

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Klinik

a. Pengertian Klinik

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan dan menyediakan pelayanan medis dasar dan atau spesialisik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis (Permenkes RI No.9, 2014) .

b. Jenis Klinik

1) Klinik Pratama

Klinik pratama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar yang dilayani oleh dokter umum dan dipimpin oleh seorang dokter umum. Berdasarkan perijinannya klinik ini dapat dimiliki oleh badan usaha ataupun perorangan.

2) Klinik Utama

Klinik utama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialisik atau pelayanan medik dasar dan spesialisik. Spesialisik berarti mengkhususkan pelayanan pada satu bidang tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis penyakit tertentu. Klinik ini dipimpin seorang dokter spesialis ataupun dokter gigi spesialis. Berdasarkan

perijinannya klinik ini hanya dapat dimiliki oleh badan usaha berupa CV, ataupun PT.

Adapun perbedaan antara klinik pratama dan klinik utama adalah:

- 1) Pelayanan medis pada klinik pratama hanya pelayanan medis dasar, sementara pada klinik utama mencakup pelayanan medis dasar dan spesialis;
- 2) Pimpinan klinik pratama adalah dokter atau dokter gigi, sementara pada klinik utama pimpinannya adalah dokter spesialis atau dokter gigi spesialis;
- 3) Layanan di dalam klinik utama mencakup layanan rawat inap, sementara pada klinik pratama layanan rawat inap hanya boleh dalam hal klinik berbentuk badan usaha;
- 4) Tenaga medis dalam klinik pratama adalah minimal dua orang dokter atau dokter gigi, sementara dalam klinik utama diperlukan satu orang spesialis untuk masing-masing jenis pelayanan.

Adapun bentuk pelayanan klinik dapat berupa:

- 1) Rawat jalan;
- 2) Rawat inap;
- 3) *One day care*;
- 4) *Home care*;
- 5) Pelayanan 24 jam dalam 7 hari.

Perlu ditegaskan lagi bahwa klinik pratama yang menyelenggarakan rawat inap, harus memiliki izin dalam bentuk badan usaha. Mengenai kepemilikan klinik, dapat dimiliki secara perorangan ataupun badan usaha. Bagi klinik yang menyelenggarakan rawat inap maka klinik tersebut harus menyediakan berbagai fasilitas yang mencakup: (1) ruang rawat inap yang memenuhi persyaratan; (2) minimal 5 bed, maksimal 10 bed, dengan lama inap maksimal 5 hari; (3) tenaga medis dan keperawatan sesuai jumlah dan kualifikasi; (4). dapur gizi dan (5) pelayanan laboratorium klinik pratama (Permenkes RI No.9, 2014).

c. Kewajiban Klinik

Klinik memiliki kewajiban yang meliputi:

- 1) Memberikan pelayanan aman, bermutu, mengutamakan kepentingan pasien, sesuai standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional;
- 2) Memberikan pelayanan gawat darurat pada pasien sesuai kemampuan tanpa meminta uang muka terlebih dahulu/mengutamakan kepentingan pasien;
- 3) Memperoleh persetujuan tindakan medis;
- 4) Menyelenggarakan rekam medis;
- 5) Melaksanakan sistem rujukan;
- 6) Menolak keinginan pasien yang tidak sesuai dengan standar profesi, etika dan peraturan perundang-undangan;

- 7) Menghormati hak pasien;
- 8) Melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya;
- 9) Memiliki peraturan internal dan standar prosedur operasional;
- 10) Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan (Permenkes RI No.9, 2014) .

d. Kewajiban Pihak Penyelenggara Klinik

Pihak penyelenggara klinik memiliki kewajiban yaitu:

- 1) Memasang papan nama klinik;
- 2) Membuat daftar tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di klinik beserta nomor surat tanda registrasi (STR) dan surat izin praktik (SIP) atau surat izin kerja (SIK) dan surat izin praktik apoteker (SIPA) bagi apoteker;
- 3) Melaksanakan pencatatan untuk penyakit-penyakit tertentu dan melaporkan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota dalam rangka melaksanakan program pemerintah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan penyelenggaraan klinik ini dilakukan oleh pemerintah dan pemerintah daerah. Bagi klinik yang melakukan pelanggaran, maka pemerintah dapat mengenakan sanksi administratif berupa teguran, teguran tertulis dan pencabutan izin (Permenkes RI No.9, 2014) .

e. Bangunan dan Ruangan

Klinik diselenggarakan pada bangunan yang permanen dan tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja lainnya. Dan juga bangunan klinik harus memenuhi persyaratan lingkungan sehat sesuai ketentuan peraturan perundangundangan. Bangunan klinik juga harus memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak-anak dan orang usia lanjut.

Bangunan klinik paling sedikit terdiri atas:

- 1) Ruang pendaftaran/ruang tunggu;
- 2) Ruang konsultasi;
- 3) Ruang administrasi;
- 4) Ruang obat dan bahan habis pakai untuk klinik yang melaksanakan pelayanan farmasi;
- 5) Ruang tindakan;
- 6) Ruang/pojok asi;
- 7) Kamar mandi/wc; dan
- 8) Ruangan lainnya sesuai kebutuhan pelayanan

(Permenkes RI No.9, 2014) .

f. Prasarana Klinik

Berdasarkan permenkes RI No.9, 2014 tentang klinik disebutkan bahwa prasarana klinik meliputi:

- 1) Instalasi air;
- 2) Instalasi listrik;
- 3) Instalasi sirkulasi udara;
- 4) Sarana pengelolaan limbah;
- 5) Pencegahan dan penanggulangan kebakaran;
- 6) Ambulans, untuk klinik yang menyelenggarakan rawat inap;
dan
- 7) Sarana lainnya sesuai kebutuhan.

Prasarana sebagaimana dimaksud di atas harus dalam keadaan terpelihara dan berfungsi dengan baik.

g. Peralatan Klinik

Klinik harus dilengkapi dengan peralatan medis dan nonmedis yang memadai sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan. Peralatan medis dan nonmedis harus memenuhi standar mutu, keamanan, dan keselamatan. Selain memenuhi standar, peralatan medis juga harus memiliki izin edar sesuai ketentuan peraturan perundang - undangan.

Peralatan medis yang digunakan di klinik harus diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh institusi penguji atau pihak

pengkalibrasi yang berwenang untuk mendapatkan surat kelayakan alat. Peralatan medis yang menggunakan radiasi pengion harus mendapatkan izin sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Penggunaan peralatan medis untuk kepentingan penegakan diagnosis, terapi dan rehabilitasi harus berdasarkan indikasi medis (Permenkes RI No.9, 2014).

h. Ketenagaan Klinik

Pimpinan klinik pratama adalah seorang dokter atau dokter gigi. Pimpinan klinik utama adalah dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang memiliki kompetensi sesuai dengan jenis kliniknya. Pimpinan klinik sebagaimana dimaksud pada ayat dan ayat merupakan penanggung jawab klinik dan merangkap sebagai pelaksana pelayanan.

Tenaga medis pada klinik pratama minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter dan/atau dokter gigi. Lain halnya dengan klinik utama, minimal harus terdiri dari 1 (satu) orang dokter spesialis dari masing-masing spesialisasi sesuai jenis pelayanan yang diberikan. Klinik utama dapat mempekerjakan dokter dan/atau dokter gigi sebagai tenaga pelaksana pelayanan medis. Dokter atau dokter gigi sebagaimana dimaksud di atas harus memiliki kompetensi setelah mengikuti pendidikan atau pelatihan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan oleh klinik. Jenis, kualifikasi, dan jumlah tenaga

kesehatan lain serta tenaga non kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan dan jenis pelayanan yang diberikan oleh klinik.

Setiap tenaga medis yang berpraktik di klinik harus mempunyai surat tanda registrasi dan surat izin praktik (SIP) sesuai ketentuan peraturan perundang - undangan. Begitu juga tenaga kesehatan lain yang bekerja di klinik harus mempunyai surat izin sebagai tanda registrasi/ surat tanda registrasi dan surat izin kerja (SIK) atau surat izin praktik apoteker (SIPA) sesuai ketentuan peraturan perundang - undangan.

Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di klinik harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional, standar pelayanan, etika profesi, menghormati hak pasien, mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien. dan juga klinik dilarang mempekerjakan tenaga kesehatan warga negara asing (Permenkes RI No.9, 2014) .

i. Perijinan Klinik

Untuk mendirikan dan menyelenggarakan klinik harus mendapat izin dari pemerintah daerah kabupaten/kota setelah mendapatkan rekomendasi dari dinas kesehatan kabupaten/kota setempat. Dinas kesehatan kabupaten/kota mengeluarkan rekomendasi setelah klinik memenuhi ketentuan persyaratan klinik. Permohonan izin klinik diajukan dengan melampirkan:

- 1) Surat rekomendasi dari dinas kesehatan setempat;

- 2) Salinan/fotokopi pendirian badan usaha kecuali untuk kepemilikan perorangan;
- 3) Identitas lengkap pemohon;
- 4) Surat keterangan persetujuan lokasi dari pemerintah daerah setempat;
- 5) Bukti hak kepemilikan atau penggunaan tanah atau izin penggunaan bangunan untuk penyelenggaraan kegiatan bagi milik pribadi atau surat kontrak minimal selama 5 (lima) tahun bagi yang menyewa bangunan untuk penyelenggaraan kegiatan;
- 6) Dokumen upaya pengelolaan lingkungan (UKL) dan upaya pemantauan lingkungan (UPL);
- 7) Profil klinik yang akan didirikan meliputi struktur organisasi kepengurusan, tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, dan peralatan serta pelayanan yang diberikan; dan
- 8) Persyaratan administrasi lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan.

Izin klinik diberikan untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang dengan mengajukan permohonan perpanjangan 6 (enam) bulan sebelum habis masa berlaku izinnya. Pemerintah daerah kabupaten/kota dalam waktu 3 (tiga) bulan sejak permohonan diterima harus menetapkan menerima atau menolak permohonan izin atau permohonan perpanjangan izin. Permohonan

yang tidak memenuhi syarat ditolak oleh pemerintah daerah kabupaten/kota dengan memberikan alasan penolakannya kepada pihak penanggung jawab klinik pratama yang bersangkutan (Permenkes RI No.9, 2014).

2. Sasaran Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

a. Pengertian *Patient Safety*

Patient safety adalah pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik/sosial psikologis, cacat, kematian) terkait dengan pelayanan kesehatan (KKP-RS, 2008).

Patient safety (keselamatan pasien) rumah sakit adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk: *assesment* resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang di sebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (DepKes, 2008).

b. Kebijakan Depkes Tentang Keselamatan Pasien

Kebijakan depkes RI tentang keselamatan pasien di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya antara lain:

- 1) Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit/faskes.

- 2) Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- 3) Menurunnya kejadian tak diharapkan (KTD).
- 4) Terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD.

c. Kebijakan Akreditasi Klinik Tentang *Patiens Safety*

Komisi akreditasi telah mengeluarkan kebijakan standar akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama 2015, yang memuat tentang instrumen akreditasi klinik . Dalam standar akreditasi klinik 2015 ini, *patients safety* ditempatkan sebagai salah satu komponen penting dalam Instrumen akreditasi rumah sakit di Indonesia.

Standar ini disusun dengan mengacu pada standar permenkes tentang keselamatan pasien rumah sakit atau sasaran internasional keselamatan pasien (SIKP) yang berisikan enam sasaran keselamatan pasien. Enam sasaran keselamatan pasien menurut permenkes No.1691 tahun 2011 tersebut adalah sebagai berikut; sasaran 1 ketepatan identifikasi pasien ; sasaran 2 peningkatan komunikasi yang efektif; sasaran 3 peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*); sasaran 4 kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi; sasaran 5 pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; sasaran 6 pengurangan risiko pasien jatuh

Uraian keenam sasaran keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

1) Sasaran I: ketepatan identifikasi pasien

Standar SKP I rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/ meningkatkan ketelitian identifikasi pasien. Maksud dan tujuan SKP I kesalahan karena salah pasien sebenarnya terjadi di semua aspek diagnosis dan pengobatan. Keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya *error* / kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, adalah pasien yang dalam keadaan terbius / terdasi, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya; mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi di dalam rumah sakit; mungkin mengalami disabilitas sensori; atau akibat situasi lain.

Maksud ganda dari sasaran ini adalah : pertama, untuk dengan cara yang dapat dipercaya/*reliable* mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan dan kedua untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain

untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain.

Kebijakan atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan dua nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan *bar-code*, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi.

Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.

Elemen penilaian sasaran I adalah (1). Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien; (2). Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah; (3). Pasien diidentifikasi sebelum mengambil

darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; (4). Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur; (5). Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2) Sasaran II: Peningkatan komunikasi yang efektif

Standar SKP II rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan. Maksud dan tujuan SKP II adalah komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis.

Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telpon, bila diperbolehkan peraturan perundangan. Komunikasi lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis menelpon unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera/cito.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon termasuk: menuliskan (atau memasukkan

ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi; penerima membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwaapa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat untuk obat-obat yang termasuk obat NORUM/LASA dilakukan eja ulang.

Elemen penilaian sasaran II adalah; (1) perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah; (2) perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah; (3) perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan; (4) kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

3) Sasaran III: peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert medications*)

Standar SKP III adalah rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki/meningkatkan keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*). Maksud dan tujuan SKP III adalah bila obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien, maka

penerapan manajemen yang benar penting/krusial untuk memastikan keselamatan pasien.

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadi kesalahan/*error* dan/atau kejadian sentinel (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) demikian pula obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (nama obat, rupa dan ucapan mirip/NORUM, atau *look-alike sound-alike / LASA*).

Daftar obat-obatan yang sangat perlu diwaspadai tersedia di WHO. Yang sering disebut-sebut dalam isu keamanan obat adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium/potasium klorida [sama dengan 2 mEq/ml atau yang lebih pekat]), kalium/potasium fosfat [(sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml)], natrium/sodium klorida (lebih pekat dari 0.9%), dan magnesium sulfat (sama dengan 50% atau lebih pekat).

Kesalahan ini bisa terjadi bila staf tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit asuhan pasien, bila perawat kontrak tidak diorientasikan sebagaimana mestinya terhadap unit asuhan pasien, atau pada keadaan gawat darurat/emergensi. Cara yang paling efektif untuk

mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana yang membutuhkan elektrolit konsentrat secara klinis sebagaimana ditetapkan oleh petunjuk dan praktek profesional, seperti di IGD atau kamar operasi, serta menetapkan cara pemberian label yang jelas serta bagaimana penyimpanannya di area tersebut sedemikian rupa, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/kurang hati-hati.

Elemen penilaian sasaran III adalah; (1) kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat; (2) implementasi kebijakan dan prosedur; (3) elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan; (4) elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

4) Sasaran IV: kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi.

Standar SKP IV adalah rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi. Maksud dan tujuan SKP IV adalah salah lokasi, salah prosedur, salah pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari 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 mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Kebijakan termasuk definisi dari operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan/atau mengobati penyakit dan kelainan/*disorder* pada tubuh manusia dengan caramenyayat, membuang, mengubah, atau menyisipkan kesempatan diagnostik/terapeutik. Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di rumah sakit dimana prosedur ini dijalankan.

Praktek berbasis bukti, seperti yang diuraikan dalam *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* (2009),

juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh rumah sakit; dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan; harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar; jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), struktur multipel (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multiple level (tulang belakang).

Maksud dari proses verifikasi praoperatif adalah untuk: memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar; memastikan bahwa semua dokumen, foto (*images*), dan hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang, memverifikasi keberadaan peralatan khusus dan/atau *implant-implant* yang dibutuhkan. Tahap “sebelum insisi” / *Time out* memungkinkan setiap pertanyaan yang belum terjawab atau kesimpang-siuran dibereskan. *Time out* dilakukan di tempat tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan (secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*).

Elemen penilaian sasaran iv adalah; (1) rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan; (2) rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional; (3) tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan; (4) kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

5) Sasaran V: pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

Standar SKP V adalah rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. Maksud dan tujuan SKP V adalah pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi

yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan.

Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman *hand hygiene* yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di rumah sakit.

Elemen penilaian sasaran V adalah; (1) rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari *WHO Patient Safety*); (2) rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif; (3) kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

6) Sasaran VI: pengurangan risiko pasien jatuh

Standar SKP VI adalah rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh. Maksud dan tujuan SKP VI adalah jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh.

Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap obat dan konsumsi alkohol, penelitian terhadap gaya / cara jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program ini memonitor baik konsekuensi yang dimaksudkan atau yang tidak sengaja terhadap langkah - langkah yang dilakukan untuk mengurangi jatuh. Misalnya penggunaan yang tidak benar dari alat penghalang atau pembatasan asupan cairan bisa menyebabkan cedera, sirkulasi yang terganggu, atau integrasi kulit yang menurun. Program tersebut harus dapat diterapkan di rumah sakit.

Elemen penilaian sasaran VI adalah; (1) rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan,

dan lain-lain; (2) langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh; (3) langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan; (4) kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

d. Kewajiban *Patient Safety* Bagi Setiap Rumah Sakit

Kebijakan *patient safety* merupakan kewajiban bagi setiap rumah sakit untuk melaksanakan *patient safety*, yakni:

- 1) Rumah sakit wajib melaksanakan sistem keselamatan pasien.
- 2) Rumah sakit wajib melaksanakan 7 langkah menuju keselamatan pasien.
- 3) Rumah sakit wajib menerapkan standart keselamatan pasien.
- 4) Evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien akan dilakukan melalui program akreditasi rumah sakit (Permenkes No. 1691, 2011)

e. Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Berdasarkan (Permenkes No. 1691, 2011) sistem keselamatan pasien yaitu :

- 1) Pelaporan insiden, laporan bersifat anonim dan rahasia.

- 2) Analisa, belajar, riset masalah dan pengembangan taxonomy.
- 3) Pengembangan dan penerapan solusi serta monitoring/evaluasi.
- 4) Penetapan panduan, pedoman, sop, standart indikator keselamatan pasien berdasarkan pengetahuan dan riset.
- 5) Keterlibatan serta pemberdayaan pasien dan keluarganya.

f. Standar Akreditasi Klinik Sasaran Keselamatan Pasien

Berdasarkan (Permenkes RI No.9, 2014) standar akreditasi pada bab VI yang membahas tentang keselamatan pasien adalah :

1) Tanggung jawab tenaga klinis

Perencanaan ,monitoring, dan evaluasi mutu layanan klinis dan keselamatan menjadi tanggung jawab tenaga yang bekerja di pelayanan klinis.

2) Pemahaman mutu layanan klinis

Mutu layanan klinis dan keselamatan dipahami dan didefinisikan dengan baik oleh semua pihak yang berkepentingan.

3) Pengukuran mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien.

Mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien diukur, dikumpulkan dan dievaluasi dengan tepat.

4) Peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien

Perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien diupayakan, dievaluasi dan dikomunikasikan dengan baik.

g. Langkah Penerapan *Patient Safety*

Menurut DepKes RI (DepKes.2008) penerapan program *patient safety*, terdiri dari:

- 1) Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.
- 2) Membangun komitmen dan fokus yang jelas tentang keselamatan pasien.
- 3) Membangun sistem dan proses manajemen resiko serta melakukan identifikasi dan assessmen terhadap potensial masalah.
- 4) Membangun sistem pelaporan.
- 5) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien.
- 6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien dengan melakukan analisis akar masalah.
- 7) Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien dengan menggunakan informasi yang ada.

h. Indikator *Patient Safety*

Indikator *patient safety* (IPS) merupakan ukuran yang digunakan untuk mengetahui tingkat keselamatan pasien selama dirawat di rumah sakit. Indikator *patient safety* bermanfaat untuk menggambarkan besarnya masalah yang dialami pasien selama dirawat di rumah sakit, khususnya yang berkaitan dengan berbagai tindakan medik yang berpotensi menimbulkan risiko di sisi pasien.

Dengan mendasarkan pada IPS ini maka rumah sakit dapat menetapkan upaya-upaya yang dapat mencegah timbulnya *outcome* klinik yang tidak diharapkan pada pasien (Dwi Prahasto, 2008).

Secara umum IPS terdiri atas 2 jenis, yaitu IPS tingkat rumah sakit dan IPS tingkat area pelayanan.

- 1) Indikator tingkat rumah sakit (*hospital level indicator*) digunakan untuk mengukur potensi komplikasi yang sebenarnya dapat dicegah saat pasien mendapatkan berbagai tindakan medik di rumah sakit. Indikator ini hanya mencakup kasus-kasus yang merupakan diagnosis sekunder akibat terjadinya risiko pasca tindakan medik.
- 2) Indikator tingkat area mencakup semua risiko komplikasi akibat tindakan medik yang didokumentasikan di tingkat pelayanan setempat (kabupaten/kota). Indikator ini mencakup diagnosis utama maupun diagnosis sekunder untuk komplikasi akibat tindakan medik

Indikator *patient safety* antara lain: komplikasi anestesi, angka kematian yang rendah, ulkus dekubitus, kematian oleh karena komplikasi pada pasien rawat inap, benda asing tertinggal selama prosedur, pneumotoraks iatrogenic. Infeksi akibat perawatan, patah tulang pascaoperasi, pendarahan atau hematoma pascaoperasi, gangguan fisiologis dan metabolik pascaoperasi, kegagalan pernapasan pascaoperasi, *pulmonary embolism* atau *deep vein thrombosis*, sepsis pascaoperasi, luka pada pasien bedah

abdominopelvik, luka tusukan dan laserasi, reaksi transfusi, trauma lahir - cedera pada neonatus, trauma kebidanan oleh karena persalinan dengan *instrument*, trauma kebidanan oleh karena persalinan tanpa *instrument*, trauma kebidanan - kelahiran sesaria.

Elemen *patient safety* meliputi: kesalahan pengobatan yang merugikan, menggunakan *restraint*, infeksi *nosokomial*, kecelakaan bedah, luka karena tekanan (*dicubitus*), keamanan produk darah, resistensi antimikrobial, Imunisasi, *falls* (jatuh), darah *stream* (aliran), perawatan kateter pembuluh darah serta tindak lanjut dan pelaporan insiden keselamatan pasien.

Akar penyebab kesalahan keselamatan pasien paling umum disebabkan antara lain: masalah komunikasi, kurangnya informasi, masalah manusia, pasien yang berhubungan dengan isu-isu, transfer pengetahuan dalam organisasi, *staffing* pola/alur kerja, kegagalan teknis, kurangnya kebijakan dan prosedur. Tujuan umum atau sasaran keselamatan pasien, yakni: mengidentifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi yang efektif, meningkatkan keamanan obat, hilangkan salah tempat, salah-pasien, prosedur tindakan yang salah, mengurangi resiko infeksi terkait perawatan kesehatan dan mengurangi risiko bahaya pasien dari jatuh (KARS, 2012).

3. Akreditasi Klinik

a. Pengertian Akreditasi Klinik

Akreditasi puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi yang selanjutnya

disebut akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh menteri setelah memenuhi standar akreditasi (Permenkes RI No.46, 2015).

Klinik pratama adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan dengan menyediakan pelayanan medik dasar baik umum maupun khusus.

Pengaturan akreditasi puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi bertujuan untuk:

- 1) Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien;
- 2) Meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat dan lingkungannya, serta puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi sebagai institusi; dan
- 3) Meningkatkan kinerja puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dalam pelayanan kesehatan perseorangan dan/atau kesehatan masyarakat.

b. Penyelenggaraan akreditasi

Puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi wajib terakreditasi. Akreditasi puskesmas dan klinik pratama dilakukan setiap 3 (tiga) tahun. Akreditasi tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi dilakukan setiap 5 (lima) tahun. Pemerintah daerah

berkewajiban mendukung, memotivasi, mendorong, dan memperlancar proses pelaksanaan akreditasi puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi (Permenkes RI No.46, 2015)..

Dalam menyelenggarakan akreditasi dapat dilakukan pendampingan dan penilaian praakreditasi. Puskesmas yang telah terakreditasi wajib mendapatkan pendampingan pasca akreditasi. Klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi yang telah terakreditasi dapat mengajukan permohonan pendampingan pasca akreditasi kepada dinas kesehatan kabupaten/kota (Permenkes RI No.46, 2015).

c. Penetapan Akreditasi

Penetapan akreditasi sebagaimana merupakan hasil akhir survei akreditasi oleh surveior dan keputusan rapat lembaga independen penyelenggara akreditasi. Penetapan akreditasi dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh menteri. Penetapan akreditasi dibuktikan dengan sertifikat akreditasi.

Penetapan status akreditasi puskesmas terdiri atas:

- 1) Tidak terakreditasi;
- 2) Terakreditasi dasar;
- 3) Terakreditasi madya;
- 4) Terakreditasi utama; atau
- 5) Terakreditasi paripurna.

Penetapan status akreditasi klinik pratama terdiri atas:

- 1) Tidak terakreditasi;
- 2) Terakreditasi dasar;
- 3) Terakreditasi madya; atau
- 4) Terakreditasi paripurna.

Penetapan status akreditasi tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi terdiri atas:

- 1) tidak terakreditasi; atau
- 2) terakreditasi.

Puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi yang telah mendapatkan status Akreditasi dapat mencantumkan status akreditasi di bawah atau di belakang nama puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, atau tempat praktik mandiri dokter gigi, dengan huruf lebih kecil (Permenkes RI No.46, 2015).

d. Penilaian Akreditasi

Penetapan struktur standar akreditasi klinik terdiri dari 4 Bab, dengan total 503 elemen penilaian. Setiap bab akan diuraikan dalam standar, tiap standar akan diuraikan dalam kriteria, tiap kriteria diuraikan dalam elemen penilaian untuk menilai pencapaian kriteria tersebut: bab i kepemimpinan dan manajemen fasilitas pelayanan kesehatan (KMFK) dengan 122 ep; bab ii layanan klinis yang berorientasi pasien (LKBP) dengan 151 ep; bab iii manajemen penunjang layanan klinis (MPLK) dengan 172 ep dan bab iv.

peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien (PMKP) dengan 58 ep.

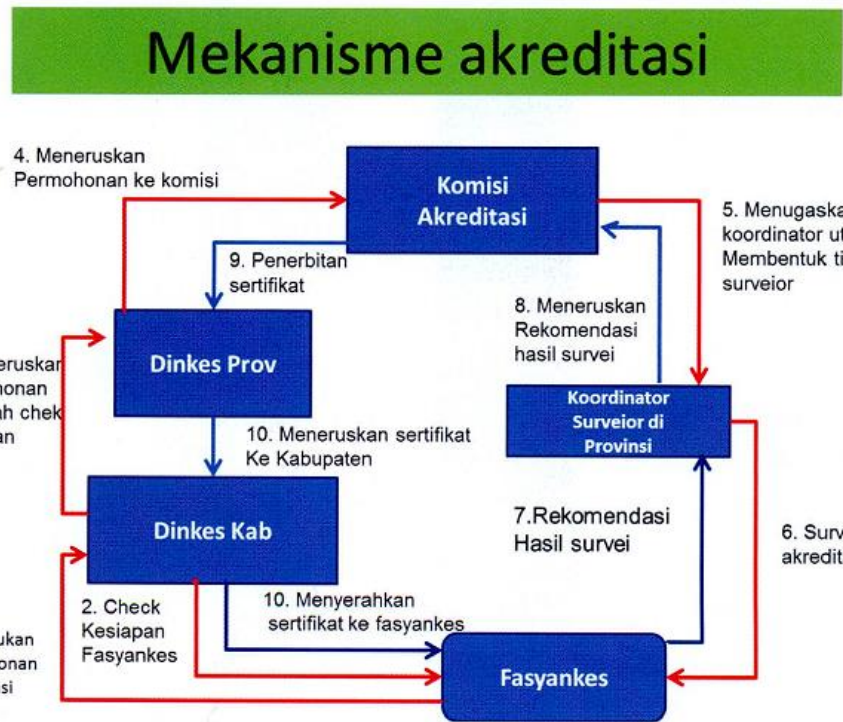
Penilaian akreditasi dilakukan dengan menilai tiap elemen penilaian pada tiap kriteria. Pencapaian terhadap elemen-elemen penilaian pada setiap kriteria diukur dengan tingkatan sebagai berikut:

- 1) Terpenuhi : bila pencapaian elemen ≥ 80 % dengan nilai 10,
- 2) Terpenuhi sebagian : bila pencapaian elemen 20 % - 79 %, dengan nilai 5,
- 3) Tidak terpenuhi : bila pencapaian elemen < 20 %, dengan nilai 0.

Penilaian tiap bab adalah penjumlahan dari nilai tiap elemen penilaian pada masing-masing kriteria yang ada pada bab tersebut dibagi jumlah elemen penilaian bab tersebut dikalikan 10, kemudian dikalikan dengan 100 % (Permenkes RI No.46, 2015).

e. Alur Akreditasi Klinik

Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk mendapatkan status akreditasi harus melalui mekanisme seperti gambar berikut :



Gambar 2.1. Mekanisme Atau Alur Akreditasi FKTP
Sumber : (Kemenkes, 2015).

B. Penelitian Terdahulu

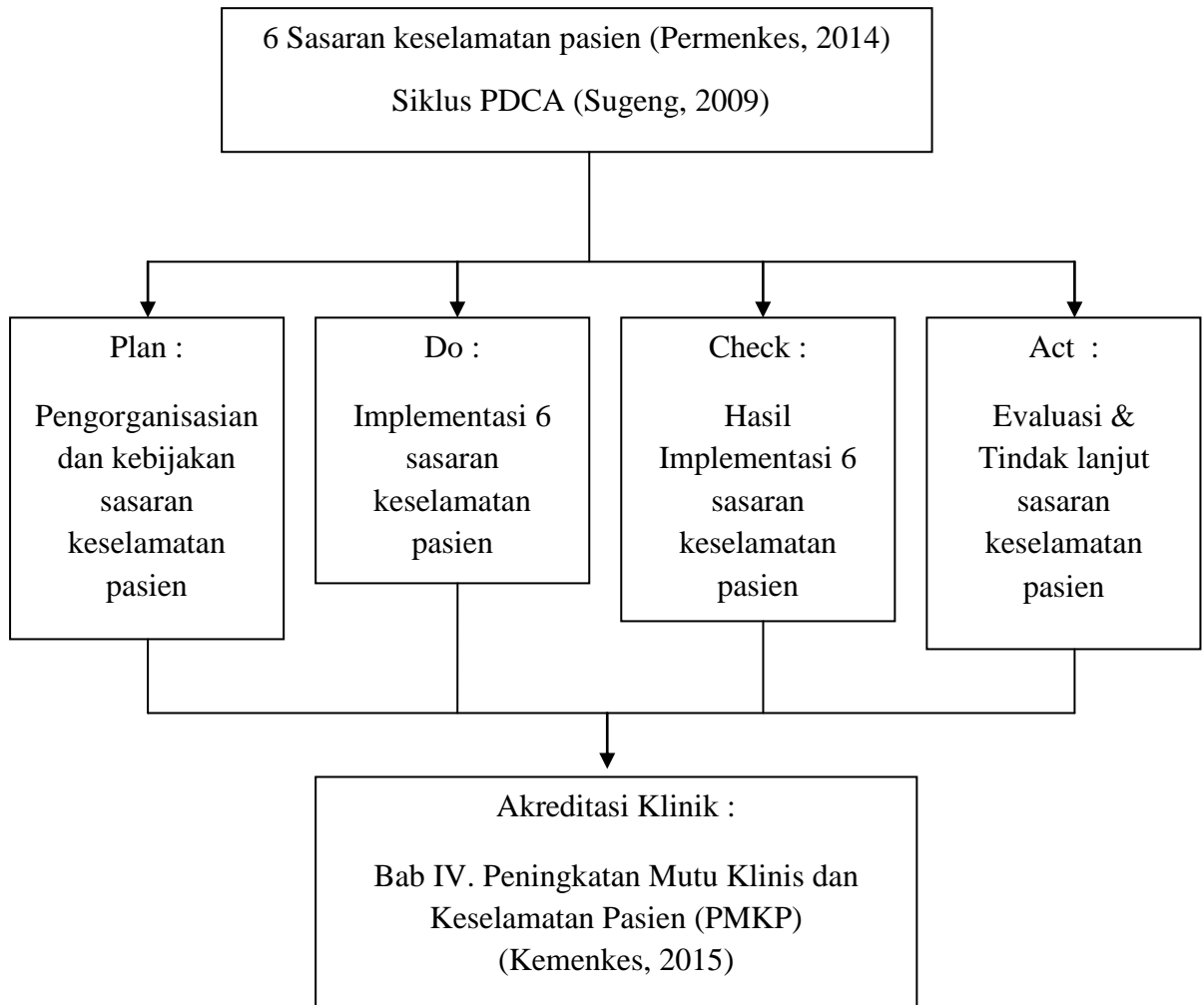
1. Yuniar Hanawati, 2015. Implementasi manajemen keselamatan pasien (*patient safety*) Dalam usaha pencegahan *medication error* di RSUD dr. Moewardi. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pelaksanaan manajemen keselamatan pasien pada pencegahan dari kesalahan pengobatan yang mengacu pada tujuh langkah untuk keselamatan pasien. Jenis dan rancangan dalam penelitian ini adalah kualitatif yang bertujuan untuk menggali informasi tentang implementasi manajemen keselamatan pasien dalam usaha pencegahan *medication error* di rumah sakit, dengan menggunakan pendekatan *critical incidents*. Hasil Penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan manajemen keselamatan pasien sudah dilakukan dengan baik. Tapi ada kelemahan dalam cara menentukan gradasi yang berbeda antara tim keselamatan pasien dan farmasi. Tim hanya

melaporkan insiden keselamatan pasien hanya untuk RCA dan untuk KKP-RS PERSI, dan tidak ada hadiah untuk staf yang berani melaporkan kejadian tersebut. Perbedaan penelitian implementasi yang dilakukan dengan penelitian implementasi adalah dalam metode penelitian dimana metode yang digunakan dalam penelitian implementasi sasaran keselamatan pasien menggunakan *action research* di mana peneliti mengimplementasikan 6 standar SKP. Sehingga peneliti dapat mengetahui sejauh mana pemahaman tenaga medis dan non medis di Klinik Pratama Trio Husada Batu dapat merubah sikap dan perilaku setelah mendapatkan implmentasi *patient safety* tersebut dan juga dalam persiapan menghadapi akreditasi klinik khususnya bab iv tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

2. Firawati, 2012. pelaksanaan program keselamatan pasien di RSUD Solok. Penelitian kualitatif berikut ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan program keselamatan pasien di RSUD Solok. Hasil penelitian didapatkan dari tujuh langkah menuju keselamatan pasien, lima langkah sudah dilaksanakan seperti, bangun kesadaran akan nilai keselamatan, pimpin dan dukung staf anda, integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien dan cegah cedera melalui implementasi keselamatan pasien, meskipun pelaksanaan baru sebagian. Namun, kembangkan sistem pelaporan dan libatkan dan berkomunikasi dengan pasien belum dilaksanakan. Kesimpulan penelitian ini, dari tujuh langkah menuju keselamatan pasien, lima langkah sudah dilaksanakan, dan dua langkah belum dilaksanakan. Disarankan untuk

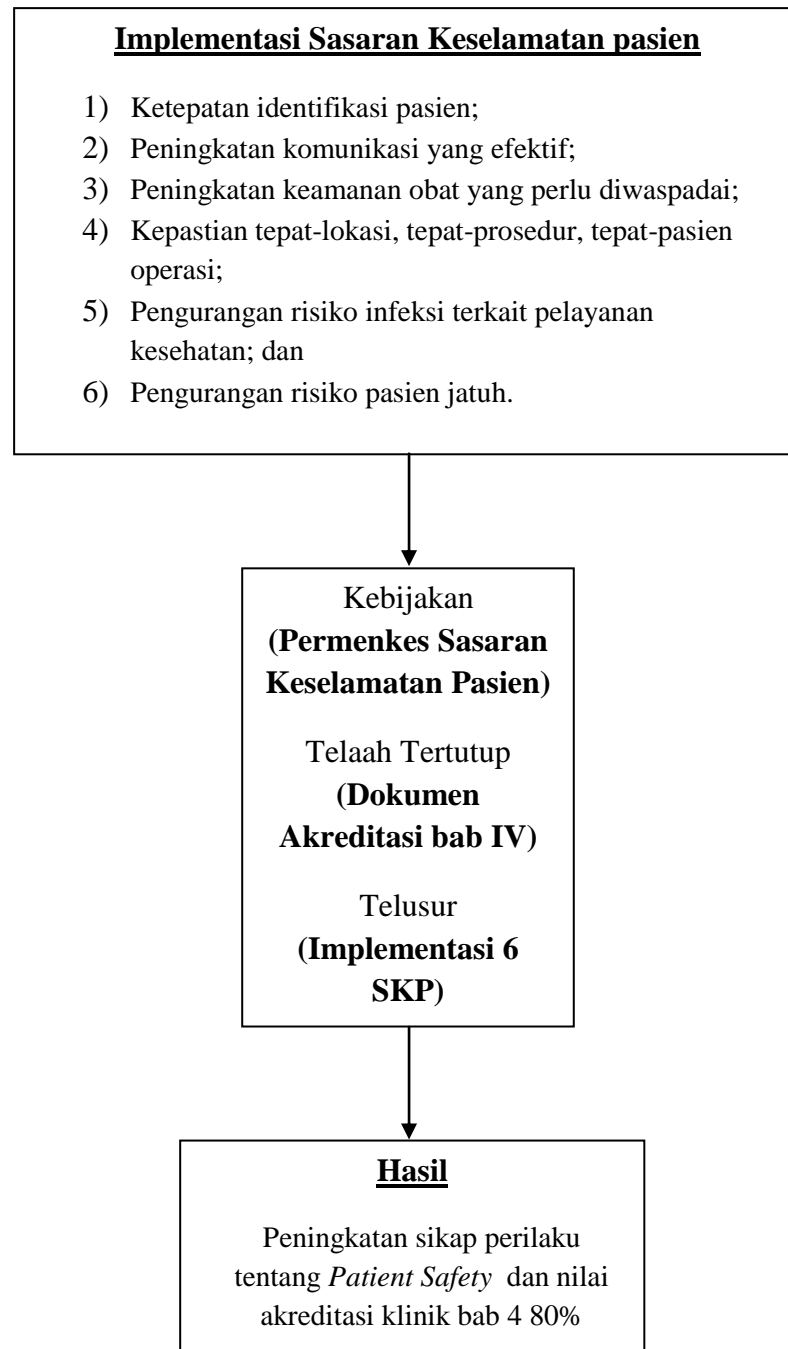
melengkapi fasilitas, merevisi standar keselamatan pasien, memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan dari program keselamatan pasien. Perlu uji coba pelaksanaan program keselamatan pasien di satu unit ruangan. Perbedaan penelitian penerapan ini dengan penelitian implementasi adalah dalam metode penelitian di mana metode yang digunakan dalam penelitian implementasi sasaran keselamatan pasien menggunakan *action research* dimana peneliti mengimplementasikan 6 standar SKP sesuai standart permenkes *patient safety*. Sehingga peneliti dapat melihat hasil dari pemahaman tenaga medis dan non medis di Klinik Pratama Trio Husada Batu dapat merubah sikap dan perilaku setelah mendapatkan implmentasi patient safety tersebut dan juga dalam persiapan menghadapi akreditasi klinik khususnya bab iv tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

C. Kerangka Teori



Gambar 2.2. Skema Kerangka Teori implementasi sasaran keselamatan pasien di klinik pratama dalam persiapan menghadapi akreditasi.

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.3. Skema Kerangka Konsep Penelitian

E. Pertanyaan Penelitian

Adapun beberapa pertanyaan penelitian yang dapat diajukan dalam penelitian ini di antaranya adalah :

1. Bagaimana penerapan implementasi 6 sasaran program *patient safety* di Klinik Trio Husada ?
2. Bagaimana persiapan Klinik Trio Husada dalam menghadapi akreditasi klinik khususnya pada bab iv ?