JIKES: JURNAL ILMU KESEHATAN
Tahun 2026, Volume 5, Nomor 1, Bulan Juli-Desember: hlm 1366-1382
e-ISSN: 2963-069X | URL: https://yptb.org/index.php/jik | e-Mail: jurnalq17@gmail.com

Lisensi: CC-BY
DOI: https://doi.org/10.71456/jik.v5i1.2652

IMPLEMENTASI STANDAR AKREDITASI LARSI PADA ELEMEN SASARAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT DI KUDUS

Yuliana Aulia Arifany[1*], Muhammad Purnomo[2], Zunia Khairunnisa[3], Fitriana Kartikasari[4], & Indanah[5]

[*1-5]Universitas Muhammadiyah Kudus
e-mail: 32022160015@std.umku.ac.id*, muh.purnomo@umkudus.ac.id, zuniakhairunnisa@umkudus.ac.id

Submit Tgl: 31-Agustus-2026 Diterima Tgl: 30-September-2026 Diterbitkan Tgl: 13-Oktober-2026

Abstrak: Keselamatan pasien merupakan komponen penting dalam mutu pelayanan rumah sakit dan perlu didukung melalui implementasi standar akreditasi yang konsisten. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi Standar Akreditasi LARSI pada elemen Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit X di Kudus. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif dan studi kasus. Populasi statistik tidak digunakan karena penelitian kualitatif menggunakan informan, yaitu tujuh informan yang dipilih secara *purposive sampling* berdasarkan keterlibatan dalam keselamatan pasien. Instrumen penelitian meliputi lembar observasi, pedoman wawancara, *checklist* telaah dokumen, *surgical safety checklist*, dan dokumen pendukung. Data dikumpulkan melalui observasi, wawancara mendalam, dan telaah dokumen, kemudian dianalisis menggunakan model Miles dan Huberman melalui reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan dan verifikasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa SKP 1, SKP 3, SKP 4, dan SKP 5 terpenuhi lengkap. SKP 2 masih memiliki kesenjangan pada dokumentasi pelaporan hasil kritis, sedangkan SKP 6 menunjukkan ketidakkonsistenan penandaan dan dokumentasi risiko jatuh pada rawat jalan. Kesimpulannya, implementasi SKP secara umum telah berjalan, tetapi penguatan dokumentasi komunikasi dan manajemen risiko jatuh rawat jalan masih diperlukan.

Kata Kunci: Akreditasi Rumah Sakit, Keselamatan Pasien, Komunikasi Efektif, Manajemen Risiko, Sasaran Keselamatan Pasien

Abstrak : *Patient safety is an essential component of hospital service quality and requires consistent implementation of accreditation standards. This study aimed to analyze the implementation of LARSI Hospital Accreditation Standards on the Patient Safety Goals elements at X Hospital in Kudus. A qualitative approach with a descriptive design and case study was employed. Statistical population was not applied because the study used qualitative informants, consisting of seven informants selected through purposive sampling based on their involvement in patient safety practices. Research instruments included an observation sheet, interview guide, document review checklist, surgical safety checklist, and supporting documents. Data were collected through observation, in-depth interviews, and document review and analyzed using the Miles and Huberman model through data reduction, data presentation, and conclusion drawing and verification. The results showed that Patient Safety Goals 1, 3, 4, and 5 were fully fulfilled. Patient Safety Goal 2 showed a gap in the documentation of critical test result reporting, while Patient Safety Goal 6 showed inconsistencies in fall-risk identification and documentation in outpatient services. The study concludes that patient safety goal implementation was generally well established, although strengthening communication documentation and outpatient fall-risk management remains necessary.*

Keywords: *Accreditation, Communication, Hospital, Patient Safety, Risk Management*

Copyright©2026: Yuliana Aulia Arifany, Muhammad Purnomo, Zunia Khairunnisa, Fitriana Kartikasari, & Indanah

Cara mengutip Arifany, Y. A., Purnomo, M., Khairunnisa, Z., Kartikasari, F., & Indanah. (2026). Implementasi Standar Akreditasi Larsi pada Elemen Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit di Kudus. *JIKES : Jurnal Ilmu Kesehatan*, *5*(1), 1366–1382. https://doi.org/10.71456/jik.v5i1.2652

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien merupakan komponen esensial dalam mutu pelayanan kesehatan karena berorientasi pada pencegahan insiden yang dapat menimbulkan cedera akibat kesalahan medis maupun kegagalan sistem pelayanan. Melalui *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*, World Health Organization (WHO) menekankan pentingnya penguatan budaya keselamatan pasien pada seluruh tingkat pelayanan kesehatan, termasuk melalui kepemimpinan, pelibatan pasien, dan penguatan sistem pelaporan insiden (World Health Organization, 2021). Pelayanan kesehatan juga memiliki peran penting dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat (Purnomo et al., 2023). Namun, keselamatan pasien masih menjadi persoalan global karena di negara berkembang sekitar satu dari sepuluh pasien mengalami insiden yang sebenarnya dapat dicegah selama proses perawatan, seperti *medication error*, infeksi nosokomial, dan kesalahan identifikasi pasien (World Health Organization, 2022). Kondisi tersebut menunjukkan bahwa peningkatan mutu dan keselamatan pasien memerlukan sistem yang terukur dan berkelanjutan, salah satunya melalui penerapan akreditasi rumah sakit.

Akreditasi rumah sakit menjadi salah satu instrumen untuk mendorong peningkatan mutu pelayanan dan penguatan budaya keselamatan pasien. Hussein et al. (2021) menunjukkan bahwa akreditasi secara umum berkontribusi terhadap peningkatan proses pelayanan, kepatuhan terhadap standar mutu, dan penguatan budaya keselamatan pasien. Di Indonesia, akreditasi ditempatkan sebagai instrumen penting dalam memastikan rumah sakit memenuhi standar pelayanan dan menjalankan budaya mutu secara berkelanjutan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Penguatan tersebut dilanjutkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 yang menempatkan *good corporate governance* dan *good clinical governance* sebagai dimensi penting dalam penyelenggaraan rumah sakit (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Standar tersebut menjadi dasar bagi lembaga akreditasi independen, termasuk Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia (LARSI), dalam menilai kesiapan dan kinerja rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang bermutu dan aman. Hingga tahun 2024, lebih dari 3.000 rumah sakit telah terakreditasi secara nasional melalui lembaga independen seperti LARSI (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

Meskipun cakupan akreditasi rumah sakit terus berkembang, pemenuhan standar akreditasi belum selalu menunjukkan penerapan yang konsisten dalam praktik pelayanan sehari-hari. Kementerian Kesehatan menyoroti adanya kesenjangan antara pemenuhan dokumen akreditasi dan penerapan standar pelayanan di lapangan, sehingga pengawasan terhadap implementasi menjadi penting agar akreditasi tidak berhenti pada pemenuhan administratif, tetapi benar-benar menghasilkan pelayanan yang aman, efektif, dan berorientasi pada pasien. Kondisi tersebut juga terlihat dari penelitian Indrayani et al. (2021) di RSUP Sanglah Denpasar yang menunjukkan bahwa akreditasi berkontribusi terhadap peningkatan budaya keselamatan pasien, terutama dalam kesadaran tenaga kesehatan dan kepatuhan terhadap prosedur, tetapi peningkatannya belum merata pada seluruh dimensi

Copyright©2026: Yuliana Aulia Arifany, Muhammad Purnomo, Zunia Khairunnisa, Fitriana Kartikasari, & Indanah

pelayanan. Konsistensi penerapan prosedur keselamatan, komunikasi antar tenaga kesehatan, dan keterlibatan pasien masih menjadi aspek yang memerlukan perhatian. Dengan demikian, keberhasilan akreditasi tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan dokumen, tetapi juga oleh perubahan perilaku, komitmen organisasi, dan penguatan budaya keselamatan secara berkelanjutan.

Permasalahan implementasi tersebut menjadi semakin relevan dalam konteks pelayanan rumah sakit di Jawa Tengah. Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2024, sebanyak 347 rumah sakit atau 96,12% telah terdaftar dan sebagian besar telah memperoleh akreditasi Paripurna, yaitu sebesar 92,2%, melalui lembaga independen seperti LARSI dan KARS. Namun, masih terdapat disparitas mutu pelayanan antar rumah sakit, khususnya antara rumah sakit besar di wilayah perkotaan dengan rumah sakit swasta atau keagamaan di daerah pinggiran. Dalam konteks tersebut, akreditasi Paripurna LARSI merupakan bentuk pencapaian tertinggi yang diberikan setelah rumah sakit menjalani evaluasi terhadap standar kualitas pelayanan kesehatan dan pengelolaan rumah sakit.

Permasalahan implementasi tercermin dari laporan rekapitulasi pengaduan bulanan Rumah Sakit X tahun 2025. Pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 1 ditemukan kejadian nyaris cedera ketika perawat hampir memberikan obat kepada pasien anak dengan dosis pasien dewasa karena adanya kemiripan nama pasien. Pada SKP 2 juga ditemukan masalah komunikasi efektif berupa koordinasi yang kurang baik antara dokter IGD dan dokter spesialis yang menyebabkan terhentinya terapi insulin dan oksigen pada pasien hipertensi dan diabetes melitus. Temuan tersebut memberikan gambaran awal bahwa status akreditasi Paripurna belum serta-merta menghilangkan potensi kesenjangan antara standar dan praktik pelayanan. Data tersebut memerlukan kajian yang lebih mendalam untuk melihat penerapan standar LARSI pada seluruh elemen Sasaran Keselamatan Pasien serta mengetahui aspek yang telah sesuai maupun aspek yang masih memerlukan penguatan.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi Standar Akreditasi Rumah Sakit LARSI pada elemen Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit X, yang mencakup ketepatan identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat berisiko tinggi, kepastian lokasi, prosedur dan pasien yang benar pada tindakan medis, pencegahan dan pengendalian infeksi, serta pencegahan risiko pasien jatuh. Penelitian ini penting dilakukan agar pencapaian akreditasi Paripurna tidak hanya dipahami sebagai keberhasilan administratif, tetapi juga dapat dinilai berdasarkan penerapannya dalam praktik pelayanan rumah sakit. Secara ilmiah, penelitian ini memberikan gambaran empiris mengenai implementasi standar akreditasi LARSI dalam kaitannya dengan keselamatan pasien dan memperkaya kajian manajemen pelayanan kesehatan, khususnya pada rumah sakit berbasis nilai sosial-keagamaan. Secara praktis, hasil penelitian dapat menjadi bahan evaluasi bagi manajemen Rumah Sakit X untuk mengidentifikasi area perbaikan dan memperkuat implementasi standar secara berkelanjutan. Dengan demikian, fokus penelitian pada penerapan nyata enam Sasaran Keselamatan Pasien di rumah sakit yang telah memperoleh akreditasi Paripurna menjadi aspek penting dalam memberikan gambaran mengenai kesesuaian antara standar akreditasi dan praktik pelayanan.

Copyright©2026: Yuliana Aulia Arifany, Muhammad Purnomo, Zunia Khairunnisa, Fitriana Kartikasari, & Indanah

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif kualitatif dan pendekatan studi kasus (Sugiyono, 2023). Pemilihan desain tersebut disesuaikan dengan tujuan penelitian untuk menggambarkan secara mendalam, menyeluruh, dan kontekstual implementasi Sasaran Keselamatan Pasien berdasarkan standar akreditasi rumah sakit LARSI di Rumah Sakit X. Pendekatan kualitatif memungkinkan peneliti mengeksplorasi pengalaman informan, praktik keselamatan pasien pada unit pelayanan penerapan Sasaran Keselamatan Pasien.

Instrumen penelitian disusun berdasarkan elemen Sasaran Keselamatan Pasien dalam Instrumen Standar Akreditasi Rumah Sakit LARSI Edisi 1 Tahun 2022. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, wawancara mendalam, dan telaah dokumen. Observasi digunakan untuk memperoleh gambaran langsung mengenai praktik penerapan SKP pada unit pelayanan rumah sakit dengan menggunakan lembar observasi berdasarkan instrumen survei akreditasi LARSI. Wawancara dilakukan secara mendalam dan semi-terstruktur untuk menggali pengalaman, persepsi, pemahaman, serta praktik informan mengenai implementasi SKP dengan menggunakan pedoman wawancara yang disusun berdasarkan instrumen survei akreditasi LARSI. Telaah dokumen dilakukan terhadap kebijakan, standar operasional prosedur, *checklist* internal, formulir pelayanan, dan laporan insiden keselamatan pasien. Instrumen yang digunakan meliputi lembar observasi, pedoman wawancara, *checklist* telaah dokumen, *surgical safety checklist*, serta dokumen pendukung yang berkaitan dengan masing-masing sasaran keselamatan pasien (Sugiyono, 2023).

Informan penelitian ditentukan dengan teknik *purposive sampling*, karena penelitian kualitatif tidak menggunakan sampel statistik, melainkan informan yang dipilih berdasarkan keterlibatan dan relevansinya terhadap fokus penelitian (Sugiyono, 2023). Kriteria informan meliputi pihak yang terlibat langsung dalam pelaksanaan SKP, memahami kebijakan dan prosedur keselamatan pasien, serta memiliki pengalaman kerja yang relevan pada unit pelayanan rumah sakit. Informan meliputi Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), kepala ruangan rawat inap, perawat pelaksana, dokter, serta tenaga kesehatan lain yang relevan seperti apoteker yang terlibat dalam pelayanan pasien. Jumlah informan ditentukan berdasarkan prinsip *data saturation*, yaitu proses pengumpulan data dihentikan ketika informasi yang diperoleh telah berulang dan tidak ditemukan data baru yang signifikan.

Prosedur penelitian dilakukan secara sistematis melalui tahapan pengumpulan dan pengolahan data kualitatif. Data yang diperoleh melalui observasi, wawancara, dan telaah dokumen dianalisis menggunakan model analisis data kualitatif Miles dan Huberman yang meliputi reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan dan verifikasi. Pada tahap reduksi, data diringkas, dipilah berdasarkan relevansinya dengan enam SKP, dikelompokkan sesuai kategori masing-masing sasaran, serta dilakukan *coding* untuk memudahkan proses analisis. Selanjutnya, data disajikan dalam bentuk uraian hasil observasi, telaah dokumen, dan wawancara. Tahap berikutnya adalah penarikan kesimpulan dengan membandingkan temuan penelitian terhadap standar akreditasi LARSI untuk mengidentifikasi kesesuaian dan kesenjangan implementasi. Keabsahan data dilakukan melalui triangulasi sumber dan metode dengan membandingkan informasi dari berbagai informan serta mencocokkannya dengan hasil observasi dan dokumen yang tersedia.

Copyright©2026: Yuliana Aulia Arifany, Muhammad Purnomo, Zunia Khairunnisa, Fitriana Kartikasari, & Indanah

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Informan

Tabel 1. Karakteristik Informan Keselamatan Pasien Berdasarkan LARSI di Rumah Sakit X Tahun 2026

No	Kode Informan	Jenis Kelamin	Lama Bekerja
1	I1	Perempuan	3 tahun
2	I2	Perempuan	3 tahun
3	I3	Perempuan	2 tahun
4	I4	Perempuan	3 tahun
5	I5	Perempuan	3 tahun
6	I6	Perempuan	2 tahun
7	I7	Perempuan	4 bulan

Sumber: Data primer hasil wawancara, 2026

Berdasarkan Tabel 1, informan dalam penelitian ini memiliki latar belakang jabatan dan unit kerja yang beragam. Keragaman tersebut diperlukan untuk memperoleh informasi yang lebih komprehensif mengenai implementasi Sasaran Keselamatan Pasien, karena setiap informan memiliki peran, tanggung jawab, serta pengalaman yang berbeda dalam pelaksanaan keselamatan pasien. Lama bekerja menjadi bagian dari karakteristik informan yang dapat memberikan konteks terhadap pengalaman dan pemahaman informan mengenai pelaksanaan SKP.

Hasil pemenuhan EP setiap sasaran sebagai berikut:

Tabel 2. Rekapitulasi Hasil Pemenuhan EP

No	Elemen Penilaian	Hasil Dokumen			Hasil Observasi			Hasil Wawancara			Keterangan
		TL	TS	TT	TL	TS	TT	TL	TS	TT	
Sasaran 1: Mengidentifikasi Pasien dengan Benar											
a.	Rumah sakit telah menetapkan regulasi terkait Sasaran keselamatan pasien meliputi poin 1–6 pada gambaran umum.	✓	-	-	Irrelevan			Irrelevan			Terpenuhi Lengkap
b.	Rumah sakit telah menerapkan proses identifikasi pasien menggunakan minimal 2 (dua) identitas, dapat memenuhi tujuan identifikasi pasien dan sesuai dengan ketentuan rumah sakit.	✓	-	-	✓	-	-	✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
c.	Pasien telah diidentifikasi menggunakan minimal dua jenis identitas meliputi poin 1–4 dalam maksud dan tujuan.	✓	-	-	✓	-	-	✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
d.	Rumah sakit memastikan pasien teridentifikasi dengan tepat pada situasi khusus, dan penggunaan label seperti tercantum dalam maksud dan tujuan.	✓	-	-	✓	-	-	✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
Sasaran 2: Meningkatkan Komunikasi yang Efektif											

Copyright©2026: Yuliana Aulia Arifany, Muhammad Purnomo, Zunia Khairunnisa, Fitriana Kartikasari, & Indanah

No	Elemen Penilaian	Hasil Dokumen			Hasil Observasi			Hasil Wawancara			Keterangan
		TL	TS	TT	TL	TS	TT	TL	TS	TT	
a.	Rumah sakit telah menerapkan komunikasi saat menerima instruksi melalui telepon: menulis/menginput ke komputer – membacakan – konfirmasi kembali (writedown, read back, confirmation) dan SBAR saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP serta didokumentasikan dalam rekam medik.	✓	-	-	✓	-	-	✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
b.	Rumah sakit telah menerapkan komunikasi saat pelaporan hasil kritis pemeriksaan penunjang diagnostik melalui telepon: menulis/menginput ke komputer – membacakan – konfirmasi kembali (writedown, read back, confirmation) dan didokumentasikan dalam rekam medik.	-	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	Terpenuhi Sebagian
c.	Rumah sakit telah menerapkan komunikasi saat serah terima sesuai dengan jenis serah terima meliputi poin 1)–3) dalam maksud dan tujuan.	✓	-	-	✓	-	-	✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
SKP 3: Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan yang Harus Diwaspadai											
a.	Rumah sakit menetapkan daftar obat kewaspadaan tinggi (High Alert) termasuk obat Look-Alike Sound Alike (LASA).	✓	-	-	Irrelevan			Irrelevan			Terpenuhi Lengkap
b.	Rumah sakit menerapkan pengelolaan obat kewaspadaan tinggi (High Alert) termasuk obat Look-Alike Sound Alike (LASA) secara seragam di seluruh area rumah sakit untuk mengurangi risiko dan cedera.	✓	-	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
c.	Rumah sakit mengevaluasi dan memperbaharui daftar obat High Alert dan obat Look-Alike Sound Alike (LASA) yang sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali berdasarkan laporan insiden lokal, nasional dan internasional.	✓	-	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
3.1 Rumah sakit menerapkan proses untuk meningkatkan keamanan penggunaan elektrolit konsentrat											

Copyright©2026: Yuliana Aulia Arifany, Muhammad Purnomo, Zunia Khairunnisa, Fitriana Kartikasari, & Indanah

No	Elemen Penilaian	Hasil Dokumen			Hasil Observasi			Hasil Wawancara			Keterangan
		TL	TS	TT	TL	TS	TT	TL	TS	TT	
a.	Rumah sakit menerapkan proses penyimpanan elektrolit konsentrat tertentu hanya di Instalasi Farmasi, kecuali di unit pelayanan dengan pertimbangan klinis untuk mengurangi risiko dan cedera pada penggunaan elektrolit konsentrat.	✓	-	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
b.	Penyimpanan elektrolit konsentrat di luar Instalasi Farmasi diperbolehkan hanya untuk situasi yang ditentukan sesuai dalam maksud dan tujuan.	✓	-	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
c.	Rumah sakit menetapkan dan menerapkan protokol koreksi hipokalemia, hiponatremia, hipofosfatemia.	✓	-	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
Sasaran 4: Memastikan Sisi yang Benar, Prosedur yang Benar, Pasien yang Benar pada Pembedahan/Tindakan Invasif											
a.	Rumah sakit telah melaksanakan proses verifikasi pra operasi dengan daftar tilik untuk memastikan benar pasien, benar tindakan dan benar sisi.	✓	-	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
b.	Rumah sakit telah menetapkan dan menerapkan tanda yang seragam, mudah dikenali dan tidak bermakna ganda untuk mengidentifikasi sisi operasi atau tindakan invasif.	✓	-	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
c.	Rumah sakit telah menerapkan penandaan sisi operasi atau tindakan invasif (site marking) dilakukan oleh dokter operator/dokter asisten yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien bila memungkinkan.	✓	-	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
d.	Rumah sakit telah menerapkan proses Time-Out menggunakan “surgical check list” (Surgical Safety Checklist dari WHO terkini pada tindakan operasi termasuk tindakan medis invasif.	✓	-	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
SKP 5: Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan											

Copyright©2026: Yuliana Aulia Arifany, Muhammad Purnomo, Zunia Khairunnisa, Fitriana Kartikasari, & Indanah

No	Elemen Penilaian	Hasil Dokumen			Hasil Observasi			Hasil Wawancara			Keterangan
		TL	TS	TT	TL	TS	TT	TL	TS	TT	
a.	Rumah sakit telah menerapkan kebersihan tangan (hand hygiene) yang mengacu pada standar WHO terkini.	✓	-	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
b.	Terdapat proses evaluasi terhadap pelaksanaan program kebersihan tangan di rumah sakit serta upaya perbaikan yang dilakukan untuk meningkatkan pelaksanaan program.	✓	-	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
SKP 6: Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh											
a.	Rumah sakit telah melaksanakan skrining pasien rawat jalan pada kondisi, diagnosis, situasi atau lokasi yang dapat menyebabkan pasien berisiko jatuh, dengan menggunakan alat bantu/metode skrining yang ditetapkan rumah sakit.	✓	-	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
b.	Tindakan dan/atau intervensi dilakukan untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien jika hasil skrining menunjukkan adanya risiko jatuh dan skrining serta intervensi didokumentasikan.	-	✓	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Sebagian
6.1 Rumah sakit menerapkan proses untuk mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh di rawat jalan											
a.	Rumah sakit telah melakukan pengkajian risiko jatuh untuk semua pasien rawat inap baik dewasa maupun anak menggunakan metode pengkajian yang baku sesuai dengan ketentuan rumah sakit.	✓	-	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
b.	Rumah sakit telah melaksanakan pengkajian ulang risiko jatuh pada pasien rawat inap karena adanya perubahan kondisi, atau memang sudah mempunyai risiko jatuh dari hasil pengkajian.	✓	-	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Lengkap
c.	Tindakan dan/atau intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien rawat inap telah dilakukan dan didokumentasikan.	✓	-	-	Irrelevan			✓	-	-	Terpenuhi Lengkap

Copyright©2026: Yuliana Aulia Arifany, Muhammad Purnomo, Zunia Khairunnisa, Fitriana Kartikasari, & Indanah

PEMBAHASAN

Sasaran 1: Mengidentifikasi Pasien dengan Benar

Maksud dan tujuan dari sasaran ini adalah untuk memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan dan untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien (LARSI, 2022).

Hasil telusur dokumen dan observasi didapatkan bahwa Rumah Sakit X telah menerapkan sebagian besar SKP 1: Mengidentifikasi pasien dengan benar. Identifikasi yang dilakukan di Rumah Sakit X ini jika dibandingkan dengan Sasaran Keselamatan Pasien Sasaran 1 telah memenuhi standar tersebut yang menyatakan bahwa identitas pasien yang tercetak pada berkas RM minimal tercetak dengan 3 (tiga) identitas, yaitu: 1) nama pasien sesuai eKTP 2) tanggal lahir dan 3) nomor RM.

Berdasarkan hasil wawancara, sebagian besar informan menyatakan identifikasi pasien secara verbal dilakukan dengan menanyakan minimal 2 (dua) dari 3 (tiga) identitas yang tercetak kepada pasien. petugas menggunakan minimal dua identitas pasien, terutama nama dan tanggal lahir, kemudian mencocokkannya dengan gelang identitas maupun data pelayanan pasien. Pada kondisi tertentu, seperti pasien dengan nama yang sama, dilakukan pengecekan tambahan menggunakan alamat atau nomor rekam medis.

Temuan tersebut sesuai dengan standar LARSI yang mensyaratkan rumah sakit menerapkan proses untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien. identifikasi minimal menggunakan dua identitas, yaitu nama lengkap dan tanggal lahir atau nomor rekam medis, sebelum pemberian tindakan medis maupun obat. Tujuan dari proses tersebut adalah memastikan bahwa pasien yang menerima pelayanan merupakan pasien yang tepat dan pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Temuan ini sejalan dengan Murtiningtyas & Dhamanti (2022) yang menjelaskan bahwa identifikasi pasien merupakan bagian penting dalam program keselamatan pasien dengan rendahnya kepatuhan petugas menjadi salah satu faktor yang menyebabkan implementasi identifikasi pasien belum optimal. Penelitian tersebut juga menekankan pentingnya pembinaan, pengawasan, edukasi, dan pelatihan secara berkala agar identifikasi dilakukan sesuai standar. Temuan penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Ningtias & Sundari (2024) mengenai implementasi identifikasi pasien pada pelayanan rawat inap yang menggunakan pendekatan kualitatif studi kasus. Penelitian tersebut menempatkan identifikasi pasien sebagai bagian penting untuk mengurangi risiko kesalahan medis dan meningkatkan keselamatan pasien.

Meskipun demikian, Rumah Sakit X secara umum melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan, prosedur diagnostik, sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, pemberian diet, radioterapi, menerima cairan intravena, pengambilan darah atau spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma. Proses identifikasi pasien tersebut dilakukan baik secara verbal dengan menanyakan identitas pasien pada pasien langsung atau keluarga pasien dan dilakukan secara visual dengan melihat identitas pada gelang pasien dan dicocokkan dengan berkas RM pasien.

Sasaran 2: Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua

Copyright©2026: Yuliana Aulia Arifany, Muhammad Purnomo, Zunia Khairunnisa, Fitriana Kartikasari, & Indanah

(*ambiguous*), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien (LARSI, 2022).

Pada SKP 2, dalam melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal atau verbal lewat telepon antar PPA, Rumah Sakit X telah memiliki regulasi tentang komunikasi efektif antar PPA berupa SPO dan panduan pelaksanaan komunikasi efektif dengan menggunakan teknik SBAR. Panduan tersebut berbentuk contoh percakapan yang ditempel di mading setiap unit/instalasi di rumah sakit. Selain itu, Rumah Sakit X melaksanakan pelatihan komunikasi efektif antar PPA secara bergiliran dan menggunakan teknik SBAR (*Situation, Background, Analysis, Recomendation*) dalam proses komunikasi antar PPA.

Hasil ini sejalan dengan Shafira & Dhamanti (2023) yang melalui *literature review* menemukan bahwa SBAR telah digunakan di banyak rumah sakit di Indonesia dan dinilai efektif dalam mendukung keselamatan pasien. Namun, penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa implementasi SBAR dipengaruhi oleh pengalaman kerja, lama bekerja, kesamaan persepsi, pemahaman petugas, sosialisasi, dan keberadaan SOP. Komunikasi yang tidak memadai merupakan salah satu faktor yang dapat berkontribusi terhadap kejadian yang tidak diinginkan, sedangkan metode komunikasi terstruktur seperti SBAR dapat membantu meningkatkan keselamatan pasien.

Temuan penelitian ini menunjukkan persoalan yang lebih spesifik pada pelaporan hasil kritis. Hasil wawancara menunjukkan bahwa hasil kritis disampaikan melalui telepon karena informasi tersebut harus segera diterima oleh petugas yang bertanggung jawab. Hal tersebut memperlihatkan adanya kesenjangan antara praktik komunikasi dan dokumentasi komunikasi. Secara operasional, informasi memang disampaikan, tetapi bukti bahwa seluruh tahapan komunikasi efektif telah dilakukan belum sepenuhnya dapat ditelusuri.

Kondisi ini sejalan dengan penelitian Gustaman & Muntaha (2025) di Rumah Sakit Jasa Kartini Tasikmalaya. Penelitian tersebut menemukan bahwa komunikasi melalui telepon telah sesuai dengan instrumen akreditasi, tetapi masih terdapat hambatan berupa perubahan sistem rekam medis elektronik dan pergantian tenaga kerja yang memengaruhi pemahaman petugas. Pada pelaporan hasil kritis juga ditemukan ketidaksesuaian waktu pelaporan dengan standar yang ditetapkan.

Dengan demikian, penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu bahwa keberadaan metode komunikasi terstruktur belum secara otomatis menjamin seluruh aspek komunikasi berjalan sempurna. Rumah Sakit X menghadapi persoalan yang lebih terlihat bukan pada pemahaman petugas mengenai pentingnya komunikasi, melainkan pada konsistensi bukti dokumentasi.

Temuan ini menjadikan komunikasi keselamatan pasien bukan hanya proses menyampaikan informasi, tetapi juga proses memastikan informasi diterima, dikonfirmasi, dan dapat ditelusuri kembali. Oleh karena itu, penguatan SKP 2 perlu diarahkan pada penyamaan persepsi mengenai dokumentasi komunikasi hasil kritis, bukan hanya pada pelatihan SBAR.

Sasaran 3: Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan yang Harus Diwaspadai

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi SKP 3 mengenai peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai telah berjalan dengan baik. Rumah sakit telah

Copyright©2026: Yuliana Aulia Arifany, Muhammad Purnomo, Zunia Khairunnisa, Fitriana Kartikasari, & Indanah

memiliki pengaturan mengenai obat *high alert*, LASA, serta elektrolit konsentrat. Pengelolaan dilakukan melalui penempatan khusus, pelabelan, dan mekanisme pengamanan tertentu. Temuan tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit telah membangun sistem pengendalian risiko obat melalui beberapa tahapan, mulai dari penetapan daftar
obat, penyimpanan, pelabelan, hingga pengelolaan obat yang memiliki risiko tinggi. Penelitian di Rumah Sakit X menunjukkan bahwa standar keselamatan pasien telah diterjemahkan menjadi prosedur operasional yang konkret.

Temuan ini sesuai dengan standar Larsi yang menjelaskan bahwa obat *High Alert* memiliki risiko menyebabkan cedera serius apabila digunakan secara tidak tepat. Oleh karena itu, rumah sakit perlu menerapkan strategi seperti penyimpanan khusus, pelabelan, *double checking*, pembatasan akses, dan panduan penggunaan. Obat LASA juga membutuhkan perhatian khusus karena kemiripan nama maupun bentuk dapat meningkatkan risiko kesalahan obat. SKP 3 membutuhkan dukungan berupa daftar obat, tempat penyimpanan, label, serta tenaga yang memiliki kompetensi farmasi dan pelayanan. Keberadaan apoteker sebagai informan juga memperlihatkan bahwa implementasi SKP 3 melibatkan sumber daya profesional yang sesuai dengan karakteristik sasaran.

SKP 3.1 menunjukkan bahwa rumah sakit telah mengatur penyimpanan elektrolit konsentrat terutama di Instalasi Farmasi, sementara penyimpanan pada unit tertentu dapat dilakukan berdasarkan pertimbangan klinis. Temuan ini menunjukkan adanya upaya menyeimbangkan prinsip keamanan obat dengan kebutuhan pelayanan klinis, khususnya kegawatdaruratan. kondisi tersebut memperlihatkan bahwa implementasi dipengaruhi oleh struktur birokrasi dan sumber daya. Struktur birokrasi terlihat melalui adanya kebijakan dan pengaturan penyimpanan, sedangkan sumber daya terlihat melalui tersedianya daftar obat, fasilitas penyimpanan, pelabelan, dan tenaga profesional. Implementasi yang baik terjadi karena standar telah diterjemahkan menjadi mekanisme operasional yang dapat dijalankan petugas.

Hal tersebut sejalan dengan temuan Hussein *et al*. (2021) bahwa akreditasi secara umum memberikan pengaruh positif terhadap sejumlah aspek mutu pelayanan dan keselamatan pasien, walaupun dampaknya terhadap indikator klinis tidak selalu konsisten. Akreditasi lebih kuat pengaruhnya ketika standar diterjemahkan menjadi sistem dan praktik organisasi.

Temuan ini juga sesuai dengan penelitian Milania *et al*. (2025) yang menunjukkan bahwa akreditasi dapat mendukung budaya keselamatan pasien melalui kepemimpinan, komunikasi terbuka, kerja tim, kompetensi petugas, dan sistem pelaporan. Namun, penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa masih terdapat aspek yang perlu diperbaiki, terutama respons terhadap kesalahan dan pelaporan insiden.

Dengan demikian, implementasi SKP 3 di Rumah Sakit X menunjukkan bahwa akreditasi telah mendorong terbentuknya sistem pengendalian risiko obat yang lebih terstruktur. Namun, keberlanjutan sistem tersebut tetap memerlukan evaluasi berkala karena daftar obat *high alert* dan LASA dapat berubah sesuai dengan penggunaan obat dan perkembangan risiko pelayanan.

Copyright©2026: Yuliana Aulia Arifany, Muhammad Purnomo, Zunia Khairunnisa, Fitriana Kartikasari, & Indanah

Sasaran 4: Memastikan Sisi yang Benar, Prosedur yang Benar, Pasien yang Benar pada Pembedahan/Tindakan Invasif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi SKP 4 mengenai kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien pada tindakan operasi atau tindakan invasif telah terpenuhi lengkap. Rumah sakit telah menerapkan *site marking* dan *time-out* sebelum tindakan. Hasil wawancara menunjukkan bahwa *site marking* dilakukan pada lokasi tubuh yang akan dilakukan tindakan. Informan juga menjelaskan bahwa sebelum tindakan dilakukan pengecekan kembali terhadap identitas pasien, tindakan, serta hasil pemeriksaan penunjang. Pelaksanaan *time-out* juga dilakukan sebelum tindakan pembedahan.

Temuan tersebut sesuai dengan standar LARSI yang menekankan verifikasi praoperasi, *site marking*, serta *time-out* untuk memastikan pasien, prosedur, dan lokasi yang benar. *Time-out* harus dilakukan sesaat sebelum tindakan dan tim harus menyepakati identitas pasien, prosedur, serta sisi tindakan. keberhasilan SKP 4 menunjukkan kuatnya struktur birokrasi yang terlihat melalui *Surgical Safety Checklist* dan prosedur verifikasi, sedangkan komunikasi terlihat ketika seluruh anggota tim melakukan konfirmasi bersama sebelum tindakan. Dengan demikian, keselamatan operasi tidak hanya menjadi tanggung jawab dokter operator, tetapi menjadi tanggung jawab bersama seluruh anggota tim.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Indrayani *et al.* (2021) mengenai akreditasi dan keselamatan pasien yang menunjukkan bahwa penerapan standar dapat membentuk sistem keselamatan yang lebih terstruktur, menemukan bahwa akreditasi memberikan dampak positif terhadap perubahan pengetahuan, sikap, dan perilaku tenaga kesehatan dalam budaya keselamatan pasien. Perubahan tersebut terlihat dalam bentuk penerapan verifikasi berlapis. Keselamatan pasien tidak hanya bergantung pada keputusan dokter operator, tetapi diperkuat melalui keterlibatan tim dan pemeriksaan ulang.

Hal tersebut juga memperlihatkan bahwa implementasi standar akreditasi dapat berfungsi sebagai pencegahan terhadap kesalahan. Apabila terjadi ketidaksesuaian identitas, lokasi, diagnosis, atau tindakan, proses *time-out* memberikan kesempatan kepada tim untuk menghentikan atau memperbaiki proses sebelum tindakan dilakukan.

Dengan demikian, SKP 4 merupakan salah satu area implementasi yang relatif kuat. Tantangan selanjutnya adalah memastikan bahwa *site marking* dan *time-out* tetap dilakukan secara bermakna, bukan hanya sebagai aktivitas *checklist* menjelang survei akreditasi.

Sasaran 5: Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi SKP 5 mengenai pengurangan risiko infeksi melalui kebersihan tangan telah berjalan. Rumah sakit telah memiliki program kebersihan tangan, fasilitas pendukung, serta kegiatan monitoring dan evaluasi. Implementasi tersebut menunjukkan bahwa pencegahan infeksi telah menjadi bagian dari sistem keselamatan pasien. Kebersihan tangan tidak hanya dipahami sebagai tindakan individu, tetapi merupakan bagian dari program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

Hasil tersebut sesuai dengan konsep SKP 5 LARSI bahwa kebersihan tangan merupakan tindakan utama untuk mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

Copyright©2026: Yuliana Aulia Arifany, Muhammad Purnomo, Zunia Khairunnisa, Fitriana Kartikasari, & Indanah

Rumah sakit harus memiliki kebijakan dan prosedur yang mengacu pada pedoman *hand hygiene* yang diterima secara luas. Hal yang menarik dari temuan penelitian ini adalah bahwa implementasi SKP 5 tidak berhenti pada penyediaan fasilitas atau keberadaan SPO. Rumah sakit telah melakukan pemantauan kepatuhan setiap unit dan melaporkannya secara berkala. Apabila hasil evaluasi menunjukkan perlunya perbaikan, dilakukan edukasi ulang, pelatihan ulang, maupun *In-House Training* PPI. Kondisi tersebut menunjukkan penerapan siklus perbaikan mutu berkelanjutan. Pengukuran kepatuhan digunakan untuk mengetahui kondisi aktual, hasil pengukuran dilaporkan, kemudian digunakan sebagai dasar menentukan tindakan perbaikan. Proses ini menunjukkan adanya dukungan struktur birokrasi melalui sistem monitoring dan evaluasi, sekaligus disposisi karena petugas menerima kebersihan tangan sebagai bagian dari tanggung jawab profesional.

Temuan tersebut sesuai dengan hasil penelitian Indrayani *et al.* (2021) yang menempatkan budaya keselamatan sebagai proses organisasi yang membutuhkan pembelajaran, evaluasi, pendidikan, dan perubahan perilaku secara berkelanjutan. Kebersihan tangan merupakan perilaku yang dilakukan berulang kali pada banyak situasi pelayanan. Oleh sebab itu, tersedianya SOP dan fasilitas belum dapat dianggap sebagai jaminan bahwa kepatuhan akan selalu tinggi.

Hal tersebut sejalan dengan kajian Milania *et al.* (2025) tentang budaya keselamatan yang menunjukkan bahwa perubahan perilaku keselamatan membutuhkan dukungan organisasi, pelatihan, supervisi, dan umpan balik secara berkelanjutan. Kajian tersebut juga menunjukkan bahwa pengaruh akreditasi terhadap budaya keselamatan berkaitan dengan dukungan kepemimpinan, komunikasi, kerja tim, kompetensi staf, dan sistem pelaporan.

Dengan demikian, implementasi SKP 5 di Rumah Sakit Xdapat dipahami sebagai proses yang membutuhkan pemeliharaan budaya, bukan sekadar pemenuhan standar. Monitoring kepatuhan dan pemberian umpan balik menjadi penting agar kebersihan tangan tetap menjadi kebiasaan keselamatan yang konsisten.

Sasaran 6: Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh

Implementasi SKP 6 mengenai pengurangan risiko pasien jatuh menunjukkan temuan yang paling kritis dalam penelitian ini. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan implementasi antara pelayanan rawat inap dan rawat jalan.

Pada rawat jalan ditemukan kondisi pasien yang berisiko jatuh telah dibantu menggunakan kursi roda, tetapi terdapat pasien yang diberikan kursi roda tanpa tanda kuning risiko jatuh. Temuan tersebut menunjukkan bahwa intervensi terhadap risiko telah dilakukan, tetapi penandaan risiko belum konsisten. Kondisi ini memperlihatkan adanya kesenjangan antara skrining, identifikasi, intervensi, dan dokumentasi risiko jatuh. Dengan kata lain, rumah sakit telah memberikan respons terhadap pasien yang dianggap berisiko, tetapi seluruh rangkaian manajemen risiko belum sepenuhnya terintegrasi pada pelayanan rawat jalan.

Temuan ini perlu mendapat perhatian karena standar LARSI tidak hanya mensyaratkan adanya tindakan untuk mengurangi risiko jatuh, tetapi juga mensyaratkan hasil skrining dan intervensi didokumentasikan. Standar LARSI menegaskan bahwa pada

Copyright©2026: Yuliana Aulia Arifany, Muhammad Purnomo, Zunia Khairunnisa, Fitriana Kartikasari, & Indanah

rawat jalan perlu dilakukan skrining pada pasien dengan kondisi, diagnosis, situasi, atau lokasi yang menyebabkan risiko jatuh dan apabila pasien berisiko maka harus dilakukan intervensi. Dengan demikian, pemberian kursi roda merupakan bentuk intervensi yang sudah sesuai dengan prinsip pengurangan risiko, tetapi belum cukup untuk menyatakan seluruh elemen terpenuhi. Dalam konteks akreditasi, proses keselamatan pasien harus dapat dibuktikan melalui keterhubungan antara asesmen, intervensi, dan dokumentasi. Dari sisi sumber daya, rumah sakit telah menyediakan kursi roda dan petugas yang membantu pasien. Namun, dari sisi struktur birokrasi, masih diperlukan penguatan mekanisme agar hasil skrining, tanda risiko, intervensi, dan dokumentasi menjadi satu rangkaian proses yang konsisten. Dengan kata lain, sumber daya fisik telah tersedia, tetapi sistem dokumentasi dan standardisasi pelaksanaannya masih perlu diperkuat.

Pada rawat inap, tindakan pencegahan risiko jatuh telah dilakukan melalui pemasangan pengaman tempat tidur, pengawasan pasien, serta dokumentasi tindakan. Hasil wawancara menunjukkan bahwa petugas memastikan penghalang tempat tidur terpasang dan mengingatkan keluarga apabila pengaman dibuka secara tidak semestinya. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pada rawat inap telah terbentuk mekanisme pencegahan yang lebih sistematis. Risiko pasien tidak hanya diidentifikasi, tetapi diikuti dengan intervensi dan dokumentasi.

Perbedaan antara rawat jalan dan rawat inap menunjukkan bahwa implementasi SKP tidak selalu seragam pada seluruh unit pelayanan. Hal tersebut mendukung teori Edwards III mengenai pentingnya koordinasi dan struktur birokrasi. Ketidakpaduan antarunit dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi karena kesinambungan pelayanan memerlukan koordinasi antara berbagai unit.

Penelitian Indrayani *et al*. (2021) menunjukkan bahwa meskipun budaya keselamatan pasien dapat berkembang pada rumah sakit yang telah menjalani akreditasi, masih terdapat dimensi yang membutuhkan perbaikan, termasuk sistem, tanggung jawab, pencatatan insiden, pembelajaran organisasi, pendidikan, pelatihan, dan kerja tim. Temuan penelitian ini memperluas hasil tersebut dengan menunjukkan bahwa kesenjangan implementasi dapat muncul bukan hanya pada tingkat organisasi, tetapi juga berdasarkan karakteristik unit pelayanan. Rawat inap memiliki interaksi dan pemantauan pasien yang lebih kontinu, sedangkan rawat jalan memiliki alur pelayanan yang lebih singkat dan melibatkan berbagai titik kontak.

Perbedaan tersebut dapat menjelaskan mengapa implementasi pencegahan risiko jatuh pada rawat inap terlihat lebih sistematis dibandingkan rawat jalan. Pada rawat jalan, petugas keamanan bahkan menjadi salah satu pihak yang pertama mengenali pasien yang membutuhkan bantuan. Kondisi ini menunjukkan bahwa keselamatan pasien pada rawat jalan membutuhkan koordinasi lintas petugas sejak pasien memasuki rumah sakit.

Dengan demikian, temuan SKP 6 menunjukkan bahwa implementasi standar keselamatan pasien perlu mempertimbangkan konteks pelayanan. SOP yang sama belum tentu menghasilkan praktik yang sama apabila karakteristik alur pelayanan berbeda. Rumah sakit perlu mengembangkan mekanisme yang lebih spesifik untuk rawat jalan, terutama mengenai siapa yang melakukan skrining, bagaimana pasien diberi tanda risiko, siapa yang bertanggung jawab terhadap dokumentasi, dan bagaimana informasi risiko diteruskan kepada petugas berikutnya.

Copyright©2026: Yuliana Aulia Arifany, Muhammad Purnomo, Zunia Khairunnisa, Fitriana Kartikasari, & Indanah

KESIMPULAN

Penelitian menunjukkan bahwa implementasi Standar Akreditasi LARSI pada elemen Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit X secara umum telah berjalan baik, tetapi masih terdapat beberapa aspek yang memerlukan penguatan. Sasaran 1 mengenai identifikasi pasien, Sasaran 3 mengenai keamanan obat yang perlu diwaspadai, Sasaran 4 mengenai ketepatan pasien, prosedur dan lokasi tindakan, serta Sasaran 5 mengenai pencegahan risiko infeksi telah terpenuhi secara lengkap. Pada Sasaran 2, khususnya pelaporan hasil kritis pemeriksaan penunjang, ditemukan pemenuhan sebagian karena penyampaian informasi telah dilakukan, tetapi konsistensi dokumentasi tahapan komunikasi belum sepenuhnya dapat ditelusuri. Sasaran 6 menjadi aspek yang paling perlu diperhatikan karena pada pelayanan rawat jalan masih ditemukan ketidakkonsistenan dalam penandaan pasien berisiko jatuh dan dokumentasi intervensi, sedangkan penerapan pada rawat inap telah berjalan lebih sistematis. Temuan ini menunjukkan bahwa status akreditasi Paripurna belum sepenuhnya menjamin keseragaman implementasi pada setiap unit pelayanan.

Keterbatasan penelitian terletak pada penggunaan pendekatan kualitatif dengan informan yang dipilih secara *purposive* dan konteks penelitian yang hanya dilakukan pada satu rumah sakit, sehingga hasilnya belum dapat digeneralisasikan kepada seluruh rumah sakit terakreditasi LARSI. Data juga lebih menggambarkan kondisi implementasi berdasarkan observasi, wawancara, dan telaah dokumen pada periode penelitian. Penelitian selanjutnya disarankan melibatkan beberapa rumah sakit dengan karakteristik berbeda, memperluas jumlah dan variasi informan, serta menggunakan pendekatan campuran agar implementasi standar dapat dibandingkan secara lebih objektif. Secara praktis, manajemen rumah sakit perlu memperkuat dokumentasi komunikasi hasil kritis dan mengintegrasikan proses skrining, penandaan, intervensi, serta dokumentasi risiko jatuh pada pelayanan rawat jalan melalui standardisasi prosedur, supervisi, edukasi, dan evaluasi berkala.

REFERENSI

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2024). *Profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2024*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.

Gustaman, R. A., & Muntaha, S. F. (2025). Implementation of effective communication in improving patient safety standards at Jasa Kartini Tasikmalaya Hospital. *Proceedings of International Conference on Health Science, Practice, and Education*, 807–818. https://doi.org/10.15294/icohespe.2025.4155

Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: A systematic literature review. *BMC Health Services Research, 21*, Article 1057. https://doi.org/10.1186/s12913-021-07097-6

Indrayani, P. M., Januraga, P. P., & Negara, S. (2021). The impact of hospital accreditation on patient safety culture in the health services implementation at Sanglah General Hospital, Bali. *Public Health and Preventive Medicine Archive, 9*(2), 108–115. https://doi.org/10.15562/phpma.v9i2.364

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien*. Kementerian

Kesehatan Republik Indonesia. https://peraturan.bpk.go.id/Details/111956/pmk-no-11-tahun-2017

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang akreditasi rumah sakit*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://peraturan.bpk.go.id/Details/138655/pmk-no-12-tahun-2020

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://jdih.kemkes.go.id/documents/keputusan-menteri-kesehatan-nomor-hk0107menkes11282022

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Laporan akuntabilitas kinerja Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tahun 2024*. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://yankes.kemkes.go.id/

LARSI. (2022). *Instrumen standar akreditasi rumah sakit KEMKES: Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia (LARSI)* (Edisi 1). Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia.

Milania, V. P., Fauzi, A. A., & Rihtianti, L. A. (2025). Pengaruh akreditasi rumah sakit terhadap *patient safety culture*: Literature review. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, 24*(1), 41–49. https://doi.org/10.14710/mkmi.24.1.41-49

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Sage Publications.

Murtiningtyas, R. A., & Dhamanti, I. (2022). Analisis implementasi identifikasi pasien di rumah sakit untuk meningkatkan keselamatan pasien di Indonesia. *Media Gizi Kesmas, 11*(1), 313–317. https://doi.org/10.20473/mgk.v11i1.2022.313-317

Ningtias, H., & Sundari, S. (2024). Analysis of the implementation of patient identification in inpatient care. *Indonesia Journal of Biomedical Science, 18*(1), 10–15. https://doi.org/10.15562/ijbs.v18i1.527

Purnomo, M., Hartinah, D., & Suwarto, T. (2023). Pengaruh pelayanan terhadap kepuasan pasien BPJS Puskesmas Pecangaan Jepara. *Indonesia Jurnal Perawat, 8*(1), 33–48. https://doi.org/10.26751/ijp.v8i1.2025

Shafira, R. A., & Dhamanti, I. (2023). Studi literatur: Penerapan komunikasi SBAR dalam pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit (Studi di Indonesia). *Media Gizi Kesmas, 12*(1), 441–452. https://doi.org/10.20473/mgk.v12i1.2023.441-452

Sugiyono. (2023). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D* (Ed. 2, Cet. ke-5). Alfabeta.

Copyright©2026: Yuliana Aulia Arifany, Muhammad Purnomo, Zunia Khairunnisa, Fitriana Kartikasari, & Indanah

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705

World Health Organization. (2022). *Patient safety: Global action on patient safety*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety