

## **Hubungan Aspek Area Klinis Dan Area Manajerial Terhadap Keselamatan Pasien**

### ***The Relationship of Clinical Areas and Managerial Areas To The Safety of Patients***

M. Iskandar\*, Wahyu Sulistiadi\*, Syafiul A. Sjaaf\*

\*Universitas Respati Indonesia

Email : iskandargreat013@gmail.com,

RS. Dr. Suyoto Jl. RC Veteran No. 178 Jakarta Selatan

#### **ABSTRAK**

Rumah Sakit dr. Suyoto telah mendapatkan akreditasi paripurna dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Versi 2012. Akan tetapi dalam perjalanannya, program mutu dan keselamatan pasien kurang berkembang yang ditandai dengan penurunan nilai indikator mutu klinik dan mutu manajerial serta terjadinya insiden Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), seperti pemberian obat jadi yang nyaris salah pasien serta pasien jatuh dari tempat tidur di ruang rawat inap. Atas kejadian ini maka pencapaian nilai indikator mutu klinik dan nilai indikator mutu manajerial serta mencari hubungan atau korelasi indikator mutu klinik dan manajerial dengan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) ini dilakukan. Penelitian ini merupakan penelitian *kuantitatif non eksperimental* dengan pendekatan *cross sectional* dengan sampling populasi pasien rawat inap, petugas kesehatan, sampling pasien radiologi, dan sampling pasien laboratorium. Hasil penelitian didapatkan nilai mutu klinik dan manajerial yang sudah mendekati nilai 80%, didapatkan sebagian indikator mutu klinik dan manajerial mempunyai hubungan atau korelasi dengan sasaran keselamatan pasien. Simpulan dari penelitian ini adalah nilai indikator mutu klinik dan manajerial sudah mendekati standar mutu KARS 2012 namun perlu ditingkatkan lagi.

**Kata Kunci : Indikator Mutu Klinik, Manajerial, Sasaran Keselamatan Pasien**

#### **ABSTRACT**

*Hospital Dr. Suyoto has received plenary accreditation from the 2012 Hospital Accreditation Committee (KARS) Version. However, in the course of the program, the patient's quality and safety program was underdeveloped which was marked by a decrease in the value of clinical quality indicators and managerial quality as well as the incidence of Near Injury (KNC) and Events. Not Expected (KTD), such as giving drugs that are almost wrong patients and patients fall from bed in the inpatient room. For this incident, research on how far the achievement of clinical quality indicators and managerial quality indicators and the relationship or correlation between clinical and managerial quality indicators and Patient Safety Goals (SKP) is carried out. This study is a quantitative non-experimental study with a cross sectional approach with sampling inpatient population, health workers, radiology patient sampling, and laboratory patient sampling. Results of the study obtained clinical and managerial quality values that have approached 80%, found that some clinical and managerial quality indicators have a relationship or correlation with patient safety goals.*

*Keywords: Clinical Quality, Managerial Indicators, Patient Safety Goals*

## **PENDAHULUAN**

Pengertian mutu pelayanan rumah sakit yaitu tingkat derajat kesempurnaan suatu pelayanan oleh rumah sakit yang bertujuan untuk memenuhi harapan atau kebutuhan pasien dan keluarga akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan indikator sesuatu yang harus dicapai.

Standar mutu pelayanan unit kerja rumah sakit dapat diukur dengan menggunakan indikator standar yang dipakai pada akreditasi rumah sakit yang ditentukan oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) versi 2012 yaitu 11 indikator area klinik dan 9 indikator area manajerial. Pengukuran menggunakan standar KARS versi 2012 saat ini cukup penting dan beralasan kuat karena standar ini selalu dipakai oleh Surveyor dalam menilai peringkat akreditasi rumah sakit setiap 3 tahun sekali.

Akreditasi rumah sakit adalah pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh menteri kesehatan. Rumah sakit wajib melakukan akreditasi dalam upayanya meningkatkan mutu pelayanan secara berkala setiap 3 (tiga) tahun sekali sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Keselamatan pasien merupakan langkah kritis pertama untuk memperbaiki kualitas pelayanan. Tercermin pada laporan (*Institute OF Medicine/IOM 2000*) di Amerika Serikat daerah Utah dan Colorado ditemukan kejadian tidak diinginkan sebesar 2,9% dimana 6,6 % meninggal dunia, sedangkan di New York sebesar 3,7% angka kejadian tidak diinginkan dengan angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat KTD di bagian rawat inap di seluruh Amerika berkisar 44.000-98.000 pertahunnya. Pada Kongres Nasional Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia(PERSI) XXI di Jakarta pada tanggal 8 November 2012 melaporkan angka kejadian pasien jatuh pada bulan Januari sampai September 2012 sebesar 14 %.

Hal ini membuat presentasi angka kejadian pasien jatuh termasuk dalam lima besar insiden medis. Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang di

bentuk di Rumah Sakit Dr. Suyoto berdasarkan Surat Keputusan Karumkit telah menerapkan dan membentuk kebijakan tentang pencegahan risiko keselamatan pasien. Rumah Sakit Dr. Suyoto sudah terakreditasi oleh KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit) versi 2012, selain itu Rumah Sakit Dr. Suyoto merupakan salah satu rumah sakit pemerintah yang menjadi salah satu rumah sakit rujukan di kota Jakarta Selatan.

Rumah Sakit Dr. Suyoto berkomitmen pada keselamatan pasien dengan telah memiliki SPO (Standar Prosedur Operasional). Pelaporan terhadap kejadian insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit Dr. Suyoto untuk yang bersifat sentinel tidak ditemukan, tetapi ada laporan KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) pasien jatuh, atau KNC pasien nyaris jatuh termasuk KNC berupa kesalahan penulisan resep obat. Tidak menutup kemungkinan dengan angka kunjungan yang tinggi dan status rumah sakit rujukan akan meningkatkan risiko kejadian *patient safety*. Adanya laporan kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera sudah ditindaklanjuti dan sudah ada rekomendasinya.

Rumah Sakit Dr. Suyoto merupakan rumah sakit yang dimiliki oleh Kementerian Pertahanan RI yang terletak di Jl RC Veteran Bintaro Jakarta Selatan dan sudah terakreditasi paripurna tahun 2016. Rumah Sakit Dr. Suyoto berfungsi memberikan pelayanan perumahsakitannya untuk Kedinasan TNI/PNS Kemhan dan juga masyarakat umum baik BPJS/Asuransi dan Swasta. Dengan berubahnya pembiayaan kesehatan ke era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai tahun 2014, maka membawa perubahan komposisi pasien yang berobat ke Rumah Sakit Dr. Suyoto menjadi 90% pasien tanggungan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial), 5% asuransi dan 5% swasta. Perubahan komposisi pasien ini dikhawatirkan dapat merubah mutu pelayanan kesehatan dan berdampak pada keselamatan pasien yang berobat di Rumah Sakit Dr. Suyoto Jakarta sehingga perlu dilakukan pengukuran melalui indikator-indikator yang telah ditetapkan oleh KARS 2012.

**METODE**

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *crosssectional* dengan pendekatan kuantitatif. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *probability sampling* dengan teknik *proporsionate random sampling* dan rumus slovin untuk menentukan jumlah sampel karena populasi relatif homogen sehingga tidak terlalu diperlukan untuk distratifikasi dan terdapat jumlah populasi yang jelas. Rumus slovin sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

e = error level (tingkat kesalahan) 1%, 5%, 10%

Jumlah pasien rawat inap rata-rata 200 pasien/bulan

**HASIL**

Analisis univariat dalam penelitian ini digunakan untuk menguji IMK (Indikator Mutu Klinik) dan IMM (Indikator Mutu Manajerial), dengan hasil sebagai berikut. Hasil analisis kelengkapan pengkajian awal medis disajikan dalam Tabel 1 sebagai berikut.

**Tabel 1. IMK Kelengkapan Pengkajian Awal Medis**

Kelengkapan pengkajian	Frekuensi	Pencapaian %	Standar
Lengkap	33	55,0	
Tidak Lengkap	27	45,0	100%
Total	60	100,0	

Tabel 4 diperoleh informasi hasil status rekam medis dengan pengkajian awal medis lengkap 55% dan tidak lengkap 45%. Belum memenuhi standar yang diterapkan yaitu 100%. IMK Waktu Tunggu Pemeriksaan Laboratorium sebagai berikut :

**Tabel 2. IMK Waktu Tunggu Pemeriksaan Laboratorium**

Waktu tunggu	Frekuensi	Pencapaian%	Standar
Terpenuhi	42	70,0	
Tidak Terpenuhi	18	30,0	100% (Kurang dari 120 menit)
Total	60	100,0	

Tabel 5 diperoleh informasi hasil waktu tunggu pemeriksaan laboratorium terpenuhi (kurang dari 120 menit) adalah 70% dan tidak terpenuhi (lebih dari 120

menit) 30%. Hasil analisis penulisan resep obat yang sesuai dengan formularium nasional disajikan dalam Tabel 3 sebagai berikut :

**Tabel 3. IMK Penulisan Resep Obat Sesuai Formularium Nasional**

Formularium Nasional	Frekuensi	Pencapaian%	Standar
Sesuai	46	76,7	
Tidak Sesuai	14	23,3	100%
Total	60	100,0	

Tabel 3 didapatkan hasil penulisan resep obat sesuai formularium nasional 76,7 % dan tidak sesuai dengan formularium nasional 23,3%, sedangkan standarnya adalah 100%. Hasil analisis kesalahan peresepan obat disajikan dalam Tabel 4 sebagai berikut :

**Tabel 4. IMK Kesalahan Peresepan Obat**

Kesalahan Resep	Frekuensi	Persentase pencapaian	Standar
Tidak Ada kesalahan	48	80,0	
Ada kesalahan	12	20,0	100%
Total	60	100,0	

Tabel 3 didapatkan hasil tidak ada kesalahan Penulisan Resep Obat adalah 80% dan ada kesalahan penulisan resep obat 20%, sedangkan standarnya 100% tidak ada kesalahan. Hasil analisis kelengkapan rekam medik dalam waktu 1x24 jam disajikan dalam Tabel 8 sebagai berikut.

**Tabel 5. IMK Kelengkapan Rekam Medik dalam Waktu 1x24 Jam**

Kelengkapan Rekam Medik	Frekuensi	Persentase Pencapaian	Standar
Lengkap	31	51,7	
Tidak Lengkap	29	48,3	100%
Total	60	100,0	

Tabel 5 didapatkan hasil status rekam medik lengkap 51,7% sedangkan status rekam medik tidak lengkap 48,3%. Standar baku adalah 100%. Hasil analisis pelaksanaan *time out* di kamar operasi disajikan dalam Tabel 9 sebagai berikut.

**Tabel 6. IMK Pelaksanaan *Time Out* di Kamar Operasi**

Pelaksanaan Time Out	Frekuensi	Persentase	Standar
Dilaksanakan	40	66,7	
Tidak Dilaksanakan	20	33,3	100%
Total	60	100,0	

Tabel 6 didapatkan hasil pelaksanaan *time out* di kamar operasi 66,7% dan tidak dilaksanakan sebanyak 33,3%. Standar pelaksanaan 100%. Hasil analisis kelengkapan pengkajian pra-anastesi sebelum tindakan operasi disajikan dalam Tabel 7 berikut ini :

**Tabel 7. IMK Kelengkapan Pengkajian Pra Anastesi Sebelum Tindakan Operasi**

Pengkajian Pra Anastesi	Frekuensi	Persentase pencapaian	Standar
Dikaji	39	65,0	100%
Tidak Dikaji	21	35,0	
Total	60	100,0	

Tabel 7 didapatkan hasil dilakukan pengkajian pra-anastesi sebelum tindakan operasi 65% dan tidak dikaji sebesar 35%. Standar 100% dilakukan pengkajian. Infeksi Daerah Operasi yaitu Infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dan satu tahun dengan implan pasca bedah. Hasil analisis terjadinya infeksi daerah operasi disajikan dalam Tabel 8 berikut.

**Tabel 8. IMK Terjadinya Infeksi Daerah Operasi**

Infeksi Daerah Operasi	Frekuensi	Persentase	Standar
Tidak ada Infeksi	58	96,7	100%
Ada Infeksi	2	3,3	
Total	60	100,0	

Tabel 8 didapatkan hasil tidak Terjadi Infeksi Daerah Operasi sebesar 96,7% sedangkan Terjadi Infeksi Daerah Operasi sebesar 3,3%. Standar 100% tidak ada IDO. Reaksi transfusi merupakan kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, gangguan sistem imun sebagai akibat pembeban transfusi darah, reaksi ini dinyatakan terjadi pada saat 1 jam pertama sejak pemberian darah. Hasil analisis terjadinya reaksi tranfusi pada pasien disajikan dalam Tabel 12 berikut.

**Tabel 9. IMK Terjadinya Reaksi Tranfusi pada pasien**

Reaksi Tranfusi	Frekuensi	Persentase	Standar
Tidak Mengalami	57	95,0	100%
Mengalami	3	5,0	
Total	60	100,0	

Tabel 9 didapatkan hasil tidak terjadi reaksi tranfusi sebesar 95% sedangkan terjadi reaksi tranfusi sebesar 5%. Standar 100% tidak terjadi reaksi tranfusi. Hasil analisis pelaksanaan expertisi oleh radiolog disajikan dalam Tabel 10 sebagai berikut :

**Tabel 10. IMK Pelaksanaan Expertisi Oleh Radiolog**

Pelaksanaan expertisi	Frekuensi	Persentase	Standar
Ekpertisi	39	65,0	
Tidak Diekspertisi	21	35,0	100%
Total	60	100,0	

Tabel 10 didapatkan hasil 65% diexpertisi, 35% tidak diexpertisi, sedangkan standarnya adalah 100%. Hasil analisis jumlah pasien jatuh saat rawat inap disajikan dalam Tabel 11 berikut.

**Tabel 11. IMM Jumlah Pasien Jatuh Saat Rawat Inap**

Jumlah Pasien Jatuh	Frekuensi	Persentase	Standar
Tidak Jatuh	58	96,7	
Jatuh	2	3,3	100%
Total	60	100,0	

Tabel 11 didapatkan hasil pasien tidak jatuh di ruang rawat inap sebesar 96,7% sedangkan pasien jatuh dirawat inap sebesar 3,3%.

Kepuasan kerja karyawan adalah terpenuhi atau tidaknya keinginan mereka terhadap pekerjaan. Apabila dalam lingkungan kerja seorang karyawan tidak mendapatkan apa yang diharapkan diantaranya peluang promosi yang adil, pendapatan yang baik, rekan kerja dan atasan yang menyenangkan, serta kepuasan terhadap pekerjaan itu sendiri maka dapat dipastikan kinerja karyawan akan buruk. Hasil analisis kepuasan pegawai terhadap kondisi lingkungan kerja disajikan dalam Tabel 12 berikut.

**Tabel 12. IMM Kepuasan Pegawai Terhadap Kondisi Lingkungan Kerja**

Kepuasan Pegawai	Frekuensi	Persentase	Standar
Puas	43	71,7	
Tidak Puas	17	28,3	80%
Total	60	100,0	

Tabel 12 didapatkan hasil pegawai yang puas terhadap kondisi lingkungan kerja sebesar 71,7%, sedangkan pegawai yang tidak puas terhadap kondisi lingkungan kerja sebesar 28,3%. Standar kepuasan pegawai adalah 80%.

Kepatuhan cuci tangan adalah ketaatan petugas dalam melakukan prosedur cuci tangan dengan menggunakan metode 6 langkah dan lima momen. Hasil analisis petugas kesehatan melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen disajikan dalam Tabel 13 berikut.

**Tabel 13. IMM Petugas Kesehatan Melakukan Kebersihan Tangan dengan Metode Enam Langkah dan Lima Momen**

Kebersihan Tangan	Frekuensi	Persentase	Standar
Melaksanakan	49	81,7	
Tidak Melaksanakan	11	18,3	100%
Total	60	100,0	

Tabel 13 didapatkan hasil petugas kesehatan melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dan lima momen sebesar 81,7% sedangkan yang tidak melakukan sebesar 18,3%. Standar melaksanakan kebersihan tangan 100%. Pemanfaatan alat *MRI* adalah angka yang menunjukkan jumlah pemakaian alat *MRI* sesuai dengan indikasi dan urgensi keperluan penggunaannya. Alat *MRI* yang digunakan memang benar-benar sesuai dengan indikasi pemeriksaan yang dibutuhkan untuk mempercepat proses diagnosis. Dalam pengukuran indikator ini akan difokuskan untuk *MRI* dalam proses diagnostik yang dilaksanakan. Hasil analisis penggunaan alat medis canggih *MRI* sesuai indikasi disajikan dalam Tabel 13 berikut.

**Tabel 14. IMM Penggunaan Alat Medis Canggih MRI Sesuai Indikasi**

Penggunaan MRI	Frekuensi	Persentase	Standar
Sesuai Indikasi	46	76,7	
Tidak Sesuai Indikasi	14	23,3	100%
Total	60	100,0	

Tabel 14 didapatkan hasil penggunaan alat medis canggih *MRI* sesuai indikasi sebesar 76,7%.sedangkan penggunaan alat medis canggih *MRI* tidak sesuai indikasi sebesar 23,3%. Hasil analisis kepuasan pasien di ruang rawat inap disajikan dalam Tabel 15 sebagai berikut.

**Tabel 15. IMM Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap**

Kepuasan Pasien	Frekuensi	Persentase	Standar
Puas	46	76,7	
Tidak Puas	14	23,3	80%
Total	60	100,0	



Tabel 15 didapatkan hasil kepuasan pasien di ruang rawat inap sebesar 76,7% sedangkan yang tidak puas dengan pelayanan rawat inap sebesar 23,3%. Standar kepuasan pasien adalah 80%. Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi. Hasil analisis waktu tunggu pelayanan apotek BPJS disajikan dalam Tabel 16 sebagai berikut.

**Tabel 16. Waktu Tunggu Pelayanan Apotek BPJS**

Pelayanan Apotek	Frekuensi	Persentase	Standar
Tepat Waktu	46	76,7	
Tidak Tepat Waktu	14	23,3	≥ 30 menit
Total	60	100,0	

Tabel 19 didapatkan hasil waktu tunggu pelayanan apotek BPJS tepat waktu sebesar 76,7% sedangkan yang tidak tepat waktu sebesar 23,3%. Pengiriman laporan setiap tanggal yang telah ditetapkan oleh Dinkes, untuk *feed back* lebih cepat. Hasil analisis ketepatan waktu pengiriman laporan DOT-TB ke Dinkes disajikan dalam Tabel 20 sebagai berikut.

**Tabel 17. Ketepatan Waktu Pengiriman Laporan DOT-TB ke Dinkes**

Laporan DOT-TB ke dinkes	Frekuensi	Persentase	Standar
Tepat Waktu	35	58,3	
Tidak Tepat Waktu	25	41,7	100%
Total	60	100,0	

Tabel 17 didapatkan hasil ketepatan waktu pengiriman laporan DOT-TB ke Dinkes sebesar 58,3% sedangkan yang tidak tepat waktu sebesar 41,7%. Standar ketepatan waktu pengiriman laporan adalah 100%. Berikut adalah ringkasan hasil analisis data pencapaian indikator mutu yang telah dilakukan.

**Tabel 18. Ringkasan Hasil Analisis Data Pencapaian Indikator Mutu**

No.	Pengukuran	Pencapaian (%)	Target (%)
1	Pengkajian Awal Medis	55	100
2	Waktu Tunggu Pemeriksaan Laboratorium	70	80
3	Penulisan Resep Obat Sesuai Fornas	76,7	80
4	Kesalahan Peresepan Obat	20	-
5	Kelengkapan Rekam Medis dalam waktu 1x24 jam	51,7	100
6	Pelaksanaan Time Out di Kamar Operasi	66,7	100
7	Pengkajian Pra anestesi Sebelum Operasi	65	100
8	Infeksi Daerah Operasi	3,3	3

No.	Pengukuran	Pencapaian (%)	Target (%)
9	Reaksi Tranfusi darah	5	3
10	Pelaksanaan Etik Klearen Penelitian Klinik	-	-
11	Expertisi Radiologi oleh Radiolog	65	80
12	Jumlah Pasien Jatuh di Rawat Inap	3,3	0
13	Kepuasan Pegawai	71,7	80
14	Pelaksanaan Kebersihan Tangan Petugas Kesehatan	81,7	80
15	Penggunaan MRI Sesuai Dengan Indikasi	76,7	80
16	Kepuasan Pasien Di Rawat Inap	76,7	80
17	Waktu Tunggu Pelayanan Apotek	76,7	80
18	Ketepatan Waktu Pengiriman Laporan Ke Dinkes	58,3	80

Analisa bivariat untuk mencari korelasi atau hubungan antara mutu area klinik/manajerial terhadap sasaran keselamatan pasien. Hasil analisis tersebut disajikan dalam Tabel 19 berikut.

**Tabel 19. Hubungan/Korelasi Antara Mutu Klinik/Manajerial dengan Sasaran Keselamatan Pasien**

No	Variabel 1	Variabel 2	p<0,05 Korelasi
	Mutu Klinik dan Manajerial	Sasaran Keselamatan Pasien	
1	Pengkajian awal medis	Gelang Identitas	+
2	Pengkajian awal medis	Asesmen Risiko Jatuh	+
3	Kelengkapan rekam medik	Gelang Identitas	+
4	Kelengkapan rekam medik	Asesmen Risiko Jatuh	+
5	Penkajian pre anestesi	Gelang Identitas	+
6	Penkajian pre anestesi	Asesmen Risiko Jatuh	+
7	Penkajian pre anestesi	Kepatuhan Prosedur Site Marking	+
8	Kepuasan Pegawai	Asesmen Risiko Jatuh	+

## **PEMBAHASAN**

Pencapaian nilai indikator klinik dan manajerial di RS Dr Suyoto sudah cukup baik, yakni mendekati 80%, namun perlu ditingkatkan lagi agar mencapai nilai sesuai standar akreditasi. Sebagai perbandingan yang penulis ambil pada RS Nirmalasuri 2017, laporan bulanan mutu Rumah Sakit dengan indikator kepuasan pasien sebagai perbandingan mutu rumah sakit. Dapat dilihat pada <http://www.rsnirmalasuri.com/indikator-> untuk salah satu indikator yaitu standar kepuasan pasien dan keluarga dilakukan saat pasien sudah dinyatakan boleh pulang.

Selama bulan Januari hingga Oktober 2017 capaian kepuasan pasien dan keluarga menunjukkan diatas standar yaitu 95% sampai dengan 100%. Besarnya

persentase responden yang menyatakan “puas” terhadap pelayanan RS bisa saja terjadi karena konsistensi dan budaya organisasi RS Nirmalasuri, berbeda dengan tingkat kepuasan pasien rawat inap di RS Dr Suyoto dimana didapatkan hasil 76,7% sudah mendekati standar akreditasi versi KARS 2012 yaitu 80%.

Untuk hasil signifikansi hubungan/korelasi antar indikator mutu dihubungkan dengan Sasaran Keselamatan Pasien, sebagian variabel indikator Mutu Klinik dan Mutu Manajerial mempunyai hubungan yang signifikan terhadap Sasaran Keselamatan Pasien.

## **SIMPULAN**

Pencapaian nilai indikator klinik dan manajerial sudah cukup baik, yaitu mendekati 80%, namun perlu ditingkatkan lagi agar mencapai nilai sesuai standar akreditasi versi KARS 2012. Terdapat Hubungan yang signifikan antara aspek area klinik dan manajerial terhadap Sasaran Keselamatan Pasien. Guna mencapai mutu pelayanan rumah sakit yang baik, terjaminnya keselamatan pasien di instalasi rawat inap dan mencapai akreditasi paripurna dengan cara meningkatkan sosialisasi program dan supervisi. Merencanakan pemilihan prioritas program sesuai kebutuhan, mendukung pelaksanaan program, mempersiapkan sarana prasarana, melatih staff, mengevaluasi, agar mutu klinik, mutu manajerial, dan *patient safety* dapat tercapai sesuai standar dan dipertahankan hasilnya serta menjadikannya sebagai budaya organisasi.

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Program Studi Administrasi Rumah Sakit Universitas Respati Indonesia atas bimbingan dan dukungan kepada peneliti.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Assauri, Sofyan.2003. “Costumer Service Yang Baik Landasan Pencapaian Costumer Satisfaction.” Manajemen Usahawan Indonesia.” No. 01, TH. XXXII, Januari.
- Ayuningtyas, Dumilah, 2014. Kebijakan Kesehatan Prinsip dan Praktik: Rajawali Pers. Jakarta.
- Arifin, Alwi, Darmawansyah, dan A.T.S. Ilma S. 2011. Analisis Mutu Pelayanan

- Kesehatan Ditinjau dari Aspek Input Rumah Sakit di Instalasi Rawat Inap  
RSU Haji Makassar. *Jurnal MKMI*, Vol 7 No.1
- Azwar, A 2010, Pengantar administrasi kesehatan, edk 3, Binarupa Aksara,  
Tangerang.
- Aprilia, S, 2011, Faktor - faktor yang Mempengaruhi Perawat dalam Penerapan  
IPSG (Intenational Ptient Safety Goals) pada Akreditasi JCI (Joint  
Commission International). Skripsi. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan  
Program Pascasarjana Universitas Indonesia Jakarta.
- Building a Culture of Patient Safety 2008 – Report of the Commission on Patient  
Safety and Quality Assurance.  
[https://health.gov.ie/blog/publications/building-a-culture-of-patient-safety-  
report-of-the-commission-on-patient-safety-and-quality-assurance](https://health.gov.ie/blog/publications/building-a-culture-of-patient-safety-report-of-the-commission-on-patient-safety-and-quality-assurance).
- Dedi, Uus, Fitriyani 2013, ‘Analisis Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan pada  
Rumah Sakit Islam Karawang’, *Jurnal Manajemen*, vol. 10, no. 3, April.
- Departemen Kesehatan RI 2006. Tentang Standar Keselamatan Pasien Rumah  
Sakit. Jakarta. Depkes
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Legalitas Pendirian Rumah  
Sakit Swasta*, Jakarta, Departemen Kesehatan.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. *Pedoman Penyelenggaraan  
Rumah Sakit*, Jakarta, Departemen Kesehatan;
- Emanuel, MD, PhD, etal 2008, What Exactly Is Patient Safety? *Advances in  
Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 1:  
Assessment). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/>  
[http://fatimatzahro-unipdu.blogspot.com/2013/04/pdca-dalam-peningkatan-  
mutu-pelayanan.html](http://fatimatzahro-unipdu.blogspot.com/2013/04/pdca-dalam-peningkatan-mutu-pelayanan.html)
- Jeffrey AA, Bryan JW, Stephen MS, Laurence CB, 2007, ‘Does quality  
improvement implementation affect hospital quality of care?’, *Hospital  
topics : Research and perspectives on healthcare*, vol. 85,no. 2, hh. 3-12.
- Jurnal MKMI*, maret 2014, Budaya keselamatan pasien di instalasi rawat inap  
RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo kota Makassar
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 428 tahun 2012 tentang penetapan  
Lembaga Independen Pelaksanaan Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia.
- Keputusan menteri kesehatan RI No 129/Menkes/SK/II/2008 : Standar rumah  
sakit di indonesia
- Komite Akreditasi Rumah Sakit 2012. Instrumen akreditasi rumah sakit standar  
Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012. Jakarta: Komite Akreditasi Rumah  
Sakit
- Kongres PERSI. 2012. Laporan Peta Nasional Insiden Keselamatan Pasien.  
Jakarta.
- Kotler 2003. *Manajemen Pemasaran*. Cetakan ke enam. Bogor. Ghalia Indonesia.
- Muchlas, M 2008, *Perilaku Organisasi*, edk 2, Gadjah Mada University Press,  
Yogyakarta.
- Morrow, P. C. 1993. *The Theory and Measurement of Work Commitment*.  
Greenwich, CT: JAI.
- Notoatmodjo, S., 2014, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit
- Parasuraman. 1990. *Delivering Quality Service*. New york: The Free Press
- Peraturan menteri kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
- Poerwani, SK dan Sopacua E. 2004. Upaya Pemerintah dalam Penataan Perumahsakitian di Indonesia Melalui Kegiatan Akreditasi. Makalah dalam Simposium I Badan Litbangkes, Jakarta 20-21 Desember.
- Satori, Djam'an dan Komariah, Aan. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2008 tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004, Praktek Kedokteran
- Sunaringtyas, Rachmawati. 2014. Studi Kualitas Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit dengan Menggunakan Metode Six Sigma. *Jurnal MHB*, Volume 2.
- Setyaningsih, Ira. 2013. Analisis Kualitas Pelayanan Rumah Sakit terhadap Pasien Menggunakan Pendekatan Lean Servperf (Lean Service Performance) (Studi Kasus Rumah Sakit S). *Spektrum Industri* No. 2, Volume 11.
- Tjiptono Fandi, 2004. *Strategi Pemasaran*. Edisi ke 2. Yogyakarta.
- Vincent Charles. 2010, *Clinical Safety Research Department of Biosurgery & Surgical Technology Imperial College London, UK This second edition*.
- Zahrotul. 2008. Kepuasan Pasien Dan Pelayanan Perawat 3. <http://roc.uui.ac.id>. Diperoleh Tanggal 15 Desember 2011.