

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi 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. Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, dan peralatan (*Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009*).

Menurut WHO (*World Health Organization*), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

Menurut *PMK RI Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit* Pasal 12 menyatakan bahwa Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi empat tingkatan antara lain :

- a. Rumah Sakit Umum Kelas A
- b. Rumah Sakit Umum Kelas B

c. Rumah Sakit Umum Kelas C

d. Rumah Sakit Umum Kelas D

Namun peneliti hanya menjelaskan tingkatan atau kelas Rumah Sakit Umum Kelas B Pendidikan yang disesuaikan dengan kelas Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Rumah Sakit Umum Kelas B merupakan Rumah Sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis luas dan subspecialis terbatas. Direncanakan Rumah Sakit Kelas B didirikan di setiap Ibukota Provinsi (*Provincial Hospital*) yang menampung pelayanan rujukan dari RS Kabupaten. RS Pendidikan yang tidak termasuk Kelas A yang diklasifikasikan sebagai RS Kelas B (Azwar, 2010)

Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Kelas B paling sedikit meliputi :

- a. Pelayanan Medik
- b. Pelayanan Kefarmasian
- c. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan
- d. Pelayanan Penunjang Klinik
- e. Pelayanan Penunjang Non Klinik
- f. Pelayanan Rawat Inap

Adapun kebutuhan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit Tipe B terdiri atas:

- a. Tenaga Medis

Tenaga medis paling sedikit terdiri atas :

1. 12 (dua belas) dokter umum untuk pelayanan medik dasar;
2. 3 (tiga) dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi dan mulut;

3. 3 (tiga) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar.
4. 2 (dua) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis penunjang;
5. 1 (satu) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis lain;
6. 1 (satu) dokter subspecialis untuk setiap jenis pelayanan medik subspecialis; dan
7. 1 (satu) dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut.

b. Tenaga Kefarmasian

Tenaga kefarmasian paling sedikit terdiri atas :

1. 1 (satu) orang apoteker sebagai kepala instalasi farmasi Rumah Sakit;
2. 4 (empat) apoteker yang bertugas di rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 8 (delapan) orang tenaga teknis kefarmasian;
3. 4 (empat) orang apoteker di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 8 (delapan) orang tenaga teknis kefarmasian;
4. 1 (satu) orang apoteker di instalasi gawat darurat yang dibantu oleh minimal 2 (dua) orang tenaga teknis kefarmasian;
5. 1 (satu) orang apoteker di ruang ICU yang dibantu oleh paling sedikit 2 (dua) orang tenaga teknis kefarmasian;
6. 1 (satu) orang apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distribusi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian Rumah Sakit; dan

7. 1 (satu) orang apoteker sebagai koordinator produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian Rumah Sakit.

c. Tenaga Keperawatan

Jumlah, kualifikasi, dan kompetensi kebutuhan tenaga keperawatan disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

d. Tenaga Kesehatan Lain dan Tenaga Non Kesehatan

Jumlah dan kualifikasi tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

2.2 Manajemen

2.2.1 Pengertian Manajemen

Manajemen menurut Hasibuan, 2000 (Torang, 2013) adalah ilmu dan seni untuk mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan tertentu. Sejalan dengan pendapat diatas, Miller (Torang, 2013) menyatakan bahwa manajemen adalah proses memimpin dan melancarkan pekerjaan bagi orang-orang yang terorganisir secara formal sebagai kelompok untuk memperoleh tujuan yang diinginkan. Menurut George R. Terry dalam buku *Principles of Management* (Sukarna, 2011) juga menyatakan bahwa manajemen adalah pencapaian tujuan-tujuan yang telah ditetapkan melalui atau bersama-sama usaha orang lain.

2.3 Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan secara singkat diartikan sebagai proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan, dan rasa aman kepada pasien/keluarga serta masyarakat. Manajemen keperawatan adalah suatu tugas khusus yang harus dilaksanakan oleh pengelola keperawatan untuk merencanakan, mengorganisasi, mengarahkan serta mengawasi sumber-sumber yang ada baik sumber daya manusia, alat maupun dana, sehingga dapat memberikan pelayanan keperawatan yang efektif, baik kepada pasien, keluarga, dan masyarakat (Triwibowo, 2013).

2.3.1 Fungsi Manajemen Keperawatan

Manajemen memerlukan peran orang yang terlibat di dalamnya untuk menyikapi posisi masing-masing sehingga diperlukan fungsi-fungsi yang jelas mengenai manajemen (Bahtiar, 2009). Fungsi manajemen menurut George Robert Terry dalam bukunya *Principle of Management* (Sukarna, 2011) membagi empat fungsi dasar manajemen, yaitu *Planning* (Perencanaan), *Organizing* (Pengorganisasian), *Actuating* (Pengarahan), *Controlling* (Pengawasan). Keempat fungsi manajemen ini disingkat dengan POAC.

2.4 Kepatuhan Perawat

2.4.1 Pengertian Kepatuhan

Patuh adalah sikap positif individu yang ditunjukkan dengan adanya perubahan secara berarti sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Ketidapatuhan adalah suatu kondisi pada perawat yang sebenarnya mau

melakukannya, akan tetapi ada faktor faktor yang menghalangi ketaatan untuk melakukan tindakan. Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat terhadap suatu tindakan, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati.

2.4.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepatuhan Perawat

Perubahan sikap dan perilaku dimulai dari kepatuhan, identifikasi, kemudian internalisasi. Menurut Gibson ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja seseorang yaitu: Faktor individu, faktor organisasi dan faktor psikologi.

1) Faktor Individu

Faktor individu merupakan faktor yang memiliki dampak langsung pada kinerja petugas kesehatan. Hal ini didukung oleh Gibson, yang menyatakan bahwa variabel individu dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografi. Variabel kemampuan dan keterampilan meliputi: fisik, mental (EQ) dan intelegensi (IQ). Sub variabel kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan individu. Sub variabel demografi mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Karakteristik demografi meliputi usia, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, masa kerja dan status perkawinan.

a) Usia

Usia berkaitan dengan kematangan, kedewasaan, dan kemampuan seseorang dalam bekerja. Semakin bertambah usia semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dan semakin sepat berfikir rasional, mampu untuk menentukan keputusan, semakin bijaksana, mampu

mengontrol emosi, taat terhadap aturan dan norma dan komitmen terhadap pekerjaan. Seseorang yang semakin bertambah usia, akan semakin terlihat berpengalaman, pengambilan keputusan dengan penuh pertimbangan, bijaksana, mampu mengendalikan emosi dan mempunyai etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap mutu.

b) Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki dan perempuan secara umum tidak menunjukkan perbedaan yang berarti dalam melaksanakan pekerjaan. Teori psikologi menjumpai bahwa wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang dan pria lebih agresif dan lebih besar kemungkinan dari pada wanita dalam memiliki pengharapan untuk sukses, meskipun perbedaan ini kecil. Wanita yang berumah tangga memiliki tugas tambahan sehingga kemangkiran lebih sering dari pada pria.

c) Pendidikan

Tingkat pendidikan akan berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam bekerja. Seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi diasumsikan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang lebih baik dalam kemampuan menyelesaikan pekerjaan. Tingkat pendidikan perawat mempengaruhi kinerja perawat yang bersangkutan. Tenaga keperawatan yang berpendidikan tinggi kinerjanya akan lebih baik karena telah 49 memiliki pengetahuan dan wawasan yang lebih luas, dapat memberikan saran atau masukan yang bermanfaat terhadap manajer keperawatan dalam meningkatkan kinerja keperawatan.

d) Masa Kerja

Masa Kerja Masa kerja berkaitan dengan lama seseorang bekerja menjalankan pekerjaan tertentu. Perawat yang bekerja lebih lama diharapkan lebih berpengalaman dan senior. Senioritas dan produktivitas pekerjaan berkaitan secara positif. Perawat yang bekerja lebih lama akan lebih berpengalaman dalam melakukan pekerjaannya dan semakin rendah keinginan perawat untuk meninggalkan pekerjaannya.

2) Faktor Psikologi

a) Sikap

Menurut Gibson menjelaskan sikap sebagai perasaan positif atau negatif atau keadaan mental yang selalu disiapkan, dipelajari, dan diatur melalui pengamatan yang memberikan pengaruh khusus pada respon seseorang terhadap orang, obyek ataupun keadaan.

b) Motivasi

Faktor yang menyebabkan seseorang mau bekerja adalah motivasi. Motivasi berasal dari aneka kebutuhan manusia untuk memenuhi kebutuhannya. Maslow mengembangkan teori kebutuhan kedalam suatu bentuk hierarki yang dikenal dengan hierarki kebutuhan Maslow. Menurut Maslow bila suatu kebutuhan telah tercapai oleh individu, maka kebutuhan yang tinggi akan segera menjadi kebutuhan baru yang harus dicapai.

c) Persepsi

Persepsi merupakan proses pemberian arti terhadap lingkungan oleh individu, oleh karena itu setiap individu akan memberikan arti kepada

stimulus secara berbeda meskipun objeknya sama.⁴⁷ Persepsi merupakan proses kognitif dimana seseorang individu memberikan arti terhadap lingkungan. Persepsi juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor situasional, kebutuhan, keinginan dan emosi.

3) Faktor Organisasi

Organisasi adalah suatu sistem perserikatan formal dari dua orang atau lebih yang bekerja sama untuk mencapai tujuan tertentu. Karakteristik organisasi yang mempengaruhi perilaku dan kinerja seseorang yaitu sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan.

2.5 Teori Pendekatan Sistem

Menurut Azrul Azwar sistem terbentuk dari elemen-elemen bagian yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Adapun yang dimaksud dengan elemen atau bagian tersebut ialah suatu yang mutlak harus ditemukan, yang jika tidak demikian halnya maka tidaklah ada yang disebut dengan sistem. Elemen disederhanakan dapat dikelompokkan menjadi 4 unsur yaitu :

1. Masukan (*Input*)

Kumpulan elemen atau bagian yang terdapat dalam sistem yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut. Dalam penelitian ini yang termasuk dalam masukan (*input*) adalah :

- a. Pada faktor *man* yang meliputi Pengetahuan, Masa Kerja, Jenis Kelamin dan Umur.

- b. Pada faktor *method* meliputi Kebijakan RS, SPO Identifikasi Pasien, Pelatihan Keselamatan Pasien, Sosialisasi dan Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan
- c. Pada faktor *material*, Ketersediaan dan Kesesuaian Gelang Identitas Pasien
- d. Pada faktor *money*, Dana Penyelenggaraan

2. Proses (*Proccess*)

Pelaksanaan Identifikasi Pasien Sebelum Pemberian Injeksi

3. Keluaran (*Output*)

Dari proses atau fungsi manajemen diatas didapatkan keluaran yaitu ketepatan perawat dalam mengidentifikasi pasien sebelum pemberian injeksi.

2.6 Unsur Sumber Daya

2.6.1 Perawat Pelaksana

Dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai perawat yang profesional perawat pelaksana dituntut memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam berbagai bidang perawatan, perawat pelaksana secara langsung maupun tidak langsung memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, keluarga, dan masyarakat (Agustina, 2017).

2.6.2 Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terhadap obyek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan,

pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2014).

2.6.3 Masa Kerja

Masa kerja merupakan kondisi personal seseorang dalam konsep karakter individu yang sering dikaji. Masa kerja yang cukup lama sangat identik dengan senioritas dalam suatu organisasi. Masa kerja dapat dilihat dari berapa lama tenaga kerja mengabdikan dirinya untuk perusahaan, dan bagaimana hubungan antara perusahaan dengan tenaga kerjanya. Dari pendapat di atas, dapat disimpulkan bahwa masa kerja merupakan kurun waktu atau lamanya seorang pegawai dalam mengabdikan dirinya pada sebuah perusahaan atau organisasi (Mar'ati & Sri, 2010).

2.6.4 Jenis Kelamin

Seksualitas atau jenis kelamin menurut Badan Pemberdayaan Masyarakat (Romauli, 2009) adalah perbedaan fisik biologis, yang mudah dilihat melalui cirri fisik primer dan secara sekunder yang ada pada kaum laki-laki dan perempuan.

2.6.5 Kebijakan

Kebijakan sebagai keputusan suatu organisasi yang dimaksudkan untuk mencapai tujuan tertentu, berisikan ketentuan-ketentuan yang dapat dijadikan pedoman perilaku dalam hal pengambilan eputusan lebih lanjut, yang harus

dilakukan baik kelompok sasaran ataupun (unit) organisasi pelaksanaan kebijakan serta penerapan atau pelaksanaan dari suatu kebijakan yang telah ditetapkan baik dalam hubungan dengan (unit) organisasi pelaksana maupun dengan kelompok sasaran yang dimaksudkan (Nurcholis, 2007).

2.6.6 *Standard Operating Procedure (SOP)*

SOP (*Standard Operating Procedure*) pada dasarnya adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada di dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa semua keputusan dan tindakan, serta penggunaan fasilitas-fasilitas proses yang dilakukan oleh orang-orang di dalam organisasi yang merupakan anggota organisasi agar berjalan efektif dan efisien, konsisten, standar dan sistematis (Tambunan, 2013).

SPO dibuat untuk menyederhanakan suatu pekerjaan supaya berfokus pada intinya, tetapi cepat dan tepat. Dengan cara ini, keuntungan mudah diraih, pemborosan diminimalisasi dan kebocoran keuangan dapat dicegah. Hal ini biasa diterapkan pada perusahaan yang kompetitif yakni perusahaan yang semua pekerjaan bisa diselesaikan secara tepat waktu (Ekotama, 2015). Jadi, SPO dibuat untuk menyederhanakan proses kerja supaya hasilnya optimal tetapi tetap efisien.

2.6.7 *Pelatihan*

Menurut (Widodo, 2015), pelatihan merupakan aktivitas individu dalam meningkatkan keahlian dan pengetahuan secara sistematis sehingga mampu memiliki kinerja yang profesional di bidangnya. Pelatihan adalah proses

pembelajaran yang memungkinkan pegawai melaksanakan pekerjaan yang sekarang sesuai dengan standar.

Pelatihan Keselamatan Pasien adalah rangkaian kegiatan yang wajib diikuti oleh semua petugas rumah sakit baik petugas medis maupun petugas non medis agar selalu menerapkan budaya keselamatan pasien dalam memberikan pelayanan yang bermutu serta memberikan keamanan dan kenyamanan bagi pasien.

2.6.8 Sosialisasi

Menurut Soerjono Soekanto, sosialisasi adalah proses mengkomunikasikan kebudayaan kepada warga masyarakat yang baru. Secara umum (Sari, 2009), sosialisasi didefinisikan sebagai proses penanaman atau transfer kebiasaan atau nilai dan aturan dari satu generasi ke generasi lainnya dalam sebuah kelompok atau masyarakat. Sejumlah menyebut sosialisasi sebagai teori mengenai peranan (role theory). Karena dalam proses sosialisasi diajarkan peran-peran yang harus dijalankan oleh individu.

2.6.9 Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2007).

2.6.10 Sarana Prasarana RS

Fasilitas adalah sarana untuk melancarkan dan memudahkan pelaksanaan fungsi. Fasilitas merupakan komponen individual dari penawaran yang mudah ditumbuhkan atau dikurangi tanpa mengubah kualitas dan model jasa. Fasilitas juga adalah alat untuk membedakan program lembaga yang satu dengan pesaing yang lainnya. Mengingat sarana dan prasarana merupakan salah satu faktor penentu terhadap hasil pelaksanaan dan penggunaan fasilitas yang mengacu pada tujuan organisasi.

2.7 Akreditasi Rumah Sakit

2.7.1 Pengertian Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi rumah sakit menurut (*Permenkes Nomor 012 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit, 2012*) adalah pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, setelah dinilai bahwa Rumah Sakit itu memenuhi Standar Pelayanan Rumah Sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan.

Dalam akreditasi RS, Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) juga telah menetapkan elemen-elemen yang harus dipenuhi rumah sakit dalam identifikasi pasien. Berdasarkan akreditasi RS versi 2012, terdapat 5 (lima) elemen pada sasaran identifikasi pasien, yaitu :

1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.

2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk lain.
3. Pasien diidentifikasi sebelum pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis.
4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
5. Kebijakan dan prosedur mendukung praktek identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2.8 Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

2.8.1 Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, 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 risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*Permenkes RI Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011.*).

Berikut 7 (tujuh) standar keselamatan pasien yang harus diterapkan oleh rumah sakit :

1. Hak Pasien

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

- a. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan
- b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
- c. Dokter penanggung jawab wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

2. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit memberikan didikan kepada pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Hal tersebut karena keselamatan pasien dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan melibatkan pasien dalam proses pelayanan. Untuk meningkatkan keselamatan, pasien harus dilibatkan dalam proses pelayanan. Oleh karena itu, rumah sakit harus memiliki sistem dan mekanisme dalam mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah sakit harus menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan. Kriteria dalam keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan sebagai berikut :

1. Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan,

tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.

2. Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
3. Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
4. Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.
4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
 - a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi.
 - b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.

- c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- a. Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
 - b. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.
 - c. Rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*network*) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pelayanan.
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Rumah Sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal. Serta melakukan transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Dalam proses akreditasi, keselamatan pasien memiliki enam sasaran, diantaranya:

1. Ketepatan Identifikasi Pasien
2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif
3. Peningkatan keamanan Obat yang perlu Diwaspadai (*high-alert medications*)
4. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi
5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

2.8.2 Standar Keselamatan Pasien

(Permenkes RI Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang *Keselamatan Pasien Rumah Sakit*, n.d.), Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit meliputi Hak pasien, mendidik pasien dan keluarga, keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, mendidik staf tentang keselamatan pasien, komunikasi adalah kunci untuk keselamatan pasien.

Dalam rangka menerapkan standar keselamatan pasien, Rumah Sakit melaksanakan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit yang terdiri dari membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, mengembangkan sistem pelaporan, melibatkan dan berkomunikasi dengan

pasien, belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

2.9 Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Sasaran Keselamatan Pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International (JCI)*. Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik untuk menunjang keselamatan pasien.

Sasaran keselamatan Pasien (SKP) menjadi standar dasar yang utama dalam penilaian Akreditasi Rumah Sakit versi 2012. Ada enam sasaran keselamatan pasien menurut (*Permenkes RI Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*) antara lain :

1. Sasaran I : Mengidentifikasi Pasien dengan Tepat
2. Sasaran II: Meningkatkan Komunikasi yang Efektif
3. Sasaran III: Peningkatan Keamanan Obat yang Membutuhkan Perhatian
4. Sasaran IV: Mengurangi Risiko Salah Lokasi, Salah Pasien dan Tindakan Operasi
5. Sasaran V: Mengurangi Risiko Infeksi
6. Sasaran VI: Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

2.10 Mengidentifikasi Pasien dengan Tepat

Dalam penelitian ini, peneliti ingin membahas Sasaran Keselamatan Pasien-1 yaitu mengenai Ketepatan Identifikasi Pasien. Dalam asosiasi perumahsakit dan organisasi profesi kesehatan menurut Pasal 10 wajib berperan serta dalam persiapan penyelenggaraan Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Pasal 8 Peraturan Menteri Kesehatan diatas mewajibkan setiap Rumah Sakit untuk mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien yang meliputi tercapainya 6 (enam) hal yang meliputi Ketepatan identifikasi pasien, Peningkatan komunikasi yang efektif, Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien oiperasi, Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan Pengurangan risiko pasien jatuh. (*Permenkes RI Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*).

Salah satu sasaran keselamatan pasien yaitu ketepatan identifikasi pasien.

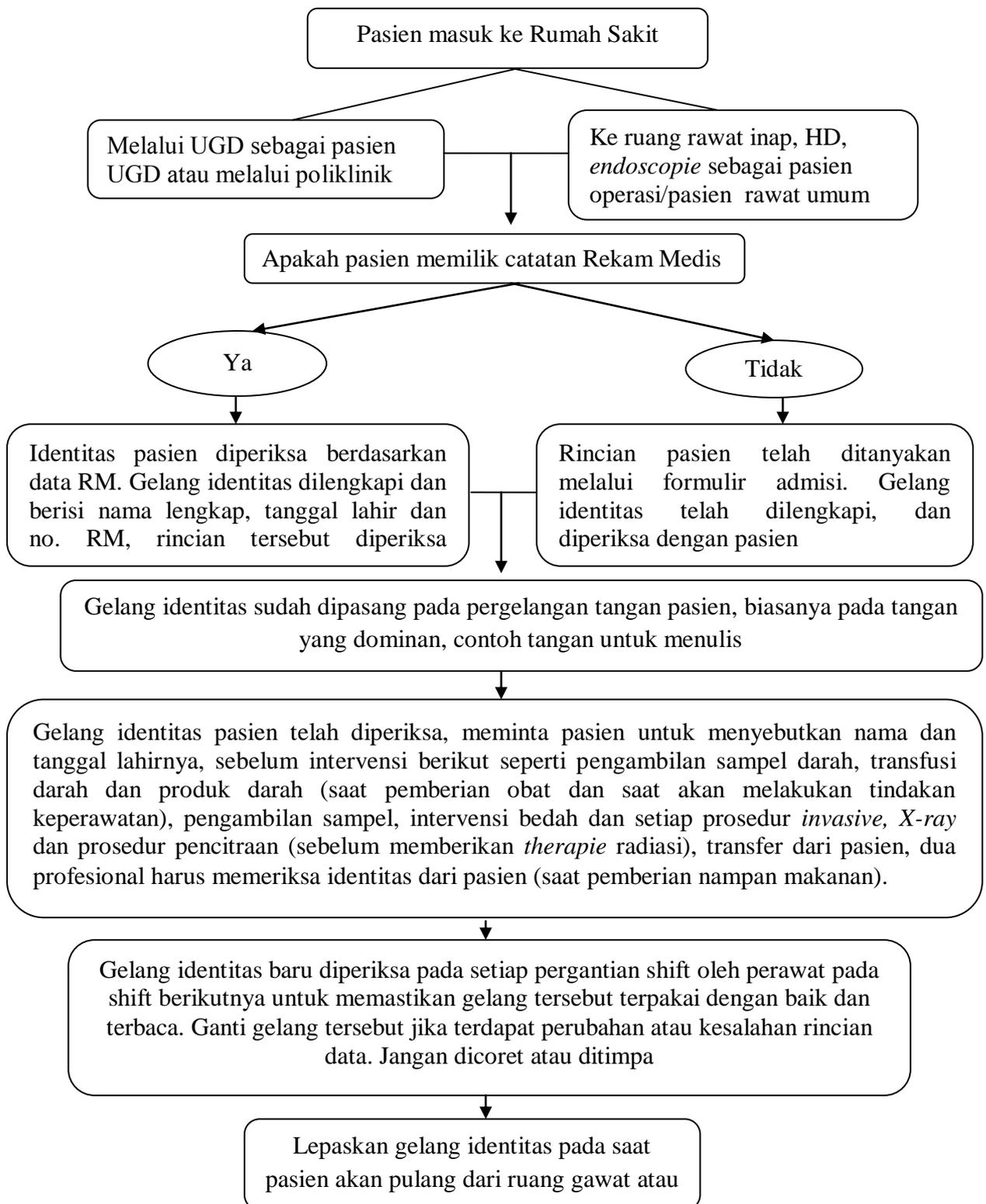
2.10.1 Ketepatan Identifikasi Pasien

Identifikasi pasien dan pencocokan pasien dengan pengobatan merupakan kegiatan yang dilakukan secara rutin di semua rangkaian perawatan (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2017*). Untuk itu sebelum melakukan tindakan, pasien harus diidentifikasi terlebih dahulu dengan dua kali pengecekan, yaitu : pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau

pengobatan, dan kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Rumah Sakit perlu menyediakan kebijakan dan prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi (KARS, 2017). Identifikasi pasien dilakukan pada saat pemberian obat, darah, atau produk darah, pengambilan darah atau spesies lain untuk pemeriksaan klinis, atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan dua nama pasien, tanggal lahir, dan nomor rekam medis, tidak diperbolehkan menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien. Kebijakan dan prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, gawat darurat, atau ruang operasi, termasuk identifikasi pasien koma tanpa identitas.

Berikut alur identifikasi pasien pada saat pasien masuk ke rumah sakit.



Gambar 2. 1 Alur Identifikasi Pasien

Risiko terhadap keselamatan pasien terjadi apabila ada ketidakcocokan antara pasien dengan kompeten perawatan yang diberikan, baik itu komponen diagnostik, terapeutik maupun pendukung (WHO 2007). 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 (KARS 2011).

Proses identifikasi yang digunakan di rumah sakit mengharuskan terdapat paling sedikit 2 (dua) dari 3 (tiga) bentuk identifikasi, yaitu nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medik, atau bentuk lainnya (misalnya, nomor induk kependudukan atau barcode). Nomor kamar pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien. Dua 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. Dua (2) bentuk identifikasi harus dilakukan dalam setiap keadaan terkait intervensi kepada pasien. Misalnya, identifikasi pasien dilakukan sebelum memberikan radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.

2.10.2 Tujuan identifikasi pasien

1. Untuk memberikan identitas pada pasien.
2. Untuk membedakan pasien.
3. Untuk menghindari kesalahan medis (mal praktek).

Tujuan utama tanda identifikasi ini adalah untuk mengidentifikasi pemakainya. Gelang identifikasi ini digunakan pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; pemberian pengobatan atau tindakan lain.

2.10.3 Tatalaksana Identifikasi

1. Tatalaksana Gelang Identifikasi Pasien
 - a. Semua pasien harus diidentifikasi dengan benar sebelum pemberian obat, darah atau produk darah, pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis, atau pemberian pengobatan atau tindakan lainnya.
 - b. Pakaikan gelang identifikasi di pergelangan tangan pasien, jelaskan dan pastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman untuk pasien.
 - c. Jika tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan, pakaikan di pergelangan kaki. Pada situasi di mana tidak dapat dipasang di pergelangan kaki, gelang identifikasi dapat dipakaikan di baju pasien di area yang jelas terlihat. Hal ini harus dicatat di rekam

medis pasien. Gelang identifikasi harus dipasang ulang jika baju pasien diganti dan harus selalu menyertai pasien sepanjang waktu.

- d. Jika pasien alergi terhadap gelang identifikasi, maka gelang identifikasi dilapisi dengan kassa.
- e. Pada kondisi tidak memakai baju, gelang identifikasi harus menempel pada badan pasien dengan menggunakan perekat transparan/tembus pandang. Hal ini harus di catat di rekam medis pasien.
- f. Gelang identifikasi pasien dan gelang alergi hanya boleh dilepas saat pasien keluar/pulang dari rumah sakit. Gelang risiko jatuh hanya boleh dilepas apabila pasien sudah tidak berisiko jatuh.
- g. Gelang identifikasi pasien (Gelang Pink/Gelang Biru) sebaiknya mencakup **3 detail wajib** yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
 1. Nama pasien minimal 2 kata, jika kurang dari 2 kata ditambahkan dengan nama nasab ibu kandung, Nama pasien sesuai dengan nama yang tercantum dalam KTP.
 2. Nomor rekam medis pasien
 3. Tanggal lahir
- h. Gelang Identifikasi Alergi sebaiknya mencakup **3 detail wajib** yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
 1. Nama Pasien
 2. Nomor rekam medis pasien

3. Jenis Alergi
- i. Gelang identifikasi Risiko Jatuh sebaiknya mencakup **3 detail wajib** yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
 1. Nama pasien
 2. Nomor rekam medis pasien
 3. Tingkat Risiko Jatuh
 - j. Detail lainnya adalah warna gelang pengenal sesuai jenis kelamin pasien.
 - k. Nama tidak boleh disingkat, nama harus sesuai dengan yang ter tulis di rekam medis.
 - l. Jangan pernah mencoret dan menulis ulang di gelang identifikasi. Ganti gelang identifikasi jika terdapat kesalahan penulisan data.
 - m. Jika gelang identifikasi terlepas atau rusak, segera berikan gelang identifikasi yang baru.
 - n. Gelang Identifikasi harus dipakai oleh semua pasien selama perawatan di rumah sakit.
 - o. Jelaskan prosedur identifikasi dan tujuannya kepada pasien.
 - p. Periksa ulang detail data di gelang identifikasi sebelum dipakaikan ke pasien.
 - q. Saat menanyakan identitas pasien, selalu gunakan pertanyaan terbuka, misalnya: “Siapa nama Anda?” (jangan menggunakan pertanyaan tertutup seperti “Apakah nama anda Ibu Susi?”)

- r. Jika pasien tidak mampu memberitahukan namanya (misalnya pada pasien tidak sadar, bayi, afasia, disatria, gangguan jiwa). S. Verifikasi identitas pasien kepada keluarga/pengantarnya. Jika mungkin, gelang identifikasi jangan dijadikan satu-satunya bentuk identifikasi sebelum dilakukan suatu intervensi. Tanya ulang nama pasien dan nomor Rekam Medis, kemudian bandingkan jawaban pasien dengan data yang tertulis di gelang identitas.
- s. Semua pasien rawat inap menggunakan minimal 1 gelang identifikasi.
- t. Pengecekan gelang identifikasi dilakukan tiap kali pergantian jaga perawat.
- u. Sebelum pasien ditransfer ke unit lain, lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang identifikasi terpasang dengan baik.
- v. Unit yang menerima transfer pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang identifikasi.
- w. Pada kasus pasien yang tidak menggunakan gelang identifikasi:
 - a. Hal ini dikarenakan pasien menolak penggunaan gelang identifikasi
 - b. Pasien harus diinformasikan akan risiko yang dapat terjadi jika gelang identifikasi tidak dipakai. Alasan pasien harus dicatat pada rekam medis pasien.

- c. Jika pasien menolak menggunakan gelang identifikasi, petugas harus memotivasi pasien serta menjelaskan tujuan pemasangan gelang identifikasi serta risiko jika tidak memakai gelang identifikasi, dan jika pasien tetap menolak, maka pasien harus menandatangani penolakan tindakan.

2. Macam-macam Gelang Identifikasi

Gelang identifikasi pasien yang tersedia di RS adalah sebagai berikut:

- a. Gelang berwarna merah muda/*pink* untuk pasien berjenis kelamin perempuan.
- b. Gelang berwarna biru untuk pasien berjenis kelamin laki-laki.
- c. Gelang berwarna merah untuk pasien dengan alergi tertentu.

Catatan: Semua pasien harus ditanyakan apakah mereka memiliki alergi tertentu. Semua jenis alergi harus dicatat pada rekam medis pasien.

- d. Gelang berwarna kuning untuk pasien dengan risiko jatuh.

Catatan: Semua pasien harus dikaji apakah mereka berisiko jatuh dan dicatat pada rekam medisnya, gelang berwarna kuning dipasang pada pasien dengan kategori risiko sedang dan tinggi.

- e. Gelang warna ungu untuk pasien *Do Not Resuscitate (DNR)*.
- f. Stempel “HATI HATI PASIEN DENGAN NAMA SAMA” untuk pasien yang namanya sama dirawat dalam satu ruang yang sama.

3. Pelaporan Insiden/Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien

- a. Setiap petugas yang menemukan adanya kesalahan dalam identifikasi pasien harus segera melapor kepada petugas yang berwenang di ruang rawat inap tersebut, kemudian melengkapi laporan insidenssesuai prosedur.
- b. Petugas harus berdiskusi dengan Karu / Koordinator, Kasi, Kabid mengenai pemilihan cara terbaik dan siapa yang memberitahukan kepada pasien/keluarga yang terjadi akibat kesalahan identifikasi.
- c. Contoh kesalahan yang dapat terjadi adalah:
 - 1) Kesalahan penulisan nama, nomor Rekam Medis, atau tanggal lahir
 - 2) Kesalahan informasi / data di gelang identifikasi
 - 3) Tidak adanya gelang identifikasi di pasien
 - 4) Mis-identifikasi data/pencatatan di rekam medis
 - 5) Mis-identifikasi pemeriksaan penunjang medis
 - 6) Mis-identifikasi laporan investigasi
 - 7) Mis-identifikasi persetujuan rawat inap
 - 8) Registrasi ganda saat masuk rumah sakit
 - 9) Salah memberikan obat ke pasien
 - 10) Pasien menjalani prosedur yang salah
 - 11) Salah pelabelan identitas pada sampel darah
 - 12) Salah dalam penempatan berkas Rekam Medis.

- d. Kesalahan juga termasuk insidens yang terjadi akibat adanya misidentifikasi, dengan atau tanpa menimbulkan bahaya, dan juga insidens yang hampir terjadi dimana misidentifikasi terdeteksi sebelum dilakukan suatu prosedur.
- e. Beberapa penyebab umum terjadinya misidentifikasi adalah:
- 1) Kesalahan pada administrasi/tata usaha
 - a. Salah memberikan label
 - b. Kesalahan mengisi formulir
 - c. Kesalahan memasukkan nomor/angka pada rekam medis
 - d. Penulisan alamat yang salah
 - e. Pencatatan yang tidak benar/tidak lengkap/tidak terbaca
 - 2) Kegagalan verifikasi
 - a. Tidak adekuatnya/tidak ada protokol verifikasi
 - b. Tidak mematuhi protokol verifikasi
 - 3) Kesulitan komunikasi
 - a. Hambatan akibat penyakit pasien, kondisi kejiwaan pasien, atau keterbatasan bahasa
 - b. Kegagalan untuk pembacaan kembali
 - c. Kurangnya kultur/budaya organisasi
- f. Jika terjadi insidens akibat kesalahan identifikasi pasien, lakukan hal ini berikut ini:
- 1) Pastikan keamanan dan keselamatan pasien.
 - 2) Pastikan bahwa tindakan pencegahan cedera telah dilakukan.

- 3) Jika suatu prosedur telah dilakukan pada pasien yang salah atau dilakukan di tempat yang salah, para klinisi harus memastikan bahwa langkah-langkah yang penting telah diambil untuk melakukan prosedur yang tepat pada pasien yang tepat.

2.11 Prosedur Pemberian Injeksi

a. Definisi Injeksi

Injeksi merupakan tindakan medis yang paling sering dilakukan oleh dokter selama prakteknya, sehingga keterampilan Injeksi (intramuskuler, intravena, intrakutan dan subkutan) serta Pungsi Vena. Injeksi bertujuan untuk memasukkan obat ke dalam tubuh penderita. Pemberian obat secara injeksi dilakukan bila :

1. Dibutuhkan kerja obat secara kuat, cepat dan lengkap.
2. Absorpsi obat terganggu oleh makanan dalam saluran pencernaan atau obat dirusak oleh asam lambung, sehingga tidak dapat diberikan per oral.
3. Obat tidak diabsorpsi oleh usus.
4. Pasien mengalami gangguan kesadaran atau tidak kooperatif.
5. Akan dilakukan tindakan operatif tertentu (misalnya dilakukan injeksi infiltrasi zat anestetikum sebelum tindakan bedah minor untuk mengambil tumor jinak di kulit).

6. Obat harus dikonsentrasikan di area tertentu dalam tubuh (misalnya injeksi kortikosteroid intra-artikuler pada artritis, bolus sitostatika ke area tumor).
- b. Kelemahan teknik injeksi adalah :
1. Lebih mahal.
 2. Rasa nyeri yang ditimbulkan.
 3. Sulit dilakukan oleh pasien sendiri.
 4. Harus dilakukan secara aseptik karena risiko infeksi.
 5. Risiko kerusakan pada pembuluh darah dan syaraf jika pemilihan tempat injeksi.
 6. Teknik injeksi tidak tepat.
 7. Komplikasi dan efek samping yang ditimbulkan biasanya onsetnya lebih cepat dan lebih berat dibandingkan pemberian obat per oral.

c. Teknik Injeksi

Teknik injeksi yang paling sering dilakukan adalah :

1. **Injeksi intramuskuler** : Obat diinjeksikan ke dalam lapisan otot. Resorpsi obat akan terjadi dalam 10-30 menit. Obat yang sering diberikan secara intramuskuler misalnya : vitamin, vaksin, antibiotik, antipiretik, hormon-hormon kelamin dan lain-lain.
2. **Injeksi subkutan** : obat diinjeksikan ke dalam lapisan lemak di bawah kulit. Resorpsi obat berjalan lambat karena dalam jaringan lemak tidak banyak terdapat pembuluh darah. Obat yang sering diberikan secara subkutan adalah : insulin, anestesi lokal.

3. **Injeksi intradermal/ intrakutan** : obat diinjeksikan ke dalam lapisan kulit bagian atas, sehingga akan timbul indurasi kulit. Tindakan menyuntikkan obat secara intrakutan yang sering dilakukan yaitu tindakan skin test, tes tuberkulin/ Mantoux test.
 4. **Injeksi intravena** : Obat diinjeksikan langsung ke dalam vena sehingga menghasilkan efek tercepat, dalam waktu 18 detik (yaitu waktu untuk satu kali peredaran darah) obat sudah tersebar ke seluruh jaringan. Obat yang disuntikkan secara intravena misalnya bermacam-macam antibiotika.
- d. Persiapan obat : jenis, dosis dan cara pemberian obat serta kondisi fisik obat dan kontainernya.
1. Siapkan obat yang akan disuntikkan dan peralatan yang akan dipergunakan untuk menyuntikkan obat dalam satu tray. Jangan mulai menyuntikkan obat sebelum semua peralatan dan obat siap.
 2. Sebelum menyuntikkan obat, instruksi pemberian obat dan label obat harus selalu dibaca dengan seksama (nama obat, dosis, tanggal kadaluwarsa obat), dan dicocokkan dengan jenis dan dosis obat yang harus disuntikkan kepada pasien (gambar 2).
 3. Kondisi fisik obat dan kontainernya harus selalu dilihat dengan seksama, apakah ada perubahan fisik botol obat (segel terbuka, label nama obat tidak terbaca dengan jelas, kontainer tidak utuh atau retak) atau terjadi perubahan fisik pada obat (bergumpal, mengkristal, berubah warna, ada endapan, dan lain-lain).

4. Obat dalam bentuk serbuk harus dilarutkan menggunakan pelarut yang sesuai. Obat dilarutkan menjelang digunakan. Perhatikan instruksi melarutkan obat dan catatan-catatan khusus setelah obat dilarutkan, misalnya stabilitas obat setelah dilarutkan dan kepekaan obat terhadap cahaya.
5. Dokter harus mengetahui efek potensial (efek yang diharapkan dan efek samping) dari pemberian obat.
6. Obat tidak boleh disuntikkan bila :
 - a) Ada ketidaksesuaian/ keraguan akan jenis atau dosis obat yang tersedia dengan instruksi dokter.
 - b) Ada ketidaksesuaian identitas pasien yang akan disuntik dengan identitas pasien dalam lembar instruksi injeksi.
 - c) Ada perubahan fisik pada obat atau kontainernya.
 - d) Tanggal kadaluwarsa obat telah lewat.
- e) Alat-Alat Yang Diperlukan Untuk Injeksi
 1. Baki dengan pengalas.
 2. Alat Suntik (Jarum Steril).
 3. Obat yang akan diberikan sesuai dengan instruksi dokter.
 4. Kapas Alkohol.
 5. Plester.
 6. Bengkok.
 7. Bak Sput.
 8. Sarung Tangan.

9. Torniquet

2.12 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu dirasa sangat penting dalam sebuah penelitian yang akan dilakukan. Beberapa penelitian terdahulu yang mendasari penelitian ini antara lain:

1. Gambaran Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien Oleh Perawat di Instalasi Rawat Inap Kelas III RSUD Pasar Minggu Tahun 2017 yang dilakukan oleh Ade Triani Utami Pasaribu mahasiswi UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SYARIF HIDAYATULLAH JAKARTA. Pada penelitian ini,, variabel yang digunakan yaitu Kebijakan/Peraturan, SPO, Pengetahuan Perawat, Kemampuan Perawat serta Edukasi Pasien dengan menggunakan teori modifikasi yang dikeluarkan oleh WHO dan Akreditasi versi 2012. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan metode studi kasus/lapangan. Dari hasil wawancara dengan tim keselamatan pasien sekretaris keselamatan pasien, tim pokja SKP, serta perawat pelaksana dapat disimpulkan bahwa dari kelima elemen sasaran ketepatan identifikasi pasien akreditasi RS versi 2012, hanya elemen kelima yang sudah sesuai dengan standar akreditasi versi 2012. Untuk elemen pertama hingga elemen keempat belum sesuai dengan ketentuang yang sudah ditetapkan. Kebijakan/peraturan terkait pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien di RSUD Pasar Minggu sudah dibuat sesuai dengan standar akreditasi RS versi 2012, namun belum dilakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan ketepatan identifikasi

pasien oleh tim keselamatan pasien. SPO terkait identifikasi pasien sudah sesuai dengan ketentuan standar akreditasi RS versi 2012, namun sosialisasi dan penjelasan terkait prosedur tersebut belum dilakukan secara resmi kepada seluruh perawat di RSUD Pasar Minggu. Hanya beberapa perawat yang mengetahui dengan tepat prosedur identifikasi pasien. Sebagian besar perawat mengetahui bahwa identifikasi pasien dilakukan sebelum melakukan tindakan/asuhan kepada pasien, namun tidak mengetahui harus mengidentifikasi pasien dengan dua identitas dan verifikasi data pasien. Sebagian besar perawat tidak melakukan identifikasi pasien sesuai prosedur. Tahapan yang sering dilewatkan oleh perawat yaitu melakukan verifikasi data dengan membandingkan data pasien dengan gelang identitas pasien serta hanya menanyakan nama pasien saja. Hampir semua pasien tidak dijelaskan fungsi dari gelang identitas. Beberapa gelang identitas pasien juga tidak memuat informasi yang sesuai dengan perturan yang ada, data yang sering tidak ditulis petugas yaitu tanggal lahir pasien dan nomor rm.

2. Gambaran Pelaksanaan Identifikasi Pasien Sebelum Melakukan Tindakan Keperawatan RSUD Wates yang dilakukan oleh Fatma Siti Fatimah (prodi Administrasi RS), Lilis Sulistiarini (Ilmu Keperawatan) dan Fatimah (Kebidanan) Universitas Alma Ata Yogyakarta. Variabel yang digunakan pada penelitian ini adalah, usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja dan status kepegawaian. Rancangan penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan metode analisa data yaitu analisis univariat. Penelitian

ini dilakukan di ruang ranap RSUD Wates Kulon Progo dengan responden yang digunakan adalah perawat ranap. Dari hasil penelitian menunjukkan identifikasi dilakukan sebesar 71,9% dan yang tidak dilakukan sebesar 28,1%. Pelaksanaan identifikasi paling banyak dilakukan sebelum memberikan transfuse darah yaitu 100%. Identifikasi sebelum melakukan tindakan sebanyak 75,5%. Sebelum pengambilan darah dilakukan identifikasi sebesar 75% dan sebelum pemberian obat dilakukan identifikasi sebesar 64,1%. Karakteristik responden berdasarkan usia mayoritas berusia 26-35 tahun yaitu 57,8 %. Mayoritas jenis kelamin yaitu perempuan sebanyak 77,8%. Mayoritas responden berpendidikan D III Keperawatan sebesar 91,1 %. Masa kerja responden mayoritas 1-10 tahun yaitu 77,8 % dan status kepegawaian mayoritas Non PNS sebesar 69,9 %.

3. PaEvaluasi Pelaksanaan Identifikasi Pasien Pada Proses Pemberian Obat Oral Di Rsud Panglima Sebaya Kabupaten Paser yang dilakukan oleh Muarrifa Muflihati, Merita Arini, Elsy Maria Rosa Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Variabel yang digunakan pada penelitian ini menggunakan pendekatan sistem yaitu pada unsur input (Sarpras Identifikasi Pasien, SDM, Anggaran/Dana, Kebijakan, Panduan Identitas Pasien, SPO Identifikasi Pasien), pada unsur prosesnya yaitu kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien terhadap SPO proses pemberian obat oral, dan kendalanya, pada unsur output yaitu ketepatan identifikasi ps dengan benar atau salah, serta unsur outcome yaitu KTD, KNC dan KPC. Namun pada penelitian ini,

peneliti tidak meneliti pada unsur outcome nya. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus dengan teknik pengumpulan data dengan cara observasi dan wawancara. Dari hasil wawancara dan observasi yang sudah dilakukan bahwa pelaksanaan identifikasi pasien dalam proses pemberian obat oral di ruang rawat inap Anden Gedang RSUD Panglima Sebaya secara umum sudah berjalan baik, namun masih terdapat beberapa kendala dari segi input, seperti sarana prasarana yang kurang mendukung, belum adanya SPO tentang identifikasi pasien, sumber daya manusia (SDM), serta dukungan dari manajerial rumah sakit baik materiil maupun non materiil. Kendala-kendala tersebut menimbulkan hambatan dan masalah pada segi process pelaksanaan identifikasi pasien dalam pemberian obat oral seperti kepatuhan perawat, waktu pemberian obat yang kurang tepat, serta koordinasi dan komunikasi yang kurang efektif, sehingga menghasilkan kekurangan pada segi output juga, yaitu dampak pada ketepatan identifikasi obat oral di ruang rawat inap Anden Gedang, yang berupa ketidaktepatan pada prinsip tujuh benar dalam pelaksanaan identifikasi pasien pada pemberian obat oral. Output ketepatan identifikasi pasien yang masih belum sempurna yaitu komponen benar waktu 60% dan benar informasi 80 %.