

SKRIPSI

**GAMBARAN PELAKSANAAN SASARAN KESELAMATAN
PASIEN SNARS EDISI 1.1 DI RSUD HAJI PROVINSI
SULAWESI SELATAN TAHUN 2020**

**UMMU KALSUM
K111 16 325**



*Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat*


**DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**


PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.


Makassar, 27 Oktober 2020




Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH


Rini Anggraeni, SKM., M.Kes

Mengetahui,
Ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin


Dr. Irwandy, SKM., M.ScPH., M.Kes

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Selasa
Tanggal 27 Oktober 2020.

Ketua : Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH

(.....)

Sekretaris : Rini Anggraeni, SKM, M.Kes

(.....)

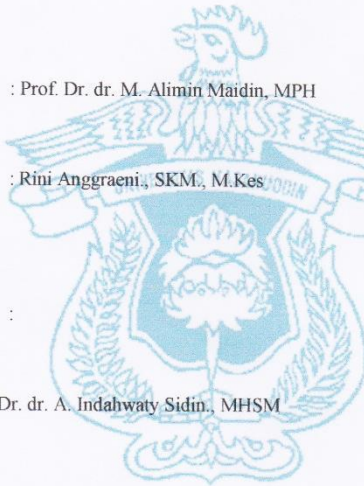
Anggota :

1. Dr. dr. A. Indahwaty Sidin, MHSM

(.....)

2. A. Wahyuni, SKM., M.Kes

(.....)



SURAT KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ummu Kalsum

NIM : K11116325

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jurusan : Manajemen Rumah Sakit

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa judul skripsi "Gambaran Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien SNARS Edisi 1.1 di RSUD Haji Provinsi Sulawesi-Selatan". Benar hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau karya orang lain. Apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan berlaku.

Makassar, 27 Oktober 2020

Yang membuat pernyataan,



Ummu Kalsum

RINGKASAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
MANAJEMEN RUMAH SAKIT
MAKASSAR, OKTOBER 2020

UMMU KALSUM

“GAMBARAN PELAKSANAAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN
SNARS EDISI 1.1 DI RSUD HAJI PROVINSI SULAWESI-SELATAN”

(xiv+147 halaman + 5 Tabel + 46 gambar + 12 lampiran)

Sebagai upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit maka dilakukan penyusunan standar keselamatan pasien. Salah satu standar yang telah ditetapkan adalah sasaran keselamatan pasien yang merupakan syarat untuk diterapkan disemua rumah sakit yang diakreditasi oleh Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Tujuan Penelitian yaitu mengetahui gambaran pelaksanaan sasaran keselamatan pasien SNARS Edisi 1.1 di RSUD Haji Prov Sul-Sel.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Instrumen penelitian dan penentuan informan menggunakan instrumen survey SNARS Edisi 1.1 sehingga diperoleh 12 informan. Pengumpulan data dilakukan dengan telusur dokumen, observasi dan wawancara mendalam. Keabsahan data dilakukan dengan triangulasi sumber dan metode.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di RSUD Haji Prov Sul-Sel pada SKP 1, SKP 2, SKP 3 dan SKP 5 telah diterapkan dengan status terpenuhi sebagian sedangkan pelaksanaan SKP 4 dan SKP 6 telah diterapkan dengan status terpenuhi lengkap. Hasil wawancara, telusur dokumen dan observasi pada elemen penilaian yang belum terpenuhi menunjukkan bahwa identitas pasien pada label obat belum tercetak minimal dua identitas, tidak ditemukan bukti pelatihan komunikasi efektif antar PPA, belum dilaksanakannya evaluasi terkait catatan hal-hal kritis yang dikomunikasikan antar PPA saat terima pasien dilakukan dan daftar obat *high alert* di beberapa ruang perawatan sudah tidak ditemukan. Selain itu kepatuhan petugas dalam melaksanakan 6 langkah cuci tangan dan 5 momen cuci tangan masih belum maksimal. Adanya sasaran keselamatan pasien yang telah terpenuhi lengkap dan hanya terpenuhi sebagian menunjukkan bahwa pengimplementasian sasaran keselamatan pasien tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti faktor organisasi dan manajerial, faktor tim, faktor individu dan faktor lingkungan.

Daftar Pustaka : 34 (2006-2019)

Keyword : Keselamatan Pasien, Sasaran Keselamatan Pasien, SNARS

ABSTRACT

**HASANUDDIN UNIVERSITY
PUBLIC HEALTH FACULTY
HOSPITAL MANAGEMENT
MAKASSAR, OCTOBER 2020**

UMMU KALSUM

*“DESCRIPTION OF THE IMPLEMENTATION PATIENT SAFETY GOALS
SNARS 1.1 EDITION IN RSUD HAJI SOUTH SULAWESI PROVINCE”*

(xiv+147 pages + 5 tables + 46 pictures + 12 attachments)

In an effort to improve patient safety in the hospital, patient safety standards were made. One of the standards that have been set is the patient safety goals which is a requirement to be applied in all hospitals that are accredited by the National Hospital Accreditation Standard. To research the description of the implementation of the SNARS 1.1 Edition patient safety goals in the Haji Provincial Hospital of South Sulawesi.

The qualitative research goal was to obtain 12 informants using the SNARS Edition 1.1 survey instrument. Data validity was done by triangulating sources and methods using a case study approach by scrutinizing key documents, observations, in-depth interviews.

The results showed that the implementation of patient safety goals at the RSUD Haji of South Sulawesi Province on SKP 1, SKP 2, SKP 3 and SKP 5 had been implemented with a partially fulfilled status while the implementation of SKP 4 and SKP 6 had been implemented with a complete fulfilled status. The results of interviews, scrutinizing key documents and observations on unfulfilled assessment elements indicate that the patient's identity on the drug label has not been printed at least two identities, no evidence of effective communication training between PPAs has been found, no evaluation has been carried out related to records of critical matters communicated between PPAs upon receipt patients were admitted and the high alert drug lists in some of the treatment rooms were not found. In addition, the compliance of officers in carrying out 6 handwashing steps and 5 hand washing moments is still not optimal. The existence of patient safety goals that have been completely fulfilled and only partially fulfilled indicates that the implementation of these patient safety goals is influenced by several factors such as organizational and managerial factors, team factors, individual factors and environmental factors.

Bibliography : 34 (2006-2019)

Keyword : Patient Safety, Patient Safety Goals, SNARS

KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT karena dengan izin dan rahmat-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Gambaran Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien SNARS Edisi 1.1 Di RSUD Haji Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2020”**. Shalawat serta salam tidak lupa tercurahkan bagi Rasulullah SAW teladan umat manusia sepanjang masa, pembawa dari masa kebodohan ke masa yang penuh dengan ilmu pengetahuan dan jalan kebenaran.

Skripsi ini merupakan tugas akhir dalam menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Dalam proses penyusunannya, skripsi ini tidak terlepas dari segala keterbatasan dan kendala. Tetapi bantuan dan motivasi yang diberikan dari berbagai pihak baik moral maupun material sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.

Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada orang tua tercinta, **H. Nasaruddin** dan **Hj. Suriati Rahman Amd.Keb** yang tak henti-hentinya memberikan cinta, dukungan, perhatian dan semangat yang luar biasa baik lewat do'a secara langsung maupun secara diam-diam, yang jasa-jasanya tak akan bisa terbalaskan. Penulis juga berterima kasih sebesar-besarnya serta memberikan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak **Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH** selaku dosen pembimbing I dan Ibu **Rini Anggraeni, SKM., M.Kes** selaku dosen pembimbing II yang telah

banyak mencurahkan tenaga dan pikirannya, meluangkan waktunya yang begitu berharga untuk memberi bimbingan dan pengarahan dengan baik, dan memberikan dukungan serta motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyampaikan terima kasih atas segala bantuan baik moril maupun materil kepada berbagai pihak:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, para Wakil Dekan serta seluruh staf yang telah memberikan bantuan selama penulis mengikuti pendidikan di FKM Unhas serta kepada bapak/ibu dosen FKM, terimah kasih untuk segala ilmu yang telah diberikan.
3. Ibu Dr. dr. Masyitha Muis, S.Ked., MS selaku penasehat akademik selama menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Dr. Irwandy, SKM, M.ScPH, M.Kes selaku ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit.
5. Seluruh Dosen Manajemen Rumah Sakit yang telah banyak memberikan ilmu yang sangat berharga kepada penulis dan kepada staf Departemen Manajemen Rumah Sakit FKM UNHAS (Kak Rani, Kak Fuad dan Ibu Ija) terimah kasih atas segala bantuannya selama perkuliahan hingga akhir perkuliahan penulis sebagai mahasiswa Manajemen Rumah Sakit.
6. Ibu Dr. dr. A. Indahwaty Sidin, MHSM selaku penguji dari Departemen Manajemen Rumah Sakit dan Ibu A. Wahyuni SKM, M.Kes selaku penguji dari Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang telah meluangkan waktunya dalam memberi kritik dan saran sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan baik.

7. Direktur RSUD Haji Prov Sul-Sel atas bantuan dan kerja sama yang telah diberikan dalam proses penelitian dan seluruh staf yang telah bersedia menjadi informan penelitian dan membantu selama penelitian berlangsung.
8. Teman-teman MRS 2018 atas motivasi, hiburan, nasehat dan kerjasamanya selama ini.
9. Teman-teman seperjuangan angkatan GOBLIN 2016 terima kasih atas kenangan dan pengalaman yang telah dilewati bersama dan tak akan pernah terlupakan dari awal menjadi mahasiswa baru hingga menjadi mahasiswa tingkat akhir.
10. Teman-Teman KKN Bumi Harapan (Afif, Kak Mukmin, Ratih, Vira, Tiwi, Sisi, Rahma dan Fera) yang senantiasa selalu memberi hiburan dan canda tawa yang tidak bisa saya dapatkan di tempat lain.
11. Teman-teman IPATI (Gita, Depi dan Firda) atas bantuan dukungan dan motivasi serta kerjasama dan kekompakan selama masa perkuliahan.
12. Sahabat dan teman-teman (Savira, St. Nurhasmianti dan del) yang senantiasa selalu ada dari awal terus memberikan saran, kritik, masukan, dukungan, semangat dan hiburan yang tak henti-hentinya selama kuliah dan penyusunan skripsi ini.
13. Saudaraku tercinta Indha dan Hasim yang senantiasa bersedia membantu disegala kondisi dan selalu memberikan dukungan serta motivasi dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan penulis. Saran dan kritik demi penyempurnaan skripsi ini sangat penulis harapkan. Akhir kata, semoga apa yang disajikan dalam skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Makassar, Oktober 2020



Penulis

DAFTAR ISI

RINGKASAN	ii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II.....	8
TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Tinjauan Umum Tentang Keselamatan Pasien	8
B. Tinjauan Umum Tentang Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS).....	16
C. Tinjauan Umum Tentang Sasaran Keselamatan Pasien.....	21
D. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit.....	33
E. Matriks Penelitian Terdahulu	36
F. Kerangka Teori.....	42
BAB III.....	43
KERANGKA KONSEP.....	43
A. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian	43
B. Kerangka Konsep.....	45
C. Definisi Konseptual.....	46
BAB IV	49

METODE PENELITIAN	49
A. Jenis Penelitian	49
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	49
C. Informan Penelitian	49
D. Instrumen Penelitian	50
E. Pengumpulan Data	50
F. Keabsahan Data	61
G. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	61
BAB V	64
HASIL DAN PEMBAHASAN	64
A. Karakteristik Informan	64
B. Hasil Penelitian	65
C. Pembahasan	123
BAB VI	142
PENUTUP	144
A. Kesimpulan	144
B. Saran	145
DAFTAR PUSTAKA	147
LAMPIRAN	151

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kriteria Penentuan Skor Elemen Penilaian SNARS	20
Tabel 2.2 Matriks Penelitian Terdahulu.....	37
Tabel 3.1 Definisi Konseptual.....	46
Tabel 4.1 Sumber Data Penelitian.....	55
Tabel 5.1 Karakteristik Informan Keselamatan Pasien Berdasarkan SNARS Edisi 1.1 di RSUD Haji Prov Sul-Sel Tahun 2020.....	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	42
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	45
Gambar 5.1 Bukti Regulasi Pengidentifikasian Pasien	66
Gambar 5.2 Bukti Identitas Pasien.....	67
Gambar 5.3 Sekma Hasil Wawancara dengan informan	68
Gambar 5.4 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 1 EP 3	70
Gambar 5.5 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 1 EP 4 dan EP 5	72
Gambar 5.6 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 2 EP 2	74
Gambar 5.7 Bukti pesan ditulis lengkap, dibaca ulang dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan.....	75
Gambar 5.8 Sekma Hasil Wawancara dengan informan	76
Gambar 5.9 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 2 EP 4	78
Gambar 5.10 Bukti Rumah Sakit Menetapkan Besaran Nilai Kritis Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	79
Gambar 5.11 Bukti Rumah Sakit Melaksanakan Pelaporan Sesuai dengan Regulasi.....	79
Gambar 5.12 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 2.1 EP 2 ..	81
Gambar 5.13 Formulir Serah Terima Pasien antar ruangan/unit	82
Gambar 5.14 Buku laporan untuk serah terimah antar shift	82
Gambar 5.15 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 2.2 EP 1 ..	84
Gambar 5.16 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 2.2 EP 2 ..	86
Gambar 5.17 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 2.2 EP 3 ..	87
Gambar 5.18 Bukti Regulasi terkait SKP 3	88
Gambar 5.19 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 3 EP 2	90
Gambar 5.20 Daftar Obat <i>High Alert</i> di Unit Farmasi.....	91
Gambar 5.21 Skema Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 3 EP 3	92

Gambar 5.22 Tempat Penyimpanan, penyimpanan dan pelabelan obat <i>High Alert</i> di Unit Farmasi.....	93
Gambar 5.23 Tempat Penyimpanan, penyusunan dan pelabelan obat “ <i>look alike/sound alike</i> ” (LASA) di Unit Farmasi	93
Gambar 5.24 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 3 EP 4	95
Gambar 5.25 Bukti regulasi penyimpanan elektrolit konsentrasi tinggi.....	96
Gambar 5.26 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 3.1 EP 2 ..	97
Gambar 5.27 Bukti Regulasi untuk Melakukan Verifikasi Sebelum, Saat dan Sesudah Operasi	98
Gambar 5.28 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 4 EP 2 ...	100
Gambar 5.29 Bukti Penandaan Lokasi Operasi atau tidakan invasive dilakukan oleh staf medis.....	101
Gambar 5.30 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 4 EP 3 ...	102
Gambar 5.31 Bukti form untuk mencatat pengecekan kesiapan.....	103
Gambar 5.32 Bukti Regulasi tentang Penggunaan “ <i>Surgical Safety Check List</i> ”	104
Gambar 5.33 Bukti pelaksanaan komponen <i>Time out</i>	105
Gambar 5.34 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 4.1 EP 3	106
Gambar 5.35 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 4.1 EP 4	108
Gambar 5.36 Regulasi Pedoman Kebersihan Tangan.....	109
Gambar 5.37 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 5 EP 2 ...	110
Gambar 5.38 Staf dapat malukan cuci tangan sesuai prosedur	111
Gambar 5.39 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 5 EP 3 ...	113
Gambar 5.40 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 5 EP 4 ...	114
Gambar 5.41 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 5 EP 5 ...	116
Gambar 5.42 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 5 EP 6 ...	117
Gambar 5.43 Regulasi Mencegah Pasien Cederah Karena Jatuh	118
Gambar 5.44 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 6 EP 2 ...	120
Gambar 5.45 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 6 EP 3 ...	121
Gambar 5.46 Sekma Hasil Wawancara dengan informan terkait SKP 6 EP 4 ...	123

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent	152
Lampiran 2 Pedoman Wawancara	153
Lampiran 3 Lembar Observasi	155
Lampiran 4 Lembar Kelengkapan Dokumen	159
Lampiran 5 Matriks Hasil Wawancara	165
Lampiran 6 Dokumentasi Penelitian	193
Lampiran 7 Surat Penugasan Seminar Proposal	194
Lampiran 8 Surat Persetujuan Penelitian Dari Fakultas	195
Lampiran 9 Surat Penelitian Dari BKPMMD	196
Lampiran 10 Surat Izin Penelitian Di Rumah Sakit.....	197
Lampiran 11 Surat Keterangan Selesai Penelitian	198
Lampiran 12 Riwayat Hidup Peneliti.....	199

DAFTAR SINGKATAN

SKP	: Sasaran Keselamatan Pasien
IOM	: Institute of Medicine
IKP	: Insiden Keselamatan Pasien
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
KTC	: Kejadian Tidak Cedera
KPC	: Kejadian Potensial Cedera
KKPRS	: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
JCI	: Joint Commision International
DPJP	: Dokter Penanggung Jawab Pasien
WHO	: World Health Organization
SNARS	: Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
ARK	: Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan
HPK	: Hak Pasien dan Keluarga
AP	: Asesmen Pasien
PAP	: Pelayanan dan Asuhan Pasien
PAB	: Pelayanan Anestesi dan Bedah
PKPO	: Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat
MKE	: Manajemen Komunikasi dan Edukasi
PMKP	: Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
TKRS	: Tata Kelola Rumah Sakit
PPI	: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
MFK	: Manajemen Fasilitas dan Keselamatan

KKS	: Kompetensi dan Kewenangan Staf
MIRM	: Manajemen Informasi dan Rekam Medis
PPA	: Profesional Pemberi Asuhan
NORUM	: Nama Obat Rupa Ucapan Mirip
ISMP	: Institute for Safe Medication Practices
SSC	: Surgical Safety Checklist
TK	: Tenaga Teknis Kefarmasian
IPCN	: Infection Prevention Control Nurse
IPCLN	: Infention Prevention Control Link Nurse
BRM	: Berkas Rekam Medik
PDSA	: Plan Do Study Action
SBAR	: Situation Baground Asessmen Recommendation
TBAK	: Tulis Bacakan Konfirmasi
LASA	: Look alike Sound alike

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 66 Tahun 2016 menyebutkan bahwa rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang memiliki risiko tinggi terhadap keselamatan dan kesehatan petugas, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit. Hal tersebut disebabkan karena di rumah sakit terdapat berbagai macam obat, tes dan prosedur, banyak alat-alat, berbagai jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan kepada pasien selama 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan yang dilakukan tersebut apabila tidak dikelola dan dilakukan dengan baik dan tepat dapat menimbulkan risiko terjadinya kesalahan dalam melaksanakan pelayanan kepada pasien yang dapat berakibat dan berpengaruh terhadap keselamatan pasien (Keles, Kandou and Tilaar, 2015).

Menurut *Institute of Medicine* (IOM), keselamatan pasien memiliki pengertian bebas dari kejadian cedera. Keselamatan pasien di rumah sakit merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Tujuan utama penerapan *patient safety* di rumah sakit adalah mencegah dan mengurangi terjadinya Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dalam pelayanan kesehatan. Berangkat dari definisi keselamatan pasien tersebut maka keselamatan pasien menjadi suatu hal yang sangat penting di setiap rumah sakit (Permenkes RI, 2017b).

Berdasarkan laporan *The National Patient Safety Agency* (2017) dalam rentang waktu Januari-Desember 2016 angka kejadian keselamatan pasien yang dilaporkan dari Negara Inggris adalah sebanyak 1.879.822 kejadian. *Ministry of Health Malaysia* melaporkan angka insiden keselamatan pasien dalam rentang waktu Januari-Desember 2013 sebanyak 2.769 kejadian. Selain itu, penelitian yang dilakukan di Canada menunjukkan bahwa 7%-12% pasien mengalami insiden keselamatan dan 30%-40% merupakan insiden yang dapat dilakukan pencegahan (Forster *et al.*, 2012).

Menurut data Insiden Keselamatan Pasien yang diterbitkan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) tahun 2015, di Indonesia 114 laporan insiden keselamatan pasien pada tahun 2009, 103 laporan pada tahun 2010, dan terdapat 34 laporan di tahun 2011. Adanya insiden keselamatan pasien di suatu rumah sakit akan memberikan dampak yang merugikan terhadap pihak rumah sakit, staf dan pasien sebagai penerima pelayanan. Menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan merupakan salah satu dampak yang ditimbulkan apabila rumah sakit memiliki rekor insiden keselamatan pasien yang tinggi.

Sebagai upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit maka dilakukan penyusunan standar keselamatan pasien yang mengacu pada *Nine Life-Saving Patient Safety Solution* dari WHO yang juga digunakan oleh KKP-RS dan JCI (*Joint Commision International*). Salah satu standar keselamatan pasien yang telah ditetapkan oleh JCI tahun 2011 adalah sasaran pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit atau disebut dengan *National*

Patient Safety Goals for Hospital meliputi identifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi efektif, menggunakan obat-obat secara aman, kepastian tepat lokasi, prosedur dan tepat pasien, menurunkan risiko infeksi dan mengidentifikasi risiko jatuh pada pasien (Permenkes RI, 2017b).

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (2017) menyebutkan bahwa sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan disemua rumah sakit yang diakreditasi oleh Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No 34 Tahun 2017 standar akreditasi rumah sakit disusun sebagai upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit dan meningkatkan perlindungan bagi pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit sebagai institusi. Selain itu akreditasi juga disusun untuk menjalankan amanah Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang diwajibkannya rumah sakit untuk melaksanakan akreditasi dalam jangka waktu 3 (tiga) tahun sekali (Depkes RI, 2009).

Rumah sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan (RSUD Haji Prov Sul-Sel) adalah rumah sakit kelas B milik pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan yang berada di Kota Makassar. Pada tahun 2017 RSUD Haji Prov Sul-Sel lulus dan mendapat predikat Paripurna dengan sertifikat nomor: KARS-SERT/793/VII/2017. Hal tersebut menunjukkan bahwa RSUD Haji Prov Sul-Sel telah menerapkan sasaran keselamatan pasien.

Pemenuhan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit merupakan sesuatu yang wajib bagi rumah sakit. Pengimplementasian sasaran keselamatan pasien di rumah sakit adalah untuk mendorong perbaikan

spesifik dalam keselamatan pasien yang menyoroti bidang-bidang bermasalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan nasihat para pakar. Terdapat 6 Sasaran keselamatan pasien yang meliputi tercapainya ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai, kepastian lokasi, prosedur dan pembedahan pasien yang benar, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko cedera pasien akibat terjatuh (Permenkes RI, 2017b).

Berdasarkan data profil di RSUD Haji Prov Sul-Sel pada tahun 2018 untuk capaian indikator Sasaran Keselamatan Pasien 1 (SKP 1) terkait angka penggunaan gelang sebagai identitas pasien pada Triwulan I, Triwulan II dan Triwulan IV belum mencapai standar yakni sebesar 99,64%, 99,98%, 99,97%. Capaian indikator SKP II terkait verifikasi pelaporan hasil kritis pemeriksaan laboratorium dengan teknik TBaK dari petugas rawat inap kepada DPJP dan ditanda tangani dalam 24 jam pada Triwulan II belum mencapai standar yakni sebesar 99,24%. Capaian indikator SKP III terkait pemasangan label *High alert* pada semua obat-obat *High alert* pada triwulan IV belum mencapai standar yakni sebesar 97,28%. Capaian indikator SKP IV terkait pengisian *format check lins* keselamatan pasien operasi pada tahun 2018 telah mencapai standar. Capaian indikator SKP V terkait kepatuhan perawat dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah dan 5 momen pada Triwulan I, II, III dan IV belum mencapai standar yakni sebesar 75%, 78,74%, 79,39% dan 79,40%. Sedangkan untuk kepatuhan dokter pada

Triwulan I, II, III dan IV juga belum memenuhi standar pada tahun 2018 yakni sebesar 67,91%, 70,41%, 71,24% dan 71,25%. Pada capaian indikator SKP VI terkait insiden pasien jatuh pada tahun 2018 terjadi sebanyak dua kejadian pasien jatuh yakni jatuh dari tempat tidur karena pegangan tempat tidur patah dan jatuh karena ke kamar mandi tanpa pendamping dengan kategori KTC.

Berdasarkan pemaparan permasalahan di atas dapat disimpulkan bahwa RSUD Haji Prov Sul-Sel telah mengimplementasikan sasaran keselamatan pasien. Namun, beberapa indikator sasaran keselamatan pasien belum mencapai standar dan adanya insiden keselamatan pasien dengan kategori KTC. Oleh karena itu penulis tertarik untuk meneliti pelaksanaan sasaran keselamatan pasien berdasarkan SNARS Edisi 1.1 di RSUD Haji Prov Sul-Sel.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan atas kajian yang telah dijelaskan pada latar belakang mengenai masalah sasaran keselamatan pasien, untuk itu rumusan penelitian ini adalah bagaimana gambaran pelaksanaan sasaran keselamatan pasien berdasarkan SNARS Edisi 1.1 di RSUD Haji Prov Sul-Sel Tahun 2020.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk memberikan gambaran terkait pelaksanaan sasaran keselamatan pasien berdasarkan SNARS Edisi 1.1 di RSUD Haji Prov Sul-Sel Tahun 2020.

2. Tujuan Khusus

- a) Untuk mengetahui gambaran pelaksanaan sasaran pengidentifikasian pasien dengan benar berdasarkan SNARS Edisi 1.1 di RSUD Haji Prov Sul-Sel Tahun 2020.
- b) Untuk mengetahui gambaran pelaksanaan sasaran peningkatan komunikasi efektif berdasarkan SNARS Edisi 1.1 di RSUD Haji Prov Sul-Sel Tahun 2020.
- c) Untuk mengetahui gambaran pelaksanaan sasaran peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*High Alert Medications*) berdasarkan SNARS Edisi 1.1 di RSUD Haji Prov Sul-Sel Tahun 2020.
- d) Untuk mengetahui gambaran pelaksanaan sasaran kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien yang menjalani tindakan dan prosedur berdasarkan SNARS Edisi 1.1 di RSUD Haji Prov Sul-Sel Tahun 2020.
- e) Untuk mengetahui gambaran pelaksanaan sasaran pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan berdasarkan SNARS Edisi 1.1 di RSUD Haji Prov Sul-Sel Tahun 2020.
- f) Untuk mengetahui gambaran penerapan sasaran pengurangan risiko cedera karena pasien jatuh berdasarkan SNARS Edisi 1.1 di RSUD Haji Prov Sul-Sel Tahun 2020.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi peneliti di bidang kesehatan masyarakat khususnya manajemen rumah sakit serta menjadi salah satu sumber referensi bagi peneliti lainnya mengenai keselamatan pasien berdasarkan akreditasi SNARS Edisi 1.1 di rumah sakit.

2. Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti mengenai gambaran sasaran keselamatan pasien di rumah sakit berdasarkan akreditasi SNARS Edisi 1.1 serta dapat mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama perkuliahan mengenai peningkatan mutu di rumah sakit melalui keselamatan pasien berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS).

3. Manfaat bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu referensi dan bahan evaluasi khususnya pada tim PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) dan akreditasi dalam rangka peningkatan mutu pelayanan, sehingga status akreditasi rumah sakit tingkat paripurna yang telah diraih sebelumnya dengan versi KARS 2012 dapat dipertahankan pada akreditasi versi SNARS Edisi 1.1 terutama pada penilaian sasaran keselamatan pasien di rumah sakit dapat mencapai nilai minimal 80%.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Keselamatan Pasien

1. Definisi Keselamatan Pasien

Menurut *World Health Organization* (WHO), keselamatan pasien adalah tidak adanya bahaya yang mengancam kepada pasien selama proses perawatan kesehatan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017, keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien menjadi lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Keselamatan pasien dapat diartikan sebagai suatu upaya yang ditujukan untuk melindungi pasien dari sesuatu yang tidak diinginkan selama proses perawatan (Permenkes RI, 2017b).

2. Tujuan Keselamatan Pasien

Penerapan keselamatan pasien memiliki tujuan yang disebutkan Depkes RI (2008) dalam panduan nasional keselamatan pasien di rumah sakit, yaitu:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Menurunnya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit.
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

3. Standar Keselamatan Pasien

Menurut Depkes RI (2008), standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar, diantaranya yaitu:

- a. Standar I : Hak Pasien

Pasien dan keluarganya memiliki hak untuk memperoleh informasi mengenai rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

- b. Standar II : Mendidik Pasien dan Keluarga

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

- c. Standar III : Keselamatan Pasien dan Kestinambungan Pelayanan

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

- d. Standar IV : Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

- e. Standar V : Peran Kepemimpinan dalam Peningkatan Keselamatan Pasien

- 1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit. Pemimpin menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi KTD.
 - 2) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi serta koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - 3) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- f. Standar VI : Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien
- 1) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
 - 2) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.
- g. Standar VII : Komunikasi Merupakan Kunci Bagi Staf Untuk Mencapai Keselamatan Pasien

- 1) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
- 2) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

4. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Terdapat tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit yang disebutkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien rumah sakit (Permenkes RI, 2017b), diantaranya adalah :

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
- b. Memimpin dan mendukung staf
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko
- d. Mengembangkan sistem pelaporan
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keselamatan Pasien

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keselamatan Pasien Menurut WHO (2009):

a. Faktor Organisasi dan Manajerial

- 1) Budaya Keselamatan

Budaya keselamatan merupakan cerminan dari manajemen dan sikap pekerja dalam menjalankan nilai-nilai yang

berhubungan dengan manajemen risiko dan keselamatan. Dimensi dari budaya keselamatan adalah komitmen manajemen, prosedur kerja, prioritas utama, patuh terhadap peraturan, manajemen risiko dan sistem pelaporan kesalahan dan insiden keselamatan. Budaya keselamatan mempengaruhi perilaku kerja individu pada unit tertentu yang berhubungan dengan pengambilan keputusan, pelaksanaan prosedur dan pengetahuan tentang keselamatan.

2) Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan hal pertama yang harus diperhatikan dalam pengembangan dan penerapan budaya keselamatan pasien. Kepemimpinan merupakan kemampuan seorang pemimpin dalam memberikan keseimbangan antara pemberian tugas dan mengelolah ketenagaan dan memfasilitasi pemecahan masalah dalam kesenjangan antara kemampuan, prosedur, struktur organisasi dan motivasi.

3) Komunikasi

Komunikasi sangat penting untuk efisiensi, menjaga kualitas keamanan di tempat kerja. Komunikasi memberikan hubungan institusi, pengetahuan dan membangun pola perilaku yang dapat diprediksikan, hal itu sangat vital bagi kepemimpinan dan koordinasi tim. Kegagalan transmisi, dimana

saluran ada, tetapi informasi yang diperlukan tidak tersampaikan.

b. Faktor Kerja Tim

1) Kerjasama tim

Tim adalah unsur kehidupan organisasi karena suatu pekerjaan melibatkan orang-orang dengan berbagai macam keahlian untuk kerjasama untuk satu tujuan. Kerja tim adalah proses melibatkan dua atau lebih orang dalam suatu aktivitas untuk menyelesaikan suatu tujuan. Hampir semua pekerjaan di rumah sakit dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu.

2) Supervisi

Supervisi adalah proses pemberian bimbingan, pengarahan, dorongan, melakukan observasi, dan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang berhubungan dengan keselamatan pasien. Tujuan dari supervisi adalah meningkatkan kualitas dari pelayanan. Supervisi memegang peran utama dalam mendukung pelayanan yang bermutu melalui jaminan kualitas, manajemen risiko dan manajemen kinerja.

c. Faktor Individu

1) Kewaspadaan situasi

Kewaspadaan terhadap situasi merupakan suatu keharusan, kewaspadaan sebagai persepsi dari elemen-elemen di suatu lingkungan yang dibatasi oleh ruang dan waktu, dan

digunakan untuk menghadapi tantangan maupun musibah agar terhindar dari kecelakaan atau kerusakan.

2) Pengambilan keputusan

Pengambilan keputusan adalah melakukan penilaian dan manjatuhkan pilihan. Keputusan ini diambil melalui beberapa pertimbangan. Sebelum pilihan dijatuhkan, ada beberapa tahap yang mungkin akan dilalui oleh pembuat keputusan.

3) Stres kerja

Pada titik tertentu dalam dunia pekerjaan banyak orang akan mengalami stres terkait pekerjaan, stres dipengaruhi oleh keseimbangan antara persepsi terhadap tuntutan seseorang. Ketika tuntutan dirasa lebih utama dari kemampuan, seseorang akan mengalami efek tidak menyenangkan, seperti kelelahan atau perasaan lelah, konsentrasi kurang dan mudah tersinggung.

4) Kelelahan

Kelelahan bisa berdampak pada keselamatan dan produktivitas pegawai. Kelelahan berefek merugikan fungsi kognitif yang dapat jatuh hingga hampir 40% dari batas setelah kerja dua malam tanpa tidur. Manager dan pegawai dapat mendidik tentang efek kelelahan, hal ini dapat diatasi dengan jam istirahat, tidur siang, makanan yang memadai serta pencahayaan yang kuat agar dapat membantu beradaptasi terhadap *shift* malam.

d. Faktor Lingkungan

Lingkungan pekerjaan yakni lingkungan organisasi rumah sakit dapat menentukan kualitas dan keamanan pelayanan perawat kepada pasien. Sebagai jumlah tenaga terbesar dalam ketenagaan kesehatan, perawat mengaplikasikan pengetahuan, keterampilan dan pengalaman untuk memberikan variasi dan perubahan kebutuhan pasien.

6. Insiden Keselamatan Pasien

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 menyebutkan bahwa Insiden Keselamatan Pasien (IKP) merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Adapun Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan diantaranya adalah :

- a. Kondisi Potensial Cedera (KPC), KPC merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC), KNC merupakan terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC), KTC merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
- d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), KTD merupakan Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

- e. Kejadian Sentinel, merupakan suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien.

B. Tinjauan Umum Tentang Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)

1. Pengelompokan SNARS

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1 merupakan standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia. SNARS Edisi 1.1 terdiri dari 16 bab sebagai berikut: (KARS, 2019b)

- a. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
- b. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
- c. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
- d. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
- e. Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)
- f. Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK)
- g. Asesmen Pasien (AP)
- h. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)
- i. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
- j. Program Nasional
 - 1) Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi

- 2) Menurunkan Angka Kesakitan HIV/AIDS
 - 3) Menurunkan Angka Kesakitan TB
 - 4) Pelayanan Geriatri
 - 5) Penyelenggaraan Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)
- k. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
 - l. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
 - m. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
 - n. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)
 - o. Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)
 - p. Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan di Rumah Sakit (IPKP)

2. Instrumen Penilaian SNARS

Instrumen yang digunakan KARS untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap SNARS Edisi 1.1 dengan pendekatan manajemen risiko di rumah sakit terdiri dari (KARS, 2017):

a. Standar

Standar KARS mencakup harapan kinerja, struktur atau fungsi yang harus ditetapkan agar suatu rumah sakit dapat terakreditasi oleh KARS. Sasaran keselamatan pasien dianggap sebagai standar dan dimonitoring sama seperti standar lainnya dalam survey di tempat.

b. Maksud dan tujuan

Maksud dan tujuan dari suatu standar akan membantu menjelaskan makna sepenuhnya dari standar tersebut. Maksud dan

tujuan juga berguna bagi rumah sakit untuk menyusun poin-poin yang harus ada di dalam regulasi rumah sakit.

c. Elemen penilaian

Elemen penilaian dari suatu standar akan menuntun rumah sakit surveyor terhadap apa yang akan ditinjau dan dinilai selama proses survey. Setiap elemen penilaian dilengkapi dengan (R) atau (D), atau (W) atau (O) atau (S), atau kombinasinya yang berarti sebagai berikut:

- 1) R = Regulasi adalah dokumen pengaturan yang disusun oleh rumah sakit yang dapat berupa kebijakan, prosedur (SPO), pedoman, panduan, peraturan direktur rumah sakit, keputusan direktur rumah sakit dan atau program.
- 2) D = Dokumen, yang dimaksud dengan dokumen adalah bukti proses kegiatan atau pelayanan yang dapat berbentuk berkas rekam medik, laporan dan atau notulen rapat dan atau hasil audit dan atau ijazah dan bukti dokumen pelaksanaan kegiatan lainnya.
- 3) O = Observasi, yang dimaksud dengan observasi adalah bukti kegiatan yang didapatkan berdasarkan hasil penglihatan /observasi yang dilakukan.
- 4) S = Simulasi, yang dimaksud dengan simulasi adalah peragaan kegiatan yang dilakukan oleh staf rumah sakit yang diminta oleh surveyor.

5) W = Wawancara, yang dimaksud dengan wawancara adalah kegiatan Tanya jawab yang ditujukan kepada pemilik /representasi pemilik, direktur rumah sakit, pimpinan rumah sakit, PPA, staf klinis dan non klinis, pasien, keluarga, tenaga kontrak dan lain-lain.

d. Telusur

Telusur pada instrumen akreditasi SNARS 1.1 untuk mengetahui pemenuhan elemen standar dari setiap elemen penilaian. Telusur ini memandu untuk mencari bukti pemenuhan setiap elemen penilaian dari setiap standar.

e. Skor

Pada kolom skor tertulis sebagai berikut:

- 1) 10 : TL (Terpenuhi Lengkap)
- 2) 5 : TS (Terpenuhi Sebagian)
- 3) 0 : TT (Tidak Terpenuhi)

3. Kebijakan Pemberian Skor

Kebijakan pemberian skor instrumen SNARS (KARS, 2017):

a. Pemberian skoring

- 1) Setiap elemen penilaian diberi skor 0 atau 5 atau 10, sesuai pemenuhan rumah sakit EP.
- 2) Nilai setiap standar yang ada di bab merupakan penjumlahan dari nilai elemen penilaian.
- 3) Nilai dari standar dijumlahkan menjadi nilai untuk bab

- 4) Elemen penilaian yang tidak dapat diterapkan (TTD) tidak berikan skor dan mengurangi jumlah EP.
- b. Selama survey di lapangan, setiap EP standar dinilai sebagai berikut:
- 1) Skor 10 (Terpenuhi Lengkap), yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut minimal 80%.
 - 2) Skor 5 (Terpenuhi Sebagian) yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut antara 20-79%.
 - 3) Skor 0 (Tidak Terpenuhi) yaitu bila rumah sakit hanya dapat memenuhi elemen penilaian tersebut kurang dari 20%.
- c. Menentukan skor yang tepat pada setiap EP

Tabel 2.1 Kriteria Penentuan Skor Elemen Penilaian SNARS

No	Kriteria	Skor 10 (TL)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)
1.	Pemenuhan elemen penilaian	Minimal 80%	20-79%	Kurang 20%
2.	Bukti kepatuhan	Bukti kepatuhan ditemukan secara konsisten pada semua bagian/ departemen dimana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku.	Bukti kepatuhan tidak dapat ditemukan secara konsisten pada semua bagian/ departemen dimana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku.	Bukti kepatuhan tidak ditemukan secara menyeluruh pada semua bagian/ departemen dimana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku
3.	Hasil wawancara dari pemenuhan persyaratan yang ada di EP	Jawaban “ya” atau “selalu”	Jawaban “biasanya” atau “kadang kadang”	Jawaban “jarang” atau “tidak pernah”
4.	Regulasi sesuai dengan yang dijelaskan di maksud dan tujuan pada	Kelengkapan regulasi 80%	Kelengkapan regulasi 20-79%	Kelengkapan regulasi kurang 20%

	standar			
5.	Dokumen rapat/ pertemuan meliputi: undangan, materi rapat, absensi/ daftar hadir, notulen rapat	Kelengkapan bukti dokumen rapat 80%	Kelengkapan bukti dokumen rapat 20-79%	Kelengkapan bukti dokumen rapat kurang 20%
6.	Dokumen pelatihan : meliputi kerangka acuan (TOR) pelatihan yang dilampiri jadwal acara, undangan, materi/ bahan pelatihan, absensi/ daftar hadir, laporan pelatihan	Kelengkapan bukti dokumen rapat 80%	Kelengkapan bukti dokumen rapat 20-79%	Kelengkapan bukti dokumen rapat kurang 20%
7.	Dokumen orientasi staf meliputi: kerangka acuan (TOR) orientasi yang dilampiri jadwal acara, undangan, absensi/daftar hadir, laporan orientasi dari kepala SDM (orientasi umum) atau kepala unit (orientasi khusus)	Kelengkapan bukti dokumen rapat 80%	Kelengkapan bukti dokumen rapat 20-79%	Kelengkapan bukti dokumen rapat kurang 20%
8.	Hasil observasi pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sesuai regulasi	80% Contoh: 8 dari 10 kegiatan/ pelayanan yang diobservasi 8 sudah memenuhi EP	20-79% Contoh: 2-7 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi 2-7 sudah memenuhi EP	Kurang 20% Contoh: 1 dari 10 kegiatan/ pelayanan yang diobservasi 1 sudah memenuhi EP

C. Tinjauan Umum Tentang Sasaran Keselamatan Pasien

Bagian ini membahas sasaran keselamatan pasien yang wajib diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh KARS (KARS, 2019), yaitu:

1. Sasaran 1 : Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

a. Standar SKP 1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien.

b. Maksud dan Tujuan SKP 1

Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan tindakan. Keadaan yang dapat membuat identifikasi tidak benar adalah jika pasien dalam keadaan terbius, mengalami disorientasi, tidak sepenuhnya sadar, dalam keadaan koma, saat pasien berpindah tempat tidur, berpindah kamar tidur, berpindah lokasi di dalam lingkungan rumah sakit, terjadi disfungsi sensoris, lupa identitas diri, atau mengalami situasi lainnya. Ada 2 (dua) maksud dan tujuan standar ini : pertama, memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan dan kedua, untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.

Proses identifikasi yang digunakan di rumah sakit mengharuskan terdapat paling sedikit 2 (dua) dari 4 (empat) bentuk identifikasi, yaitu nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medik, nomor induk kependudukan atau bentuk lainnya (misalnya, barcode/QR code). Nomor kamar pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien. Dua (2) bentuk identifikasi ini digunakan di semua area layanan rumah sakit seperti di rawat jalan, rawat inap, unit darurat, kamar operasi, unit layanan diagnostik, dan lainnya.

2. Sasaran 2 : Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

a. Standar SKP 2

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telpon antar profesional pemberi asuhan (PPA).

b. Standar SKP 2.1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis.

c. Standar SKP 2.2

Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi “Serah Terimah” (*Hand Over*).

d. Maksud dan Tujuan

Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (*ambiguous*), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Pemeriksaan diagnostik kritis termasuk, tetapi tidak terbatas pada:

1. Pemeriksaan laboratorium
2. Pemeriksaan radiologi
3. Pemeriksaan kedokteran nuklir
4. Prosedur ultrasonografi
5. *Magnetic resonance imaging*
6. Diagnostik jantung

7. Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan di tempat tidur pasien, seperti hasil tanda-tanda vital, *portable radiographs, bedside ultrasound, atau transesophageal echocardiograms.*

Hasil yang diperoleh dan berada di luar rentang angka normal secara mencolok akan menunjukkan keadaan yang berisiko tinggi atau mengancam jiwa. Sistem pelaporan formal yang dapat menunjukkan dengan jelas bagaimana nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dikomunikasikan kepada staf medis dan informasi tersebut terdokumentasi untuk mengurangi risiko bagi pasien. Tiap-tiap unit menetapkan nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostiknya.

Untuk melakukan komunikasi secara verbal atau melalui telpon dengan aman dilakukan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Pemesanan obat atau permintaan obat secara verbal sebaiknya dihindari.
- 2) Dalam keadaan darurat karena komunikasi secara tertulis atau komunikasi elektronik tidak mungkin dilakukan maka harus ditetapkan panduannya meliputi permintaan pemeriksaan, penerimaan hasil pemeriksaan dalam keadaan darurat, identifikasi dan penetapan nilai kritis, hasil pemeriksaan kritis dilaporkan.
- 3) Prosedur menerima perintah lisan atau lewat telpon meliputi penulisan secara lengkap permintaan atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi, penerima membaca kembali permintaan atau

hasil pemeriksaan dan pengirim memberi konfirmasi atas apa yang telah ditulis secara akurat.

Penggunaan singkatan-singkatan yang tidak ditetapkan oleh rumah sakit sering kali menimbulkan kesalahan komunikasi dan dapat berakibat fatal. Oleh karena itu, rumah sakit diminta memiliki daftar singkatan yang diperkenankan dan dilarang. Serah terima asuhan pasien di dalam rumah sakit terjadi:

- 1) Antar PPA seperti antara staf medis dan staf medis, antara staf medis dan staf keperawatan atau dengan staf klinis lainnya, atau antara PPA dan PPA lainnya pada saat pertukaran shift.
- 2) Antar berbagai tingkat layanan di dalam rumah sakit yang sama seperti jika pasien dipindah dari unit intensif ke unit perawatan atau dari unit darurat ke kamar operasi
- 3) Dari unit rawat inap ke unit layanan diagnostik atau unit tindakan seperti radiologi atau unit terapi fisik.

8. Sasaran 3 : Meningkatnya Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (*High Alert Medication*)

a. Standar SKP 3

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.

b. Standar SKP 3.1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengelola penggunaan elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu.

c. Maksud dan Tujuan

Setiap obat jika salah penggunaannya dapat membahayakan pasien, bahkan bahayanya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien, terutama obat-obat yang perlu diwaspadai. Obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang mengandung risiko yang meningkat bila kita salah menggunakan dan dapat menimbulkan kerugian besar pada pasien.

Obat yang perlu diwaspadai terdiri atas:

- 1) Obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan (*error*) dapat menimbulkan kematian atau kecacatan seperti, insulin, heparin atau kemoterapeutik.
- 2) Obat yang nama, kemasan, label, penggunaan klinik tampak/kelihatan sama (*look alike*), bunyi ucapan sama (*sound alike*), seperti *Xanax* dan *Zantac* atau *hydralazine* dan *hydroxyzine* atau disebut juga nama obat rupa ucapan mirip (NORUM).
- 3) Elektrolit konsentrat: potasium fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml dan natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 50% atau lebih.

- 4) Elektrolit dengan konsentrasi tertentu: potasium klorida dengan konsentrasi 1 mEq/ml atau lebih dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40%, atau lebih.

Daftar obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) tersedia di berbagai organisasi kesehatan seperti *World Health Organization* (WHO) dan *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP), di berbagai perpustakaan, serta pengalaman rumah sakit dalam hal KTD atau kejadian sentinel. Kesalahan dapat terjadi jika petugas tidak memperoleh orientasi cukup baik di unit perawatan pasien dan apabila perawat tidak memperoleh orientasi cukup atau saat keadaan darurat. Rumah sakit membuat daftar semua obat *high alert* dengan menggunakan informasi atau data yang terkait penggunaan obat di dalam rumah sakit, data tentang KTD (*adverse event*) atau KNC (*near miss*) termasuk risiko terjadi salah pengertian tentang NORUM. Informasi dari perpustakaan seperti dari ISMP, Kementerian Kesehatan dan lainnya.

Untuk meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai, rumah sakit perlu menetapkan risiko spesifik dari setiap obat dengan tetap memperhatikan aspek persepan, penyimpanan, menyiapkan, mencatat, menggunakan, serta monitoringnya. Obat *high alert* harus disimpan di instalasi farmasi/unit/depo. Bila rumah sakit ingin menyimpan di luar lokasi tersebut, disarankan disimpan di depo farmasi yang berada di bawah tanggung jawab apoteker.

9. Sasaran 4 : Terlaksananya proses Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien yang Menjalani Tindakan dan Prosedur

a. Standar SKP 4

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses memastikan TepatLokasi, Tepat-Prosedur dan Tepat-Pasien yang menjalani tindakan dan prosedur.

b. Standar SKP 4.1

Rumah sakit melaksanakan prosedur bedah yang aman dengan menggunakan “*surgical safety check list*” (WHO *Safety Checklist* terkini) serta memastikan terlaksananya proses *Time-out* di kamar operasi sebelum operasi dimulai, untuk memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien yang menjalani tindakan dan prosedur.

c. Maksud dan Tujuan

Salah-Lokasi, Salah-Prosedur, dan Salah-Pasien yang menjalani tindakan serta prosedur merupakan kejadian sangat mengkhawatirkan dan dapat terjadi. Kesalahan ini terjadi antara lain akibat:

- 1) Komunikasi yang tidak efektif dan tidak adekuat antara anggota tim.
- 2) Tidak ada keterlibatan pasien yang memastikan ketepatan lokasi operasi dan tidak ada prosedur untuk verifikasi.
- 3) *Asesmen* pasien tidak lengkap.
- 4) Catatan rekam medik tidak lengkap.

- 5) Budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim.
- 6) Masalah yang terkait dengan tulisan yang tidak terbaca, tidak jelas dan tidak lengkap.
- 7) Penggunaan singkatan yang tidak terstandarisasi dan dilarang.

Tindakan bedah dan prosedur invasif memuat semua prosedur investigasi dan atau memeriksa penyakit serta kelainan dari tubuh manusia melalui mengiris, mengangkat, memindahkan, mengubah atau memasukkan alat laparaskopi/endoskopi ke dalam tubuh untuk keperluan diagnostik dan terapeutik.

Rumah sakit diminta menetapkan prosedur yang seragam sebagai berikut:

- 1) Beri tanda di tempat lokasi
- 2) Dilakukan verifikasi praoperasi
- 3) Melakukan *Time Out* sebelum insisi kulit dimulai

Pemberian tanda di tempat dilakukan operasi atau prosedur invasif melibatkan pasien dan dilakukan tanda yang tepat serta dapat dikenali. Tanda yang dipakai harus konsisten digunakan di semua tempat di rumah sakit, harus dilakukan oleh individu yang melakukan prosedur operasi, saat melakukan pasien sadar dan terjaga jika mungkin, serta harus masih terlihat jelas setelah pasien sadar. Pada semua kasus, lokasi tempat operasi harus diberi tanda, termasuk pada

sisi lateral (*laterality*), daerah struktur multipel (*multiple structure*), jari tangan, jari kaki, lesi atau tulang belakang.

Tujuan proses verifikasi pra-operasi adalah:

- 1) Memastikan ketepatan tempat, prosedur dan pasien.
- 2) Memastikan bahwa semua dokumen yang terkait, foto (*imaging*), dan hasil pemeriksaan yang relevan diberi label dengan benar dan tersaji.
- 3) Memastikan tersedia peralatan medik khusus dan atau implan yang dibutuhkan.

Time-out yang dilakukan sebelum dimulainya insisi kulit dengan semua anggota tim hadir dan memberi kesempatan untuk menyelesaikan pertanyaan yang belum terjawab atau ada hal yang meragukan yang perlu diselesaikan. *Time-out* dilakukan di lokasi tempat dilakukan operasi sesaat sebelum prosedur dimulai dan melibatkan semua anggota tim bedah. Rumah sakit harus menetapkan prosedur bagaimana proses *Time-out* berlangsung.

Kesalahan yang terjadi adalah akibat komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur yang efektif di dalam meminimalkan risiko. Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di rumah sakit bila prosedur ini dijalankan.

Praktik berbasis bukti ini diuraikan dalam *Surgical Safety Checklist* dari WHO *Patient Safety* terkini.

10. Sasaran 5 : Dikurangnya Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

a. Standar SKP 5

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan *evidence based hand hygiene guidelines* untuk menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

b. Maksud dan Tujuan

Secara umum, infeksi terkait pelayanan kesehatan terjadi di semua unit layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kencing disebabkan oleh kateter, infeksi pembuluh/aliran darah terkait pemasangan infus baik perifer maupun sentral, dan infeksi paru-paru terkait penggunaan ventilator.

Upaya terpenting menghilangkan masalah ini dan infeksi lainnya adalah dengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan. Pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) tersedia dari WHO. Rumah sakit mengadopsi pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) dari WHO ini untuk dipublikasikan di seluruh rumah sakit. Staf diberi pelatihan bagaimana melakukan cuci tangan dengan benar dan prosedur menggunakan sabun, desinfektan, serta handuk sekali pakai (*towel*, tersedia di lokasi sesuai dengan pedoman).

11. Sasaran 6 : Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh

a. Standar SKP 6

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh.

b. Maksud dan Tujuan

Banyak cedera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh. Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain:

- 1) Kondisi pasien
- 2) Gangguan fungsional pasien (contoh gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan atau perubahan status kognitif)
- 3) Lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit
- 4) Riwayat jatuh pasien
- 5) Konsumsi obat tertentu
- 6) Konsumsi alkohol

Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh dapat mendadak berubah menjadi berisiko tinggi. Hal ini disebabkan oleh operasi dan/atau anestesi, perubahan mendadak kondisi pasien, serta penyesuaian pengobatan. Banyak pasien memerlukan asesmen selama dirawat inap di rumah sakit. Rumah sakit harus menetapkan kriteria untuk identifikasi pasien yang dianggap berisiko tinggi untuk jatuh. Contoh situasional risiko adalah jika pasien yang datang ke unit rawat jalan dengan ambulans dari

fasilitas rawat inap lainnya untuk pemeriksaan radiologi. Pasien ini berisiko jatuh waktu dipindah dari brankar ke meja periksa radiologi, atau waktu berubah posisi sewaktu berada di meja sempit tempat periksa radiologi.

Lokasi spesifik dapat menyebabkan risiko jatuh bertambah karena layanan yang diberikan. Misalnya, terapi fisik (rawat jalan dan rawat inap) memiliki banyak peralatan spesifik digunakan pasien yang dapat menambah risiko pasien jatuh..

Rumah sakit melakukan evaluasi tentang pasien jatuh dan melakukan upaya mengurangi risiko pasien jatuh. Rumah sakit membuat program untuk mengurangi pasien jatuh yang meliputi manajemen risiko dan asesmen ulang secara berkala di populasi pasien dan atau lingkungan tempat pelayanan dan asuhan itu diberikan.

D. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit

1. Defenisi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Depkes RI, 2009).

2. Tugas Dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi *promotif*, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitatif*.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit umum mempunyai fungsi:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

3. Kategori Rumah Sakit di Indonesia

Menurut pada Peraturan Menteri Kesehatan RI No 56 Tahun, 2014 menyatakan bahwa berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum, dan rumah sakit

khusus. Rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Sedangkan rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. Klasifikasi rumah sakit umum terdiri atas :

a. Rumah sakit umum kelas A

Rumah sakit umum kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 5 spesialis penunjang medik, 12 spesialis lain, dan 13 subspecialis.

b. Rumah sakit umum kelas B

Rumah sakit umum kelas B adalah rumah sakit umum yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 4 spesialis penunjang medik, 8 spesialis lain, dan 2 subspecialis dasar.

c. Rumah sakit umum kelas C

Rumah sakit umum kelas C adalah rumah sakit umum yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar dan 4 spesialis penunjang medik.

d. Rumah sakit umum kelas D

Rumah sakit umum kelas D adalah rumah sakit umum yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 spesialis dasar.

Klasifikasi rumah sakit khusus terdiri atas :

a. Rumah sakit khusus kelas A

Rumah sakit khusus kelas A adalah rumah sakit khusus yang memiliki fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap.

b. Rumah sakit khusus kelas B

Rumah sakit khusus kelas B adalah rumah sakit khusus yang memiliki fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas.

c. Rumah sakit khusus kelas C

Rumah sakit khusus kelas C adalah rumah sakit khusus yang memiliki fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang minimal.

E. Matriks Penelitian Terdahulu

Adapun matriks penelitian terdahulu adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Matriks Penelitian Terdahulu

No	Penulis/Jurnal	Judul	Metode	Kesimpulan
1.	Angelia W. Keles, G. D Kandou, Ch. R. Tilaar (2015) <i>JIKMU</i>	Analisis Pelaksanaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano Sesuai Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012	Metode penelitisn kualitatif yang bertujuan untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam tentang pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di UGD RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara mendalam, observasi dokumen dan observasi langsung.	Hasil penelitian ini menunjukkan pelaksanaan identifikasi pasien, pelaksanaan komunikasi efektif, pelaksanaan pengingkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, pelaksanaan kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat pasien operasi sudah sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit versi 2012 sedangkan pelaksanaan pengurangan risiko infeksi dan pelaksanaan pengurangan risiko pasien jatuh belum sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit versi 2012.
2.	Totok Sundoro, Elsy Maria Rosa dan Irma Risdiana (2016) <i>Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit</i>	Evaluasi Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Sesuai Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta	Desain penelitian kualitatif dan hasil disajikan secara deskriptif dengan metode studi kasus (<i>case study</i>) yang mengambil sampel dari populasi dan menggunakan panduan wawancara dan panduan observasi dan telusur dokumen sebagai instrumen pengumpul	Kebijakan RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta dalam mencapai sasaran keselamatan pasien melalui akreditasi rumah sakit belum sepenuhnya dibuat. Implementasi sasaran keselamatan pasien pada identifikasi pasien sudah mulai dilaksanakan namun belum sesuai standar. Implementasi sasaran keselamatan pasien pada peningkatan komunikasi yang efektif adalah belum dilakukan secara efektif, laporan berbasis SBAR di rekam medis juga belum dibuat. Implementasi sasaran

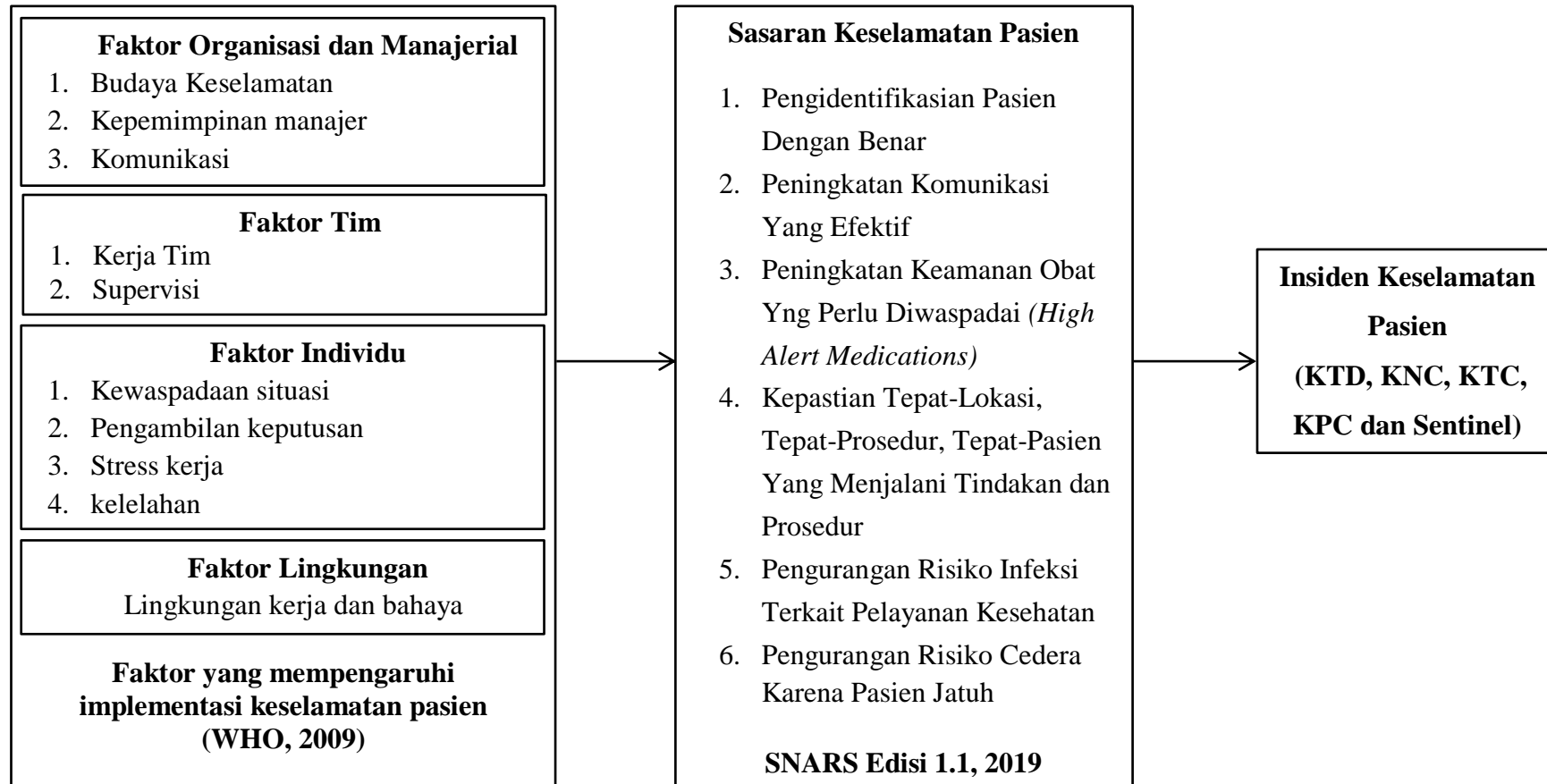
			data.	keselamatan pasien pada peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai belum dijalankan dengan baik. Implementasi sasaran keselamatan pasien pada kepastian tepat lokasi-tepat prosedur-tepat pasien operasi belum dilakukan sesuai standar <i>safety surgery</i> WHO (2009). Implementasi sasaran keselamatan pasien pada Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan sudah dilakukan secara rutin namun belum sesuai standar WHO (2007). Implementasi sasaran keselamatan pasien pada Pengurangan Risiko Cidera akibat jatuh belum menerapkan assesmen risiko jatuh termasuk minimnya sarana yang tersedia.
3.	Mardika Dwi Setiyani, Zuhrotunida, Syahridal (2016) <i>JKFT</i>	Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Tangerang	Desain penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Populasi dalam penelitian ini, seluruh perawat yang bertugas di Ruang Rawat Inap Kemuning RSUD Kabupaten Tangerang dan seluruh pasien yang di Rawat di Ruang Kemuning RSUD Kabupaten Tangerang.	Capaian ketepatan identifikasi pasien 77.4% (24 perawat) mengimplementasikan dengan baik, hasil observasi 75.8% (25 pasien) menggunakan gelang identitas dengan minimal dua identitas dan 33 rekam medik (100%) semuanya teridentifikasi dengan minimal dua identitas (nama pasien dan tanggal lahir pasien). Capaian komunikasi efektif sebesar 71% (22 perawat) mengimplementasikan dengan baik. Capaian <i>hand hygiene</i> sebesar 90.3% (28 perawat) patuh. Namun, berdasarkan hasil observasi sebesar 87.1% (27 perawat)

			Metode pengambilan sampel menggunakan total sampling.	patuh. Capaian Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien sebesar 74.2% (23 perawat) baik, namun belum optimal dan konsisten karena menurut KARS (2013) capaian implementasi sasaran keselamatan harus 100%.
4.	Reno Afriza Neri1, Yuniar Lestari, dan Husna Yetti (2018) <i>Jurnal Kesehatan Andalas</i>	Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman	Penelitian kualitatif yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran secara mendalam tentang pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap. Penelitian dilaksanakan di rawat inap (Bedah dan Non Bedah) RSUD Padang Pariaman dimulai dari bulan Maret 2018 sampai dengan Juli 2018.	Pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman dilihat dari pendekatan sistem, pada komponen input kebijakan dan SPO sudah ada, namun tenaga, metode, dana dan sarana masih belum memenuhi syarat. Pada komponen proses, pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman masih belum mencapai standar, karena dalam pelaksanaannya belum menjadi budaya bagi petugas di rawat inap. Dan pada komponen output, pencapaian target kepatuhan petugas dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman belum menunjukkan hasil yang diharapkan. Jumlah rata-rata capaian keenam sasaran keselamatan pasien yaitu 73,4% (standar KARS 100%).
5.	Guesthi Lunes, Mutiara Cintha, Antono Suryoputro, Sutopo	Analisis Pelaksanaan Identifikasi Pasien Dalam Rangka Keselamatan Pasien Di	Penelitian kualitatif yang disajikan secara deskriptif. Pedoman wawancara mendalam dan lembar	1. Aspek input: Rumah Sakit Umum Daerah kota Bekasi sudah memiliki sistem identifikasi sejak tahun 2014 dan sudah memiliki SOP akan tetapi sumber daya

	<p>Patria Jati (2016)</p> <p><i>Jurnal Kesehatan Masyarakat</i></p>	<p>Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi</p>	<p>observasi digunakan sebagai instrumen penelitian. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu dengan metode <i>purposive sampling</i>.</p>	<p>manusia dan sarana prasarana masih belum memadai, gelang identitas masih sulit untuk diidentifikasi karena informasi yang tertera di gelang identitas kurang informative dan bahan yang digunakan kualitasnya masih rendah karena mudah terhapusnya informasi dari gelang apabila terkena air.</p> <p>2. Aspek Proses : uraian tugas sudah jelas akan tetapi dalam pelaksanaannya masih banyak perawat pelaksana yang belum mematuhi SOP, lokasi tempat pasien masih dijadikan sebagai acuan dalam mengidentifikasi. Pelaporan insiden dalam pelaksanaan identifikasi masih belum berjalan optimal. Supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang masih belum rutin dikarenakan kepala ruang juga merupakan perawat pelaksana juga, supervise yang dilakukan oleh TIM KMKP menggunakan 1 metode yaitu mengumpulkan kepala ruang dalam akhir bulan.</p>
6.	<p>Rianayanti Asmira Rasam (2017)</p> <p><i>Jurnal Administrasi Rumah Sakit</i></p>	<p>Analisis Tatakelola Sasaran Keselamatan Pasien pada Alur Pelayanan Penyakit Sepsis di Rumah Sakit Tebet 2015</p>	<p>Studi kasus dengan pendekatan deskriptif analitik kualitatif, untuk mendapatkan gambaran penerapan 6 SKP pada alur pelayanan penyakit sepsis</p>	<p>Nilai Skor 10 (TP) dicapai pada penerapan SKP 4 (Tepat lokasi-prosedur-operasi) dan SKP 6 (Mengurangi resiko pasien jatuh). Sedangkan SKP 1 (Ketepatan identifikasi pasien), SKP 2 (Meningkatkan efektifitas komunikasi), SKP 3 (Meningkatkan</p>

			<p>di RS Tebet. Alat ukur yang digunakan adalah skor Elemen Penilaian (EP) Survei Akreditasi RS</p>	<p>kewaspadaan obat yang perlu diwaspadai), dan SKP 5 (Mengurangi risiko infeksi), keempatnya memperoleh skor 5 (TS). Penelitian ini berhasil membuktikan Tatakelola 6 Sasaran Keselamatan Pasien sangat efektif mengurangi resiko KP.</p>
--	--	--	---	--

F. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori