit pengelola mutu pusat).
3	Bagaimana hasil analisis disampaikan kepada staf?	Umpan Balik	<i>"Ibu Karu biasanya men-share grafik hasil capaian bulanan itu ke grup koordinasi perawat ruangan, lalu kami ulas bersama saat rapat rutin bulanan. Jadi perawat pelaksana di tim saya bisa tahu seberapa disiplin"</i>	Baik (Mekanisme penyaluran informasi umpan balik data kinerja berjalan transparan hingga ke tingkat staf pelaksana).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>mereka dalam menginput data."</i>	
4	Apakah terdapat pelaporan indikator mutu risiko jatuh?	Pelaporan Mutu	<i>"Ada pelaporan resminya. Data harian yang diinput perawat pelaksana saya validasi dulu di tingkat tim, kemudian diverifikasi oleh Karu sebelum dikirim ke Komite PMKP sebagai bagian dari laporan mutu berkala rumah sakit."</i>	Baik (Sistem pelaporan indikator keselamatan pasien terdokumentasi rapi untuk pemenuhan standar akreditasi).

KRITERIA 5 : FOKUS PADA TENAGA KERJA (*WORKFORCE FOCUS / SDM*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah petugas mendapatkan pelatihan terkait risiko jatuh?	Pelatihan	<i>"Sudah merata, hampir semua perawat di tim saya sudah pernah mengikuti in-house training terkait keselamatan pasien. Pihak Diklat juga berkala mengadakan refreshing cara penilaian skala Morse Fall Scale maupun Humpty Dumpty."</i>	Baik (Aspek penambahan kompetensi klinis difasilitasi dengan baik melalui program pelatihan formal internal secara berkala).
2	Bagaimana tingkat pemahaman petugas terhadap re-asesmen risiko jatuh?	Kompetensi	<i>"Pemahaman staf asuhan sudah sangat bagus. Perawat di tim saya sudah di luar kepala tahu kapan harus melakukan re-asesmen darurat di luar jadwal rutin, contohnya saat pasien baru kembali dari kamar operasi atau mendapat obat penenang."</i>	Baik (Kapasitas pengetahuan klinis dan kompetensi perawat pelaksana berada pada kategori berkualitas tinggi).
3	Apakah jumlah tenaga mencukupi untuk pelaksanaan asesmen?	Kecukupan SDM	<i>"Kalau dari pemahaman staf sudah siap, tapi secara jumlah personel harian, rasio perawat dibanding pasien di beberapa shift terutama shift dinas malam masih sangat ketat."</i>	Cukup (Kapasitas kognitif perawat mumpuni, namun kuantitas tenaga lapangan masih terkendala tingginya)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>Beban pelayanan langsung yang tinggi ini yang kadang membuat entri data terhambat.</i>	rasio beban kerja pelayanan).
4	Bagaimana motivasi petugas dalam melakukan pelaporan?	Motivasi	<i>“Motivasi teman-teman perawat sangat baik karena mereka sadar dokumentasi elektronik ini adalah perlindungan hukum bagi profesi mereka sendiri. Apalagi dari manajemen juga ada sistem reward tahunan untuk ruangan dengan mutu terbaik.”</i>	Baik (Motivasi internal perawat terjaga berkat tingginya kesadaran legal profesi dan dukungan iklim apresiasi rumah sakit).

KRITERIA 6 : MANAJEMEN PROSES (*PROCESS MANAGEMENT*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah terdapat SPO re-asesmen risiko jatuh?	SPO	<i>“SPO-nya ada dan sudah sangat jelas terdokumentasi di pangkalan data internal rumah sakit. Teman-teman perawat bisa langsung mengaksesnya lewat komputer di nurse station kapan saja jika memerlukan panduan klinis.”</i>	Baik (Dokumen regulasi SPO penanganan risiko jatuh sudah tersusun komprehensif, baku, dan mudah diakses).
2	Bagaimana kesesuaian pelaksanaan dengan SPO?	Kepatuhan Proses	<i>“Secara alur tindakan medis ke pasien, perawat sudah patuh pada SPO. Namun untuk aspek ketepatan waktu penginputan di komputer, kadang masih ada delay atau keterlambatan entri karena perawat harus mendahulukan tindakan darurat medis pasien.”</i>	Cukup (Kepatuhan klinis fisik perawat sudah baik, namun realisasi ketepatan waktu pelaporan ke sistem digital masih fluktuatif).
3	Apakah proses re-asesmen terdokumentasi dengan baik?	Dokumentasi	<i>“Sistem dokumentasi asuhan jauh lebih rapi semenjak beralih penuh ke rekam medis elektronik.”</i>	Baik (Proses dokumentasi hasil asesmen klinis tersimpan aman,

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>Menunya berupa checklist ringkas, jadi risiko dokumen terselip, rusak, atau lupa diisi karena kertas hilang sudah tidak terjadi lagi.</i>	ringkas, dan terstruktur di dalam database digital rumah sakit).
4	Bagaimana mekanisme pelaporan jika ditemukan pasien berisiko tinggi jatuh?	Alur Pelaporan	<i>"Alurnya, begitu perawat menginput data skor tinggi, tindakan fisik pengamanan langsung kami eksekusi di ruangan. Namun untuk alur sistem pengingat otomatis (alert system) interkoneksi ke server pusat PMKP, jaringannya terkadang masih delay sync."</i>	Cukup (Respon mandiri tim di ruangan berjalan cepat, namun keandalan integrasi sistem peringatan digital pusat perlu perbaikan).
5	Hambatan apa yang sering ditemukan dalam pelaksanaan pelaporan?	Kendala Proses	<i>"Hambatannya ya benturan waktu akibat beban kerja pelayanan langsung pasien yang tinggi, jadinya entri data ke komputer sering tergeser ke akhir shift. Kendala lain adalah penunggu pasien yang sering berganti orang, jadi kami harus edukasi ulang terus."</i>	Cukup (Terdapat hambatan proses operasional berupa keterbatasan waktu dinas dan fluktuasi dinamika keluarga pasien).

**KRITERIA 7 : HASIL / SISTEM PELAPORAN RE-ASESMEN RISIKO
(RESULTS)**

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana capaian kepatuhan pelaporan re-asesmen risiko jatuh selama	Capaian Indikator	<i>"Capaian angka kepatuhan pelaporan Ruang Annas 2 selama ini dinilai memuaskan oleh komite mutu. Grafik persentase bulanan tim kami konsisten stabil berada di zona hijau, artinya memenuhi</i>	Baik (Capaian kuantitatif indikator mutu kepatuhan terbukti sukses memenuhi standar batas aman target

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	ini?		<i>target standar aman rumah sakit.</i>	rumah sakit).
2	Apakah terjadi peningkatan kepatuhan dalam 1 tahun terakhir?	Tren Kinerja	<i>“Ada tren peningkatan yang sangat berprogres dalam setahun terakhir ini. Kedisiplinan staf mengisi form di rekam medis elektronik naik signifikan semenjak tampilan menunya dibuat lebih ringkas dan simpel oleh tim IT.”</i>	Baik (Grafik rekam jejak performa unit membuktikan adanya kurva tren kenaikan kepatuhan yang progresif di unit pelayanan).
3	Apakah data pelaporan dimanfaatkan untuk perbaikan mutu?	Pemanfaatan Data	<i>“Iya, data laporan bulanan dimanfaatkan dengan baik. Bersama Ibu Karu, data tersebut kami pakai untuk memetakan kluster kamar mana yang paling padat pasien risiko tingginya, sehingga pembagian beban awas perawat bisa disesuaikan.”</i>	Baik (Ekstraksi data pelaporan dimanfaatkan secara aktif sebagai rujukan pengaturan taktis operasional tim di ruangan).
4	Bagaimana tren kejadian pasien jatuh di unit pelayanan?	Outcome Keselamatan Pasien	<i>“Alhamdulillah, tren kejadian pasien jatuh di Ruang Annas 2 adalah nol kasus alias nihil. Hasil akhir zero harm inilah yang menjadi bukti paling nyata kalau sistem pelaporan dan pengawasan risiko jatuh berjalan efektif.”</i>	Baik (Luaran klinis akhir berhasil mempertahankan pencapaian keselamatan pasien tertinggi berupa nihil kasus cedera).
5	Apakah sistem pelaporan saat ini sudah efektif?	Efektivitas Sistem	<i>“Secara keseluruhan, sistem pelaporan digital saat ini sudah sangat efektif. Desain pengisian data di komputer ringkas, memangkas birokrasi kertas, serta mempercepat proses pemantauan mutu keselamatan pasien secara praktis.”</i>	Baik (Implementasi platform pelaporan digital dinilai efektif memfasilitasi integrasi data manajemen keselamatan pasien).

TRANSKIP MATRIKS WAWANCARA

Kode : PP-1

Narasumber : Perawat Pelaksana 1 Ruang Annisa 2

KRITERIA 3 : BERFOKUS PADA PASIEN (*CUSTOMER FOCUS*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana pelaksanaan edukasi risiko jatuh kepada pasien dan keluarga?	Edukasi	<i>"Saya selalu memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga saat mereka baru masuk ruangan. Saya jelaskan arti gelang kuning, lalu meminta keluarga menandatangani lembar edukasi terintegrasi di rekam medis sebagai bukti kalau penjelasan sudah dipahami."</i>	Baik (Pelaksanaan edukasi pencegahan jatuh dilakukan secara langsung oleh perawat pelaksana disertai bukti tanda tangan dokumen tertulis).
2	Apakah kebutuhan pasien diperhatikan dalam Pencegahan risiko jatuh?	Responsivitas	<i>"Sangat kami perhatikan. Setiap kali masuk ke kamar pasien untuk memberikan obat atau tindakan, saya selalu memastikan pagar tempat tidur sudah terpasang tinggi, roda bed terkunci, dan meletakkan tombol bel di dekat tangan pasien."</i>	Baik (Perawat pelaksana sangat responsif memastikan Keamanan lingkungan fisik di sekeliling area tidur pasien terlaksana dengan aman).
3	Apakah pasien atau keluarga dilibatkan dalam upaya pencegahan jatuh?	Keterlibatan Pasien	<i>"Keluarga selalu saya libatkan untuk membantu pengawasan. Saya sering pesan ke mereka untuk ikut menaikkan pagar kasur kalau selesai menyuapi makanan dan segera memanggil saya ke nurse station kalau pasiennya mau ke kamar mandi."</i>	Baik (Keluarga pasien dilibatkan secara aktif oleh perawat sebagai mitra utama pengawasan keselamatan selama di ruang rawat).
4	Bagaimana tindak lanjut terhadap keluhan terkait keselamatan pasien?	Penanganan Keluhan	<i>"Kalau ada keluarga yang lapor ada fasilitas yang kurang aman, contohnya lampu toilet kamar mandi berkedip atau tombol bel kurang sensitif, saya langsung teruskan ke Katim atau Ibu</i>	Baik (Keluhan teknis yang diterima perawat pelaksana di lapangan ditindaklanjuti secara cepat lewat pelaporan ke berjenjang).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>Karu agar segera dilaporkan ke bagian sarpras.</i>	

KRITERIA 5 : FOKUS PADA TENAGA KERJA (*WORKFORCE FOCUS / SDM*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah petugas mendapatkan pelatihan terkait risiko jatuh?	Pelatihan	<i>"Iya, saya sudah pernah mengikuti in-house training dari rumah sakit tentang Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), di dalamnya termasuk materi penyegaran untuk penilaian skala risiko jatuh Morse maupun Humpty Dumpty."</i>	Baik (Kompetensi teknis perawat pelaksana difasilitasi dengan baik melalui keikutsertaan dalam pelatihan internal berkala).
2	Bagaimana tingkat pemahaman petugas terhadap re-asesmen risiko jatuh?	Kompetensi	<i>"Saya sudah paham betul alurnya. Kami tahu kapan harus langsung melakukan penilaian ulang tanpa menunggu jadwal rutin, seperti saat pasien baru kembali dari ruang operasi, pasca-jatuh, atau saat ada perubahan obat yang bikin mengantuk."</i>	Baik (Tingkat pemahaman klinis perawat pelaksana dinilai mumpuni mengenai indikasi dilakukannya re-asesmen darurat).
3	Apakah jumlah tenaga mencukupi untuk pelaksanaan asesmen?	Kecukupan SDM	<i>"Kalau untuk ilmunya kami sudah siap, tapi dari segi jumlah perawat di shift dinas sering kali kurang sebanding kalau pasien lagi penuh-penuhnya a. Beban asuhan langsung yang padat membuat kami terpaksa menunda pengisian data ke komputer."</i>	Cukup (Kapasitas keilmuan perawat pelaksana sangat baik, namun kuantitas tenaga lapangan terkendala tingginya rasio beban pelayanan harian).
4	Bagaimana motivasi petugas dalam melakukan	Motivasi	<i>"Motivasi saya dan teman-teman cukup tinggi karena kami sadar kalau ketikan</i>	Baik (Motivasi kerja perawat terjaga berkat tingginya kesadaran

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	pelaporan?		<i>dokumentasi di rekam medis elektronik itu adalah bukti hukum yang melindungi profesi kami. Selain itu, ruangan kami juga selalu mendukung kerja yang transparan.”</i>	aspek legal hukum profesi keperawatan).

KRITERIA 6 : MANAJEMEN PROSES (*PROCESS MANAGEMENT*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah terdapat SPO re-asesmen risiko jatuh?	SPO	<i>“SPO-nya sudah ada, lengkap, dan bisa kami buka langsung di komputer nurse station kapan saja kalau seandainya kami ragu terhadap langkah pencegahan klinis tertentu.”</i>	Baik (Dokumen regulasi SPO penanganan risiko jatuh sudah tersedia lengkap dan mudah diakses oleh staf pelaksana).
2	Bagaimana kesesuaian pelaksanaan dengan SPO?	Kepatuhan Proses	<i>“Kalau untuk tindakan pengamanan langsung ke pasien, kami selalu patuh sesuai SPO. Tapi untuk ketepatan waktu mengetikkan nilainya ke lembar observasi digital, kadang ada keterlambatan karena kami harus mendahulukan kondisi darurat pasien.”</i>	Cukup (Kepatuhan asuhan fisik perawat sudah baik, tetapi realisasi ketepatan waktu entri data ke sistem rekam medis masih fluktuatif).
3	Apakah proses re-asesmen terdokumentasi dengan baik?	Dokumentasi	<i>“Semenjak pakai rekam medis elektronik, pendokumenta sian jadi jauh lebih rapi dan ringkas. Bentuknya format checklist digital, jadi risiko berkas terselip, rusak, atau lupa diisi karena kertas hilang sudah tidak ada lagi.”</i>	Baik (Proses dokumentasi asuhan tersimpan aman, ringkas, dan tertata rapi di dalam pangkalan data digital rumah sakit).
4	Bagaimana mekanisme	Alur Pelaporan	<i>“Alurnya, begitu skor di komputer menunjukkan risiko tinggi, kami</i>	Cukup (Respon mandiri staf di ruangan berjalan

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	pelaporan jika ditemukan pasien berisiko tinggi jatuh?		<i>langsung pasang gelang kuning dan kancing tanda di bed pasien. Tapi untuk alur sistem peringatan digital otomatis (alert system) ke pusat komite mutu, kadang jaringannya agak lambat.</i>	cepat, namun keandalan integrasi sistem peringatan digital pusat perlu perbaikan).
5	Hambatan apa yang sering ditemukan dalam pelaksanaan pelaporan?	Kendala Proses	<i>“Kendala utamanya adalah manajemen waktu di saat volume pelayanan langsung pasien sedang sangat padat, entri data jadi tergeser ke akhir shift. Hambatan lainnya adalah penunggu pasien yang sering berganti orang, jadi kami harus mengulang edukasi.”</i>	Cukup (Terdapat hambatan proses operasional berupa keterbatasan alokasi waktu dinas dan dinamika pergantian keluarga pasien).

TRANSKIP MATRIKS WAWANCARA

Kode : PP-2

Narasumber : Perawat Pelaksana 2 Ruang Annisa 2

KRITERIA 3 : BERFOKUS PADA PASIEN (*CUSTOMER FOCUS*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana pelaksanaan edukasi risiko jatuh kepada pasien dan keluarga?	Edukasi	<i>“Setiap serah terima pasien baru selesai, saya langsung memberikan edukasi pencegahan jatuh ke pasien dan penunggunya menggunakan lembar KIE. Bukti penjelasannya kemudian dikunci lewat tanda tangan keluarga di form edukasi terintegrasi rekam medis.”</i>	Baik (Pemberian edukasi risiko jatuh terlaksana secara langsung oleh perawat pelaksana dan diperkuat otentikasi dokumen tertulis).
2	Apakah kebutuhan pasien diperhatikan dalam pencegahan risiko jatuh?	Responsivitas	<i>“Kami selalu pastikan kebutuhan keamanan fisiknya terpenuhi di kamar rawat. Setiap melakukan intervensi, saya pastikan side rails tempat tidur terkunci tegak, roda ranjang sudah di-rem, serta memposisikan tombol bel sedekat mungkin dengan jangkauan pasien.”</i>	Baik (Responsivitas perawat pelaksana tinggi dalam menerapkan proteksi lingkungan fisik yang aman di sekeliling bed pasien).
3	Apakah pasien atau keluarga dilibatkan dalam upaya pencegahan jatuh?	Keterlibatan Pasien	<i>“Keluarga pasien selalu kami posisikan sebagai pendamping pengawas. Saya ingatkan mereka agar tidak ragu memencet bel panggil jika pasien dengan risiko tinggi ingin ke kamar mandi, dan melarang mereka menurunkan pembatas bed tanpa bantuan perawat.”</i>	Baik (Pelatihan aktif keluarga berjalan optimal sebagai sistem pendukung proteksi keselamatan pasien di unit perawatan).
4	Bagaimana tindak lanjut terhadap keluhan	Penanganan Keluhan	<i>“Kalau sewaktu-waktu ada keluhan sarana dari keluarga, seperti handle kamar mandi yang</i>	Baik (Keluhan teknis penunjang keselamatan ditanggapi secara

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	terkait keselamatan pasien?		<i>agak goyang atau roda tempat tidur kesat, langsung saya laporkan ke Katim atau Karu agar hari itu juga diteruskan permintaan perbaikannya ke tim teknisi.”</i>	tanggap melalui pelaporan berjenjang internal ruangan).

KRITERIA 5 : FOKUS PADA TENAGA KERJA (*WORKFORCE FOCUS / SDM*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah petugas mendapatkan pelatihan terkait risiko jatuh?	Pelatihan	<i>“Iya, sudah dapat semua. Saya sudah mengikuti in-house training Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) yang diadakan rumah sakit, termasuk materi mengenai validasi penilaian instrumen skala jatuh Morse maupun Humpty Dumpty.”</i>	Baik (Aspek penguatan kompetensi difasilitasi secara teratur lewat penyediaan program pelatihan internal berkala).
2	Bagaimana tingkat pemahaman petugas terhadap re-asesmen risiko jatuh?	Kompetensi	<i>“Secara materi kami sudah sangat paham. Teman-teman pelaksana sudah tahu kapan kondisi pasien menuntut penilaian ulang segera di luar jadwal rutin, misalnya saat pasien baru ditransfer antar-ruangan atau pasca-tindakan pembiusan.”</i>	Baik (Tingkat pemahaman klinis perawat pelaksana berada di kategori mumpuni mengenai indikasi dilakukannya re-asesmen darurat).
3	Apakah jumlah tenaga mencukupi untuk pelaksanaan asesmen?	Kecukupan SDM	<i>“Kalau dari sisi pemahaman teori kami siap, tapi kalau kuantitas personel harian di lapangan seringnya mepet dibanding banyaknya pasien yang dirawat. Ketika shift padat tindakan medis langsung, penginputan data ke komputer terpaksa kami tunda dulu.”</i>	Cukup (Kapasitas keilmuan perawat pelaksana sangat baik, namun jumlah personel di lapangan terkendala tingginya beban kerja asuhan langsung).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
4	Bagaimana motivasi petugas dalam melakukan pelaporan?	Motivasi	<i>“Motivasi kami tetap terjaga karena kami paham kalau dokumentasi digital di rekam medis elektronik itu adalah perlindungan hukum utama buat profesi kami. Ditambah lagi, iklim kerja di unit rawat ini sangat terbuka dan saling mendukung.”</i>	Baik (Motivasi internal perawat pelaksana terjaga berkat tingginya kesadaran aspek legalitas dokumentasi hukum profesi).

KRITERIA 6 : MANAJEMEN PROSES (*PROCESS MANAGEMENT*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah terdapat SPO re-asesmen risiko jatuh?	SPO	<i>“SPO tata laksananya sudah ada, tertulis baku, dan dapat kami buka lewat sistem pangkalan data internal di komputer nurse station kapan saja kalau seandainya butuh penyegaran aturan tindakan pengamanan.”</i>	Baik (Dokumen regulasi SPO penanganan risiko jatuh sudah tersusun komprehensif, jelas, dan mudah diakses oleh staf pelaksana).
2	Bagaimana kesesuaian pelaksanaan dengan SPO?	Kepatuhan Proses	<i>“Kalau untuk kepatuhan tindakan fisik ke pasien, kami selalu patuh eksekusi sesuai SPO. Namun untuk kepatuhan ketepatan waktu entri data di sistem, kadang ada delay karena kami mendahulukan tindakan kedaruratan medis pasien dulu.”</i>	Cukup (Kepatuhan asuhan fisik perawat sudah baik, tetapi realisasi ketepatan Waktu pengisian data ke sistem komputer masih fluktuatif).
3	Apakah proses re-asesmen terdokumentasi dengan baik?	Dokumentasi	<i>“Dokumentasi berjalan rapi karena formatnya sudah checklist elektronik di rekam medis digital. Pengisiannya praktis, jadi kendala berkas rekam medis manual terselip atau robek seperti dulu sudah tidak dialami lagi.”</i>	Baik (Proses dokumentasi asuhan klinis tersimpan aman, ringkas, dan tertata rapi di dalam pangkalan data digital rumah sakit).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
4	Bagaimana mekanisme pelaporan jika ditemukan pasien berisiko tinggi jatuh?	Alur Pelaporan	<i>"Alurnya, begitu skor asesmen masuk kategori tinggi, tindakan mandiri ruangan berupa pasang gelang kuning langsung dieksekusi cepat. Namun untuk integrasi alur digital alert system otomatis ke komputer mutu pusat, jaringannya terkadang masih delay sync."</i>	Cukup (Respons tindakan fisik di ruangan berjalan tanggap, namun keandalan integrasi sistem peringatan digital pusat perlu perbaikan).
5	Hambatan apa yang sering ditemukan dalam pelaksanaan pelaporan?	Kendala Proses	<i>"Kendala operasional terbesarnya adalah alokasi waktu pengetikan saat beban asuhan langsung pasien sedang tinggi-tingginya, jadinya entri data tergeser ke akhir shift. Hambatan lainnya adalah penunggu pasien yang sering berganti orang."</i>	Cukup (Proses operasional terhambat oleh faktor keterbatasan waktu dinas harian serta dinamika pergantian penunggu pasien).

TRANSKIP MATRIKS WAWANCARA

Kode : PP-3

Narasumber : Perawat Pelaksana 3 Ruang Annisa 2

KRITERIA 3 : BERFOKUS PADA PASIEN (*CUSTOMER FOCUS*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana pelaksanaan edukasi risiko jatuh kepada pasien dan keluarga?	Edukasi	<i>“Edukasi langsung saya berikan saat orientasi awal pasien menempati bed tidur. Saya jelaskan tujuan pemasangan penanda kancing kuning, lalu lembar komunikasi edukasi terintegrasi langsung ditandatangani oleh keluarga sebagai bukti autentik.”</i>	Baik (Pemberian edukasi risiko jatuh terlaksana secara langsung oleh perawat pelaksana dan diperkuat otentikasi dokumen tertulis).
2	Apakah kebutuhan pasien diperhatikan dalam pencegahan risiko jatuh?	Responsivitas	<i>“Kami selalu memastikan aspek keamanan fisik di sekeliling bed pasien aman. Pengaman samping (side rails) selalu dinaikkan dan dikunci, posisi roda tempat tidur dipastikan terkunci rapat, serta meletakkan bel panggilan di area yang mudah diraih pasien.”</i>	Baik (Responsivitas perawat pelaksana tinggi dalam menerapkan proteksi lingkungan fisik yang aman di sekeliling bed pasien).
3	Apakah pasien atau keluarga dilibatkan dalam upaya pencegahan jatuh?	Keterlibatan Pasien	<i>“Keluarga pasien selalu diposisikan sebagai partner pengawasan di kamar rawat. Saya ingatkan mereka agar segera memencet bel panggil jika pasien dengan skor risiko tinggi ingin ke toilet, dan melarang mereka menurunkan pembatas bed tanpa bantuan perawat.”</i>	Baik (Pelatihan aktif keluarga berjalan optimal sebagai sistem pendukung proteksi keselamatan pasien di unit perawatan).
4	Bagaimana tindak lanjut terhadap keluhan terkait keselamatan	Penanganan Keluhan	<i>“Bila penunggu pasien melaporkan adanya sarana yang kurang optimal, seperti lampu kamar mandi yang redup atau rem</i>	Baik (Keluhan teknis penunjang keselamatan ditanggapi secara tanggap melalui

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	pasien?		<i>roda bed yang agak longgar, laporan itu langsung saya operkan ke Katim atau Karu agar segera diinput permintaan perbaikannya ke IPSRS. ”</i>	pelaporan berjenjang internal ruangan).

KRITERIA 5 : FOKUS PADA TENAGA KERJA (*WORKFORCE FOCUS / SDM*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah petugas mendapatkan pelatihan terkait risiko jatuh?	Pelatihan	<i>“Iya, sudah dapat semua. Saya sudah mengikuti in-house training Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) yang diadakan rumah sakit, termasuk materi mengenai validasi penilaian instrumen skala jatuh Morse maupun Humpty Dumpty.”</i>	Baik (Aspek penguatan kompetensi difasilitasi secara teratur lewat penyediaan program pelatihan internal berkala).
2	Bagaimana tingkat pemahaman petugas terhadap re-asesmen risiko jatuh?	Kompetensi	<i>“Secara pemahaman klinis kami sudah paham. Kami sudah tahu di luar kepala kapan kondisi pasien menuntut pengkajian ulang segera di luar jadwal rutin, misalnya pasca-tindakan operasi besar, perubahan obat, atau saat transfer antar-ruang.”</i>	Baik (Tingkat pemahaman klinis perawat pelaksana berada di kategori mumpuni mengenai indikasi dilakukannya re-asesmen darurat).
3	Apakah jumlah tenaga mencukupi untuk pelaksanaan asesmen?	Kecukupan SDM	<i>“Secara kapasitas pengetahuan staf sudah mumpuni, tetapi untuk kuantitas personel harian harian di ruangan seringnya mepet dibanding volume pasien yang dirawat. Ketika shift padat tindakan medis langsung, penginputan data ke komputer terpaksa kami tunda dulu.”</i>	Cukup (Kapasitas keilmuan perawat pelaksana sangat baik, namun jumlah personel di lapangan terkendala tingginya beban kerja asuhan langsung).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
4	Bagaimana motivasi petugas dalam melakukan pelaporan?	Motivasi	<i>“Motivasi saya tinggi karena kesadaran profesional bahwa ketikan rekam medis elektronik ini adalah bukti legal pelindung profesi kami jika terjadi masalah hukum. Ditambah lagi, iklim keterbukaan di unit ini membuat kami tidak takut melapor.”</i>	Baik (Motivasi internal perawat pelaksana terjaga berkat tingginya kesadaran aspek legalitas dokumentasi hukum profesi).

KRITERIA 6 : MANAJEMEN PROSES (*PROCESS MANAGEMENT*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah terdapat SPO re-asesmen risiko jatuh?	SPO	<i>“SPO tata laksananya sudah ada, tertulis baku, dan dapat kami buka lewat sistem pangkalan data internal di komputer nurse station kapan saja kalau seandainya butuh penyegaran aturan tindakan pengamanan.”</i>	Baik (Dokumen regulasi SPO penanganan risiko jatuh sudah tersusun komprehensif, jelas, dan mudah diakses oleh staf pelaksana).
2	Bagaimana kesesuaian pelaksanaan dengan SPO?	Kepatuhan Proses	<i>“Kalau untuk kepatuhan tindakan fisik ke pasien, kami selalu patuh Eksekusi sesuai SPO. Namun untuk kepatuhan ketepatan waktu entri data di sistem, kadang ada delay karena kami mendahulukan tindakan kedaruratan medis pasien dulu.”</i>	Cukup (Kepatuhan asuhan fisik perawat sudah baik, tetapi Realisasi ketepatan waktu pengisian data ke sistem komputer masih fluktuatif).
3	Apakah proses re-asesmen terdokumentasi dengan baik?	Dokumentasi	<i>“Dokumentasi berjalan rapi karena formatnya sudah checklist elektronik di rekam medis digital. Pengisiannya praktis, jadi kendala berkas rekam medis manual terselip atau robek seperti dulu sudah tidak</i>	Baik (Proses dokumentasi asuhan klinis tersimpan aman, ringkas, dan tertata rapi di dalam pangkalan data digital rumah sakit).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>dialami lagi.</i> ”	
4	Bagaimana mekanisme pelaporan jika ditemukan pasien berisiko tinggi jatuh?	Alur Pelaporan	<i>“Alurnya, begitu skor asesmen masuk kategori tinggi, tindakan mandiri ruangan berupa pasang gelang kuning langsung dieksekusi cepat. Namun untuk integrasi alur digital alert system otomatis ke komputer mutu pusat, jaringannya terkadang masih delay sync.”</i>	Cukup (Respons tindakan fisik di ruangan berjalan tanggap, namun keandalan integrasi sistem peringatan digital pusat perlu perbaikan).
5	Hambatan apa yang sering ditemukan dalam pelaksanaan pelaporan?	Kendala Proses	<i>“Kendala operasional terbesarnya adalah alokasi waktu pengetikan saat beban asuhan langsung pasien sedang tinggi-tingginya, jadinya entri data tergeser ke akhir shift. Hambatan lainnya adalah penunggu pasien yang sering berganti orang.”</i>	Cukup (Proses operasional terhambat oleh faktor keterbatasan waktu dinas harian serta dinamika pergantian penunggu pasien).

TRANSKIP MATRIKS WAWANCARA

Kode : PP-4

Narasumber : Perawat Pelaksana 4 Ruang Annas 2

KRITERIA 3 : BERFOKUS PADA PASIEN (*CUSTOMER FOCUS*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana pelaksanaan edukasi risiko jatuh kepada pasien dan keluarga?	Edukasi	<i>“Saat orientasi awal pasien baru masuk kamar rawat, saya langsung berikan edukasi mengenai pencegahan risiko jatuh dan fungsi gelang kuning. Selesai menjelaskan, saya pastikan keluarga memberikan tanda tangan pada lembar edukasi terintegrasi di rekam medis.”</i>	Baik (Pemberian edukasi risiko jatuh dipaparkan secara langsung oleh perawat pelaksana dan didukung bukti penandatanganan dokumen tertulis).
2	Apakah kebutuhan pasien diperhatikan dalam pencegahan risiko jatuh?	Responsivitas	<i>“Kami sangat teliti menjaga keamanan di sekitar tempat tidur pasien. Setiap masuk kamar, saya selalu memantau apakah side rails sudah terkunci tinggi, roda bed dipastikan mengerem kuat, dan tombol panggilan diletakkan di tempat yang gampang dicapai pasien.”</i>	Baik (Responsivitas perawat pelaksana tinggi dalam menerapkan proteksi lingkungan fisik yang aman di sekeliling bed pasien).
3	Apakah pasien atau keluarga dilibatkan dalam upaya pencegahan jatuh?	Keterlibatan Pasien	<i>“Keluarga pasien selalu saya ingatkan untuk ikut membantu memantau. Pesan saya ke mereka adalah jangan membiarkan pasien risiko tinggi pergi ke toilet sendirian tanpa menekan bel panggil, dan selalu menaikkan pagar kasur kembali setelah menemani pasien.”</i>	Baik (Pelibatan aktif keluarga berjalan optimal sebagai sistem pendukung proteksi keselamatan pasien di unit perawatan).
4	Bagaimana tindak lanjut terhadap keluhan	Penanganan Keluhan	<i>“Kalau penunggu pasien mengeluhkan fasilitas kamar yang kurang aman, seperti gantungan</i>	Baik (Keluhan teknis penunjang keselamatan ditanggapi secara

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	terkait keselamatan pasien?		<i>baju di toilet yang longgar atau lantai yang terasa agak licin, laporan itu langsung saya sampaikan ke Katim atau Karu agar diinput nota perbaikan ke IPSRS."</i>	tanggap melalui mekanisme Pelaporan berjenjang internal ruangan).

KRITERIA 5 : FOKUS PADA TENAGA KERJA (*WORKFORCE FOCUS / SDM*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah petugas mendapatkan pelatihan terkait risiko jatuh?	Pelatihan	<i>"Sudah pernah semua. Saya sendiri sudah mendapatkan in-house training dari rumah sakit mengenai Sasaran Keselamatan Pasien, termasuk cara pengisian dan validasi skor Morse Fall Scale untuk pasien dewasa."</i>	Baik (Aspek penguatan kompetensi difasilitasi secara teratur lewat penyediaan program pelatihan internal berkala).
2	Bagaimana tingkat pemahaman petugas terhadap re-asesmen risiko jatuh?	Kompetensi	<i>"Tingkat pemahaman saya dan teman-teman sejawat sudah sangat baik. Kami tahu kapan harus langsung melakukan evaluasi ulang darurat tanpa menunggu jadwal shift, misalnya saat pasien baru dipindahkan dari ruang ICU atau setelah mendapat obat bius."</i>	Baik (Tingkat pemahaman klinis perawat pelaksana berada di kategori mumpuni mengenai indikasi dilakukannya re-asesmen darurat).
3	Apakah jumlah tenaga mencukupi untuk pelaksanaan asesmen?	Kecukupan SDM	<i>"Kalau dari pemahaman teori kami siap, tetapi jumlah personel harian di lapangan sering kali kewalahan dibanding volume pasien. Di saat dinas sedang sibuk-sibuknya dengan tindakan medis langsung, penginputan lembar observasi di komputer terpaksa mundur."</i>	Cukup (Kapasitas keilmuan perawat pelaksana sangat baik, namun jumlah personel di lapangan terkendala tingginya beban kerja asuhan langsung).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
4	Bagaimana motivasi petugas dalam melakukan pelaporan?	Motivasi	<i>“Motivasi kami menginput data tetap terjaga karena sadar bahwa catatan di rekam medis elektronik itu adalah perlindungan hukum bagi kami saat bekerja. Selain itu, suasana kerja di ruangan ini juga sangat kompak dan suportif.”</i>	Baik (Motivasi internal perawat pelaksana terjaga berkat tingginya kesadaran aspek legalitas dokumentasi hukum profesi).

KRITERIA 6 : MANAJEMEN PROSES (*PROCESS MANAGEMENT*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah terdapat SPO re-asesmen risiko jatuh?	SPO	<i>“SPO-nya sudah tersedia lengkap dan tertulis jelas di sistem data internal. Kami bisa langsung membacanya lewat komputer di nurse station kapan saja kalau seandainya ada langkah penanganan klinis yang meragukan.”</i>	Baik (Dokumen regulasi SPO penanganan risiko jatuh sudah tersusun komprehensif, jelas, dan mudah diakses oleh staf pelaksana).
2	Bagaimana kesesuaian pelaksanaan dengan SPO?	Kepatuhan Proses	<i>“Tindakan pengamanan langsung ke pasien selalu kami kerjakan sesuai SPO. Tetapi untuk ketepatan waktu mendokumentasikannya ke lembar digital, kadang-kadang ada toleransi delay karena perawat mendahulukan penanganan darurat pasien.”</i>	Cukup (Kepatuhan asuhan fisik perawat sudah baik, tetapi realisasi ketepatan waktu pengisian data ke sistem komputer masih fluktuatif).
3	Apakah proses re-asesmen terdokumentasi dengan baik?	Dokumentasi	<i>“Pendokumentasian berjalan rapi karena format isian sudah berbentuk checklist elektronik di rekam medis digital. Prosesnya praktis dan cepat, jadi masalah lembar kertas hilang atau robek seperti dulu sudah</i>	Baik (Proses dokumentasi asuhan klinis tersimpan aman, ringkas, dan tertata rapi di dalam pangkalan data digital rumah sakit).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>tidak ada lagi.</i>	
4	Bagaimana mekanisme pelaporan jika ditemukan pasien berisiko tinggi jatuh?	Alur Pelaporan	<i>"Alurnya, begitu perawat menginput skor tinggi di sistem, tindakan fisik pencegahan langsung kami eksekusi di kamar. Namun untuk interkoneksi alert system otomatis ke server komite mutu pusat, jaringannya kadang masih lambat sinkronisasi."</i>	Cukup (Respons tindakan fisik di ruangan berjalan tanggap, namun keandalan integrasi sistem peringatan digital pusat perlu perbaikan).
5	Hambatan apa yang sering ditemukan dalam pelaksanaan pelaporan?	Kendala Proses	<i>"Hambatan utamanya adalah pembagian waktu saat volume tindakan langsung ke pasien sedang padat-padat nya, entri data jadi tergeser ke akhir dinas. Kendala lainnya adalah penunggu pasien yang sering bertukar orang, jadi harus diedukasi ulang."</i>	Cukup (Proses operasional terhambat oleh faktor keterbatasan waktu dinas harian serta dinamika pergantian penunggu pasien).

TRANSKIP MATRIKS WAWANCARA

Kode : PP-5

Narasumber : Perawat Pelaksana 5 Ruang Annas 2

KRITERIA 3 : BERFOKUS PADA PASIEN (*CUSTOMER FOCUS*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana pelaksanaan edukasi risiko jatuh kepada pasien dan keluarga?	Edukasi	<i>“Edukasi langsung saya sampaikan begitu pasien selesai diposisikan di tempat tidurnya. Kami jelaskan mengapa harus pakai penanda kancing kuning, lalu lembar edukasi pasien terintegrasi langsung diparaf oleh perwakilan keluarga selaku bukti otentik.”</i>	Baik (Pemberian edukasi risiko jatuh dipaparkan secara langsung oleh perawat pelaksana dan didukung bukti penandatanganan an dokumen tertulis).
2	Apakah kebutuhan pasien diperhatikan dalam pencegahan risiko jatuh?	Responsivitas	<i>“Kami selalu memastikan perimeter kasur pasien berada pada kondisi aman. Setiap kali masuk untuk mengontrol infus, saya cek ulang apakah pembatas kasur (side rails) sudah terkunci tegak, roda ranjang tidak bergeser, dan bel panggilan ditaruh di dekat bantal pasien.”</i>	Baik (Responsivitas perawat pelaksana tinggi dalam menerapkan proteksi lingkungan fisik yang aman di sekeliling bed pasien).
3	Apakah pasien atau keluarga dilibatkan dalam upaya pencegahan jatuh?	Keterlibatan Pasien	<i>“Keluarga pasien selalu kami ajak untuk bekerja sama. Pesan kami ke mereka adalah jangan sungkan memencet bel panggil atau ke nurse station jika pasien yang berisiko tinggi mau ke toilet, serta meminta mereka tidak menurunkan pembatas ranjang sendiri.”</i>	Baik (Pelibatan aktif keluarga berjalan optimal sebagai sistem pendukung proteksi keselamatan pasien di unit perawatan).
4	Bagaimana tindak lanjut terhadap keluhan terkait keselamatan pasien?	Penanganan Keluhan	<i>“Jika penunggu pasien mengeluhkan sarana fisik, misalnya ada rem roda tempat tidur yang terasa agak longgar atau ubin di dekat wastafel licin, keluhan tersebut langsung saya</i>	Baik (Keluhan teknis penunjang keselamatan ditanggapi secara tanggap melalui mekanisme Pelaporan berjenjang

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>operkan ke Katim atau Karu agar dibuatkan bon perbaikan ke bagian IPSRS.</i>	internal ruangan).

KRITERIA 5 : FOKUS PADA TENAGA KERJA (*WORKFORCE FOCUS / SDM*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah petugas mendapatkan pelatihan terkait risiko jatuh?	Pelatihan	<i>“Sudah, seluruh perawat pelaksana di ruangan ini dipastikan sudah mengikuti in-house training tentang Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) dari tim Diklat, termasuk cara penapisan berkala memakai instrumen Morse Fall Scale.”</i>	Baik (Aspek penguatan kompetensi difasilitasi secara teratur lewat penyediaan program pelatihan internal berkala).
2	Bagaimana tingkat pemahaman petugas terhadap re-asesmen risiko jatuh?	Kompetensi	<i>“Pemahaman saya dan rekan-rekan sejawat sudah sangat terlatih. Kami mengerti kapan harus langsung melakukan pengkajian ulang tanpa harus menunggu jadwal rutin harian, contohnya jika pasien baru kembali dari ruang operasi atau mendapat obat penenang dosis tinggi.”</i>	Baik (Tingkat pemahaman klinis perawat pelaksana berada di kategori mumpuni mengenai indikasi dilakukannya re-asesmen darurat).
3	Apakah jumlah tenaga mencukupi untuk pelaksanaan asesmen?	Kecukupan SDM	<i>“Secara ilmu kami sangat siap, tapi kalau untuk jumlah perawat jaga harian dibanding jumlah pasien sering kali rasionya tidak seimbang, terutama saat shift malam. Beban asuhan langsung yang menyita waktu membuat input data ke komputer kadang terpaksa tertunda.”</i>	Cukup (Kapasitas keilmuan perawat pelaksana sangat baik, namun jumlah personel di lapangan terkendala tingginya beban kerja asuhan langsung).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
4	Bagaimana motivasi petugas dalam melakukan	Motivasi	<i>“Motivasi kami tetap kuat karena kami paham kalau dokumentasi digital di rekam medis elektronik itu adalah perlindungan hukum paling valid bagi profesi kami. Apalagi atmosfer kerja di Ruang Annas 2 ini sangat kompak dan transparan.”</i>	3 Baik (Motivasi internal perawat pelaksana terjaga berkat tingginya kesadaran aspek legalitas dokumentasi hukum profesi).

KRITERIA 6 : MANAJEMEN PROSES (*PROCESS MANAGEMENT*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah terdapat SPO re-asesmen risiko jatuh?	SPO	<i>“SPO tata laksananya sudah ada, tertulis baku, dan tersimpan di database internal rumah sakit. Kami bisa langsung mengaksesnya lewat komputer nurse station kapan saja jika memerlukan penyegaran terkait alur tindakan pengamanan.”</i>	Baik (Dokumen regulasi SPO penanganan risiko jatuh sudah tersusun komprehensif, jelas, dan mudah diakses oleh staf pelaksana).
2	Bagaimana kesesuaian pelaksanaan dengan SPO?	Kepatuhan Proses	<i>“Kalau untuk kepatuhan tindakan fisik ke pasien, kami selalu eksekusi sesuai SPO. Namun untuk kedisiplinan ketepatan waktu entri data di sistem, sesekali ada delay atau keterlambatan karena kami harus mendahulukan penanganan darurat medis pasien.”</i>	Cukup (Kepatuhan asuhan fisik perawat sudah baik, tetapi realisasi ketepatan waktu pengisian data ke sistem komputer masih fluktuatif).
3	Apakah proses re-asesmen terdokumentasi dengan baik?	Dokumentasi	<i>“Sistem dokumentasi asuhan jauh lebih rapi karena formatnya sudah berbentuk checklist elektronik di sistem rekam medis digital. Isiannya ringkas, jadi risiko lembar asesmen terselip atau rusak karena kertas hilang sudah</i>	Baik (Proses dokumentasi asuhan klinis tersimpan aman, ringkas, dan tertata rapi di dalam pangkalan data digital rumah sakit).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>tidak dialami lagi.</i> ”	
4	Bagaimana mekanisme pelaporan jika ditemukan pasien berisiko tinggi jatuh?	Alur Pelaporan	<i>“Alurnya, begitu kami input skor tinggi di komputer, tindakan mandiri ruangan berupa pasang gelang kuning langsung dikerjakan.</i> <i>Namun untuk integrasi alur digital alert system otomatis ke server komite mutu pusat, jaringannya terkadang masih delay sync.</i> ”	Cukup (Respons tindakan fisik di ruangan berjalan tanggap, namun keandalan integrasi sistem peringatan digital pusat perlu perbaikan).
5	Hambatan apa yang sering ditemukan dalam pelaksanaan pelaporan?	Kendala Proses	<i>“Kendala operasional utamanya adalah keterbatasan waktu saat volume tindakan langsung ke pasien sedang padat-padatnya, entri data jadi bergeser ke akhir dinas.</i> <i>Hambatan lainnya adalah penunggu pasien yang sering bertukar orang, jadi kami harus edukasi ulang terus.</i> ”	Cukup (Proses operasional terhambat oleh faktor keterbatasan waktu dinas harian serta dinamika pergantian penunggu pasien).

TRANSKIP MATRIKS WAWANCARA

Kode : PP-5

Narasumber : Perawat Pelaksana 6 Ruang Annas 2

KRITERIA 3 : BERFOKUS PADA PASIEN (*CUSTOMER FOCUS*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Bagaimana pelaksanaan edukasi risiko jatuh kepada pasien dan keluarga?	Edukasi	<i>“Setiap ada penerimaan pasien baru di bed perawatan, saya langsung berikan pemahaman mengenai tanda kancing kuning dan pencegahan cedera jatuh. Setelah paham, keluarga kami minta membubuhkan tanda tangan di lembar edukasi klinis terintegrasi.”</i>	Baik (Pemberian edukasi risiko jatuh dipaparkan secara langsung oleh perawat pelaksana dan didukung bukti penandatanganan dokumen tertulis).
2	Apakah kebutuhan pasien diperhatikan dalam pencegahan risiko jatuh?	Responsivitas	<i>“Kami memprioritaskan keamanan fisik di sekitar pasien. Saat keliling ruangan, saya rutin mengecek ulang apakah pagar pengaman kasur sudah terpasang tinggi, roda bed terkunci mati, dan bel panggilan ditaruh di posisi yang mudah dijangkau pasien.”</i>	Baik (Responsivitas perawat pelaksana tinggi dalam menerapkan proteksi lingkungan fisik yang aman di sekeliling bed pasien).
3	Apakah pasien atau keluarga dilibatkan dalam upaya pencegahan jatuh?	Keterlibatan Pasien	<i>“Keluarga pasien diposisikan sebagai mitra pengawas selama di kamar rawat. Saya titip pesan agar mereka segera memencet bel jika pasien berkategori risiko tinggi ingin ke kamar mandi, serta tidak menurunkan pembatas kasur tanpa sepengetahuan perawat.”</i>	Baik (Pelibatan aktif keluarga berjalan optimal sebagai sistem pendukung proteksi keselamatan pasien di unit perawatan).
4	Bagaimana tindak lanjut terhadap keluhan terkait keselamatan pasien?	Penanganan Keluhan	<i>“Apabila penunggu pasien menyampaikan ada fasilitas kamar yang kurang aman, seperti Pencahayaan toilet yang remang-remang atau rem kasur yang agak longgar, saya segera</i>	Baik (Keluhan teknis penunjang keselamatan ditanggapi secara tanggap melalui mekanisme Pelaporan berjenjang

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
			<i>melaporkannya ke Katim atau Karu agar diteruskan sebagai order perbaikan ke IPSRS.</i>	internal ruangan).

KRITERIA 5 : FOKUS PADA TENAGA KERJA (*WORKFORCE FOCUS / SDM*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah petugas mendapatkan pelatihan terkait risiko jatuh?	Pelatihan	<i>“Sudah, penyegaran materi berkala selalu ada. Saya sudah mengikuti in-house training berkala mengenai Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) dari pihak Diklat RS, termasuk pelatihan validasi skor penilaian risiko jatuh.”</i>	Baik (Aspek penguatan kompetensi difasilitasi secara teratur lewat penyediaan program pelatihan internal berkala).
2	Bagaimana tingkat pemahaman petugas terhadap re-asesmen risiko jatuh?	Kompetensi	<i>“Secara klinis pemahaman kami sudah sangat matang. Kami langsung peka kapan harus melakukan pengkajian ulang darurat di luar jadwal rutin harian, seperti saat pasien baru kembali dari kamar operasi atau setelah pemberian obat penenang.”</i>	Baik (Tingkat pemahaman klinis perawat pelaksana berada di kategori mumpuni mengenai indikasi dilakukannya re-asesmen darurat).
3	Apakah jumlah tenaga mencukupi untuk pelaksanaan asesmen?	Kecukupan SDM	<i>“Kalau secara pengetahuan staf medis kami siap, namun perbandingan jumlah perawat jaga harian dengan total pasien sering kali tidak seimbang di lapangan. Jika shift sedang padat tindakan langsung, pengetikan data observasi di sistem komputer terpaksa ditunda dulu.”</i>	Cukup (Kapasitas keilmuan perawat pelaksana sangat baik, namun jumlah personel di lapangan terkendala tingginya beban kerja asuhan langsung).
4	Bagaimana motivasi petugas	Motivasi	<i>“Motivasi menginput data tetap tinggi karena kami sadar rekam</i>	Baik (Motivasi internal perawat

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
	dalam melakukan pelaporan?		<i>medis elektronik merupakan dokumen legal otentik untuk perlindungan profesi kami saat bekerja. Ditambah lagi, kebersamaan tim di Ruang Annas 2 ini sangat terbuka dan kompak.”</i>	pelaksana terjaga berkat tingginya kesadaran aspek legalitas dokumentasi hukum profesi).

KRITERIA 6 : MANAJEMEN PROSES (*PROCESS MANAGEMENT*)

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
1	Apakah terdapat SPO re-asesmen risiko jatuh?	SPO	<i>“SPO pelaksanaannya sudah ada secara tertulis, sah, dan tersimpan rapi di dalam sistem pangkalan data internal rumah sakit. Kami bisa membuka file tersebut melalui komputer di meja nurse station kapan saja jika memerlukan review aturan.”</i>	Baik (Dokumen regulasi SPO penanganan risiko jatuh sudah tersusun komprehensif, jelas, dan mudah diakses oleh staf pelaksana).
2	Bagaimana kesesuaian pelaksanaan dengan SPO?	Kepatuhan Proses	<i>“Tindakan proteksi fisik langsung ke pasien selalu kami laksanakan tepat sesuai SPO. Namun untuk kepatuhan ketepatan waktu penginputan berkas digital di sistem komputer, terkadang ada delay karena perawat mendahulukan tindakan darurat medis pasien.”</i>	Cukup (Kepatuhan asuhan fisik perawat sudah baik, tetapi realisasi ketepatan waktu pengisian data ke sistem komputer masih fluktuatif).
3	Apakah proses re-asesmen terdokumentasi dengan baik?	Dokumentasi	<i>“Dokumentasi jauh lebih tertata karena formatnya langsung berbentuk checklist terkomputerisasi di program rekam medis elektronik. Pengisiannya praktis, jadi masalah kertas rekam medis terselip atau rusak terlipat sudah tidak kami temukan.”</i>	Baik (Proses dokumentasi asuhan klinis tersimpan aman, ringkas, dan tertata rapi di dalam pangkalan data digital rumah sakit).

No	Pertanyaan Wawancara	Poin yang Dinilai	Hasil Wawancara Konten / Verbatim	Kesimpulan Indikator
4	Bagaimana mekanisme pelaporan jika ditemukan pasien berisiko tinggi jatuh?	Alur Pelaporan	<i>"Alurnya, ketika input skor klinis berkategori tinggi, intervensi fisik berupa pasang gelang kuning langsung dieksekusi di bed. Namun untuk sinkronisasi alert system otomatis ke komputer bagian komite mutu pusat, jaringannya terkadang masih lambat."</i>	Cukup (Respons tindakan fisik di ruangan berjalan tanggap, namun keandalan integrasi sistem peringatan digital pusat perlu perbaikan).
5	Hambatan apa yang sering ditemukan dalam pelaksanaan pelaporan?	Kendala Proses	<i>"Hambatan teknis terbesar adalah pembagian waktu saat volume asuhan langsung pasien sedang sangat tinggi, pengisian data terpaksa bergeser ke akhir jam dinas. Hambatan sosialnya adalah penunggu pasien yang dinamis sering berganti-ganti orang."</i>	Cukup (Proses operasional terhambat oleh faktor keterbatasan waktu dinas harian serta dinamika pergantian penunggu pasien).

Lampiran 8. Hasil Lembar Checklist Penelitian

CEK DOC NISA 2

No	Aspek yang Diobservasi	Kategori	SKOR
1	Tersedia SOP re-asesmen risiko jatuh di unit	☒ Ada ☐ Tidak	1/2
2	SPO di baca dan di laksanakan	☒ Ada ☐ Tidak	1/2
3	Bukti Sosialisasi petugas terkait, isi SPO dan Lokasi penyimpanan	☐ Ada ☒ Tidak	1/2
4	Petugas melakukan re-asesmen sesuai jadwal shift nya	☒ Ada ☒ Tidak	1/2
5	Formulir re-asesmen diisi lengkap	☐ Ada ☒ Tidak	1/2
6	Ketepatan menilai re -asesmen risiko jatuh	☐ Ada ☒ Tidak	1/2
7	Terdapat bukti tanda tangan/verifikasi petugas	☒ Ada ☐ Tidak	1/2
8	Terdapat monitoring oleh kepala ruangan	☐ Ada ☒ Tidak	1/2
9	Hasil re-asesmen ditindaklanjuti	☐ Ada ☒ Tidak	1/2
10	Edukasi pencegahan risiko jatuh diberikan kepada pasien/keluarga	☐ Ada ☒ Tidak	1/2
11	Dokumentasi tersimpan rapi dalam rekam medis / sistem elektronik	☒ Ada ☐ Tidak	1/2

Skor	Kategori
2	Ada
1	Tidak Ada

No	Dokumen yang Ditelaah	Kategori	SKOR
12	Laporan audit re-asesmen risiko jatuh	☐ Ada ☒ Tidak	1/2
13	Rekapitulasi kepatuhan pengisian re-asesmen	☐ Ada ☒ Tidak	1/2
14	Data kejadian pasien jatuh (insiden report)	☐ Ada ☒ Tidak	1/2

Skor	Kategori
2	Ada
1	Tidak Ada

CEK LIST DI ANNAS 2

No	Aspek yang Diobservasi	Kategori	SKOR
1	Tersedia SOP re-asesmen risiko jatuh di unit	☒ Ada ☐ Tidak	1/2
2	SPO di baca dan di laksanakan	☒ Ada ☐ Tidak	1/2
3	Bukti Sosialisasi petugas terkait, isi SPO dan Lokasi penyimpanan	☒ Ada ☐ Tidak	1/2
4	Petugas melakukan re-asesmen sesuai jadwal shift nya	☒ Ada ☐ Tidak	1/2
5	Formulir re-asesmen diisi lengkap	☒ Ada ☐ Tidak	1/2
6	Ketepatan menilai re-asesmen risiko jatuh	☒ Ada ☐ Tidak	1/2
7	Terdapat bukti tanda tangan/verifikasi petugas	☒ Ada ☐ Tidak	1/2
8	Terdapat monitoring oleh kepala ruangan	☒ Ada ☐ Tidak	1/2
9	Hasil re-asesmen ditindaklanjuti	☒ Ada ☐ Tidak	1/2
10	Edukasi pencegahan risiko jatuh diberikan kepada pasien/keluarga	☒ Ada ☐ Tidak	1/2
11	Dokumentasi tersimpan rapi dalam rekam medis / sistem elektronik	☒ Ada ☐ Tidak	1/2

No	Dokumen yang Ditelaah	Kategori	SKOR
12	Laporan audit re-asesmen risiko jatuh	☒ Ada ☐ Tidak	1/2
13	Rekapitulasi kepatuhan pengisian re-asesmen	☒ Ada ☐ Tidak	1/2
14	Data kejadian pasien jatuh (insiden report)	☒ Ada ☐ Tidak	1/2

Skor	Kategori
2	Ada
1	Tidak Ada

Lampiran 9. Dokumentasi Penelitian



