

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II

Rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta awalnya didirikan berupa klinik pada tanggal 15 Februari 1923 dengan lokasi pertama di kampung Jagang Notoprajan No.72 Yogyakarta. Awalnya bernama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) dengan maksud menyediakan pelayanan kesehatan bagi kaum dhuafa. Pendirian pertama atas inisiatif H.M Sudjak yang didukung sepenuhnya oleh K.H Ahmad Dahlan. Seiring dengan waktu nama PKO berubah menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat).

Dalam rangka memperluas cakupan pelayanan yang pada saat itu tidak mampu lagi *discover* oleh RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang berlokasi di Jalan K.H Ahmad Dahlan, maka dikembangkan unit pelayanan baru yaitu RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II di Gamping Jalan Wates.

RS PKU Muhammadiyah unit II yang merupakan pengembangan dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit I dibuka pada tanggal 15 Februari 2009. Pada tanggal 16 Juni 2010 rumah sakit mendapat ijin operasional sementara. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II sebagai salah satu amal usaha Muhammadiyah berfungsi sebagai pemberi pelayanan kesehatan medik umum, spesialistik dan sub spesialis dengan

berorientasi pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat sesuai yang dicita-citakan Persyarikatan Muhammadiyah.

Pada tanggal 20 Juni 2012, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II telah terakreditasi dengan status Akreditasi Penuh Tingkat Dasar (5 bidang pelayanan) yang dikukuhkan dengan sertifikat akreditasi dari KARS dengan Surat Keputusan No KARS-SERT/600/VI/2012. Tahap ini memuluskan jalan untuk mengurus ijin tetap sebagai rumah sakit tipe C. Pada tanggal 18 November 2013, RS PKU Muhammadiyah unit II mendapat ijin operasional sebagai RS tipe C melalui SK Menteri kesehatan No: HK.02.03/I/1976/2013. Bidang pelayanan yang diakreditasi yaitu:

- 1) Bidang administrasi dan manajemen
- 2) Bidang pelayanan medis
- 3) Bidang pelayanan keperawatan
- 4) Bidang pelayanan gawat darurat
- 5) Bidang pelayanan rekam medik

Saat ini RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II sedang dalam proses pemenuhan persyaratan menjadi RS tipe B dan menyiapkan kelengkapan dokumen guna akreditasi. Rencana kenaikan tipe rumah sakit menjadi RS tipe B telah dicanangkan sejak awal 2014.

a. Visi:

Menjadi rumah sakit Islam rujukan terpercaya dengan kualitas pelayanan dan pendidikan kesehatan yang Islami, aman profesional, cepat, nyaman, dan bermutu.

b. Misi:

1. Mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi semua lapisan masyarakat melalui pendekatan pemeliharaan, pencegahan, pengobatan, pemulihan kesehatan secara menyeluruh sesuai dengan peraturan/ketentuan perundang-undangan.
2. Mewujudkan peningkatan mutu bagi tenaga kesehatan melalui sarana pelatihan dan pendidikan yang diselenggarakan secara profesional dan sesuai tuntunan ajaran Islam.
3. Mewujudkan da'wah Islam, amar ma'ruf nahi munkar melalui pelayanan kesehatan dengan senantiasa menjaga tali silaturahmi, sebagai bagian dari da'wah Muhammadiyah.

c. Tujuan:

Pertumbuhan dan perkembangan RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta yang mampu mendukung tersedianya sarana dan jasa pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi bagi kebutuhan semua lapisan masyarakat.

2. Karakteristik Responden

Penelitian ini menggunakan sampel sebanyak 14 informan yang terdiri dari 2 orang tim akreditasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II, 2 orang kepala ruang bangsal, 2 orang staf pelaksana ruang bangsal, 1 orang kepala ruang IGD, 2 orang staf pelaksana ruang operasi, 1 orang superfisior laboratorium, 1 orang superfisior radiologi, 1

orang superfisior bagian farmasi, 1 orang kepala bagian rekam medik, 1 orang kepala bagian pencegahan dan pengendalian infeksi.

Karakteristik informan untuk pegawai dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, dan lama bekerja.

Tabel 4.1. Karakteristik Responden

	Karakteristik Informan	Jumlah	Prosentase
1	Usia		
	20-29 tahun	3	22%
	30-39 tahun	2	14%
	40-49 tahun	4	28%
	>50 tahun	5	36%
2	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	7	50%
	Perempuan	7	50%
3	Pendidikan		
	SLTA/ sederajat	0	0
	DIII	2	14%
	D4/S1	12	86%
4	Lama bekerja		
	< 1 tahun	2	14%
	1-3 tahun	3	22%
	4-5 Tahun	6	42%
	>5 tahun	3	22%

Berdasarkan tabel 4.1 analisis responden usia responden terbanyak adalah lebih dari 50 tahun dengan prosentase 36%. Ditinjau dari jenis kelamin responden antara yang berjenis kelamin laki-laki dan perempuan

memiliki jumlah sama yakni 50% untuk masing-masingnya. Ditinjau dari tingkat pendidikan, tingkat pendidikan responden terbanyak adalah DIV/S1 yaitu sebanyak 86%. Ditinjau dari lama bekerja responden terbanyak yaitu antara 4-5 tahun dengan prosentase 42%.

3. Skor Akreditasi dari Hasil Telaah Dokumen dan Telusur Implementasi Berkaitan dengan Indikator Area Klinis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II

Dalam penelitian ini peneliti berperan menjadi surveior manajemen akreditasi, sehingga dalam melakukan telusur peneliti melihat panduan yang berada pada buku pedoman tata laksana survey akreditasi. Peneliti melakukan telusur bukti baik itu wawancara dengan pimpinan atau staf, observasi lingkungan, dan melihat bukti dokumen terkait apakah terdapat pedoman, kebijakan, SPO, atau program di rumah sakit.

Dalam melaksanakan penyusunan dokumen, rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II sudah sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan dokumen sesuai tuntunan komite akreditasi rumah sakit versi 2012.

Dalam melakukan penilaian terhadap skor akreditasi penilaian akreditasi peneliti menggunakan instrument akreditasi versi 2012 yang diterbitkan oleh komisi akreditasi rumah sakit (KARS).

Tabel 4.2. Instrumen Akreditasi Versi 2012 Elemen Penilaian PMKP 3.1

Instrumen PMKP Elemen Penilaian 3.1	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN	MATERI	
1. Pimpinan klinis menetapkan indikator kunci untuk setiap area klinis yang disebut di 1) sampai 11) dimaksud dan tujuan	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua dan anggota panitia mutu • Kepala unit kerja 	Indikator yang ditetapkan untuk setiap area klinis yang disebut di 1 sampai 11 dimaksud dan tujuan	Regulasi: <ul style="list-style-type: none"> • Program peningkatan mutu dan keselamatan Pasien Rumah Sakit
2. Paling sedikit 5 dari 11 indikator klinis harus dipilih		Paling sedikit 5 dari 11 indikator klinis harus dipilih	<ul style="list-style-type: none"> • Panduan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
3. Pimpinan rumah sakit memperhatikan muatan “ilmu” (<i>science</i>) dan “bukti” (<i>evidence</i>) untuk mendukung setiap indikator yang dipilih		Adanya muatan “ilmu” (<i>science</i>) dan “bukti” (<i>evidence</i>) untuk mendukung setiap indikator yang dipilih	<ul style="list-style-type: none"> • Sistem Pencatatan dan Pelaporan Indikator Mutu
4. Penilaian mencakup struktur, proses, dan hasil (<i>outcome</i>)		Pelaksanaan Penilaian mencakup struktur, proses, dan hasil (<i>outcome</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Profil/Kamus Indikator
5. Cakupan, metodologi dan frekuensi ditetapkan untuk setiap indikator		Penetapan cakupan, metodologi dan frekuensi untuk setiap indikator	Dokumen <ul style="list-style-type: none"> • Data indikator mutu

6. Data penilaian klinis dikumpulkan dan digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap efektivitas dari peningkatan	Pelaksanaan evaluasi terhadap data penilaian klinis untuk melakukan evaluasi terhadap efektivitas dari upaya peningkatan mutu	• Hasil evaluasi dan tindak lanjut
---	---	------------------------------------

Elemen penilaian PMKP 3.1

A. Elemen Penilaian 3.1 Poin 1

Pimpinan klinis menetapkan indikator kunci untuk setiap area klinis yang disebut di 1) sampai 11) dimaksud dan tujuan.

1. *Assesment* pasien

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk assesment pasien yaitu: *Angka Ketidaklengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap Dewasa* = <20%. Selain itu pada telaah dokumen pendukung untuk *assesment* pasien seperti kebijakan, panduan, dan SOP juga sudah ada dan terstruktur sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan dokumen sesuai tuntunan komite akreditasi rumah sakit versi 2012. Ini berarti berdasarkan hasil telaah dokumen *assesment* pasien RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan berhasil.

b. Telusur implementasi:

Berdasarkan data yang didapat dari salah satu unit rawat inap untuk angka ketidaklengkapan *assesment* awal keperawatan pasien rawat inap dewasa dalam bulan September adalah 10 dari total 145 rekam medik pasien yang dirawat inap dalam 1 bulan. Bila dimasukkan pada rumus dimana numerator adalah jumlah catatan pengkajian/*assesment* awal keperawatan yang tidak lengkap dalam satu bulan dan denominator jumlah pasien rawat inap pada bulan tersebut dikalikan 100, maka hasil pencapaian untuk angka ketidaklengkapan *assesment* awal keperawatan pasien rawat inap dewasa pada bulan September 2015 rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah 6,89%. Hasil pencapaian ini berada pada cakupan kriteria lulus bila disesuaikan dengan indikator yang telah ditentukan, maka dapat dikatakan implementasinya berhasil.

2. Pelayanan laboratorium

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk pelayanan laboratorium yaitu: *Angka Kerusakan Sampel Darah = <20%*. Pada telaah dokumen pendukung untuk pelayanan laboratorium seperti kebijakan, panduan, dan SOP juga sudah ada dan terstruktur sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan dokumen sesuai tuntunan komite

akreditasi rumah sakit versi 2012. Ini berarti berdasarkan hasil telaah dokumen pelayanan laboratorium RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan berhasil.

b. Telusur implementasi:

Berdasarkan data yang didapat dari unit laboratorium untuk angka kerusakan sampel darah dalam bulan September adalah 5 dari total 700 sampel darah yang dilakukan analisa. Bila dimasukkan pada rumus dimana numerator adalah angka kerusakan sampel darah pada bulan tersebut dan denominator jumlah sampel darah pada bulan tersebut dikalikan 100, maka hasil pencapaian untuk angka kerusakan darah pada bulan September 2015 rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah 0,71%. Hasil pencapaian ini berada pada cakupan kriteria lulus bila disesuaikan dengan indikator yang telah ditentukan, maka dapat dikatakan implementasinya berhasil.

3. Pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging*

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging* yaitu: *Angka Penolakan Expertise* = <3%. Pada telaah dokumen pendukung untuk pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging* seperti kebijakan, panduan, dan SOP juga sudah ada dan terstruktur sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan

dokumen sesuai tuntunan komite akreditasi rumah sakit versi 2012. Ini berarti berdasarkan hasil telaah dokumen pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan berhasil.

b. Telusur implementasi:

Berdasarkan data yang didapat dari unit radiologi untuk angka penolakan *expertise* pada bulan September 2015 adalah sebanyak 3 dari total 700 *expertise* yang dikirim kepada dokter penanggungjawab pasien. Bila dimasukkan pada rumus dimana numerator adalah jumlah penolakan *expertise* tiap bulan dan denominator adalah jumlah seluruh pelayanan radiologi dibulan itu dan dikalikan 100%, maka hasil pencapaian untuk angka penolakan *expertise* pada bulan September 2015 rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah 0,43%. Hasil pencapaian ini berada pada cakupan kriteria lulus bila disesuaikan dengan indikator yang telah ditentukan, maka dapat dikatakan implementasinya berhasil.

4. Prosedur bedah

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk prosedur bedah yaitu: *Angka Infeksi Luka Operasi* = $<1,5\%$. Pada telaah dokumen pendukung untuk prosedur bedah seperti kebijakan, panduan, dan SOP juga

sudah ada dan terstruktur sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan dokumen sesuai tuntunan komite akreditasi rumah sakit versi 2012. Ini berarti berdasarkan hasil telaah dokumen prosedur bedah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan berhasil.

b. Telusur implementasi:

Berdasarkan data yang didapat dari unit PPI untuk angka infeksi luka operasi yang terjadi pada bulan April 2015 adalah sebanyak 8 dari total 115 pasien yang dilakukan operasi. Bila dimasukkan pada rumus dimana numerator adalah jumlah pasien paska operasi bersih yang mengalami infeksi dalam satu bulan dan denominator adalah jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam bulan yang sama dan dikalikan 100%, maka hasil pencapaian untuk angka infeksi luka operasi pada bulan Juli 2015 rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah 6,96%. Hasil pencapaian ini tidak berada pada cakupan kriteria lulus bila disesuaikan dengan indikator yang telah ditentukan, maka dapat dikatakan implementasinya tidak sesuai dengan standar indikator.

5. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk penggunaan antibiotika dan obat lainnya yaitu: *Kejadian Penggunaan Antibiotik Lebih dari 1 (satu)=*

<1%. Pada telaah dokumen pendukung untuk penggunaan antibiotika dan obat lainnya seperti kebijakan, panduan, dan SOP juga sudah ada dan terstruktur sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan dokumen sesuai tuntunan komite akreditasi rumah sakit versi 2012. Ini berarti berdasarkan hasil telaah dokumen penggunaan antibiotika dan obat lainnya RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan berhasil.

b. Telusur implementasi:

Berdasarkan data yang didapat dari unit farmasi untuk angka kejadian penggunaan antibiotik lebih dari satu di salah satu bangsal pada bulan September 2015 adalah sebanyak 5 dari total 145 pasien yang mendapat antibiotik. Bila dimasukkan pada rumus dimana numerator adalah jumlah penggunaan antibiotik lebih dari satu dalam satu bulan dan denominator jumlah pasien yang mendapat antibiotik dikalikan 100% maka hasil pencapaian untuk angka kejadian penggunaan antibiotik lebih dari 1 (satu) pada September 2015 rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah 3,44%. Hasil pencapaian ini tidak berada pada cakupan kriteria lulus bila disesuaikan dengan indikator yang telah ditentukan, maka dapat dikatakan implementasinya tidak sesuai dengan standar indikator.

6. Kesalahan medikasi (*medication error*) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk kesalahan medikasi (*medication error*) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) yaitu: *Kejadian Kesalahan Peresepan Dokter untuk Pasien Rawat Jalan = 0(zero)*. Pada telaah dokumen pendukung untuk kesalahan medikasi (*medication error*) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) seperti kebijakan, panduan, dan SOP juga sudah ada dan terstruktur sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan dokumen sesuai tuntunan komite akreditasi rumah sakit versi 2012. Ini berarti berdasarkan hasil telaah dokumen untuk kesalahan medikasi (*medication error*) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan berhasil.

b. Telusur implementasi:

Berdasarkan data yang didapat dari unit farmasi untuk angka kejadian kesalahan peresepan dokter untuk pasien rawat jalan adalah tidak pernah terjadi. Bila dimasukkan pada rumus dimana numerator jumlah kesalahan peresepan dokter untuk pasien rawat jalan dan denominator adalah jumlah resep dokter untuk pasien rawat jalan pada bulan yang sama maka hasil pencapaian Kejadian Kesalahan Peresepan Dokter untuk Pasien Rawat Jalan = 0(zero). Hasil

pencapaian ini berada pada cakupan kriteria lulus bila disesuaikan dengan indikator yang telah ditentukan, maka dapat dikatakan implementasinya berhasil.

7. Penggunaan anestesi dan sedasi

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk penggunaan anestesi dan sedasi yaitu: *Kejadian Komplikasi Selama Pemberian Sedasi = 0(zero)*. Pada telaah dokumen pendukung untuk penggunaan anestesi dan sedasi seperti kebijakan, panduan, dan SOP juga sudah ada dan terstruktur sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan dokumen sesuai tuntunan komite akreditasi rumah sakit versi 2012. Ini berarti berdasarkan hasil telaah dokumen untuk penggunaan anestesi dan sedasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan berhasil.

b. Telusur implementasi:

Berdasarkan data yang didapat dari unit OK untuk kejadian komplikasi selama pemberian sedasi adalah tidak pernah terjadi karena dapat langsung diatasi dengan pemberian obat-obatan yang tersedia. Bila dimasukkan pada rumus dimana numerator jumlah pasien yang mengalami komplikasi selama pemberian sedasi dan denominator jumlah pasien yang disedasi dalam bulan yang sama. maka hasil pencapaian kejadian komplikasi selama pemberian

sedasi= 0(zero). Hasil pencapaian ini berada pada cakupan kriteria lulus bila disesuaikan dengan indikator yang telah ditentukan, maka dapat dikatakan implementasinya berhasil.

8. Penggunaan darah dan produk darah

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk penggunaan darah dan produk darah yaitu: *Angka Rasio Crossmatch Transfusi* $= < 2$. Pada telaah dokumen pendukung untuk penggunaan darah dan produk darah seperti kebijakan, panduan, dan SOP juga sudah ada dan terstruktur sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan dokumen sesuai tuntunan komite akreditasi rumah sakit versi 2012. Ini berarti berdasarkan hasil telaah dokumen untuk penggunaan darah dan produk darah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan berhasil.

b. Telusur implementasi:

Berasarkan data yang didapat dari unit laboratorium pada bulan September 2015, jumlah *crossmatch* transfusi adalah sebanyak 190 kantong, jumlah kantong darah yang ditransfusikan 172 kantong. Pada bulan Oktober jumlah *crossmatch* transfusi 88 kantong, jumlah kantong darah yang ditransfusikan 82 kantong. Bila dimasukkan pada rumus dimana numerator adalah jumlah labu darah yang ditransfusikan pada bulan yang sama dan denominator

adalah jumlah labu atau kantong darah yang dilakukan *crossmatch* dalam satu bulan. Hasil capaian RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II untuk Angka Rasio *Crossmatch* Transfusi pada bulan September adalah 0,90 dan pada bulan Oktober adalah 0,93. Hasil pencapaian ini berada pada cakupan kriteria lulus bila disesuaikan dengan indikator yang telah ditentukan, maka dapat dikatakan implementasinya berhasil.

9. Ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien yaitu: *Angka Ketidaklengkapan Pengisian Resume Pasien Pulang = 0(zero)*. Pada telaah dokumen pendukung untuk ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien seperti kebijakan, panduan, dan SOP juga sudah ada dan terstruktur sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan dokumen sesuai tuntunan komite akreditasi rumah sakit versi 2012. Ini berarti berdasarkan hasil telaah dokumen untuk ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan berhasil.

b. Telusur implementasi:

Berdasarkan data yang didapat dari unit rekam medis pada bulan September 2015, dari total 700 lembar resume pasien pulang, 170

lembar tidak diisi lengkap. Pada bulan Oktober 2015, dari total 469 resume pasien pulang, 144 diantaranya tidak diisi lengkap. Bila dimasukkan pada rumus dimana numerator jumlah rekam medis yang resume pasien pulang tidak diisi lengkap dalam satu bulan dan denominator adalah jumlah rekam medis pasien pulang dalam satu bulan yang sama dikalikan 100. Maka hasil capaian untuk angka resume pasien pulang RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II pada bulan September adalah 24,3% dan pada bulan Oktober adalah 30,7%. Hasil pencapaian ini tidak berada pada cakupan kriteria lulus bila disesuaikan dengan indikator yang telah ditentukan dan berada jauh di atasnya, maka dapat dikatakan implementasinya tidak sesuai dengan standar indikator.

10. Pencegahan dan pengendalian infeksi, *surveilans* dan pelaporan

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk pencegahan dan pengendalian infeksi, *surveilans* dan pelaporan yaitu: *Kejadian Infeksi Aliran Darah Primer* $= < 1,5\%$. Pada telaah dokumen pendukung untuk pencegahan dan pengendalian infeksi, *surveilans* dan pelaporan seperti kebijakan, panduan, dan SOP juga sudah ada dan terstruktur sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan dokumen sesuai tuntunan komite akreditasi rumah sakit versi 2012. Ini berarti berdasarkan hasil telaah dokumen untuk pencegahan dan

pengendalian infeksi, *surveilans* dan pelaporan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan berhasil.

b. Telusur implementasi:

Berdasarkan data yang didapat dari unit PPI untuk kejadian infeksi aliran darah perifer pada bulan Agustus dan September.

Tabel 4.2 Infeksi Aliran Darah Perifer pada Agustus 2015

	Hari	Infeksi	Prosentase hasil capaian
Ar.Royan	44	1	2,27‰
Naim	271	3	1,11‰
Firdaus	248	1	0,40‰
Zaitun	234	4	1,71‰
Wardah	216	1	0,46‰

Tabel 4.3 Infeksi Aliran Darah Perifer pada September 2015

	Hari	Infeksi	Hasil capaian
Ar.Royan	533	4	0,75‰
Naim	305	0	0
Firdaus	340	1	0,29‰
Zaitun	350	2	0,57‰
Wardah	404	10	2,47‰

Bila dimasukkan rumus dimana numerator adalah jumlah kasus infeksi aliran darah perifer karena jarum infus perbulan dan denominator adalah jumlah hari pemasangan infus dalam bulan tersebut dikalikan 100%, maka hasil capaian untuk kejadian infeksi aliran darah perifer RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II bulan Oktober 2015 pada bangsal Ar.Royan 2,27‰, pada bangsal

Naim 1,11%, pada bangsal Firdaus 0,40%, pada bangsal Zaitun 1,71%, pada bangsal Wardah 0,46%.

Pada bulan September hasil capaian pada bangsal Ar.Royan 0,75%, pada bangsal Naim 0%, pada bangsal Firdaus 0,29%, pada bangsal Zaitun 0,57%, dan pada bangsal Wardah 2,47%. Berdasarkan data tersebut dapat dikatakan bangsal yang telah berhasil dalam pemenuhan implentasi sesuai indikator yang telah ditetapkan pada bulan Oktober yaitu bangsal Naim, Firdaus, Wardah sedangkan pada bulan September yang telah berhasil adalah bangsal Ar Royan, Naim, Firdaus, Zaitun.

11. Riset klinis

Saat ini RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II belum menentukan indikator mutu dalam hal riset klinis berarti tidak dapat ditentukan nilai untuk indikator riset klinis.

Dari total 10 indikator yang telah ditentukan 4 indikator belum sesuai dengan implementasinya, yaitu:

- a) *Angka Infeksi Luka Operasi = <1,5%*
- b) *Kejadian Penggunaan Antibiotik Lebih dari 1 (satu)= <1%*
- c) *Angka Ketidaklengkapan Pengisian Resume Pasien Pulang =0(zero).*
- d) *Kejadian Infeksi Aliran Darah Primer =<1,5%*

Sehingga menghasilkan nilai 5 untuk telusur implementasi poin 1 elemen penilaian 3.1. Indikator kunci terpilih sudah disahkan oleh pimpinan dan

sudah tertuang di aplikasi akreditasi rumah sakit. Selain itu berdasarkan telaah dokumen didapatkan pula bahwa rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah memiliki kelengkapan dokumen untuk masing-masing indikator area klinis. Jadi skor poin 1 elemen penilaian 3.1 untuk kelengkapan dokumen adalah 10.

B. Elemen Penilaian 3.1 Poin 2

Paling sedikit 5 dari 11 indikator klinis harus dipilih (berdasarkan indikator *Library Measure*)

Pada hasil telusur implementasi bahwa indikator kunci yang terpilih tidak ada yang sesuai dengan indikator *library measure*, jadi skor akreditasi pada poin 2 elemen penilaian 3.1 untuk telusur implementasi adalah 0 dan telaah dokumen untuk adalah 0.

C. Elemen Penilaian 3.1 Poin 3

Pimpinan RS memperhatikan muatan “ilmu” (*science*) dan bukti (*evidence*) untuk mendukung setiap indikator yang dipilih

Berdasarkan telaah dokumen RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dapat menunjukkan dokumen terkini yang dijadikan acuan dalam penentuan indikator area klinis yaitu diantaranya standar akreditasi rumah sakit versi 2012, berbagai buku panduan seperti panduan dalam assesmen pasien, panduan pelayanan anestesi dan sedasi, serta berbagai buku pedoman seperti pedoman pelayanan rekam medik dan lain-lain. Jadi skor akreditasi untuk poin 3 elemen penilaian 3.1 baik pada bukti implementasi dan bukti kelengkapan dokumen masing-masing adalah 10.

D. Elemen Penilaian 3.1 Poin 4

Penilaian mencakup struktur, proses, dan hasil (outcome)

Berdasarkan telusur implementasi penilaian terhadap indikator kunci mencakup struktur, proses, dan hasil, penilaian terfokus pada proses yang berimplikasi risiko tinggi, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Jadi skor untuk poin 4 elemen penilaian 3.1 indikator area klinis adalah 10 untuk kelengkapan dokumen dan bukti implementasi.

E. Elemen Penilaian 3.1 Poin 5

Cakupan, metodologi dan frekuensi ditetapkan untuk setiap indikator.

Berdasarkan telusur dokumen, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II telah menentukan cakupan, metodologi dan frekuensi ditetapkan untuk setiap indikator. Jadi skor pada poin 5 untuk telaah dokumen adalah 10. Untuk implementasinya belum semua indikator dapat terlaksana dalam frekuensinya, jadi skor untuk implementasi indikator telah menentukan cakupan, metodologi dan frekuensi adalah 5.

F. Elemen Penilaian 3.1 Poin 6

Data penilaian klinis dikumpulkan dan digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap efektivitas dan peningkatan

Untuk dokumen dan implementasi diberi skor 10 karena memang ada kegiatan yang digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap efektivitas dan peningkatan seperti saat apel pagi, atau kegiatan studi banding dan pelatihan bagi staf rumah sakit.

Berikut hasil rincian penilaian telaah dokumen dan telusur implementasi bab indikator area klinis yang dilakukan peneliti terhadap rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II.

Tabel 4.4 Rincian Penilaian Hasil Telaah Dokumen EP 3.1 Indikator Area Klinis

EP 3.1	Materi	Skor	Skor Maksimal
1	Pimpinan klinis menetapkan indikator kunci untuk setiap area klinis yang disebut di 1) sampai 11) dimaksud dan tujuan	10	10
2	Paling sedikit 5 dari 11 indikator klinis harus dipilih (sesuai dengan indikator Library Measure)	0	10
3	Pimpinan rumah sakit memperhatikan muatan “ilmu” (<i>science</i>) dan “bukti”(evidence) untuk mendukung setiap indikator yang dipilih	10	10
4	Penilaian mencakup struktur, proses, dan hasil (<i>outcome</i>)	10	10
5	Cakupan, metodologi dan frekuensi ditetapkan untuk setiap indikator	10	10
6	Data penilaian klinis dikumpulkan dan digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap efektivitas dari peningkatan	10	10
TOTAL SKOR		50	60

Tabel 4.5 Rincian Penilaian Hasil Telusur Implementasi EP 3.1 Indikator Area Klinis

EP 3.1	Materi	Skor	Skor Maksimal
1	Pimpinan klinis menetapkan indikator kunci untuk setiap area klinis yang disebut di 1) sampai 11) dimaksud dan tujuan	5	10
2	Paling sedikit 5 dari 11 indikator klinis harus dipilih (sesuai dengan indikator Library Measure)	0	10
3	Pimpinan rumah sakit memperhatikan muatan “ilmu” (<i>science</i>) dan “bukti”(evidence) untuk mendukung setiap indikator yang dipilih	10	10
4	Penilaian mencakup struktur, proses, dan hasil (<i>outcome</i>)	10	10
5	Cakupan, metodologi dan frekuensi ditetapkan untuk setiap indikator	5	10
6	Data penilaian klinis dikumpulkan dan digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap efektivitas dari peningkatan	10	10
TOTAL SKOR		40	60

4. Kesiapan Rumah Sakit dalam Menghadapi Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 Terhadap Pemenuhan Standar Indikator Area Klinis.

Kesiapan rumah sakit dalam menghadapi akreditasi rumah sakit versi 2012 kaitannya dengan indikator area klinis dapat dinilai dari total skoring penilaian elemen penilaian 3.1 indikator area klinis bab PMKP. Skoring didapat dari telusur bukti atau implementasi dan telaah regulasi. Total nilai maksimal dari elemen penilaian PMKP bidang indikator area

klinis 3.1 adalah 60. Total nilai yang didapatkan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II untuk kelengkapan dokumen adalah 50, sehingga capaian akreditasi rumah sakit bidang indikator area klinis untuk kelengkapan dokumen RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah sebesar 83,3%.

Pada telusur implementasi skor yang didapat adalah 40, sehingga capaian akreditasi rumah sakit bidang indikator area klinis untuk bukti implementasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah sebesar 66,7%.

Indikator area klinis merupakan salah satu standar dalam bab Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) yang dimana PMKP merupakan bab yang tergolong mayor standar dalam standar akreditasi rumah sakit versi 2012, dengan nilai pencapaian minimum yaitu 80% dalam setiap tingkatan kelulusan akreditasi RS (Kementerian Kesehatan RI,2011).

Berdasarkan hasil skoring penilaian menggunakan instrumen akreditasi elemen penilaian 3.1, didapatkan hasil bahwa rumah sakit telah berhasil dalam kelengkapan dokumen namun belum berhasil dalam implementasi untuk mencapai kelulusan akreditasi, karena dalam *self assessment* minimal rumah sakit standar PMKP dikatakan lulus bila dapat memenuhi 80% karena bab PMKP adalah merupakan mayor standar dalam standar akreditasi rumah sakit versi 2012.

Rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan belum siap untuk mencapai kelulusan dalam akreditasi rumah sakit versi 2012 untuk indikator area klinis bab Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien karena mendapatkan nilai kurang dari 80% dalam pemenuhan standar akreditasi untuk telusur implementasi.

5. Hambatan yang ditemui dalam persiapan akreditasi rumah sakit versi 2012 yang berkaitan dengan indikator area klinis pada bidang peningkatan mutu dan keselamatan pasien

Data didapat dari wawancara dengan kepala ruang atau *supervisor* dari masing-masing unit kerja yang terkait dengan area klinis bab peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Masing-masing subyek penelitian diberi kesempatan untuk menjawab pertanyaan mengenai hambatan dalam meningkatkan mutu layanan guna persiapan akreditasi.

1. *Assesment* pasien

Wawancara mengenai *assesment* pasien dilakukan di unit rawat inap dan unit instalasi gawat darurat. *Assesment* medis dan keperawatan awal harus sudah diselesaikan dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk sebagai pasien rawat inap. Hambatan dari unit rawat inap untuk dapat melengkapi *assesment* pasien dalam 24 jam adalah dari faktor kebiasaan dari individu yang mengisi, jadi hanya beberapa item yang dianggap penting yang diisi seperti kebiasaan yang sudah berjalan.

Dari unit instalasi gawat darurat yang dimana merupakan salah satu pintu masuk awal pasien di rumah sakit yang juga melakukan *assesment*

awal pasien menurut penuturan dari salah satu staf instalasi gawat darurat yang saat itu sedang berjaga, yang menjadi hambatan dari unit IGD untuk kelengkapan *assesment* pasien adalah jumlah sumber daya manusia, saat kondisi IGD sedang ramai dan kebetulan saat itu semua pasien membutuhkan pertolongan segera, *assesment* pasien menjadi hanya terfokus pada sakitnya, sehingga sering terjadi ketidaklengkapan pengisian lembar *assesment* pasien. Namun ada juga individu yang walau IGD sedang tidak ramai, mengisi lembar *assesment* pasien tetap kurang lengkap. Hal ini mungkin dikarenakan karena faktor kebiasaan dari individunya sendiri. Berdasarkan data yang didapat pada bulan September 2015, dari total 532 pasien yang dilakukan *assesment* pasien di IGD, sebanyak 161 lembar formulir *assesment* tidak diisi lengkap atau sebanyak 30,2% . Pada bulan Oktober 2015 dari total 327 pasien yang dilakukan *assesment* pasien di IGD, sebanyak 122 lembar formulir *assesment* tidak diisi lengkap atau sebanyak 37,3%. Contoh dimana lembar *assesment* pasien IGD yang tidak terisi lengkap ada pada lampiran 4.

2. Pelayanan laboratorium

Berdasarkan penuturan dari supervisor laboratorium yang menjadi hambatan dalam meningkatkan mutu layanan di unit laboratorium adalah kurangnya SDM yang ada, yang terjadi yaitu staf administrasi juga merangkap sebagai petugas yang mengambil sampel dan dan juga membaca hasil, sehingga angka kesalahan dalam identifikasi pasien dan

kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan masih kadang terjadi, seperti salah dalam menyerahkan hasil karena tertukar dengan pasien dengan nama yang sama. Selain itu masih belum lengkapnya alat yang ada juga menjadi hambatan dalam meningkatkan mutu di unit laboratorium PKU

2. Saat ini RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II bekerjasama dengan laboratorium luar seperti CITO, Prodia sebagai mitra. Untuk kelengkapan dokumen di unit laboratorium sudah lengkap.

3. Pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging*

Berdasarkan penuturan dari supervisor radiologi yang menjadi hambatan dalam meningkatkan mutu layanan di unit radiologi adalah masih kurangnya SDM, sehingga radiografer merangkap sebagai petugas administrasi. Selain itu terkadang tidak ada dokter pembaca *expertise* radiologi yang *standby*, sehingga pembacaan hasil foto harus menunggu dokter datang, dan waktu tunggu pasien menjadi lebih lama.

4. Prosedur bedah

Berdasarkan penuturan salah satu asisten operasi yang dapat dikatakan senior di ruang OK RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II. Hal yang menjadi hambatan dalam meningkatkan mutu layanan di unit ini adalah karena dokter bedah di RS PKU 2 sama dengan dokter bedah di RS PKU 1 maka waktu tunggu operasi menjadi lebih lama dan tak jarang terjadi penundaan operasi karena dokter bedah yang akan mengoperasi pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II masih harus

menyelesaikan tindakan di RS PKU Muhammadiyah Unit I. Sehingga waktu tunggu operasi elektif kadang menjadi tidak sesuai dengan jadwal yang seharusnya.

5. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya

Berdasarkan penuturan dari *supervisor* unit farmasi hal yang menjadi hambatan dalam penggunaan antibiotik adalah dalam praktek sehari-hari tidak ada kontrol dalam penggunaan antibiotik yang dilakukan oleh dokter penanggungjawab pasien, yaitu seperti sudah digunakannya antibiotik sefalosporin generasi 4 (empat) yang beredar di unit rawat inap, tanpa melakukan kultur kuman terlebih dahulu. Sehingga dari pihak farmasi mengkhawatirkan timbulnya resistensi antibiotik pada pasien.

6. Kesalahan medikasi (*medication error*) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Wawancara mengenai kesalahan medikasi (*medication error*) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dilakukan di unit farmasi. Kejadian nyaris cedera yang pernah terjadi di unit farmasi adalah salah dalam identifikasi pasien dan salah dalam memberikan obat kepada pasien. Pada bulan September 2015 contoh kejadian kesalahan medikasi atau kejadian nyaris cedera yang terjadi yaitu ketika dokter meresepkan New Diatab untuk pasien, oleh petugas farmasi terbaca Na Diklofenac, dan ini sudah sampai terminum oleh pasien, namun karena keberuntungan tidak terjadi reaksi yang membahayakan oleh pasien. Pada Oktober 2015 kejadian *medication error* dan kejadian nyaris cedera yang terjadi yaitu

ketika dokter meresepkan obat Farmadol namun oleh petugas farmasi terbaca Furosemid. Namun obat ini belum sempat terminum oleh pasien karena perawat bangsal sempat mengecek obat dulu sebelum diberikan pada pasien.

Menurut unit farmasi yang menjadi hambatan dalam meminimalisir kasus kesalahan medikasi atau KNC dan untuk meningkatkan mutu rumah sakit adalah kurangnya SDM apoteker disamping pengunjung yang semakin banyak, sehingga dapat meminimalisir kejadian nyaris cedera.

7. Penggunaan anestesi dan sedasi

Menurut penuturan dari salah satu perawat anestesi di unit OK RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Hambatan dari anestesi kaitannya dengan meningkatkan mutu layanan rumah sakit adalah karena dokter anestesi di RS PKU 2 sama dengan dokter anestesi di RS PKU 1 maka waktu tunggu operasi menjadi lebih lama. Untuk obat-obatan, sarana dan prasarana yang digunakan dalam kegiatan anestesi sudah cukup lengkap.

8. Penggunaan darah dan produk darah

Hambatan yang muncul dari penggunaan darah di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah karena rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta belum memiliki bank darah rumah sakit sehingga masih menjadi satu dengan unit laboratorium. Sehingga proses pelayanan menjadi tidak terfokus karena karena banyak pelayanan laboratorium lain yang juga dikerjakan dan jumlah pasien yang semakin

bertambah banyak. Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) merupakan suatu bagian atau unit kerja dari suatu RS yang berperan untuk menunjang ketersediaan darah yang aman bagi pasien yang membutuhkan pelayanan transfusi darah. Peranan BDRS sangat penting dalam suatu rumah sakit. Oleh sebab itu banyak rumah sakit yang berlomba-lomba untuk menyediakan layanan BDRS untuk mempermudah penyediaan transfusi darah.

9. Ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien

Berdasarkan penuturan dari kepala bagian rekam medis yang menjadi hambatan dalam unit rekam medis kaitannya dengan meningkatkan mutu layanan yaitu masih tingginya angka ketidaklengkapan pengisian rekam medis sehingga harus selalu dilakukan *return* beberapa kali untuk meminta kelengkapan pengisian kepada dokter yang terkait. Hal ini terjadi bisa karena kesibukan dari dokter atau karena faktor kebiasaan dari dokter yang masih sulit untuk diubah. Sehingga untuk alur kerja dari unit rekam medis menjadi terhambat karena harus mengulang-ulang meminta kelengkapan dari dokter yang bertanggungjawab mengisi mengisi.

10. Pencegahan dan pengendalian infeksi, *surveilans* dan pelaporan

Berdasarkan penuturan dari supervisor bagian PPI RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II hambatan dari unit PPI kaitannya dengan meningkatkan mutu dibagian pencegahan dan pengendalian infeksi, *surveilans* dan pelaporan dari kesadaran dari para staf pelaksana

rumah sakit sendiri, seperti contohnya seperti kegiatan *hand higine* yang sebenarnya sangat penting untuk dilakukan dan sangat besar manfaatnya baik untuk pemberi pelayanan kesehatan atau pasien sebagai penerima layanan kesehatan, namun masih sulit untuk menjadi budaya yang melekat karena masih dianggap remeh dan membutuhkan waktu lebih lama untuk melakukannya. Selain itu dalam hal *surveillans* hambatan berasal dari staf yang tidak sigap dan cepat dalam memantau dan melaporkan kejadian infeksi sehingga laporan tersebut jadi cenderung lama dalam kegiatan pendataan.

11. Riset klinis

Saat ini RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II belum menentukan indikator mutu dalam hal riset klinis.

6. PEMBAHASAN

Pada penelitian ini Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk *assesment* pasien yaitu: *Angka ketidaklengkapan assesmen awal keperawatan pasien rawat inap dewasa* =<20%, dengan hasil capaian pada bulan September 2015 adalah 6,89%. Indikator kunci ini berbeda dengan indikator kunci dari RSUD Sanjiwani Kab.Gianyar pada tahun 2015 yaitu *Pasien Stroke Non Hemoragic (SNH) diberikan obat/resep antithrobotic pada saat pasien pulang*=100% dengan hasil capaiannya pada bulan September 2015 adalah 100%. Namun selaras dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Keterlambatan pengkajian awal Pasien Rawat Inap lebih*

dari 1x24 jam setelah pasien masuk <30% dengan hasil capaiannya 0,19%. Ketiga rumah sakit ini telah berhasil dalam memenuhi target indikator *assessment* pasien sesuai standar akreditasi RS versi 2012, sehingga harus berupaya untuk mempertahankan apa yang telah dicapai dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini, baik dari manajerial, tim akreditasi, staf pelaksana guna kepentingan mutu layanan rumah sakit. Proses asesmen pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang pengobatan pasien yang harus segera dilakukan dan kebutuhan pengobatan berkelanjutan untuk emergensi, elektif atau pelayanan terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Proses *asesment* pasien adalah proses yang terus menerus dan dinamis. Proses-proses ini akan efektif bila dilaksanakan oleh berbagai profesional kesehatan yang bertanggung jawab atas pasien bekerja sama (Standar Akreditasi RS,2011).

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk pelayanan laboratorium yaitu: *Angka Kerusakan Sampel Darah = <20%*, dengan hasil capaian pada bulan September 2015 adalah 0,71%. Indikator kunci ini berbeda dengan indikator kunci dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik, Pemeriksaan Darah lengkap dan Kimia klinik <120 menit* dengan hasil capaiannya pada bulan September 2015 adalah 116,7 menit. Namun selaras dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Sampel darah yang tidak memenuhi syarat untuk dilakukan pemeriksaan <10%* dengan hasil

capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 0,42%. Ketiga rumah sakit ini telah berhasil dalam memenuhi target indikator pelayanan laboratorium sesuai standar akreditasi RS versi 2012, sehingga harus berupaya untuk mempertahankan apa yang telah dicapai dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini, baik dari manajerial, tim akreditasi, staf pelaksana guna kepentingan mutu layanan rumah sakit karena pelayanan laboratorium harus diorganisir dan diberikan sesuai standar nasional, undang-undang dan peraturan yang berlaku.

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging* yaitu: *Angka Penolakan Expertise <3%*, dengan hasil capaian pada bulan September 2015 adalah 0,43%. Indikator kunci ini berbeda dengan indikator kunci dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Respon Time pelayanan CT Scan kepala pada pasien dengan Stroke hemoragic dan Non Hemoragic=100%* dengan hasil capaiannya pada bulan September 2015 adalah 100%. Namun hampir selaras dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Pengulangan foto rontgen yang disebabkan reject foto <2%* dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 1,28%. Ketiga rumah sakit ini telah berhasil dalam memenuhi target indikator pelayanan radiologi sesuai standar akreditasi RS versi 2012, sehingga harus berupaya untuk mempertahankan apa yang telah dicapai dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini, baik dari manajerial, tim akreditasi, staf pelaksana guna kepentingan mutu layanan

rumah sakit. Rumah sakit mempunyai sistem untuk penyediaan pelayanan radiologi dan pelayanan *diagnostik imajing* untuk memenuhi kebutuhan pasien. Rumah sakit menetapkan staf yang kompeten dengan pengalaman memadai, melaksanakan pemeriksaan diagnostik imajing, menginterpretasi hasil, dan melaporkan hasil pemeriksaan (Standar Akreditasi RS, 2011).

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk prosedur bedah yaitu: *Angka Infeksi Luka Operasi <1,5%*, dengan hasil capaian pada bulan September 2015 adalah 6,96%. Indikator kunci ini berbeda dengan indikator kunci dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada pasien dengan riwayat SC <30%* dengan hasil capaiannya pada bulan September 2015 adalah 33,3%. Berbeda pula dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Pelayanan pasien operasi elektif terdaftar yang tidak terlayani <2%* dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 31,04%. Ketiga rumah sakit ini belum berhasil dalam memenuhi target indikator prosedur bedah sesuai standar akreditasi RS versi 2012. Perlu upaya untuk meningkatkan kembali kinerja dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini, baik dari manajerial, tim akreditasi, staf pelaksana untuk meningkatkan capaian sehingga dapat sesuai dengan target yang diharapkan. Proses pembedahan melewati beberapa tahap yaitu tahap *preoperative*, tahap *intraoperative*, dan tahap *pascaoperative*. Setiap tahap tersebut menuntut peran profesionalisme dan keterampilan skill dari tim

medis ruang operasi. Tindakan pembedahan wajib memperhatikan keselamatan pasien, kesiapan pasien, dan prosedur yang akan dilakukan, karena resiko terjadinya kecelakaan sangat tinggi, jika dalam pelaksanaannya tidak mengikuti standar prosedur operasional yang sudah ditetapkan. Oleh sebab itu diperlukan program untuk lebih memperbaiki proses pelayanan, karena sebagian KTD merupakan kesalahan dalam proses pelayanan yang sebetulnya dapat dicegah melalui program keselamatan pasien. Program Keselamatan Pasien *safe surgery saves lifes* adalah sebagai bagian dari upaya WHO untuk mengurangi jumlah kematian bedah di seluruh dunia. Tujuan dari program ini adalah untuk memanfaatkan komitmen dan kemauan klinis untuk mengatasi isu-isu keselamatan yang penting, termasuk praktek-praktek keselamatan anestesi yang tidak memadai, mencegah infeksi bedah dan komunikasi yang buruk di antara anggota tim. Untuk membantu tim bedah dalam mengurangi jumlah kejadian ini, WHO menghasilkan rancangan berupa *checklist* keselamatan pasien di kamar bedah sebagai media informasi yang dapat membina komunikasi yang lebih baik dan kerjasama antara disiplin klinis.

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk penggunaan antibiotika dan obat lainnya yaitu: *Kejadian Penggunaan Antibiotik Lebih dari 1 (satu) = <1%*, dengan hasil capaian pada bulan September 2015 adalah 3,44%. Indikator kunci ini berbeda dengan indikator kunci dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Pemberian obat Asam Asetilsalisilat untuk pasien Akut Miocard*

Infark (AMI) pada saat pulang/KRS =100%, dengan hasil capaiannya pada bulan September 2015 adalah 100%. Berbeda pula dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Ketidaktepatan indikasi penggunaan antibiotika di rawat inap=0%* dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 18,60%. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dan RSUD Tugurejo Semarang belum berhasil dalam memenuhi target indikator penggunaan antibiotika dan obat lainnya sesuai standar akreditasi RS versi 2012. Perlu upaya untuk meningkatkan kembali kinerja dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini, baik dari manajerial, tim akreditasi, staf pelaksana untuk meningkatkan capaian sehingga dapat sesuai dengan target yang diharapkan karena tahap akhir kebijakan antibiotik di rumah sakit adalah dari dukungan manajemen dan komite antibiotik untuk mengimplementasikan roda penggunaan antibiotik sehari-hari. Dukungan tersebut antara lain kebijakan Kepala Rumah Sakit melalui pendekatan instruksional dan sosialisasi program pemantau penggunaan antibiotik, pendidikan dan pelatihan penggunaan rasional antibiotik, pemantauan rutin peta kuman di setiap departemen, ICU, dan kamar operasi, serta dukungan dana operasional monitoring penggunaan antibiotik terkait program kendali infeksi. Kebijakan antibiotik di rumah sakit harus terlaksana mengingat program JCI, terutama dalam *Infection Control*, perlu pendekatan yang terukur dan teraplikasi baik. Penyusunan standar operasional dalam kebijakan antibiotik di rumah sakit perlu mengacu standar epidemiologi dengan surveilans teratur, serta standar

penggunaan antibiotik yang memadai dan tepat. Berbagai *evidence* yang kompleks tersebut menjadi landasan upaya cegah kendali resistansi kuman di rumah sakit. Untuk memelihara efektivitas dan efisiensi penggunaan antibiotik diperlukan kearifan dan ketulusan.

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk kesalahan medikasi (*medication error*) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) yaitu: *Kejadian Kesalahan Peresepan Dokter untuk Pasien Rawat Jalan = 0(zero)*, dengan hasil capaian pada bulan September 2015 adalah 0(zero). Indikator kunci ini selaras dengan indikator pilihan dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Kesalahan penulisan catatan pemberian obat =0*, dengan hasil capaiannya pada bulan Maret 2015 adalah 0. Selaras pula dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Insiden Kesalahan Penulisan Etiket Pada Obat di Farmasi=0%* dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 0,60%. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dan RSUD Sanjiwani Gianyar telah berhasil dalam memenuhi target indikator kesalahan medikasi (*medication error*) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sehingga harus berupaya untuk mempertahankan apa yang telah dicapai guna kepentingan mutu layanan rumah sakit. RSUD Tugurejo Semarang belum mencapai target sesuai indikator sehingga perlu upaya untuk meningkatkan kembali kinerja dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini.

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk penggunaan anestesi dan sedasi yaitu:

Kejadian Komplikasi Selama Pemberian Sedasi= 0(zero), dengan hasil capaian pada bulan September 2015 adalah 0(zero). Indikator kunci ini selaras dengan indikator pilihan dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Pengkajian preanastesi dilaksanakan untuk pasien pra-operasi elektif dengan anestesi umum=100%*, dengan hasil capaiannya pada bulan September 2015 adalah 100%. Selaras pula dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Komplikasi anestesi karena reaksi anestesi=0* dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 0,42%. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dan RSUD Sanjiwani Gianyar telah berhasil dalam memenuhi target indikator penggunaan anestesi dan sedasi sehingga harus berupaya untuk mempertahankan apa yang telah dicapai guna kepentingan mutu layanan rumah sakit. RSUD Tugurejo Semarang belum mencapai target sesuai indikator sehingga perlu upaya untuk meningkatkan kembali kinerja dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini. Pelayanan anestesia pada setiap pasien direncanakan dan didokumentasikan di rekam medis pasien. Risiko, manfaat dan alternatif didiskusikan dengan pasien dan keluarga atau mereka yang membuat keputusan bagi pasien. Selama pemberian anestesi, status fisiologis setiap pasien terus menerus dimonitor dan dituliskan dalam rekam medis pasien. Pelayanan anestesi memenuhi standar di rumah sakit, nasional, juga undang-undang dan peraturan yang berlaku (Standar Akreditasi RS, 2011).

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk penggunaan darah dan produk darah yaitu: *Angka Rasio Cross Match Transfusi* $= < 2$, dengan hasil capaian pada bulan September adalah 0,90 dan pada bulan Oktober adalah 0,93. Indikator kunci ini berbeda dengan indikator pilihan dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Monitoring tidak terpakainya produk darah yang sudah di order* $> 10\%$, dengan hasil capaiannya pada bulan September 2015 adalah 6%. Namun selaras dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Reaksi tranfusi darah* $< 0,1\%$ dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 0,5%. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah berhasil dalam memenuhi target indikator penggunaan darah dan produk darah sehingga harus berupaya untuk mempertahankan apa yang telah dicapai guna kepentingan mutu layanan rumah sakit. RSUD Sanjiwani Gianyar dan RSUD Tugurejo Semarang belum mencapai target sesuai indikator sehingga perlu upaya untuk meningkatkan kembali kinerja dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini.

Pada penelitian ini Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien yaitu: *Angka Ketidaklengkapan Pengisian Resume Pasien Pulang* $= 0$ (zero), dengan hasil capaian pada bulan September adalah 24,3% dan pada bulan Oktober adalah 30,7%. Indikator kunci ini selaras dengan indikator pilihan dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medik 24 jam Sejak*

Setelah Selesai Pelayanan Rawat Inap <5% dengan hasil capaiannya pada bulan Agustus 2015 adalah 17,78%. Selaras pula dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medik 24 jam setelah pelayanan Rawat Inap (RM 1)100%* dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 46%. Ketiga rumah sakit ini belum berhasil dalam memenuhi target indikator prosedur bedah sesuai standar akreditasi RS versi 2012. Perlu upaya untuk meningkatkan kembali kinerja dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini, baik dari manajerial, tim akreditasi, staf pelaksana untuk meningkatkan capaian sehingga dapat sesuai dengan target yang diharapkan. Pembuatan resume bagi setiap pasien yang dirawat merupakan cerminan mutu rekam medis serta layanan yang diberikan oleh rumah sakit (DepKes, 1997).

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk pencegahan dan pengendalian infeksi, *surveilans* dan pelaporan yaitu: *Kejadian Infeksi Aliran Darah Primer* = <1,5‰, dengan hasil capaian pada bulan September adalah pada bangsal Ar.Royan 0,75‰, pada bangsal Naim 0‰, pada bangsal Firdaus 0,29‰, pada bangsal Zaitun 0,57‰, dan pada bangsal Wardah 2,47‰. dan pada bulan Oktober pada bangsal Ar.Royan 0,75‰, pada bangsal Naim 0‰, pada bangsal Firdaus 0,29‰, pada bangsal Zaitun 0,57‰, dan pada bangsal Wardah 2,47‰.. Indikator ini selaras dengan indikator pilihan dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Angka kejadian plebhitis pada pasien*

dengan pemasangan infus <1,5%, dengan hasil capaiannya pada bulan Maret 2015 adalah 1,57%. Namun berbeda dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *ketaatan cuci tangan petugas* =100% dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 61%. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II pada sebagian besar bangsal telah berhasil dalam memenuhi target indikator pencegahan dan pengendalian infeksi walaupun juga masih ada bangsal yang belum dapat memenuhi target. Demikian pula dengan RSUD Sanjiwani Gianyar dan RSUD Tugurejo Semarang juga belum berhasil dalam pencapaian target indikator sehingga perlu upaya untuk meningkatkan kembali kinerja dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini, baik dari manajerial, tim akreditasi, staf pelaksana untuk meningkatkan capaian sehingga dapat sesuai dengan target yang diharapkan. Tujuan pengorganisasian program PPI adalah mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat dan ditularkan diantara pasien, staf, tenaga profesional kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela, mahasiswa dan pengunjung (Standar Akreditasi RS, 2011). Risiko infeksi dan kegiatan program dapat berbeda dari satu rumah sakit ke rumah sakit lainnya, tergantung pada kegiatan klinis dan pelayanan rumah sakit, populasi pasien yang dilayani, lokasi geografi, jumlah pasien dan jumlah pegawai. Program akan efektif apabila mempunyai pimpinan yang ditetapkan, pelatihan staf yang baik, metode untuk mengidentifikasi dan proaktif pada tempat berisiko infeksi,

kebijakan dan prosedur yang memadai, pendidikan staf dan melakukan koordinasi ke seluruh rumah sakit (Standar Akreditasi RS, 2011).

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II belum menentukan indikator mutu dalam hal riset klinis berarti tidak dapat ditentukan nilai untuk indikator riset klinis. Ini berbeda dengan RSUD Sanjiwani Gianyar yang telah menentukan indikator kunci untuk riset klinis yaitu *Evaluasi kelengkapan informed consent yang dilaksanakan untuk setiap penelitian klinis* >80% dengan hasil capaiannya pada bulan September 2015 adalah 100%. Berbeda pula dengan RSUD Tugurejo Semarang yang telah menentukan indikator kunci untuk riset klinis yaitu *Kesesuaian waktu antara pemberian ijin penelitian dengan pelaksanaan penelitian* 80% dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 80%. Rumah sakit selain berfungsi sebagai tempat pemberi layanan kesehatan juga dapat berfungsi sebagai tempat penelitian. Banyak hal yang dapat diteliti di rumah sakit dalam hal klinik maupun manajerial.

Pada penelitian ini Rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II mendapatkan nilai < 80% dalam pemenuhan standar akreditasi untuk telusur implementasi. Hasil skor akreditasi yang didapatkan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II untuk kelengkapan dokumen pada bidang indikator area klinis yaitu 83,3%, untuk bukti implementasi adalah 66,7% Hasil ini selaras dengan RSUD DR.R.Soetijono Blora yang mendapatkan skor sebesar 41,21% pada rata-rata hasil telusur implementasi dan kelengkapan dokumen. Sehingga RS PKU

Muhammadiyah Yogyakarta unit II dan RSUD DR.R.Soetijono Blora dapat dikatakan belum siap untuk mencapai kelulusan dalam akreditasi rumah sakit versi 2012 untuk indikator area klinis.

Hambatan dalam pelaksanaan indikator area klinis untuk akreditasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II antara lain karena kurangnya sumber daya manusia (SDM), fasilitas, sarana dan prasarana yang masih belum lengkap, dan kurangnya pengetahuan serta kesadaran dari petugas yang terkait. Salah satu indikator keberhasilan rumah sakit yang efektif dan efisien adalah tersedianya SDM yang cukup dengan kualitas yang tinggi, profesional sesuai dengan fungsi dan tugas setiap personel. Ketersediaan SDM, fasilitas, sarana dan prasarana rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit berdasarkan tipe rumah sakit dan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Perencanaan kebutuhan SDM secara tepat sesuai dengan kebutuhan pelayanan tiap unit bagian, instalasi rumah sakit dan sesuai dengan klasifikasi rumah sakit berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 56 tahun 2014 serta standar akreditasi nasional versi Komisi Akreditasi Rumah Sakit 2012 (KARS). Kesadaran dan sikap proaktif dari semua pihak yang ada didalam suatu organisasi akan sangat berpengaruh dan menentukan arah dari organisasi tersebut.

Komitmen pimpinan rumah sakit sangatlah penting dalam memenuhi mutu pelayanan dan keselamatan pasien diawali dengan menetapkan suatu kebijakan. Kebijakan atau regulasi yang secara kolaboratif dikembangkan

untuk memperbaiki proses setiap pelayanan di rumah sakit mulai kebijakan pimpinan rumah sakit untuk membentuk tim akreditasi dan kebijakan atau prosedur yang terkait dengan standar akreditasi rumah sakit terutama standar akreditasi dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien bidang indikator area klinis. Standar-standar tersebut disosialisasikan kepada staf atau petugas rumah sakit untuk diimplementasikan dalam setiap pelayanan kepada pasien.

Akreditasi bertujuan untuk menentukan apakah organisasi tersebut memenuhi seperangkat persyaratan yang dirancang untuk memperbaiki keselamatan dan kualitas pelayanan. Akreditasi menjadi tantangan terbaru bagi rumah sakit saat ini, dengan komitmen yang tinggi dari pimpinan akan menularkan budaya akreditasi kepada staf serta pegawai rumah sakit sehingga mutu pelayanan dan keselamatan dapat terjaga kualitasnya.