

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hasil Penelitian Terdahulu

No	Judul penelitian (peneliti tahun)	Desain & metodologi	Hasil penelitian	persamaan	perbedaan
1	Hubungan pelaksanaan timbang terima dengan keselamatan pasien di ruang rawat inap kelas III RSI Sultan Agung Semarang' Windyastuti(2018)	Penelitian ini menggunakan metode Jenis penelitian yaitu analitik korelasi dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember 2018	Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan pelaksanaan timbang terima dengan keselamatan pasien	Persamaan penelitian ini adalah variabel terikat yang digunakan sama yaitu tentang keselamatan pada pasien.	Perbedaan penelitian ini adalah instrumen penelitian yang digunakan tentang kseselamatan pasien yaitu berbeda, jumlah responden, tempat penelitian dan waktu penelitian
2	Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pelaksanaa Timbang Terima Pasien Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Pariaman Kerisyanti,(2014)	Penelitian ini menggunakan metode Jenis penelitian yaitu <i>cross sectional</i> . Penelitian ini dilakukan pada bulan juni 2016.	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pelaksanaan timbang terima.	Persamaan penelitian ini adalah pada variabel bebas nya sama-sama yaitu tentang pelaksanaan timbang terima	Perbedaan penelitian ini adalah, variabel yang digunakan yaitu menganalisisis faktor-faktor jumlah responden, analisa data, tempat penelitian dan waktu penelitian
3	Timbang Terima Pasien Di Rumah Sakit Di Kabupaten Ciamis <i>Patient Handover In Hospitals In Ciamis District</i> . Rudi,	Penelitian ini menggunakan metode penelitian survey observational, Penelitian ini dilakukan pada tahun 2018	Hasil penelitian ini adalah menunjukan adanya hubungan antara timbang terima dengan kinerja perawat	Persamaan penelitian ini adalah variabel bebas yang digunakan sama yaitu Timbang Terima	Perbedaan penelitian ini adalah metode yang digunakan, lokasi penelitian, jumlah responden, waktu penelitian

4	Strengthening Patients Safety Culture through the Implementation of SBAR Communication Method (Hilda,2018)	Penelitian ini menggunakan metode Jenis penelitian desain deskriptif dengan pendekatan cross-sectional. Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus 2018	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perawat yang menggunakan metode komunikasi SBAR memiliki budaya keselamatan pasien yang lebih baik	Persamaan penelitian ini adalah sama-sama meneliti tentang keselamatan pasien	Perbedaan penelitian ini adalah variabel terikatnya yaitu menggunakan metode SBAR tempat penelitian,waktu penelitian, jumlah responden
5	Do Bedside Handovers Reduce Handover Duration? An Observational Study With Implications for Evidence-Based Practice (Simon Malfait,2018)	Penelitian ini menggunakan metode Jenis penelitian deskriptif dan komparatif. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 3 Agustus tahun 2018	Hasil penelitian ini adalah menunjukan adanya Lama Serah Terima Sebelum Serah Terima Tempat Tidur Di antara bangsal yang berpartisipasi, ada perbedaan dalam durasi serah terima.	Persamaan penelitian ini adalah sama-sama meneliti tentang pelaksanaan timbang terima	Perbedaan penelitian ini adalah, jenis penelitian yang digunakan, hasil penelitian, tempat penelitian,waktu penelitian, dan jumlah responden

B. Landasan Teori

1. Timbang terima

a. pengertian

Timbang terima pasien dirancang sebagai salah satu metode untuk memberikan informasi yang relevan pada tim perawat setiap pergantian shift sebagai petunjuk praktik. Memberikan informasi mengenai kondisi terkini pasien, tujuan pengobatan, rencana perawatan serta menentukan prioritas pelayanan (Marjani,2015).

Timbang terima pasien (operan jaga) merupakan teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien. Timbang terima dilakukan oleh

kepala ruang, perawat primer (PP), dan perawat *associate* (PA). Kepala ruang memiliki peran yaitu sebagai konsultan dan pengendali mutu perawat primer, mengorientasi dan merencanakan karyawan baru, menyusun jadwal dinas dan memberi penugasan kepada perawat primer, evaluasi kerja dan merencanakan atau menyelenggarakan pengembangan staff. (Nursalam, 2014).

b. Tujuan Timbang Terima

Tujuan dari timbang terima (*handover*) ini adalah untuk menyediakan waktu, informasi yang akurat tentang rencana keperawatan, terapi, kondisi terbaru dan perubahan yang akan terjadi dan antisipasinya. Keakuratan data yang diberikan saat timbang terima sangat penting, karena dengan timbang terima ini maka pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan akan bisa dilaksanakan secara berkelanjutan dan mewujudkan tanggung jawab dan tanggung gugat dari seorang perawat.

Timbang terima (*handover*) memiliki tujuan untuk mengakurasi, mereliabilisasi komunikasi tentang tugas perpindahan informasi yang relevan yang digunakan untuk kesinambungan dalam keselamatan dan keefektifan dalam bekerja.

Menurut Hidayah (2014) tujuan timbang terima sebagai berikut :

- 1) Menyampaikan kondisi atau keadaan klien secara umum (data focus).

- 2) Menyampaikan hal penting yang perlu ditindak lanjuti oleh dinas berikutnya.
- 3) Menyampaikan hal-hal yang sudah atau belum dilakukan dalam asuhan keperawatan kepada klien.
- 4) Menyusun rencana kerja untuk dinas berikutnya.

Timbang terima (handover) memiliki 2 fungsi utama yaitu:

- 1) Sebagai forum diskusi untuk bertukar pendapat dan mengekspresikan perasaan perawat.
- 2) Sebagai sumber informasi yang akan menjadi dasar dalam penetapan keputusan dan tindakan keperawatan.

c. Jenis-jenis timbang terima

Menurut Hughes (2008) beberapa jenis timbang terima pasien yang berhubungan dengan perawat, antara lain:

- 1) Timbang terima pasien antar dinas

Metode timbang terima pasien antar dinas dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai metode, antara lain secara lisan, catatan tulisan tangan, dilakukan di samping tempat tidur pasien, melalui telepon atau rekaman, nonverbal, dapat menggunakan laporan elektronik, cetakan computer atau memori.

- 2) Timbang terima pasien antar unit keperawatan

Pasien mungkin akan sering ditransfer antar unit keperawatan selama mereka tinggal di rumah sakit.

- 3) Timbang terima pasien antara unit perawatan dengan unit pemeriksaan diagnostik.

Pasien sering dikirim dari unit keperawatan untuk pemeriksaan diagnostik selama rawat inap. Pengiriman unit keperawatan ke tempat pemeriksaan diagnostik telah dianggap sebagai kontributor untuk terjadinya kesalahan.

- 4) Timbang terima pasien antar fasilitas kesehatan

Pengiriman pasien dari satu fasilitas kesehatan ke fasilitas yang lain sering terjadi antara pengaturan layanan yang berbeda. Pengiriman berlangsung antar rumah sakit ketika pasien memerlukan tingkat perawatan yang berbeda.

- 5) Timbang terima pasien dan obat-obatan

Kesalahan pengobatan dianggap peristiwa yang dapat dicegah, masalah tentang obat-obatan sering terjadi, misalnya saat mentransfer pasien, pergantian dinas, dan cara pemberitahuan minum obat sebagai faktor yang berkontribusi terhadap kesalahan pengobatan dalam organisasi perawatan kesehatan.

d. Macam-macam timbang terima

Secara umum terdapat empat jenis timbang terima diantaranya:

- 1) Timbang terima secara verbal

Scovell (2010) mencatat bahwa perawat lebih cenderung untuk membahas aspek psikososial keperawatan selama laporan lisan.

2) Rekaman timbang terima

Hopkinson (2002) mengungkapkan bahwa rekaman timbang terima dapat merusak pentingnya dukungan emosional. Hal ini diungkapkan pula oleh Kerr (2002) bahwa rekaman timbang terima membuat rendahnya tingkat fungsi pendukung.

3) Bedside timbang terima

Menurut Rush (2012) tahapan bedside timbang terima diantaranya adalah:

- a) Persiapan (pasien dan informasi).
- b) Timbang terima berupa pelaporan, pengenalan staf masuk, pengamatan, dan penjelasan kepada pasien.
- c) Setelah timbang terima selesai maka tulis di buku catatan pasien.

Menurut Caldwell (2012) yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan bedside timbang terima adalah:

- a) Menghindari informasi yang hilang dan memungkinkan staf yang tidak hadir pada timbang terima untuk mengakses informasi.
- b) Perawat mengetahui tentang situasi pasien dan apa saja yang perlu disampaikan, bagaimana melibatkan pasien, peran penjaga dan anggota keluarga, bagaimana untuk berbagi informasi sensitif, apa yang tidak dibahas di depan pasien, dan bagaimana melindungi privasi pasien.

4) Timbang terima secara tertulis

Scovell (2010) timbang terima tertulis diperkirakan dapat mendorong pendekatan yang lebih formal. Namun, seperti rekaman timbang terima, ada potensi akan kurangnya kesempatan untuk mengklarifikasi pertanyaan tertentu.

e. Manfaat timbang terima

Menurut Nursalam (2014), manfaat timbang terima dibagi menjadi 2 sebagai berikut :

1) Manfaat bagi perawat

- a) Meningkatkan komunikasi antar perawat.
- b) Menjalin hubungan kerja sama dan bertanggung jawab antar perawat.
- c) Pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien yang berkesinambungan.
- d) Perawat dapat mengikuti perkembangan secara paripurna

2) Manfaat bagi pasien

Pasien dapat menyampaikan masalah secara langsung bila belum ada yang terungkap.(Nursalam,2012).

f. Langkah-langkah Pelaksanaan Timbang Terima

Menurut Nursalam 2014 langkah-langkah dalam pelaksanaan timbang terima yaitu :

1) persiapan

- a) Kedua kelompok shift dalam keadaan sudah siap.

b) Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan

2) Pelaksanaan

Dalam penerapannya, dilakukan timbang terima kepada masing-masing penanggung jawab:

- a) Timbang terima dilaksanakan setiap penggantian shift/operan.
- b) Dari nurse station perawat berdiskusi untuk melaksanakan timbang terima dengan mengkaji secara komprehensif yang berkaitan tentang masalah keperawatan klien, rencana tindakan yang sudah dan belum dilaksanakan serta hal-hal penting lainnya yang perlu dilimpahkan.
- c) Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang lengkap sebaiknya dicatat secara khusus untuk kemudian diserahkan kepada perawat yang berikutnya.
- d) Hal-hal yang perlu disampaikan pada saat timbang terima adalah :
 - (1) Kondisi atau keadaan pasien secara umum.
 - (2) Tindak lanjut untuk dinas yang menerima operan.
 - (3) Rencana kerja untuk dinas yang menerima laporan.
 - (4) Penyampaian timbang terima diatas harus dilakukan secara jelas dan tidak terburu-buru.
 - (5) Perawat primer dan anggota kedua shift bersama-sama secara langsung melihat keadaan pasien.

(6) Lama timbang terima untuk setiap klien tidak lebih dari 5 menit kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan penjelasan yang lengkap dan rinci.

3) Indikator Timbang Terima

- a) Timbang terima dilakukan pada setiap pergantian dinas dengan waktu yang cukup panjang agar tidak terburu-buru.
- b) Pelaksanaan timbang terima harus dihadiri semua perawat, kecuali dalam keadaan darurat yang mengancam kehidupan pasien.
- c) Perawat yang terlibat dalam pergantian dinas harus diberitahukan untuk mengetahui informasi dari dinas selanjutnya.
- d) Timbang terima umumnya dilakukan di pagi hari, namun timbang terima juga perlu dilakukan pada setiap pergantian dinas.
- e) Timbang terima pada dinas pagi memungkinkan tim untuk membahas penerimaan pasien rawat inap dan merencanakan apa yang akan dikerjakan.
- f) Timbang terima antar dinas, harus dilakukan secara menyeluruh, agar peralihan ini menjamin perawatan pasien sehingga dapat dipertahankan jika perawat absen untuk waktu yang lama, misalnya selama akhir pekan atau saat mereka pergi berlibur.

g. Metode Dalam Timbang Terima

1) Timbang terima dengan metode tradisional

Bedasarkan penelitian yang dilakukan oleh Kassen (2015) di sebutkan bahwa operan jaga (Handover) yang masih tradisional adalah :

- a) Dilakukan hanya di meja perawat.
- b) Menggunakan satu arah komunikasi sehingga tidak memungkinkan munculnya pertanyaan atau diskusi.
- c) Jika ada pengecekan ke pasien hanya sekedar memastikan kondisi secara umum Tidak ada kontribusi atau feedback dari pasien dan keluarga, sehingga proses informasi dibutuhkan oleh pasien terkait status kesehatannya tidak *up to date*.

2) Timbang terima dengan metode bedside Handover

Menurut Kassen (2015) Handover yang dilakukan sekarang sudah menggunakan model bedside Handover, yaitu Handover yang dilakukan di samping tempat tidur pasien dengan melibatkan pasien atau keluarga pasien secara langsung untuk mendapatkan feedback. Secara umum materi yang disampaikan dalam proses operan jaga baik secara tradisional maupun bedside Handover tidak jauh berbeda, hanya pada Handover memiliki beberapa kelebihan diantaranya :

- a) Mengingat keterlibatan pasien dalam mengambil keputusan terkait kondisi penyakit secara *up to date*.

- b) Mengingat hubungan caring dan komunikasi antara pasien dengan perawat.
- c) Mengurangi waktu untuk melakukan klarifikasi ulang pada kondisi pasien secara khusus.

h. Faktor-faktor dalam Timbang Terima

Faktor penghambat terdiri dari tujuh elemen utama yaitu:

- 1) Hambatan komunikasi
- 2) Masalah yang berhubungan dengan standar
- 3) Ketersediaan sumber daya
- 4) Faktor lingkungan
- 5) Efektifitas waktu
- 6) Kesulitan yang berhubungan dengan kompleksitas keadaan pasien
- 7) Pendidikan dan pelatihan yang kurang serta faktor individu

Sedangkan faktor pendukung terdiri dari enam elemen utama yaitu:

- 1) Keterampilan komunikasi
- 2) Strategi atau tandar timbang terima
- 3) Penggunaan teknologi
- 4) Dukungan lingkungan
- 5) Pendidikan dan pelatihan
- 6) Keterlibatan staf serta kepemimpinan

(Agutin, Wijaya dan Habibi, 2014).

i. Pelaksanaan Timbang terima yang baik dan benar

Menurut AMA (2006) pelaksanaan timbang terima yang baik dan benar diantaranya:

- 1) Timbang terima dilakukan pada setiap pergantian dinas dengan waktu yang cukup panjang agar tidak terburu-buru.
- 2) Pelaksanaan timbang terima harus dihadiri semua perawat, kecuali dalam keadaan darurat yang mengancam kehidupan pasien.
- 3) Perawat yang terlibat dalam pergantian dinas harus diberitahukan untuk mengetahui informasi dari dinas selanjutnya.
- 4) Timbang terima umumnya dilakukan di pagi hari, namun timbang terima juga perlu dilakukan pada setiap pergantian dinas.
- 5) Timbang terima pada dinas pagi memungkinkan tim untuk membahas penerimaan pasien rawat inap dan merencanakan apa yang akan dikerjakan.
- 6) Timbang terima antar dinas, harus dilakukan secara menyeluruh, agar peralihan ini menjamin perawatan pasien sehingga dapat dipertahankan jika perawat absen untuk waktu yang lama, misalnya selama akhir pekan atau saat mereka pergi berlibur.

j. Efek Timbang Terima dalam shift jaga

Timbang terima atau operan jaga memiliki efek-efek yang sangat mempengaruhi diri seorang perawat sebagai pemberi layanan kepada pasien. Efek-efek dari shift kerja atau operan adalah sebagai berikut:

1) Efek Fisiologis

Kualitas tidur termasuk tidur siang tidak seefektif tidur malam, Banyak gangguan dan biasanya diperlukan waktu istirahat, untuk menebus kurang tidur selama kerja malam. Menurunnya kapasitas fisik kerja akibat timbulnya perasaan mengantuk dan lelah, menurunnya nafsu makan dan gangguan pencernaan.

2) Efek Psikososial

Efek ini berpengaruh adanya gangguan kehidupan keluarga, efek fisiologis hilangnya waktu luang, kecil kesempatan untuk berinteraksi dengan teman, dan mengganggu aktivitas kelompok dalam masyarakat. (Saksono 2010) mengemukakan pekerjaan malam berpengaruh terhadap kehidupan masyarakat yang biasanya dilakukan pada siang atau sore hari. Sementara pada saat itu bagi pekerja malam dipergunakan untuk istirahat atau tidur, sehingga tidak dapat berpartisipasi aktif dalam kegiatan tersebut, akibat tersisih dari lingkungan masyarakat.

3) Efek Kinerja

Kinerja menurun selama kerja shift malam yang diakibatkan oleh efek fisiologis dan efek psikososial. Menurunnya kinerja dapat mengakibatkan kemampuan mental menurun yang berpengaruh terhadap perilaku kewaspadaan pekerjaan seperti kualitas kendali dan pemantauan.

4) Efek Terhadap Kesehatan

Shift kerja menyebabkan gangguan gastrointestinal, masalah ini cenderung terjadi pada usia 40-50 tahun. Shift kerja juga dapat menjadi masalah terhadap keseimbangan kadar gula dalam darah bagi penderita diabetes.

5) Efek Terhadap Keselamatan Kerja

Survei pengaruh shift kerja terhadap kesehatan dan keselamatan kerja yang dilakukan Smith et. Al, melaporkan bahwa frekuensi kecelakaan paling tinggi terjadi pada akhir rotasi shift kerja (malam) dengan rata-rata jumlah kecelakaan 0,69 % per tenaga kerja. Tetapi tidak semua penelitian menyebutkan bahwa kenaikan tingkat kecelakaan industri terjadi pada shift malam. Terdapat suatu kenyataan bahwa kecelakaan cenderung banyak terjadi selama shift pagi dan lebih banyak terjadi pada shift malam (Adiwardana, 2015).

C. Keselamatan pasien

1. Pengertian

Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang

disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Pengaturan Keselamatan Pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, dibutuhkan tindakan yang komprehensif dan responsif terhadap kejadian tidak diinginkan di fasilitas pelayanan kesehatan agar kejadian serupa tidak terulang kembali. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan Keselamatan Pasien. Penyelenggaraan keselamatan pasien tersebut dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan, yang menerapkan:

- a. standar keselamatan pasien
- b. tujuh langkah menuju keselamatan pasien
- c. sasaran keselamatan pasien (PMK. No. 11 Tahun 2017).

keselamatan pasien merupakan pencegahan cedera terhadap pasien. Pencegahan cedera didefinisikan sebagai bebas dari bahaya yang terjadi dengan tidak sengaja atau dapat dicegah sebagai hasil perawatan medis. Sedangkan praktek keselamatan pasien diartikan sebagai menurunkan risiko kejadian yang tidak diinginkan yang berhubungan dengan paparan terhadap lingkup diagnosis atau kondisi perawatan medis. (Sutanto, 2014).

2. Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan keselamatan pasien di rumah sakit yaitu (Depkes RI, 2014) :

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan(KTD).

3. Standar Keselamatan Pasien

Pentingnya akan keselamatan pasien dirumah sakit, maka dibuatlah standar keselamatan pasien dirumah sakit. Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan fasilitas pelayanan kesehatan dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi.

Ada tujuh standar keselamatan pasien yaitu:

- a. Hak pasien
- b. Mendidik pasien dan keluarga
- c. Keselamatan pasien daam kesinambungan pelayanan
- d. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Uraian 7 (tujuh) Standar Keselamatan Pasien:

a. Hak pasien

Standarnya adalah pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

Kriterianya adalah terdiri dari :

- (1) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- (2) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.

b. Mendidik pasien dan keluarga

Standarnya adalah fasilitas pelayanan kesehatan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Kriterianya adalah :

keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, difasilitas pelayanan kesehatan harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Standarnya adalah fasilitas pelayanan kesehatan menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriterianya adalah terdiri dari :

- 1) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan.
 - 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.
- d. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.

Standarnya adalah fasilitas pelayanan kesehatan harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriterianya adalah terdiri dari :

- 1) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan fasilitas pelayanan kesehatan, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor- faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.
 - 2) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
 - 3) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan evaluasi, intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
 - 4) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menggunakan semua data dan informasi. hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien Standarnya adalah terdiri dari :
- 1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.

- 2) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
- 3) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- 4) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien.
- 5) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

Kriterianya adalah terdiri dari :

- 1) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- 2) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden. Insiden meliputi Kondisi Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Selain Insiden diatas, terdapat KTD yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang

tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien yang dikenal dengan kejadian sentinel.

f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standarnya adalah terdiri dari :

- 1) Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
- 2) Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

Kriterianya adalah terdiri dari :

- 1) program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
- 2) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan in- service training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- 3) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (teamwork) guna

mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Standarnya adalah terdiri dari :

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

Kriterianya adalah terdiri dari :

- 1) Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- 2) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

4. Tujuh langkah keselamatan pasien

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien. Ciptakan budaya adil dan terbuka.
- b. Memimpin dan mendukung staf. Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien diseluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan anda.
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Bangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan.

- d. Mengembangkan sistem pelaporan. Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).
 - e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.
 - f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien. Dorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.
 - g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien Pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat kompleks seperti Fasilitas pelayanan Kesehatan untuk mencapai hal-hal diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.
5. **Sasaran Keselamatan Pasien** (*Patient Safety Goals*) (Wardhani,2017).

Sasaran keselamatan pasien mencerminkan komitmen yang harus dicapai sebagai indikator sistem pelayanan kesehatan yang lebih aman. Sejalan dengan profil permasalahan dan kapasitas setiap negara maka dikembangkan tujuan nasional keselamatan pasien. Selain itu, karena keselamatan pasien menjadi kesepakatan global, mendorong penetapan tujuan internasional keselamatan pasien.

Sebagai wujud kesadaran bersama, WHO menyusun sasaran keselamatan pasien internasional. Sasaran tersebut menjadi acuan

lembaga akreditasi rumah sakit dalam menilai kinerja keselamatan pasien dirumah sakit. Terdapat enam hal yang menjadi sasaran keselamatan pasien internasional. Secara sederhana sasaran tersebut menyatakan bahwa organisasi pelayanan kesehatan harus memastikan ketepatan orang, informasi, obat, dan operasi serta mengurangi resiko infeksi dan jatuh.

Keenam sasaran keselamatan pasien tersebut kemudian dikembangkan menjadi elemen penilaian bagi rumah sakit agar memudahkan ukuran ketercapaian tujuan tersebut.

Diindonesia keenam sasaran tersebut telah diterjemahkan menjadi dua hingga lima elemen di masing-masing sasaran dan sub sasaran dengan total 35 elemen penilaian pada standar akreditasi rumah sakit.

1) Sasaran 1 : mengidentifikasi pasien dengan benar

Standar SKP.1 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien.

- a) Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien
- b) Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit
- c) Identifikasi pasien dilakukan sebelum melakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik.
- d) Pasien di identifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet.

- e) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katering jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.

2) Sasaran 2 : Meningkatkan komunikasi yang efektif

Standar SKP.2 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektifitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telepon antar-PPA.

- a) Ada regulasi tentang komunikasi efektif antar profesional pemberi asuhan
- b) Ada buku pelatihan komunikasi efektif antar profesional pemberi asuhan
- c) Peran secara verbal lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan konfirmasi oleh pemberi pesan secara lengkap.

Standar SKP.2.1 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis.

Elemen penilaian SKP.2.1

- a) Rumah sakit menetapkan besaran nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik kritis.

- b) Rumah sakit menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima ilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan dicatat direkam medis.

Standar SKP.2.2

Ada bukti catatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan diantara profesional pemberi asuhan pada waktu dilakuka serah terima pasien (*hand over*).

- a) Formulir, alat, dan metode ditetapkan untuk mendukung proses serah terima pasien (*hand over*) bila mungkin melibatkan pasien.
 - b) Ada bukti dilakukan evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien (*hand over*) untuk memperbaiki proses.
- 3) Sasaran 3 : Meningkatkan keamanan obat-obat yang harus diwaspadai (*Hight Alert Mediations*).

Standar SKP.3 : Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.

Elemen penilaian SKP.3

- a) Ada regulasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang diwaspadai
- b) Rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat
- c) Di rumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai yang disusun berdasar atas data spesifik sesuai dengan regulasi.

- d) Tempat penyimpanan, pelabelan, dan penyimpanan obat yang perlu diwaspadai termasuk obat NORUM diatur ditempat aman.

Standar SKP.3.1

- (1) Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mencegah kekurangan hati-hatian dalam mengelola elektrolit konsentrat.

- (2) Elektrolit konsentrat hanya tersedia di unit kerja atau instalasi farmasi atau depo farmasi.

- 4) Sasaran 4 : memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar.

Standar SKP.4 Rumah sakit memastikan tepat-lokasi tepat prosedur , dan tepat pasien sebelum menjalani tindakan dan atau prosedur.

Elemen penilaian SKP. 4

- a) Ada regulasi untuk melaksanakan penandaan lokasi oprasi atau tindakan dan atau tindakan invasive(marking)
- b) Ada bukti rumah sakit menggunakan satu tanda ditempat sayatan oprasi pertama atau tindakan invasive yang segera dapat dikenali dengan cepat sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit.

Standar SKP.4. 1 rumah sakit memastikan dilaksanakannya proses time-out dikamar operasi atau ruang tindakan sebelum operasi dimulai.

Elemen penilaian SKP.4 .1

Ada regulasi untuk prosedur bedah aman dengan menggunakan “(surgical safety checklist dari WHO patient safety 2009.

- a) Sebelum operasi atau tindakan invasif dilakukan, rumah sakit menyediakan “check list” atau proses lain untuk mencatat apakah informed consent sudah benar dan lengkap, apakah tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat pasien sudah teridentifikasi, apakah semua dokumen dan peralatan yang dibutuhkan sudah siap tersedia dengan tepat dan berfungsi dengan baik.
 - b) Rumah sakit menggunakan komponen Time-Out yang terdiri atas identifikasi tepat-pasien, tepat-prosedur dan tepat-lokasi persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan sebelum melakukan irisan.
 - c) Rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien jika operasi dilakukan diluar kamar operasi termasuk prosedur tindakan medis dan gigi.
- 5) Sasaran 5 : mengurangi resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan standar SKP 5.

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan (*evince based hand hygiene guidelines*) untuk menurunkan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

Elemen penilaian SKP. 5

- a) Ada regulasi tentang pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) yang mengacu pada standar WHO terkini.

- b) Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan (hand hygiene) diseluruh rumah sakit sesuai dengan regulasi.
 - c) Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur.
 - d) Ada bukti staf melaksanakan cuci tangan pada lima saat cuci tangan.
 - e) Prosedur desinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi. Infeksi terkait pelayanan kesehatan
 - f) Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan.
- 6) Sasaran 6 : mengurangi resiko cidera pasien akibat terjatuh.
- standar SKP 6 rumah sakit melaksanakan upaya mengurangi resiko cidera akibat pasien jatuh.
- Elemen penilain SKP.6
- a) Ada regulasi yang mengatur tentang mencegah pasien cidera karena jatuh.
 - b) Rumah sakit melaksanakan suatu proses assesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi,diagnosis dan lokasi terindikasi beresiko tinggi jatuh sesuai dengan regulasi.
 - c) Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal,asesme lanjutan,asesmen ulang dari pasien –pasien rawat inap yang berdasar atas catatan teridentifikasi resiko jatuh.

- d) Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi resiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh.

6. Kejadian nyaris cedera (KNC)

Adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga pasien tidak cedera. KNC lebih sering terjadi dibandingkan dengan kejadian tidak diharapkan, frekuensi kejadian ini tujuh sampai seratus kali lebih sering terjadi, model penyebab terjadinya insiden, KNC berperan sebagai awal sebelum terjadinya kejadian tidak diharapkan (KTD). KNC menyediakan dua tipe informasi terkait dengan keamanan pasien:

- 1) Kelemahan dari sistem pelayanan kesehatan (kesalahan dan kegagalan termasuk tidak adekuatnya sistem pertahanan).
- 2) Kekuatan dari sistem pelayanan kesehatan (tidak ada perencanaan, tindakan pemulihan secara informal).

Penyebab dari insiden ini meliputi kegagalan teknis (*technical failure*), kegagalan manusia (*human operator failure*) dan kegagalan organisasi (*organizational failure*). Kegagalan pada awal kegiatan, sebagai pencetus adalah kesalahan manusia, teknikal kegagalan organisasi atau kombinasi keduanya. Jika hal ini tidak dapat dicegah proses berlanjut pada situasi yang berbahaya (peningkatan resiko sementara akibat dari kegagalan awal tetapi tidak menimbulkan akibat aktual) jika pertahanan adekuat kondisi kembali normal, jika pertahanan tidak adekuat, kegagalan

dalam pertahanan seperti prosedur pengecekan ulang (double check procedures).

7. Kejadian tidak diharapkan (KTD)

Adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien, karena suatu tindakan (commission) atau karena tidak bertindak (omission), dan bukan karena (*underlying disease*) atau kondisi pasien. KTD yang dapat dicegah (preventable adverse event) berasal dari kesalahan proses asuhan pasien.

8. Kejadian Tidak Cedera

Adalah suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera.

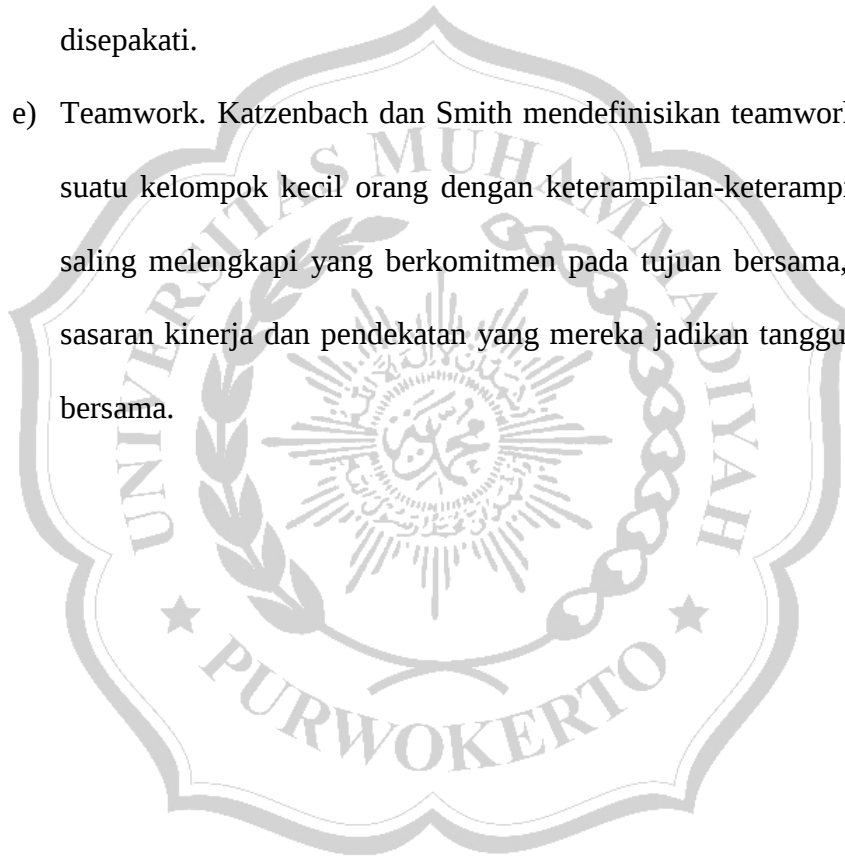
9. Kejadian Potensi Cedera / Reportable circumstance

Adalah kondisi atau situasi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Contoh : Alat defibrilator di IGD rusak, ICU yang dalam kondisi jumlah tenaga yang kurang.

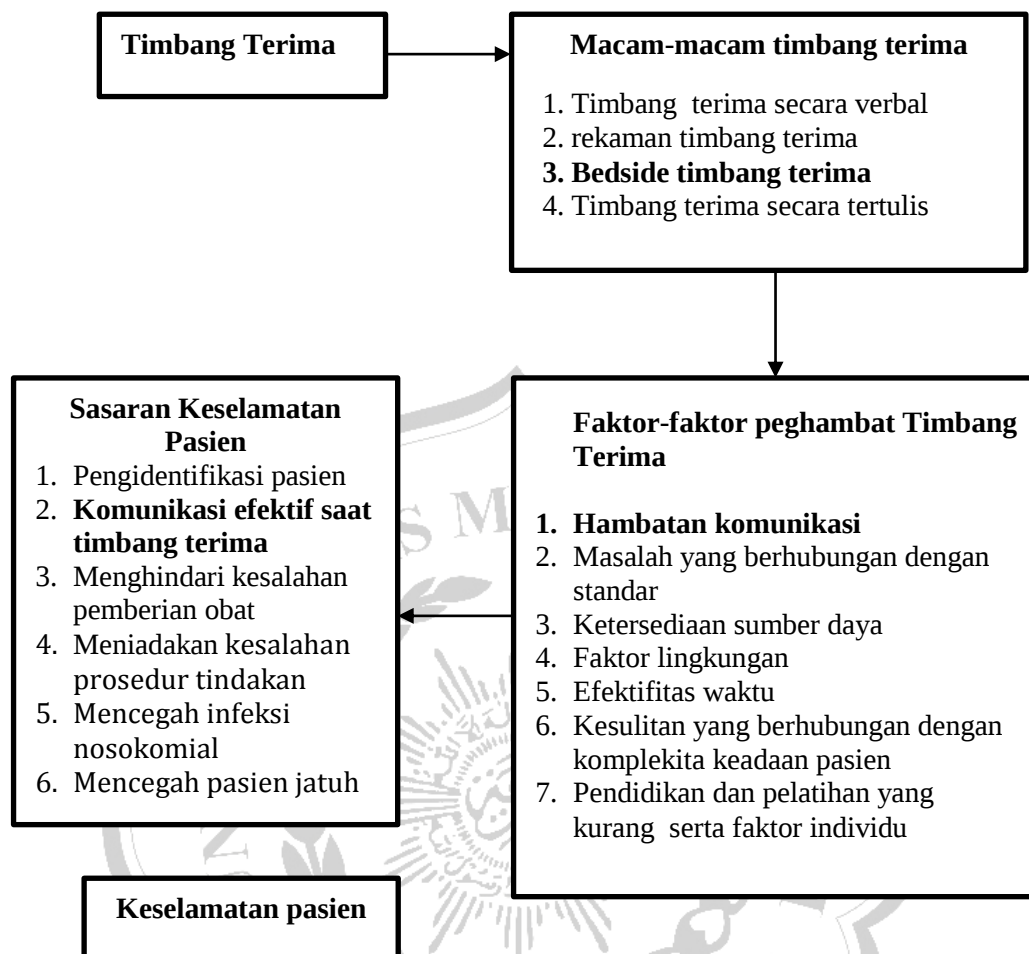
10. Kondisi yang Memudahkan Terjadinya Kesalahan

- a) Tekanan mental dan fisik. Suasana dan tuntutan kerja dalam pelayanan medis menuntut kecepatan, ketetapan, dan kehati-hatian.
- b) Keterbatasan fisik. Hasil perawatan medis (sembuh atau tidak) ditentukan oleh pengetahuan, sikap, keterampilan (kompetensi) dan kondisi fisik dokter atau tenaga kesehatan tersebut.

- c) Gangguan lingkungan. Lingkungan yang tidak nyaman seperti berisik, gerah, pencahayaan yang terlalu terang atau redup, suasana kerja yang tidak harmonis, paparan radiasi, gangguan telepon, kelebihan beban kerja, dan lain-lain.
- d) Supervisi. Supervisi memiliki peran dan tanggung jawab terhadap anak buahnya dalam rangka meraih tujuan bersama yang telah disepakati.
- e) Teamwork. Katzenbach dan Smith mendefinisikan teamwork sebagai suatu kelompok kecil orang dengan keterampilan-keterampilan yang saling melengkapi yang berkomitmen pada tujuan bersama, sasaran-sasaran kinerja dan pendekatan yang mereka jadikan tanggung jawab bersama.



D. Kerangka Teori



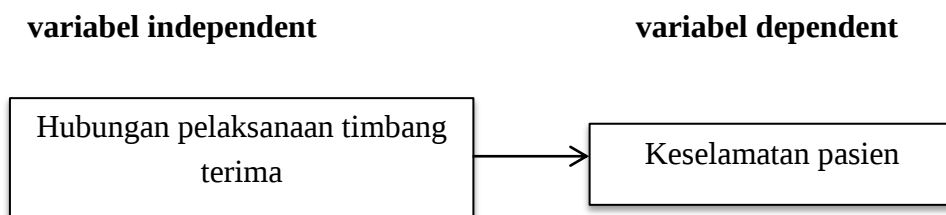
Gambar.2.1 Kerangka Teori

Sumber: Nursalam (2014), dan Wardhani(2017)

E. Kerangka Konsep

Kerangka Konsep adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmojo, 2010). Berdasarkan pola pemikiran di atas Kerangka konsep penelitian ini memberikan gambaran tentang bagaimana pengaruh variabel

bebas dengan variabel terikat atau pengaruh hubungan pelaksanaan timbang terima (*handover*) dengan keselamatan pasien (*patient safety*):



Gambar.2.2 Kerangka Konsep

F. Hipotesa

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari pernyataan penelitian. Biasanya hipotesis dirumuskan dalam bentuk hubungan antara kedua variabel, variabel bebas dan terkait (Notoatmodjo, 2010).

Ha: Terdapat hubungan timbang terima dengan keselamatan pasien dalam di ruang rawat inap RSUD Ajibarang

Ho: Tidak terdapat hubungan timbang terima dengan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUD Ajibarang.