

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien adalah hal yang paling utama dari manajemen kualitas. Keselamatan pasien adalah suatu tatanan yang membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem tersebut meliputi pengenalan resiko, pendeteksian dan pengelolaan hal yang berkaitan dengan resiko pasien, pencatatan dan analisa insiden, pembelajaran insiden, tindak lanjut dan implementasi solusi untuk mengurangi resiko (Depkes, 2008)

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/ MENKES/ PER/ VIII/ 2011 dinyatakan bahwa keselamatan pasien adalah sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi pengenalan resiko, pendeteksian dan pengelolaan hal yang berkaitan dengan resiko pasien, pencatatan dan analisa insiden, pembelajaran insiden, tindak lanjut dan implementasi solusi untuk mengurangi resiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh

kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tak mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan.

Tujuan dari program keselamatan pasien adalah:

- a. Keselamatan pasien terbentuk menjadi budaya di rumah sakit
- b. Mengurangi terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)
- c. Melaksanakan program preventif sehingga KTD tak terulang
- d. Memberikan pelayanan yang efektif dan efisien
- e. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat

Manfaat dari program keselamatan pasien adalah:

- a. Budaya keamanan meningkat dan berkembang
- b. Komunikasi dengan pasien berkembang
- c. Terjadinya KTD menurun
- d. Resiko klinis menurun
- e. Keluhan berkurang
- f. Mutu rumah sakit meningkat
- g. Citra rumah sakit dan kepercayaan masyarakat meningkat

Standar keselamatan pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Pasal 7 ayat 2 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit meliputi:

a. Hak pasien

Pasien dan keluarga memiliki hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

b. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit memiliki keharusan untuk mengedukasi pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggungjawab pasien dalam asuhan pasien.

c. Keselamatan pasien dalam menjamin kesinambungan pelayanan

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga kesehatan dan antar unit layanan dengan kriteria:

- 1) Koordinasi pelayanan yang holistik.
- 2) Koordinasi pelayanan menyesuaikan keperluan pasien dan sumber daya yang layak.
- 3) Komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan.

d. Metode peningkatan kerja

Rumah sakit harus melakukan monitor dan evaluasi kinerja dengan data yang telah dikumpulkan, menganalisis KTD secara rutin, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja.

e. Fungsi pimpinan dalam peningkatan keselamatan pasien

Standarnya adalah:

- 1) Pimpinan menjamin penerapan program keselamatan pasien secara terintegrasi.
- 2) Pimpinan menjamin berlangsungnya program pengurangan insiden.
- 3) Pimpinan mengatur koordinasi tim terkait dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- 4) Pimpinan mengatur sumber daya dalam peningkatan keselamatan pasien.
- 5) Pimpinan mengevaluasi hasil dalam program meningkatkan keselamatan pasien.

f. Pendidikan staf tentang keselamatan pasien

Standarnya adalah:

- 1) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
- 2) Rumah sakit mengadakan pelatihan dan pendidikan untuk menjaga kompetensi staf

g. Komunikasi manajemen

Standarnya adalah:

- 1) Rumah sakit merancang proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi.

2. Kredensial dan Kewenangan Klinis

Kredensial memungkinkan organisasi kesehatan untuk memastikan bahwa tenaga kesehatan diberi tahu untuk memberikan layanan perawatan pasien tertentu (Balick, 2016). Menurut *Council on Credentialing in Pharmacy* pada tahun 2012, kredensial didefinisikan sebagai kualifikasi profesional dengan bukti yang terdokumentasi. Gelar akademik, lisensi negara, sertifikat pelatihan, laporan kredit pendidikan berkelanjutan, dan sertifikasi dewan adalah semua contoh kredensial. Kredensial paling umum diperoleh dalam domain profesional (misal lisensi untuk mempraktekkan profesi). Kredensial juga diperoleh oleh individu dari profesi yang berbeda dengan latar belakang yang beragam yang telah mencapai keahlian terfokus dalam domain penyakit atau pengetahuan tertentu.

Kredensial mengacu pada salah satu dari dua proses. Yang pertama adalah proses pemberian mandat atau sebuah penetapan yang menunjukkan kualifikasi pada subjek atau wilayah. Contoh kredensial adalah memberi praktisi lisensi untuk mempraktikkan atau memberikan sertifikat dewan. Yang kedua adalah proses dimana organisasi atau institusi memperoleh, memverifikasi, dan menilai kualifikasi individual untuk menyediakan layanan perawatan pasien. Ini mungkin sama mudahnya dengan memverifikasi lisensi profesional, atau mungkin lebih kompleks, seperti menilai pengalaman dan persiapan untuk praktik khusus di luar jaminan

lisensi profesional di dalam organisasi lokal (misalnya di rumah sakit, klinik masyarakat, layanan perawatan di rumah). Proses kredensial bervariasi menurut institusi dan organisasi (Burns et al, 2014).

Konsep dari kredensial sudah di gunakan di beberapa profesi kesehatan dan dapat didefinisikan sebagai sebuah proses untuk mengenali pencapaian praktisi terhadap pengetahuan dan ketrampilan yang dibutuhkan pada tingkat praktik tertentu. Secara krusial, ini adalah proses yang dilakukan melalui mitra bestari yang profesional dan tidak terhubung dengan fungsi peraturan. Hal ini ditujukan untuk validasi praktik oleh rekan kerja dan menunjukkan pengakuan atas praktik yang memiliki nilai dan manfaat bagi masyarakat umum dan anggota profesi atau kolega profesional lainnya (McKenzie & Borthwick, 2011).

Dasar pemikiran sistem kredensial ini adalah konsep profesionalisme, yang mana profesional kesehatan memiliki kontrak sosial dengan masyarakat untuk menjamin kualitas layanan dan menempatkan kepentingan masyarakat di atas kepentingan pribadi (Cruess et al, 2000; Sullivan, 2000).Kredensial harus mengedepankan tingkat praktik dan menandakan kompetensi yang ditunjuk yang mencerminkan keterampilan yang dibutuhkan untuk kinerja. Kompetensi harus memajukan penilaian pengetahuan untuk

memasukkan keterampilan inti lainnya (Jordan et al, 2009). Yang juga berbeda dari kredensial yang disarankan adalah mekanisme mitra bestari yang mencakup penilaian kompetensi bagi tenaga kesehatan yang memberikan tingkat layanan yang diinginkan dan optimal. Tenaga kesehatan dapat mengajukan portofolio yang secara eksternal dan independen dinilai melalui pengembangan dewan spesialis, yang terdiri dari ahli klinis, akademisi, dan manajer (Dager et al, 2011).

Kredensial diperlukan karena:

- a. Meningkatnya kompleksitas pelayanan kesehatan
- b. *Patient Center Care*
- c. Spesialisasi pelayanan farmasi
- d. Perlunya mendokumentasikan kegiatan apoteker
- e. Penjaminan kompetensi individu maupun kompetensi instansi apoteker
- f. Stakeholders perlu jaminan kualifikasi apoteker

Proses kredensial adalah proses pemberian kewenangan klinis oleh layanan kesehatan bagi tenaga kesehatan untuk melakukan suatu tindakan klinis setelah direkomendasikan oleh tim kredensial. Tenaga kesehatan akan mendapat penugasan klinis bila dianggap memiliki kompetensi yang spesifik (Herkutanto, 2008).

Kewenangan klinis adalah uraian intervensi tenaga kesehatan berdasarkan area prakteknya. Kewenangan klinis adalah hak khusus seorang tenaga kesehatan untuk melakukan sekelompok pelayanan tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis. Kewenangan klinis adalah izin atau otorisasi yang diberikan oleh rumah sakit atau institusi perawatan kesehatan lainnya atau fasilitas kepada tenaga kesehatan untuk memberikan layanan diagnostik, prosedur, atau terapeutik tertentu. Kewenangan seringkali berbeda jenisnya, seperti mengakui hak istimewa, yang memberi hak profesional untuk mengakui pasien, atau kewenangan klinis, yang memberi hak kepada profesional untuk diobati. Contoh kewenangan klinis untuk apoteker meliputi pemberian farmakokinetik di rumah sakit dan memesan tes laboratorium serta pemantauan dan pemberian antikoagulan (Burns et al, 2014).

Tujuan dari pemberian kewenangan klinis:

- a. Penjaminan pelayanan yang berkualitas bagi pemberi layanan kesehatan
- b. Bentuk komitmen pemberian pelayanan yang aman, efisien, bermutu, dan terjangkau bagi masyarakat

3. Kredensial Apoteker

Proses kredensial apoteker di Rumah Sakit yang telah ditetapkan oleh IAI secara garis besar dimulai dengan pengajuan kredensial dari apoteker yang ingin dilakukan kredensial dan mengidentifikasi formulir yang sudah lengkap. Kemudian dilakukan verifikasi portofolio dan pengumpulan info berkas kredensial. Berkas yang sudah dikumpulkan akan dievaluasi dan dilakukan tinjauan secara eksternal dan independen, serta wawancara terhadap apoteker yang ingin dilakukan kredensial. Setelah semua proses selesai, maka pemohon akan diberitahukan keputusan hasil kredensial dan mendapat kewenangan klinis sesuai dengan kompetensi yang dimiliki.

Council on Credentialing in Pharmacy (2011) telah mengidentifikasi delapan prinsip panduan untuk kredensial apoteker. Singkatnya, prinsip panduan ini menyatakan:

- a. Perizinan apoteker harus memastikan pengetahuan, keterampilan, sikap, dan nilai entry level, untuk penyediaan layanan dan informasi mengenai obat-obatan dan penggunaannya secara tepat untuk berbagai macam pasien. Kredibilitas untuk apoteker harus dibangun di atas pondasi ini.
- b. Program kredensial harus dibentuk melalui proses konsensus-pembangunan profesional. Kredensial harus didasarkan pada kebutuhan pasien / masyarakat yang didemonstrasikan.

- c. Dalam profesi farmasi , harus ada koordinasi dan penyelarasan aktif antara pendidikan profesional, pendidikan pascasarjana dan pelatihan, dan program penyuluhan.
- d. Semua program kredensial harus disetujui. Program sertifikasi harus dapat dipertahankan secara hukum dan harus diakreditasi.
- e. Semua program pendidikan pascasarjana, pelatihan, dan kredensial harus mencakup penilaian yang mengukur pencapaian tingkat kompetensi yang dipersyaratkan.
- f. Melalui pendidikan pemangku kepentingan, kredibilitas harus memungkinkan apoteker mendapatkan hak istimewa perawatan pasien tertentu. Kredensial seharusnya tidak menciptakan hambatan terhadap penyediaan layanan apa pun kepada pasien mereka.
- g. Apoteker harus diharapkan untuk berpartisipasi dalam kredensial dan proses istimewa untuk memastikan mereka telah mencapai dan mempertahankan kompetensi yang dibutuhkan.
- h. Manajemen harus didorong untuk mengadopsi dan menerapkan proses kredensial dan kewenangan klinis mereka sendiri untuk apoteker untuk menentukan dan memberi wewenang terhadap tanggung jawab perawatan pasien.

4. Pelayanan Farmasi

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1197/MENKES/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit, Tujuan pelayanan farmasi ialah :

- a. Memberi pelayanan farmasi yang optimal baik dalam segala kondisi
- b. Memberi pelayanan farmasi berlandaskan etika profesi
- c. Melaksanakan KIE (Komunikasi Informasi dan Edukasi) mengenai obat
- d. Mengikuti aturan yang berlaku terkait pengawasan obat
- e. Analisa, telaah dan evaluasi pelayanan yang bermutu
- f. Menyelenggarakan riset dibidang farmasi

Pada Peraturan Menteri Kesehatan RI No.58 tahun 2014 lebih rinci dijelaskan bahwa secara garis besar standar pelayanan kefarmasian Rumah Sakit meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, serta pelayanan farmasi klinik. Pelayanan farmasi klinik meliputi:

- a. Pengkajian dan pelayanan resep
- b. Penelusuran riwayat penggunaan obat
- c. Rekonsiliasi obat
- d. Pelayanan informasi obat
- e. Konseling
- f. Visite
- g. Pemantauan terapi obat
- h. Monitoring efek samping obat
- i. Evaluasi penggunaan obat

- j. *Dispensing* sediaan steril
- k. Pemantauan kadar obat dalam darah

Khusus *dispensing* sediaan steril hanya dapat dilakukan rumah sakit yang mempunyai sarana untuk melakukan produksi sediaan steril.

Pelayanan diselenggarakan dan diatur demi berlangsungnya pelayanan farmasi yang efisien dan bermutu, berdasarkan fasilitas yang ada dan standar pelayanan keprofesian yang universal. Pelayanan yang mencakup administrasi dan pengelolaan farmasi dijabarkan sebagai berikut:

- b. Adanya bagan organisasi yang menjelaskan tugas pokok dan fungsi pelayanan farmasi.
- c. Merevisi bagan organisasi dan penugasan setiap tiga tahun
- d. Perencanaan manajemen dan penganggaran serta pengelolaan sumber daya yang melibatkan Kepala Instalasi Farmasi.
- e. Mengadakan rapat membahas masalah pelayanan farmasi.
- f. Adanya Komite/Panitia Farmasi dan Terapi di rumah sakit dan apoteker IFRS (Instalasi Farmasi Rumah Sakit) menjadi sekretaris komite/panitia.
- g. Komunikasi dengan dokter dan paramedis, serta berpartisipasi dalam rapat yang membahas masalah apapun yang berhubungan dengan farmasi.
- h. Dokumentasi dan evaluasi terhadap pelayanan farmasi setiap tiga

tahun.

- i. Perumusan keputusan yang berkaitan dengan pelayanan farmasi dan penggunaan obat oleh Kepala Instalasi Farmasi.

5. Standar Kompetensi Apoteker

Menurut Standar Kompetensi Apoteker Indonesia (SKAI) yang diterbitkan oleh Pengurus Pusat IAI (PP IAI) pada tahun 2011, terdapat Sembilan kompetensi Apoteker Indonesia yang terdiri dari:

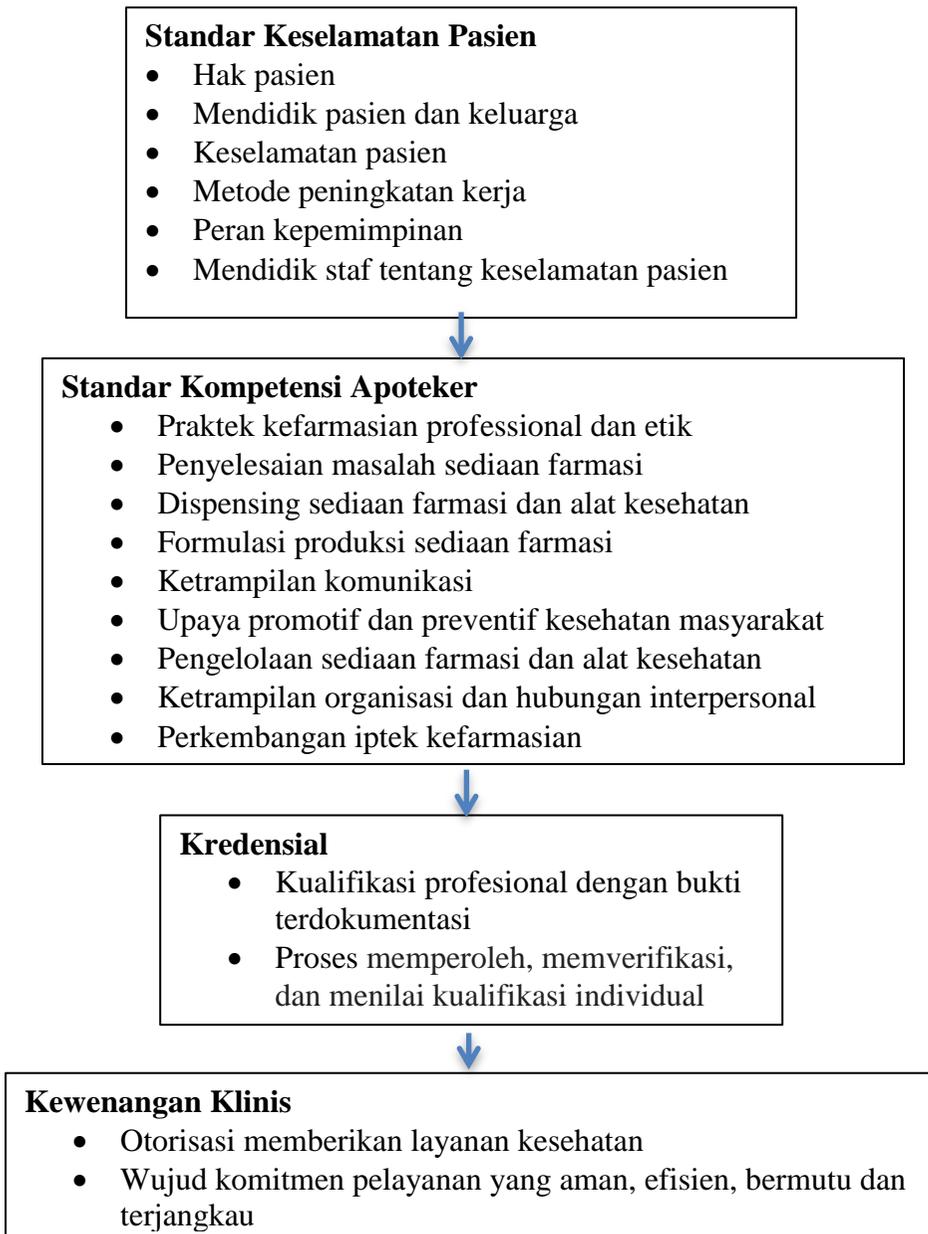
- a. Mampu melakukan praktek kefarmasian secara profesional dan etik
- b. Mampu mengatasi masalah terkait sediaan farmasi
- c. Mampu melakukan dispensing sediaan farmasi dan alat kesehatan
- d. Mampu memformulasi dan memproduksi sediaan farmasi dan alat kesehatan sesuai standar yang berlaku
- e. Mempunyai ketrampilan komunikasi dalam pemberian informasi sediaan farmasi dan alat kesehatan
- f. Berperan dalam upaya promotif dan preventif kesehatan masyarakat
- g. Mengikuti standar yang berlaku dalam pengelolaan sediaan farmasi dan alat kesehatan
- h. Memiliki kemampuan organisasi dan hubungan baik dalam praktek kefarmasian
- i. Mampu mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berhubungan dengan kefarmasian

6. Akreditasi Rumah Sakit

Berdasarkan *International Society for Quality in Healthcare* (ISQua), akreditasi rumah sakit adalah pengakuan secara umum oleh badan akreditasi kesehatan berdasarkan penilaian tingkat kinerja instansi kesehatan atas pencapaian standar akreditasi yang diperoleh oleh instansi kesehatan tersebut. Akreditasi rumah sakit pertama kali muncul sekitar 100 tahun yang lalu. Akreditasi rumah sakit pertama kali dikembangkan oleh *American College of Surgeons* dan mulai berkembang cepat ke negara lain pada tahun 1980-an dan 1990-an dan belakangan ini telah mengalami perkembangan hingga negara berkembang. Tujuan utama akreditasi rumah sakit adalah demi peningkatan kualitas layanan kesehatan (Smits et al, 2014).

Selama beberapa tahun terakhir, pemerintah negara-negara di dunia semakin mendorong rumah sakit di negaranya masing-masing untuk memulai perjalanan menuju akreditasi. Mengikuti tren internasional, beberapa rumah sakit telah memulai program akreditasi internasional yang disertifikasi oleh ISQua. ISQua adalah lembaga program akreditasi internasional utama dalam perawatan kesehatan saat ini. Program akreditasi yang paling sering dipakai di rumah sakit secara internasional adalah Niaz-Qmentum dan akreditasi Joint Commission International (Tembuysen et al, 2016)

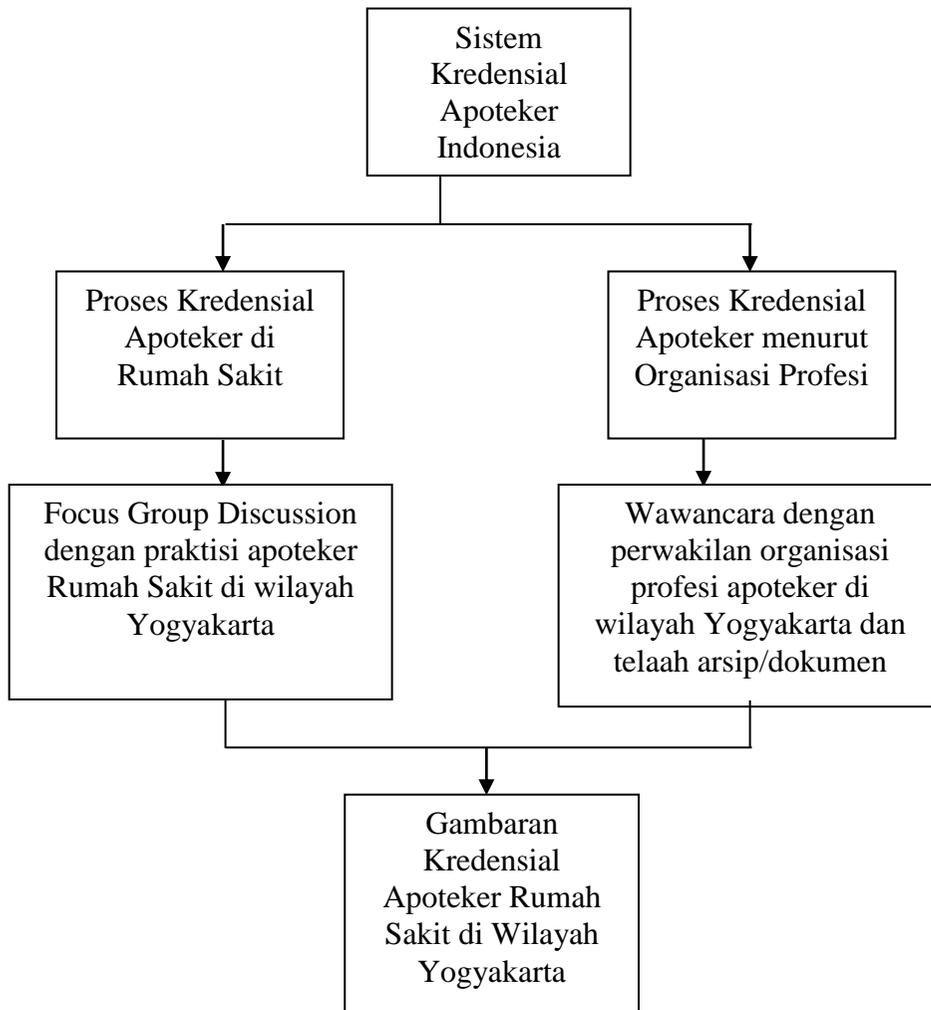
B. Kerangka Teori



Gambar 1 Kerangka Teori

(sumber: Permenkes No. 1691 tahun 2011, Burns et al tahun 2014, Ikatan Apoteker Indonesia)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

Secara umum, konsep penelitian ini akan menganalisis sistem kredensial apoteker rumah sakit yang sudah berlaku di Indonesia, khususnya di daerah Yogyakarta. Penelitian dilakukan dengan cara membandingkan teori dan aplikasi proses kredensial yang dimiliki oleh

organisasi profesi dengan teori dan aplikasi proses kredensial yang dimiliki pihak rumah sakit. Sehingga dengan adanya penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran tentang kredensial apoteker di Indonesia, khususnya daerah Yogyakarta dan mampu meningkatkan pelayanan di bidang farmasi rumah sakit.

D. Penelitian Terdahulu

Berikut ini adalah penelitian yang sudah dilakukan terkait berbagai proses kredensial yang ada di Indonesia. Proses kredensial yang diteliti berasal dari berbagai profesi kesehatan.

Tabel 1. Keaslian Penelitian

Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Hasil
Herkutanto & Astrid P. S. (2009)	Hambatan dan Harapan Sistem Kredensial Dokter di Empat Rumah Sakit Indonesia	Kualitatif deskriptif dengan diskusi kelompok terfokus/ <i>Focus Group Discussion</i>	Terdapat mispersepsi kredensial hanya berlaku bagi dokter. Indonesia butuh sistem kredensial yang dapat menjamin keselamatan pasien.
Luh Putu Sinhya Ulandari & Putu Ayu Indrayathi (2016)	Gambaran Proses Pelaksanaan Kredensialing Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Cabang Denpasar	Kualitatif deskriptif	Pelaksanaan kredensialing belum berjalan optimal dan belum sesuai dengan konsep managed care, serta terdapat kendala dalam proses kredensialing yang dirasakan oleh provider FKTP. Adapun kendala yang dirasakan

Yuhanti (2013)	Simulasi Penetapan Kewenangan Klinik Efektif sebagai Alat Sosialisasi Sistem Kredensial Profesi Keperawatan	Eksperimental	badan penyelenggara adalah keterbatasan waktu dan regulasi belum lengkap. Ada perbedaan signifikan terkait pengetahuan peserta mengenai system kredensial dalam profesi keperawatan, antara sebelum dan sesudah lokakarya
Fatikhah (2016)	Studi Fenomenologi Pengalaman Komite Keperawatan dalam Pelaksanaan Kredensial Keperawatan di RSUD Tugurejo Semarang	Kualitatif fenomenologi	Terdapat perbedaan pelaksanaan kredensial dengan regulasi pemerintah karena patokan kegiatan kredensial perawat yang dituangkan dalam <i>Nursing Staf By Laws</i> menggunakan kebijakan internal rumah sakit.
