

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Akreditasi *Joint Commission International (JCI)*

Rumah sakit seyogyanya mempertimbangkan bahwa asuhan perawatan di rumah sakit merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan dengan para profesional dibidang pelayanan kesehatan dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kontinuitas pelayanan. Maksud dan tujuannya adalah menelaraskan kebutuhan asuhan pasien dengan pelayanan yang tersedia di rumah sakit mengkoordinasikan pelayanan, kemudian merencanakan pemulangan dan tindakan selanjutnya. Hasilnya adalah meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisien penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit (Frelita, et al, 2011).

Akreditasi *JCI* adalah berbagai inisiatif yang dirancang untuk menanggapi meningkatnya kebutuhan seluruh dunia akan sebuah sistem evaluasi berbasis standar dibidang pelayanan kesehatan (Frelita, et al, 2011). Tujuan akreditasi *JCI* adalah untuk menawarkan kepada masyarakat internasional proses objektif untuk mengevaluasi organisasi pelayanan kesehatan yang berbasis standar (Frelita, et al, 2011). Upaya keselamatan pasien adalah merupakan bagian yang tidak terpisahkan (*built in*) dari proses asuhan keperawatan. Berdasarkan *JCI* tahun 2001 penerapan keselamatan pasien mempunyai enam tujuan, meliputi identifikasi pasien dengan benar, mencegah kesalahan obat, komunikasi efektif, mencegah infeksi nosokomial, mencegah jatuh serta mencegah salah pasien, salah tempat dan salah prosedur tindakan pembedahan (Kemenkes, 2011).

Gerakan keselamatan pasien dalam perawatan kesehatan mulai secara terbuka menjadi kebutuhan untuk mendukung sisi kemanusiaan kejadian medis yang merugikan dalam hubungannya dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sudah menjadi inisiatif untuk perbaikan (Pelt, 2008).

Dengan demikian diharapkan program ini akan menstimulasi perbaikan yang berkelanjutan dan terus-menerus dalam organisasi-organisasi pelayanan kesehatan lewat penerapan standar konsensus internasional, Sasaran *IPSG* dengan didukung oleh pengukuran data sebagai tambahan untuk standar bagi rumah sakit.

JCI juga telah mengembangkan standar dan program akreditasi dengan standar yang berfokus pada pasien (Frelita, et al, 2011) yaitu:

1. Sasaran Internasional Keselamatan Pasien (SIKP)/(*IPSG*)

IPSG bertujuan untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien. Sasaran-sasaran dalam SIKP menyoroti bidang-bidang yang bermasalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan nasehat para pakar dengan mempertimbangkan bahwa untuk menyediakan perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi diperlukan desain sistem yang baik. Sasaran biasanya berfokus pada solusi yang berlaku untuk keseluruhan sistem.

2. Akses Perawatan dan Kesenambungan Perawatan (*APKP*)/*Access to Care and Continuity of Care (ACC)*

Sebuah rumah sakit harus memandang perawatan yang diberikannya sebagai bagian dari suatu sistem terpadu yang mencakup; layanan, pekerjaan dan professional kesehatan, serta berbagai level kesehatan. Semua hal tersebut

merupakan suatu perawatan yang berkelanjutan (*continue of care*). Tujuannya adalah mencocokkan kebutuhan pasien dengan layanan yang tersedia, mengkoordinasikan layanan di rumah sakit kepada pasien untuk kemudian merencanakan pemulangan serta proses perawatan selanjutnya. Hasilnya adalah perbaikan hasil perawatan dan pemanfaatan sumber daya yang ada secara lebih efisien.

3. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)/*Patient and Family Rights (PFR)*

Hasil perawatan pasien akan menjadi lebih baik jika pasien dan bila perlu, keluarganya atau wakil mereka yang mengambil keputusan bagi mereka, dilibatkan dalam pengambilan keputusan dan proses perawatan pasien sesuai dengan ras budaya mereka.

4. *Assessment* Pasien (AP)/*Assessment of Patient (AOP)*

Proses *Assessment* pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan mengenai kebutuhan penanganan pasien sesegera mungkin dan berkesinambungan. Kebutuhan ini mencakup keadaan gawat darurat, elektif atau untuk perawatan terencana. *Assessment* pasien merupakan suatu proses dinamis dan berlangsung terus - menerus di berbagai keadaan rawat inap dan rawat jalan serta departemen dan klinik. *Assessment* pasien terdiri dari: pengumpulan informasi dan data mengenai status fisik, psikologis dan sosila serta riwayat kesehatan pasien: analisis data dan informasi, termasuk hasil tes laboratorium dan pencitraan diagnostik untuk mengidentifikasi kebutuhan perawatan kesehatan pasien; pengembangan rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien

yang telah diidentifikasi. *Assessment* pasien perlu mempertimbangkan kondisi, usia, kebutuhan kesehatan dan permintaan atau *preferensi* pasien.

5. Perawatan Pasien (PP)/*Care of Patient (COP)*

Tujuan utama suatu rumah sakit adalah merawat pasien. Untuk menyediakan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan setiap pasien, dibutuhkan perencanaan dan koordinasi tingkat tinggi. Ada beberapa kegiatan yang mendasar dalam perawatan pasien, yaitu: merencanakan dan memberikan perawatan kepada setiap pasien, memantau untuk memahami hasil perawatan pasien, memodifikasi perawatan, menuntaskan perawatan, merencanakan tindak lanjut.

6. Perawatan Anestesi dan Bedah (PAB)/*Anesthesia and Surgical Care (ASC)*

Penggunaan anestesi, sedasi dan intervensi bedah merupakan proses yang kompleks dan sering dijumpai di rumah sakit. Penggunaan tersebut membutuhkan *Assessment* lengkap dan menyeluruh terhadap pasien, perencanaan perawatan yang terintegritas, pemantauan pasien secara terus menerus dan transfer berdasarkan kriteria tertentu untuk perawatan lanjutan, rehabilitas, serta transfer dan pemulangan pada akhirnya. Anestesi dan sedasi umumnya dipandang sebagai sebuah rangkaian proses mulai dari sedasi minimal hingga anestesi penuh. Karena respons pasien dapat berubah-ubah sepanjang berlangsungnya rangkaian tersebut, penggunaan anestesi dan sedasi diatur secara terpadu.

7. Manajemen dan Penggunaan Obat-obatan (MPO)/*Medication Management and Use (MMU)*

Dalam pengobatan simptomatik, preventive, kuratif, dan paliatif maupun tata kelola penyakit dan kondisinya, komponen yang penting adalah manajemen

obat-obatan. Manajemen obat-obatan ini meliputi sistem dan proses yang digunakan rumah sakit untuk menyediakan farmakoterapi bagi pasien. Adapun prinsip-prinsip yang diterapkan mencakup merancang proses efektif, penerapan, dan perbaikan terhadap pemilihan, pengadaan, penyimpanan, permintaan/pereseapan, penyalinan, distribusi, persiapan, pengeluaran, pemberian, dokumentasi dan pemantauan terapi obat-obatan.

8. Penyuluhan Pasien dan Keluarga Pasien (PPKP)/*Patient and Family Education (PFE)*

Penyuluhan bagi pasien dan keluarga membantu pasien untuk dapat berpartisipasi lebih baik dalam perawatan dan mengambil keputusan perawatan. Penyuluhan ini dilakukan oleh staf rumah sakit. Penyuluhan diberikan pada saat pasien berinteraksi dengan dokternya atau dengan perawat. Pihak lain memberikan penyuluhan pada saat mereka memberikan layanan khusus, seperti rehabilitasi atau terapi nutrisi, atau saat mempersiapkan pasien pulang dan perawatan lanjutan.

Selain standar dan program akreditasi dengan standar-standar yang berfokus pada pasien terdapat pula standar-standar manajemen dalam organisasi pelayanan kesehatan. Adapun standar-standar manajemen organisasi pelayanan kesehatan Frelita, et al (2011) yaitu:

1. Perbaikan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)/*Quality Improvement and Patient Safety (QPS)*

Mutu dan keselamatan berakar pada pekerjaan sehari-hari setiap professional perawatan kesehatan dan staf lainnya. Standar ini menjelaskan

pendekatan menyeluruh terhadap perbaikan mutu dan keselamatan pasien. Untuk memperbaiki mutu secara keseluruhan, perlu tindakan secara terus menerus untuk mengurangi risiko terhadap pasien dan staf. Risiko-risiko tersebut dapat muncul dalam proses klinis maupun lingkungan fisik rumah sakit.

2. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi(PPI)/*Prevention and Control of Infections(PCI)*

Tujuan dari program ini adalah untuk mengidentifikasi dan mengurangi risiko penularan atau transmisi infeksi diantara pasien, staf, professional kesehatan, pekerja kontrak, relawan, mahasiswa, dan pengunjung. Risiko infeksi dan kegiatan program dapat berbeda antara rumah sakit yang satu dengan rumah sakit lainnya, tergantung dengan kegiatan dan layanan klinis rumah sakit yang bersangkutan, populasi pasien yang dilayani, lokasi geografis, volume pasien, dan jumlah pegawainya.

3. Tata Kelola, Kepemimpinan, dan Arah (TKKA)/*Governance, Leadership, and Direction (GLD)*

Untuk dapat menyediakan perawatan pasien yang hebat dibutuhkan kepemimpinan yang efektif. Kepemimpinan tersebut berasal dari berbagai sumber dalam organisasi pelayanan kesehatan, termasuk dewan panyantun, pemimpin, dan lain-lain yang memegang posisi kepemimpinan, tanggung jawab dan kepercayaan. Tiap rumah sakit harus mengidentifikasi dan melibatkan mereka untuk memastikan bahwa rumah sakit merupakan sumber daya yang efektif dan efisien bagi masyarakat dan pasiennya.

4. Manajemen dan Keamanan Fasilitas (MKF)/*Facility Management and Safety (FMS)*

Organisasi pelayanan kesehatan berperan menyediakan fasilitas yang aman, fungsional dan suportif bagi pasien, keluarga dan pengunjung. Untuk mencapai tujuan tersebut fasilitas fisik, medis, peralatan lainnya dan sumber daya manusianya harus dikelola secara efektif. Manajemen yang efektif meliputi perencanaan, dan pengawasan multi disiplin.

5. Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)/*Staf Qualifications and Education (SQE)*

Untuk mencapai misi dan memenuhi kebutuhan pasien, suatu rumah sakit membutuhkan orang-orang yang terampil dan memenuhi syarat. Pemimpin rumah sakit bekerja sama untuk menentukan jumlah dan jenis staf yang dibutuhkan berdasarkan rekomendasi kepala departemen dan kepala layanan. Dan staf fungsional seperti perawat diharapkan mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun.

6. Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)/*Manajemen of Communication and Informace (MCI)*

Perawatan pasien merupakan upaya rumit yang sangat bergantung pada komunikasi informasi. Komunikasi yang dimaksud adalah komunikasi kepada dan dengan komunitasnya, pasien beserta keluarganya, serta petugas kesehatan lainnya. Gagalnya komunikasi ini menjadi salah satu penyebab awal paling umum dari terjadinya insiden yang mencelakakan pasien.

Setiap pasien adalah unik, dengan kebutuhan, kekuatan, nilai-nilai dan kepercayaan masing-masing. Rumah sakit membangun kepercayaan dan komunikasi terbuka dengan pasien untuk memahami dan melindungi nilai budaya, psikososial serta nilai spiritual setiap pasien (Frelita, et al, 2011).

Menurut Frelita, et al, (2011) standar *JCI* ada 323 standar dengan 1048 elemen penilaian oleh karena banyaknya standar tersebut maka penulis hanya membahas standar tentang sasaran keselamatan pasien yang akan menjadi elemen penelitian untuk implementasi akreditasi *JCI*.

Beberapa hal yang termasuk dalam gambaran umum Sasaran Internasional Keselamatan Pasien (SIKP)/ (IPSG) dalam Frelita, et al, (2011) yaitu:

1. *IPSG.1 Mengidentifikasi Pasien dengan Benar (Identify Patients Correct).*

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki/meningkatkan ketelitian identifikasi pasien. Keliru mengidentifikasi pasien terjadi hampir disemua aspek diagnosis dan pengobatan dalam keadaan pasien masih dibius, pindah tempat tidur, pindah kamar, pindah lokasi di dalam rumah sakit, pasien memiliki cacat indra dapat menimbulkan kekeliruan pengidentifikasian. Tujuan sasaran ini dua hal: mengidentifikasi dengan benar pasien tertentu yang akan diberi layanan atau pengobatan tertentu dan mencocokkan layanan atau perawatan dengan individu tersebut. Cara mengidentifikasi pasien yaitu harus ada kebijakan dan prosedur, dua cara untuk mengidentifikasi pasien: nama pasien dan nomor rekam medis, atau nama pasien dan tanggal lahir dan gelang identitas pasien dengan *bar-code* dan dilarang mengidentifikasi dengan nomor kamar pasien atau lokasi. Proses kolaboratif digunakan untuk kebijakan dan prosedur

agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi dapat diidentifikasi contoh: pasien koma tanpa identitas, pasien jiwa. Identifikasi pasien harus dilakukan sebelum: pemberian darah/produk darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, sebelum memberikan pengobatan, sebelum memberikan tindakan. Yang tergolong dalam elemen penilaian *IPSG* 1 yaitu: (1) pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien, (2) pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, (3) pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, (4) pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur, dan (5) kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

Kegiatan identifikasi pasien merupakan hal yang terintegrasi, sehingga penerapan ini diperlukan standar operasional prosedur untuk pelaksanaan identifikasi pasien. Minimal terdapat dua identitas pasien meliputi nama pasien dan tanggal lahir. Gelang nama pasien diberikan berdasarkan jenis warna dengan ketentuan sebagai berikut: untuk gelang warna merah jambu diberikan kepada pasien perempuan, gelang warna biru diberikan kepada pasien laki-laki, gelang warna merah diberikan kepada pasien yang mengalami alergi terhadap obat-obatan terutama obat antibiotik dan gelang warna kuning diberikan kepada pasien yang mempunyai risiko jatuh (Kemenkes, 2011).

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(JCAHO) telah mengidentifikasi perawat sebagai pemimpin yang tangguh dalam mengidentifikasi dan mencegah jenis tertentu peristiwa sentinel (*JCAHO*, 2001).

Dalam (2002) *JCAHO* merilis laporan mencatat bahwa kekurangan keperawatan setiap saat bisa mengancam keselamatan pasien dan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien.

2. *IPSG.2. Meningkatkan Komunaksi yang Efektif (Improve Effective Communication).*

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan, karena komunikasi yang efektif akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dikatakan efektif jika komunikasi yang dilakukan tepat waktu, akurat, lengkap, dan dapat dipahami oleh pihak-pihak terkait. Komunikasi dapat dilakukan melalui lisan, tertulis dan elektronik. Terdapat beberapa kebijakan/prosedur untuk perintah lisan dan telepon yaitu bagi penerima perintah untuk mencatat perintah yang diberikan secara lengkap/hasil pemeriksaan (*write back*) kemudian membacakan kembali (*read back*) isi dari perintah yang telah disampaikan lalu mengkonfirmasi ulang (*repeat back*) semua perintah yang tertulis. Bila keadaan tidak memungkinkan, ada kebijakan dan/atau prosedur diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) misal keadaan darurat, di ICU, IGD. Terkadang suatu bentuk komunikasi dapat mengalami kesalahan. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan biasa terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan, perintah diberikan melalui telpon, saat pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis. Saat ini setiap intruksi lisan diharuskan menggunakan SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*). Elemen penilaian IPSG 2: (1) perintah lengkap secara lisan dan yang melalui

telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah, (2) perintah lengkap lisan dan telepon 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.

Berdasarkan *The Institute of Medicine's* (1999), kesalahan pemberian obat perlu dijadikan issue karena akan berdampak langsung terhadap keselamatan pasien di area di rumah sakit. Leappe (1995) memperkirakan bahwa 19% terjadi karena kesalahan pemberian dosis obat dan 7% menghasilkan efek yang sangat merugikan pasien. Pada penelitian ini didapatkan bahwa kesalahan pemberian obat (*medication error*) berada pada fase yang berbeda yaitu sebagai bahwa kesalahan pemberian obat sekitar 39% saat dokter memberikan order, 12% saat menyalin obat sesuai order, 11% selama proses pengobatan dan 38% saat perawat memberikan obat.

Di Rumah Sakit Vassar Brothers Medical Center, New York didapatkan bahwa terdapat dua juta dosis obat yang diberikan setiap tahunnya, 26.600 penyalinan obat berpotensi menimbulkan kesalahan. Barker (2002) menyatakan ditemukan adanya dua kejadian kesalahan pemberian obat untuk setiap harinya.

Komunikasi yang tidak efektif antara dokter dan perawat telah dikaitkan dengan kesalahan pengobatan, luka pasien, dan kematian pasien. Dari tahun 2004 hingga 2005, kegagalan komunikasi adalah factor yang berkontribusi pada 25% sampai 41% dari kejadian sentinel di Australia (Karen S, 2011)

3. *IPSG.3 Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan yang Harus Diwaspadai (Improve the Safety of High-Alert Medications).*

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*). Yang tergolong dalam *IPSG 3* yaitu: obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) yaitu obat yang sering menyebabkan terjadi kejadian sentinel atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dan obat yg perlu diwaspadai: NORUM (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip), *LASA (Look Alike Sound Alike)*, elektrolit konsentrat: (kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0.9%, dan magnesium sulfat 50% atau lebih pekat). Kesalahan dalam keamanan obat-obatan tersebut bisa terjadi secara tidak sengaja atau bila perawat tidak mendapatkan orientasi sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara untuk mengurangi atau mengeliminasi KTD yaitu meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi kemudian dari pihak rumahsakit sendiri harus memiliki kebijakan dan prosedur mengenai: (1) daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit, (2) melakukan identifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, kemudian melakukan (3) pemberian label secara benar pada elektrolit, serta menentukan (4) penyimpanannya di area tepat, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/kurang hati-hati. Yang termasuk dalam elemen penilaian *IPSG 3* yaitu: (1) kebijakan dan prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi,

menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat, (2) implementasi kebijakan dan prosedur, (3) elektrolit konsentrat tidak boleh disimpan di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*), (4) kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat, (5) implementasi kebijakan dan prosedur.

Hampir setiap tindakan medik menyimpan potensi risiko. Banyaknya jenis obat, jenis pemeriksaan dan prosedur, serta jumlah pasien dan staf Rumah Sakit yang cukup besar, merupakan hal yang potensial bagi terjadinya kesalahan medis (*medical errors*). Menurut Institute of Medicine (1999), *medical error* didefinisikan sebagai: *The failure of a planned action to be completed as intended (i.e., error of execution) or the use of a wrong plan to achieve an aim (i.e., error of planning)*. Artinya kesalahan medis didefinisikan sebagai: suatu kegagalan tindakan medis yang telah direncanakan untuk diselesaikan tidak seperti yang diharapkan (yaitu, kesalahan tindakan) atau perencanaan yang salah untuk mencapai suatu tujuan (yaitu, kesalahan perencanaan). Kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis ini akan mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien, bisa berupa *Near Miss* atau *Adverse Event* (Kemenkes, 2011)

4. *IPSG. 4 Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar (Ensure Correct-Site, Correct - Procedure, Correct-Patient Surgery).*

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien. Salah-lokasi, salah-prosedur, salah pasien pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif/tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi, pengkajian pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*), dan pemakaian singkatan. Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan/prosedur yang efektif didalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan tersebut. Elemen penilaian IPSG 4: (1) rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat 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 keseragaman proses untuk

memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi (Kemenkes, 2011)

5. *IPSG. 5 Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan (Reduce the Risk of Health Care- Associated Infections).*

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. yang tergolong dalam Intens of *IPSG 5* yaitu: pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar di rumah sakit, peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan, infeksi biasanya: infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan VAP (*Ventilator Associated Pneumonia*), pokok eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat memakai pedoman *hand hygiene* dari WHO. Pada umumnya rumah sakit telah mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang sudah diterima secara umum untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit yang bersangkutan. Elemen penilaian *IPSG 5* yaitu: (1) rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum, (2) rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif, (3) kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Petugas kesehatan adalah sebagai *agen* kuman karena dari tangannyalah seorang pasien dapat selamat dari infeksi nosokomial rumah sakit dan kepatuhan perawat untuk melakukan cuci tangan yaitu penelitian WHO persepsi paling baik yaitu 83,9% pada kebersihan tangan perawat (WHO, 2009).

Acuan dapat berasal dari dalam dan luar negeri, seperti WHO mempublikasikan pedoman 6 langkah cuci tangan (*hand hygiene*) dan 5 momen cuci tangan. Sebagai tambahan, program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit membutuhkan sumber daya yang dapat memberikan edukasi kepada semua staf dan penyediaan, seperti alcohol atau *handrubs* untuk *hand hygiene*. Pimpinan rumah sakit menjamin bahwa program ini mempunyai sumber daya yang cukup untuk dapat menjalankan program ini secara efektif. Seluruh area pasien, staf dan pengunjung rumah sakit dimasukkan dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi (Kemenkes, 2012).

Pedoman kebersihan tangan dalam perawatan kesehatan menyajikan bukti dasar untuk berfokus pada peningkatan kebersihan tangan sebagai bagian dari pendekatan terpadu untuk pengurangan perawatan kesehatan terkait infeksi/*Health care-associated Infection (HCAI)*, implementasi pedoman ini sangat penting untuk mencapai dampak pada keselamatan pasien dan panduan ini bertujuan secara aktif mendukung untuk dapat digunakan dalam pelayanan (WHO, 2009).

6. *IPSG. 6 Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh (Reduce the Risk of Patient harm Resulting from Falls).*

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan yang termasuk *Intens of IPSG. 6*: jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera pasien rawat inap, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh, evaluasi yang diterapkan terhadap pasien (riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien), program tersebut harus diterapkan di rumah sakit. Elemen penilaian *IPSG 6*: (1) rumah sakit menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan *Assessment* ulang 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. Kebijakan dan prosedur tersebut dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit saat dirawat jalan maupun rawat inap.

Data tentang KTD menurut Depkes RI (2006) belum terlalu mewakili KTD yang sebenarnya di Indonesia. Di Amerika Morse (1989) melaporkan 2,2-7 kejadian pasien jatuh/1000 tempat tidur perhari di ruang perawatan akut per tahun. Banyak upaya yang telah dilakukan oleh rumah sakit dalam mengurangi atau mencegah kejadian pasien jatuh. Pencegahan pasien jatuh adalah masalah yang kompleks, yang melintasi batas-batas kesehatan, pelayanan sosial, kesehatan

masyarakat dan pencegahan kecelakaan. Dalam buku "*Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care*" (2013), menyebutkan bahwa di Inggris dan Wales, sekitar 152.000 jatuh dilaporkan di rumah sakit akut setiap tahun, dengan lebih dari 26.000 dilaporkan dari unit kesehatan mental dan 28.000 dari rumah sakit masyarakat. Beberapa kasus berakibat pada kematian, luka berat atau sedang dengan perkiraan biaya sebesar £ 15 juta per tahun

2.1.1. Indikator JCI

Berdasarkan Standar Akreditasi *JCI* (2011) untuk dapat menilai apakah standart Internasional terkait dengan pelayanan kesehatan pasien yang sedang diterapkan baik atau tidak baik secara objektif dan valid, diperlukan beberapa hal sesuai dengan kelulusan akreditasi rumah sakit. Adapun ketentuan penilaian dilakukan melalui evaluasi penerapan standar yang dinilai melalui pencapaian semua standar pada setiap babnya dan terpenuhinya elemen penilaian (EP) dan menghasilkan nilai persentase bagi standar tersebut. Ada 4 Penilaian EP dinyatakan sebagai target penilaian:

1. Tercapai Penuh (TP) diberikan skor 10 (sepuluh). Penentuan skor 10 ini dengan beberapa penilaian antara lain: (a) Temuan tunggal negatip tidak menghalangi nilai "tercapai penuh" dari minimal 5 telusur pada pasien/pimpinan/staf. (b) Nilai 80% - 100% dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen (8 dari 10) dipenuhi. (c) Data mundur "tercapai penuh" adalah sebagai berikut: (1) survei awal selama 4 bulan kebelakang, dan (2) survei lanjutan selama 12 bulan kebelakang.

2. Tercapai sebagian (TS) diberikan skor 5 (lima) jika: (a) Jika 20% sampai 79% (misalnya, 2 sampai 8 dari 10) dari temuan atau yang di catat dalam wawancara, observasi dan dokumen. (b) Bukti pelaksanaan hanya dapat ditemukan di sebagian daerah/unit kerja yang seharusnya dilaksanakan. (c) Regulasi tidak dilaksanakan secara penuh/lengkap. (d) Kebijakan/proses sudah ditetapkan dan dilaksanakan tetapi tidak dapat dipertahankan. (d) Data mundur sbb: (1) untuk survei awal: 1 sampai 3 bulan mundur, dan (2) untuk survei lanjutan: 5 sampai 11 bulan mundur.
3. Tidak Tercapai (TT) diberikan skor 0 jika: (a) Jika $\leq 19\%$ dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen. (b) Bukti pelaksanaan tidak dapat ditemukan di daerah/unit kerja dimana harus dilaksanakan. (c) Regulasi tidak dilaksanakan. (d) Kebijakan/proses tidak dilaksanakan. (e) Data mundur sbb: (1) untuk survei awal: kurang 1 bulan mundur, dan (2) untuk survei lanjutan: kurang 5 bulan mundur.
4. Tidak dapat diterapkan (TDD), tidak masuk dalam proses penilaian dan perhitungan.

2.2. Kinerja

2.2.1. Pengertian Kinerja

Menurut Ilyas (2002) kinerja adalah penampilan hasil karya personil baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personil. Penampilan hasil karya

tidak terbatas kepada personil yang memangku jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga kepada keseluruhan jajaran personil didalam organisasi.

2.2.2. Model Teori Kinerja

Pada organisasi, sejumlah orang harus memainkan peranan sebagai pemimpin sedangkan yang lainnya harus memainkan peranan sebagai pengikut. Hubungan antar individu dan kelompok dalam organisasi menghasilkan suatu harapan terhadap perilaku kerja individu. Sedangkan kinerja organisasi merupakan hasil dari interaksi yang kompleks dan agregasi kinerja sejumlah individu dalam organisasi. Tenaga profesional adalah sumber daya terbaik suatu organisasi sehingga evaluasi kinerja mereka menjadi salah satu variabel yang penting bagi efektivitas organisasi. Tenaga profesional mewakili *knowledge works*, serta kritis terhadap inovasi dan produktivitas bagi produk-produk dan sistem baru, pengendali produktivitas dan profitabilitas organisasi (Dessler, 1997).

2.2.3. Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi (*determinan*) kinerja personel, dilakukan pengkajian terhadap beberapa teori kinerja. Gibsons (1996) menyatakan bahwa ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja yaitu: variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja personel. Perilaku yang berpengaruh terhadap

kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu jabatan atau tugas.

Variabel individu menurut Gibson (1996) dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan ketrampilan, latar belakang dan demografis. Sub variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Variabel demografis, mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Variabel psikologis terdiri dari sub variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel ini menurut Gibson, banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya dan variabel demografis. Variabel psikologis seperti persepsi, sikap, kepribadian dan belajar merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur. Gibson (1996) juga menyatakan sukar dicapai kesepakatan tentang pengertian dari variabel tersebut, karena seorang individu masuk dan bergabung dalam organisasi kerja pada usia, etnis, latar belakang, budaya dan ketrampilan yang berbeda satu dengan lainnya. Variabel organisasi, menurut Gibson (1996) mempunyai efek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu. Variabel organisasi digolongkan dalam sub-variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan disain pekerjaan.

Kopelman (1998) menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja adalah: karakteristik individu, karakteristik organisasi dan karakteristik pekerjaan, lebih lanjut Kopelman menjelaskan bahwa kinerja selain dipengaruhi oleh faktor diatas juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan.

Teori yang dikembangkan oleh Gibson dan Kopelman berdasarkan penelitian dan pengalaman yang mereka temukan pada sampel dan komunitas masyarakat negara maju seperti: Amerika Serikat. Pada teori yang mereka sampaikan tidak tampak peran variabel supervisi dan kontrol dalam hubungannya dengan kinerja. Hal ini dimungkinkan kedua variabel tersebut tidak berperan secara bermakna lagi pada tatanan dan budaya masyarakat pekerja Amerika. Artinya budaya kerja pekerja Amerika sudah dalam kondisi tidak membutuhkan kontrol dan supervisi yang ketat dari organisasi dan atasan mereka, tingkat kinerja sudah pada tingkat yang optimum. Dengan kata lain, setiap pekerja melaksanakan fungsi dan tanggung jawabnya dengan pengawasan yang melekat pada setiap pekerja telah berjalan dengan baik. Pada negara-negara berkembang, seperti: Indonesia, variabel supervisi dan kontrol masih sangat penting pengaruhnya dengan kinerja individu. Sejumlah penelitian yang dilakukan penulis maupun peneliti lain, ditemukan hubungan yang bermakna antara variabel kontrol dan supervisi dengan kinerja individu.

2.3. Penilaian Kinerja

2.3.1. Definisi Penilaian Kinerja

Menurut Ilyas (2002) penilaian kinerja (PK) adalah proses menilai hasil karya personel dalam suatu organisasi melalui instrumen penilaian kinerja. Penting artinya penilaian kinerja merupakan suatu evaluasi terhadap penampilan kerja personel dengan membandingkannya dengan standar baku penampilan.

2.3.2. Tujuan Penilaian Kinerja

Tujuan kegiatan penilaian kinerja ini membantu pengambilan keputusan bagian personalia dan memberikan umpan balik kepada para personil tentang pelaksanaan kerja mereka. Sedangkan menurut Hall (1986) yang dikutip Ilyas, (2002) penilaian kinerja merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai kualitas kerja personil dan usaha untuk memperbaiki kerja personil dalam organisasi. Menurut Certo (1984, yang juga dikutip Ilyas, 2002), penilaian kinerja adalah proses penelusuran kegiatan pribadi personil pada masa tertentu dan menilai hasil karya yang ditampilkan terhadap pencapaian sasaran sistem manajemen. Melalui penilaian itu kita dapat mengetahui apakah pekerjaan itu sudah sesuai atau belum dengan uraian pekerjaan yang telah disusun sebelumnya.

Saat melakukan penilaian demikian, seorang pimpinan akan menggunakan uraian pekerjaan sebagai tolok ukur. Bila pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan atau melebihi uraian pekerjaan, berarti pekerjaan itu berhasil dilaksanakan dengan baik. Bila dibawah uraian pekerjaan, maka berarti pelaksanaan pekerjaan tersebut kurang. Menurut Ilyas (2002) penilaian kinerja pada dasarnya mempunyai dua tujuan utama yaitu:

a. Penilaian kemampuan personel

Merupakan tujuan yang mendasar dalam rangka penilaian personil secara individual, yang dapat digunakan sebagai informasi untuk penilaian efektivitas manajemen sumber daya manusia.

b. Pengembangan personil

Sebagai informasi untuk pengambilan keputusan untuk pengembangan personil seperti: promosi, mutasi, rotasi, terminasi, dan penyesuaian kompensasi. Secara spesifik penilaian kinerja bertujuan antara lain untuk: (1) mengenali SDM yang perlu dilakukan pembinaan, (2) menentukan kriteria tingkat pemberian kompensasi, (3) memperbaiki kualitas pelaksanaan pekerjaan, (4) bahan perencanaan manajemen program SDM masa datang, (5) memperoleh umpan balik atas hasil prestasi personel. Menurut Ilyas (2002) ada empat hal yang perlu diperhatikan dalam kegiatan penilaian kinerja yaitu:

1. Memenuhi manfaat penilaian dan pengembangan

Manfaat penilaian maksudnya bahwa penilaian kinerja ditunjukkan pada pekerjaan yang telah dan sedang dilakukan oleh individu. Adapun manfaat pengembangan dilakukan pada pengembangan mutu pekerjaan dimasa datang melalui: (a) Pemberian umpan balik terhadap hasil pekerjaan. (b) Membiarkan personel untuk mengetahui kelebihan dan kekurangannya sendiri. (c) Memberikan kesempatan untuk meningkatkan keterampilan. (d) Mengarahkan mereka untuk prestasi dimasa datang.

2. Mengukur/menilai berdasarkan pada prilaku yang berkaitan dengan pekerjaan.

Suatu kegiatan penilaian kinerja harus didasarkan pada perilaku personel yang berkaitan dengan pekerjaan serta hasil yang diharapkan dari proses pekerjaan itu. Penilaian kinerja tidak berkaitan dengan karakteristik kepribadian personel. Dengan demikian, penilaian kinerja harus mampu membedakan antara

keduanya dengan jelas dan benar, sehingga dapat memberikan penilaian secara tepat dan mengurangi efek personal bias dari penilai.

3. Merupakan dokumen legal

Sebagaimana diketahui, bahwa penilaian kinerja akan menghasilkan data yang dapat digunakan untuk membuat berbagai keputusan. Keputusan manajemen tersebut dapat berupa pemberian kompensasi, pembiayaan pelatihan dan pendidikan, penegakan disiplin kerja, mutasi, rotasi, penempatan, dan manajemen SDM lainnya. Oleh sebab itu penilaian kinerja harus menggunakan parameter yang berkaitan erat dengan prestasi dan perilaku kerja itu sendiri. Penilaian kinerja yang dilaksanakan kepada seluruh personel berlaku umum dengan standar tertulis yang tidak membedakan ras, suku, agama, pendidikan, jenis kelamin dan kepribadian personel. Dengan demikian penilaian kinerja harus dibuat secara resmi dan tertulis, sehingga dapat diketahui oleh seluruh personel, sehingga mereka dapat melakukan penyesuaian perilaku kerja yang dituntut oleh setiap pekerjaan yang menjadi tanggung jawab mereka.

4. Merupakan proses formal dan nonformal (seluruh jajaran organisasi)

Penilaian kinerja merupakan kegiatan yang tidak dilaksanakan secara temporer, tetapi dilakukan secara kontinu oleh atasan personil yang bersangkutan. Untuk itu seorang pimpinan perlu berhati-hati dalam memberikan penilaian hasil pelaksanaan pekerjaan setiap personilnya. Penilaian kinerja setiap personil harus dibuat secara tertulis dan formal, dengan sumber data berasal dari catatan-catatan observasi hasil karya personil tersebut. Pengamatan yang dilaksanakan pimpinan ini bisa saja setiap saat, namun proses nonformal ini harus memberikan umpan

balik kepada personil yang bersangkutan, sehingga ia tahu dimana kekurangan dan kelemahannya. Oleh sebab itu dikatakan bahwa penilaian kinerja dapat bersumber dari proses formal dan nonformal.

Dengan adanya penilaian kinerja serta tujuannya maka terlihat dengan jelas bahwa penilaian kinerja tidak sekedar menilai, yaitu mencari pada aspek apa pegawai kurang atau lebih, tetapi lebih luas lagi, yaitu membantu pegawai untuk mencapai kinerja yang diharapkan oleh organisasi dan berorientasi pada pengembangan pegawai/organisasi. Untuk itu beberapa kegiatan yang merupakan bagian integral dengan penilaian kinerja harus dilakukan yaitu:

- a. Penetapan sasaran kinerja yang spesifik, terukur, memiliki tingkat kemudahan yang sedang dan berbatas waktu.
- b. Pengarahan dan dukungan oleh atasan.
- c. Melakukan penilaian untuk kerja/kinerja.

2.4. Manajemen Keperawatan

Sementara itu, Gillies (1989) menyatakan bahwa manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan keperawatan, untuk memberikan asuhan keperawatan melalui upaya staf keperawatan, untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman bagi pasien, keluarga dan masyarakat.

2.4.1. Standar Pelayanan Keperawatan

Dalam standar pelayanan keperawatan Kemenkes (2012) yang dimaksud dengan:

1. Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan/asuhan profesional yang

merupakan bagian integral dari pelayanan/asuhan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.

2. Pelayanan keperawatan adalah suatu upaya penyelenggaraan kegiatan dalam mengakomodir ketersediaan praktek keperawatan yang benar dan baik berupa kegiatan manajemen, kepemimpinan dan pengendalian mutu praktek keperawatan ditatanan pelayanan kesehatan.

3. Standar pelayanan keperawatan adalah pernyataan otoritatif yang menggambarkan tanggung jawab dan tanggung gugat dari praktisi sesuai kompetensinya, yang merefleksikan nilai dan prioritas profesi, memberikan arah bagi praktik perawat profesional dan kerangka untuk mengevaluasi praktek.

4. Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan baik langsung atau tidak langsung diberikan kepada sistem pasien disarana dan tatanan kesehatan lainnya dengan menggunakan pendekatan ilmiah keperawatan berdasarkan kode etik dan standar praktik keperawatan. Standar asuhan keperawatan berkaitan dengan aktifitas-aktifitas keperawatan profesional yang dilakukan oleh perawat melalui proses keperawatan, yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, identifikasi hasil, perencanaan tindakan dan evaluasi. Proses keperawatan adalah dasar dalam mengambil keputusan klinis dan mengarahkan segala macam tindakan pelayanan keperawatan pada pasien.

2.4.2. Kinerja Perawat

Performa atau kinerja adalah tampilan nyata yang dapat dilakukan oleh subyek di tempat kerja atau pada unit-unit layanan yang dibutuhkan. Faktor penentu kinerja terdiri dari tiga faktor yaitu pengetahuan, ketrampilan dan sikap atau nilai dasar (Danim, 2008).

Penilaian kinerja merupakan alat yang paling dapat dipercaya oleh manajer perawat dalam mengontrol sumber daya manusia dan produktifitasnya. Proses penilaian kinerja dapat dilakukan secara efektif dalam mengarahkan perilaku pegawai dalam rangka menghasilkan jasa keperawatan dalam kualitas dan volume yang tinggi. Perawat manajer dapat menggunakan proses aprasial kinerja untuk mengatur arah kerja dalam memilih, melatih, bimbingan perencanaan karir, serta pemberian penghargaan kepada perawat yang berkompeten (Depkes. RI, 2002).

Ukuran pengawasan yang digunakan oleh manajer perawat guna mencapai hasil organisasi adalah sistem penilaian pelaksanaan kerja perawat. Melalui evaluasi reguler dari setiap pelaksanaan kerja pegawai, manajer harus dapat mencapai beberapa tujuan. Hal ini berguna untuk membantu kepuasan perawat dan untuk memperbaiki pelaksanaan kerja mereka, memberitahu perawat bahwa kerja mereka kurang memuaskan serta mempromosikan jabatan dan kenaikan gaji, mengenal pegawai yang memenuhi syarat penugasan khusus, memperbaiki komunikasi antara atasan dan bawahan serta menentukan pelatihan dasar untuk pelatihan karyawan yang memerlukan bimbingan khusus (Depkes. RI, 2002)

Prinsip-prinsip penilaian kinerja perawat Depkes. RI(2002) adalah sebagai berikut:

- a. Evaluasi pekerja sebaiknya didasarkan pada standar pelaksanaan kerja orientasi tingkah laku untuk posisi yang ditempati. Karena diskripsi kerja dan standar pelaksanaan kerja disajikan pegawai selama orientasi sebagai tujuan yang harus diusahakan, pelaksanaan kerja sebaiknya dievaluasi berkenaan dengan sasaran-sasaran yang sama.
- b. Sampel tingkah laku perawat yang cukup representative sebaiknya diamati dalam rangka evaluasi pelaksanaan kerjanya. Perhatian harus diberikan untuk mengevaluasi tingkah laku umum atau tingkah laku konsistennya serta guna menghindari hal-hal yang tidak di inginkan.
- c. Perawat sebaiknya diberi salinan diskripsi kerjanya, standar pelaksanaan kerja, dan bentuk evaluasi untuk peninjauan ulang sebelum pertemuan evaluasi sehingga baik perawat maupun supervisor dapat mendiskusikan evaluasi dari kerangka kerja yang sama.
- d. Jika diperlukan, manajer sebaiknya menjelaskan area mana yang akan diprioritaskan seiring dengan usaha perawat untuk meningkatkan pelaksanaan kerja.

2.4.3. Indikator Klinik Keperawatan

Indikator juga mempunyai arti variabel yang menunjukkan satu kecenderungan sistem yang dapat dipergunakan untuk mengukur perubahan. WHO (1981) menguraikan indikator adalah variabel untuk mengukur suatu

perubahan baik langsung maupun tidak langsung. Dalam upaya untuk meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan keperawatan, Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan merasa perlu untuk menyusun pedoman pengukuran indikator klinik mutu pelayanan keperawatan rumah sakit. Penyusunan dilakukan berdasarkan prioritas masalah yang menjadi isu dan sering terjadi dalam pelayanan keperawatan.

Berdasarkan Pedoman Pengembangan Manajemen kinerja perawat (Kemenkes, 2012). Indikator klinik keperawatan yang disusun merupakan indikator mutu minimal yang dapat dilaksanakan oleh perawat di rumah sakit. Indikator tersebut meliputi: Indikator mutu klinik keperawatan terdiri atas: *patient safety* (angka pasien jatuh, angka dekubitus, angka kejadian phlebitis, angka kesalahan pemberian obat dan cedera akibat restrain), angka perawatan diri, nyaman/bebas dari nyeri, perawatan diri, angka kepuasan pasien, kecemasan sedangkan kinerja perawat meliputi: sikap, keterampilan, dan pengetahuan. Sedangkan indikator klinik adalah ukuran kuantitas sebagai pedoman untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas asuhan pasien dan berdampak terhadap pelayanan Indikator klinik pelayanan keperawatan sebagai berikut:

1. Keselamatan Pasien jika pasien aman dari kejadian jatuh, dekubitus, angka kejadian phlebitis, kesalahan pemberian obat dan cedera akibat restrain.
2. Keterbatasan Perawatan Diri

Kebersihan dan perawatan diri merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi agar tidak timbul masalah lain sebagai akibat dari tidak terpenuhinya kebutuhan kebersihan dan perawatan diri, misalnya penyakit kulit,

rasa tidak nyaman, infeksi saluran kemih, dan lain-lain. Keterbatasan perawatan diri merupakan terpenuhinya kebutuhan perawatan diri pasien yang mengalami keterbatasan diri untuk makan, mandi, berpakaian, dan *toileting* (eliminasi). Keterbatasan perawatan diri dibagi menjadi keterbatasan sebagian dan total, sehingga menyebabkan tingkat ketergantungan sebagian dan total pada asuhan keperawatan.

3. Kepuasan Pasien

Tingginya tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan tercapai bila terpenuhinya kebutuhan pasien/keluarga terhadap pelayanan keperawatan yang diharapkan.

4. Kecemasan

Cemas adalah perasaan was-was, kuatir atau tidak nyaman seakan-akan terjadi suatu yang dirasakan sebagai ancaman, cemas yang masih ada setelah intervensi menurunkan kecemasan, yang diukur menjadi indikator klinik.

5. Kenyamanan

Rasa nyaman (*comfort*) adalah bebas dari rasa nyeri atau nyeri terkontrol.

6. Pengetahuan

Discharge Planning adalah suatu proses yang dipakai sebagai pengambilan keputusan dalam hal memenuhi kebutuhan pasien untuk kesempurnaan kepindahan pasien dari satu tempat perawatan ke tempat lainnya. Dalam perencanaan pemulangan, pasien dapat dipindahkan kerumahnya sendiri atau keluarga, fasilitas rehabilitasi, *nursing home*, *hospice*, *home care* atau tempat-tempat lain diluar rumah sakit.

Standar kinerja keperawatan profesional menjelaskan peran-peran dari semua perawat profesional, namun ada banyak tanggung jawab lain dalam aspek keperawatan profesional. Diharapkan para perawat harus mengarahkan dirinya dan memiliki tujuan untuk mencari pengetahuan, sikap dan keterampilan yang penting dalam rangka meningkatkan karir. Kegiatan lainnya yang berkaitan dengan standar keperawatan adalah keanggotaan organisasi profesi, sertifikasi area kekhususan atau praktik lanjutan, pendidikan berkelanjutan dan peningkatan pendidikan akademik yang merupakan metode untuk meningkatkan profesionalisme perawat. Akuntabilitas seorang perawat profesional tergantung pada praktik perawat itu sendiri. Standar pelayanan keperawatan ini sebagai panduan dan memberikan arah bagi semua *stakeholder* dalam mengembangkan serta mengevaluasi praktik dan kinerja perawat profesional (Kemenkes, 2012).

2.5. Kerangka Konsep

Penulis hanya membahas standar tentang sasaran keselamatan pasien yang akan menjadi elemen penelitian untuk implementasi sasaran keselamatan pasien yaitu tentang implementasi *IPSG* 1 s.d *IPSG* 6 sebagai variabel independen (bebas) berdasarkan tinjauan pustaka maka dapat dibuat dalam kerangka konsep penelitian sebagai berikut: Faktor penentu kinerja terdiri dari tiga faktor yaitu pengetahuan, keterampilan dan sikap atau nilai dasar (Danim, 2008). Peneliti menentukan kinerja perawat dengan menilai: Pengetahuan, sikap, ketrampilan pada indikator klinik keperawatan terdiri dari: keselamatan pasien (*patient safety*), keterbatasan perawatan diri, kepuasan pasien, kecemasan, kenyamanan,

pengetahuan. Melalui penilaian ini maka dapat diketahui kondisi sebenarnya tentang bagaimana kinerja perawat diunit rawat inap. Berdasarkan teori yang telah diuraikan sebelumnya maka peneliti membuat sebuah kerangka konsep secara sederhana yang dapat dilihat pada gambar 2.1 berikut:

Variabel Independen

(Implementasi IPSG)

1. Mengidentifikasi pasien dengan benar
2. Meningkatkan komunikasi yang efektif
3. Meningkatkan keamanan obat – obatan yang harus diwaspadai
4. Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar
5. Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan
6. Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

Variabel Dependen

(Kinerja Perawat)

1. Pengetahuan
2. Keterampilan
3. Sikap

Gambar 2.1. Kerangka Konsep Penelitian