

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Akreditasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Kementerian Kesehatan (Permenkes) RI No. 159a/Menkes/PER/II/1998 tentang rumah sakit, akreditasi adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada manajemen rumah sakit, karena telah memenuhi standar minimal yang ditetapkan. Sedangkan menurut Permenkes RI No. 012/2012, menyatakan bahwa akreditasi rumah sakit adalah pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh menteri baik dari dalam maupun luar negeri, baik pemerintah maupun swasta yang bersifat mandiri dalam proses pelaksanaan, pengambilan keputusan, dan penerbitan sertifikat status akreditasi. Adapun tujuan akreditasi rumah sakit adalah

meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, sehingga sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia yang semakin selektif dan berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu. Dengan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan diharapkan dapat mengurangi minat masyarakat untuk berobat keluar negeri.

Sesuai dengan Undang-undang No.44 Tahun 2009, pasal, 40 ayat 1, menyatakan bahwa, dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali. Meskipun akreditasi rumah sakit telah berlangsung sejak tahun 1995 dengan berbasis pelayanan, yaitu 5 pelayanan, 12 pelayanan dan 16 pelayanan, namun dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi serta makin kritisnya masyarakat Indonesia dalam menilai mutu pelayanan kesehatan, maka dianggap perlu dilakukannya perubahan yang bermakna terhadap mutu rumah sakit di Indonesia.

Menurut *Joint Comission International (JCI)*(2011), akreditasi adalah proses penilaian organisasi pelayanan kesehatan dalam hal ini rumah sakit utamanya rumah sakit non pemerintah, oleh lembaga akreditasi internasional berdasarkan standar internasional yang telah ditetapkan. Akreditasi disusun untuk meningkatkan keamanan dan kualitas pelayanan kesehatan.

Kementerian Kesehatan RI khususnya Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan memilih dan menetapkan sistem akreditasi yang mengacu pada *Joint Commission International (JCI)*. Dalam hal ini, Kementerian Kesehatan memilih akreditasi dengan sistem *Joint Commission International (JCI)* dikarenakan lembaga akreditasi tersebut merupakan badan yang pertama kali terakreditasi oleh *International Standart Quality (ISQua)* selaku penilai lembaga akreditasi. Standar ini akan dievaluasi kembali dan akan dilakukan perbaikan bila ditemukan hal-hal yang tidak sesuai lagi dengan kondisi di rumah sakit.

Akreditasi rumah sakit di Indonesia telah dilaksanakan sejak tahun 1995, yang dimulai hanya 5 (lima) pelayanan, pada tahun 1998 berkembang menjadi 12 (dua belas) pelayanan dan pada tahun 2002 menjadi 16 pelayanan. Namun rumah sakit dapat memilh akreditasi untuk 5 (lima), 12 (duabelas) atau 16 (enam belas) pelayanan, sehingga standar mutu rumah sakit dapat berbeda tergantung berapa pelayanan akreditasi yang diikuti.

2. Dasar Hukum dan Kebijakan Akreditasi Rumah Sakit

Pelaksanaan akreditasi rumah sakit berdasarkan dasar hukum yang berlaku sebagai berikut :

- a. Undang-undang (UU) No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, pada pasal 59 menegaskan bahwa peningkatan mutu sarana kesehatan perlu diperhatikan.
- b. Undang-undang (UU) No.44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit dalam pasal 40 menyatakan kewajiban

menjalani proses akreditasi yang disebutkan secara eksplisit:

- 1) Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali.
 - 2) Akreditasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh suatu lembaga independen baik dari dalam maupun dari luar negeri berdasarkan standar akreditasi yang berlaku.
 - 3) Lembaga independen sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Menteri.
 - 4) Ketentuan lebih lanjut mengenai akreditasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.
- c. Permenkes RI No. 159b/88 tentang Rumah Sakit, pasal 26 mengatur tentang akreditasi rumah sakit.
- d. Permenkes RI No. 12/MENKES/PER/I/2012 tentang akreditasi.

- e. Surat Keputusan (SK) Menteri Kesehatan RI No. 436/93 menyatakan berlakunya standar pelayanan rumah sakit dan standar pelayanan medik Indonesia.
- f. SK Dirjen Pelayanan Medik No. YM.02.03.3.5.2626 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit dan Saran Kesehatan lainnya (KARS) disebutkan bahwa KARS memiliki tugas pokok membantu Direktur Jendral Pelayanan Medik dalam merencanakan, melaksanakan, dan melakukan penilaian akreditasi rumah sakit dan saran kesehatan lainnya. Penetapan status akreditasi menjadi wewenang Direktur Jendral Pelayanan Medik.
- g. SK Menteri Kesehatan RI No. 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal RS yang wajib dilaksanakan di daerah.

3. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) adalah suatu lembaga independen dalam negeri sebagai

pelaksana akreditasi Rumah Sakit yang bersifat fungsional dan non-struktural. Visi dan misi dari KARS adalah :

a. Visi

Menjadi badan akreditasi yang memiliki kredibilitas tinggi ditingkat nasional dan internasional.

b. Misi:

- 1) Membimbing dan membantu rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien melalui akreditasi.
- 2) Memperoleh pengakuan internasional sebagai badan akreditasi berkelas internasional oleh ISQua (International Society Quality in Healthcare) dan memperoleh pengakuan masyarakat baik ditingkat nasional maupun internasional.

c. Tujuan

- 1) Diperolehnya pengakuan internasional oleh ISQua (International Society Quality in Healthcare) dan masyarakat.
- 2) Society Quality in Healthcare) dan masyarakat.

- 3) Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit melalui akreditasi.
- 4) Meningkatnya keselamatan pasien di rumah sakit melalui akreditasi.

d. Nilai

Nilai yang dianut dalam penyelenggaraan akreditasi adalah:

- 1) Integritas
- 2) Profesionalisme
- 3) Komitmen
- 4) Teamwork

4. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, merupakan standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia pada Januari 2018. Disebut dengan edisi 1, karena di Indonesia baru pertama kali ditetapkan standar nasional untuk akreditasi rumah sakit (SNARS, 2017). Standar

Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 ini, disusun dengan menggunakan acuan acuan sebagai berikut:

- a. Prinsip-prinsip standar akreditasi dari ISQua
- b. Peraturan dan perundangan-undangan termasuk pedoman dan panduan ditingkat Nasional baik dari pemerintah maupun profesi yang wajib dipatuhi dan dilaksanakan oleh rumah sakit di Indonesia
- c. Standar akreditasi JCI edisi 4 dan edisi 5
- d. Standar akreditasi rumah sakit KARS versi 2012
- e. Hasil kajian hasil survei dari standar dan elemen yang sulit dipenuhi oleh rumah sakit di Indonesia.

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1 berisi 16 bab, yang terbagi sebagai berikut :

- a. SASARAN KESELAMATAN PASIEN

SASARAN 1 : Mengidentifikasi pasien dengan benar

SASARAN 2 : Meningkatkan komunikasi yang efektif

SASARAN3: Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai (High Alert Medications)

SASARAN 4 : Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar.

SASARAN 5 : Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

SASARAN 6 : Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

b. STANDAR PELAYANAN BERFOKUS PASIEN

1). Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan

(ARK)

2). Hak Pasien dan Keluarga (HPK)

3). Asesmen Pasien (AP)

4). Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)

5). Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)

6). Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat

(PKPO)

7). Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)

c. STANDAR MANAJEMEN RUMAH SAKIT

- 1). Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
 - 2). Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
 - 3). Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
 - 4). Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
 - 5). Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)
 - 6). Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)
- d. PROGRAM NASIONAL
- 1). Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi.
 - 2). Menurunkan Angka Kesakitan HIV/AIDS.
 - 3). Menurunkan Angka Kesakitan TB
 - 4). Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)
 - 5). Pelayanan Geriatri
- e. INTEGRASI PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM PELAYANAN DI RUMAHSAKIT
- Ketentuan penggunaan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi I sebagaiberikut:
- a. Rumah Sakit Pendidikan : 16 bab
 - b. Rumah Sakit non Pendidikan : 15 bab

Proses akreditasi didasarkan pada hasil evaluasi kepatuhan Rumah Sakit terhadap Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1. Setelah terakreditasi, rumah sakit diharapkan untuk menunjukkan kepatuhan terus menerus terhadap standar di setiap siklus akreditasi. Standar akreditasi diperbarui setiap tiga tahun.

Survei akreditasi dilaksanakan dengan menilai kesesuaian rumah sakit terhadap standar nasional akreditasi rumah sakit edisi 1 melalui proses:

- a. Wawancara dengan staf dan pasien serta informasi lisan lainnya;
- b. Pengamatan proses penanganan pasien secara langsung;
- c. Tinjauan terhadap kebijakan, prosedur, panduan praktik klinis, rekam medis pasien, catatan personel, kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan, dan dokumen lain yang diminta dari rumah sakit;
- d. Tinjauan data peningkatan mutu dan keselamatan pasien, penilaian kinerja dan hasil;

- e. Pelaksanaan aktivitas telusur pasien secara individual (yaitu mengevaluasi pengalaman perawatan pasien melalui proses perawatan di rumah sakit); dan
- f. Pelaksanaan aktivitas telusur terfokus terhadap sistem atau proses di seluruh organisasi (misalnya, manajemen obat, pengendalian infeksi, limbah dan bahan berbahaya, atau sistem dan proses rawan masalah, berisiko tinggi, bervolume tinggi/rendah lainnya)

Keputusan akreditasi final didasarkan pada kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Rumah sakit tidak menerima nilai/skor sebagai bagian dari keputusan akreditasi final. Ketika suatu rumah sakit berhasil memenuhi persyaratan akreditasi KARS, rumah sakit tersebut akan menerima penghargaan Status Akreditasi sebagai berikut:

- a. Rumah Sakit Non Pendidikan
 - 1). Tidak lulus akreditasi

- a) Rumah sakit tidak lulus akreditasi bila dari 15 bab yang disurvei, semua mendapat nilai kurang dari 60 %
- b) Bila rumah sakit tidak lulus akreditasi dapat mengajukan akreditasi ulang setelah rekomendasi dari survei dilaksanakan.

2). Akreditasi tingkat dasar

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat dasar bila dari 15 bab yang di survei hanya 4 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 12 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.

3). Akreditasi tingkat madya

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat madya bila dari 15 bab yang di survei ada 8 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 7 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.

4). Akreditasi tingkat utama

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat utama bila dari 15 bab yang di survei ada 12 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 3 bablainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.

5). Akreditasi tingkat paripurna

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat paripurna bila dari 15 bab yang di survei semua bab mendapat nilai minimal 80%.

b. Rumah Sakit Pendidikan

1). Tidak lulus akreditasi

a) Rumah sakit tidak lulus akreditasi bila dari 16 bab yang di survei mendapat nilai kurang dari 60%.

b) Bila rumah sakit tidak lulus akreditasi dapat mengajukan akreditasi ulangsetelah rekomendasi dari surveior dilaksanakan.

2). Akreditasi tingkat dasar

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat dasar bila dari 16 bab yang di survei hanya 4 bab, dimana salah satu babnya adalah Institusipendidikan pelayanan kesehatan, mendapat nilai minimal 80% dan 12bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%

3). Akreditasi tingkat madya

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat madya bila dari 16 bab yang di survei ada 8 bab, dimana salah satu babnya adalah Institusipendidikan pelayanan kesehatan, mendapat nilai minimal 80% dan 8bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20% .

4). Akreditasi tingkat utama

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat utama bila dari 16 bab yang di survei ada 12 bab, dimana salah satu babnya adalah Institusipendidikan pelayanan kesehatan mendapat

nilai minimal 80 % dan 4bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.

5). Akreditasi tingkat paripurna

a) Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat paripurna bila dari 16 bab yang di survei semua bab mendapat nilai minimal 80%.

b) Bila Rumah Sakit tidak mendapat status akreditasi paripurna dan ada bab nilainya dibawah 80 % tetapi diatas 60%, maka Rumah Sakit dapat mengajukan survei remedial untuk bab tersebut.

**5. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1
Program Khusus**

Program Khusus merupakan kebijakan KARS yang hanya dilakukan oleh Rumah Sakit Kelas C yang memberikan pelayanan spesialistik dasar tanpa pelayanan sub spesialistik (yang ditetapkan oleh KARS), Kelas D ,Kelas D Pratama, dan Rumah Sakit Khusus Kelas C.

Dasar dari kebijakan ini adalah Peraturan Eksekutif Komisi Akreditasi Rumah Sakit nomor : 1666/KARS/X/2014 tanggal 1 Oktober 2014, tentang Penetapan Status Akreditasi Rumah Sakit, dimana terdapat program khusus dengan sertifikat kelulusan Perdana .

Penetapan status akreditasi Rumah Sakit meliputi 4(empat) bab dengan ketentuan :

- a. KPS (Kualifikasi dan Pendidikan Staf)
- b. HPK (Hak Pasien dan Keluarga)
- c. PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi)
- d. SKP (Sasaran Keselamatan Pasien).

Nilai kelulusan dari masing-masing bab tersebut di atas harus harus mencapai nilai ≥ 80 %. Rumah Sakit hanya memiliki kesempatan sekali mengikuti akreditasi program khusus jika nilai yang dicapai masih belum memenuhi kriteria kelulusan maka dapat mengajukan survey ulang secepat-cepatnya 3 (tiga) bulan dan selambat-lambatnya 6 (enam) bulan. Akreditasi Program

Khusus hanya dapat dilakukan sekali saja untuk pertama, kemudian selanjutnya wajib mengikuti pelaksanaan akreditasi reguler.

6. Tahapan dan Status Akreditasi Rumah Sakit

Tahapan yang perlu dilakukan dalam penyelenggaraan akreditasi adalah :

a. Pembinaan Akreditasi oleh Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan

Tahap pembinaan akreditasi bertujuan untuk menyiapkan sistem pelayanan di rumah sakit. Hasil pembinaan berupa rekomendasi yang mencakup aspek hukum atau aspek manajemen pelayanan yang bisa digunakan untuk mengetahui apakah rumah sakit perlu bimbingan atau tidak.

b. Bimbingan Akreditasi oleh Surveyor Pembimbing

Tahap bimbingan akreditasi bertujuan untuk memberikan penjelasan, pemahaman dan penerapan standar pelayanan yang menjadi item penilaian dalam akreditasi. Hasil bimbingan ini berupa rekomendasi

tentang langkah-langkah yang perlu dilakukan rumah sakit dan dokumen yang perlu disediakan untuk mencapai akreditasi. Bila masih membutuhkan bimbingan, rumah sakit berhak untuk meminta bimbingan dari konsultan luar selain KARS untuk mendapat bimbingan lebih intensif.

c. Survei Akreditasi oleh Surveyor Akreditasi

Tahap survei akreditasi merupakan saatnya penilaian terhadap pemenuhan standar rumah sakit menggunakan instrumen akreditasi yang dikeluarkan oleh KARS. Survei akreditasi dilakukan oleh KARS sedangkan sertifikasi diberikan oleh Dirjen Pelayanan Medik DEPKES RI berdasarkan rekomendasi KARS. Rumah sakit tidak dapat memilih surveyor akreditasi untuk menjamin objektivitas penilaian.

d. Pendampingan Pasca Akreditasi oleh Tim Pendampingan yang terdiri dari KEMESKES, KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit), PERSI daerah dan Dinas Kesehatan

Tahap pendampingan pasca akreditasi bertujuan menindaklanjuti rekomendasi hasil survei akreditasi agar rumah sakit yang telah terakreditasi dapat meningkatkan mutu pelayanan yang masih dibawah standar dan tetap mempertahankan mutu pelayanan yang sudah tercapai. Pendampingan dilaksanakan secara berkala minimal 6 bulan pasca survey akreditasi.

7. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Tujuan pengorganisasian program PPI adalah mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat dan ditularkan diantara pasien, staf, tenaga profesi kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela, mahasiswa dan pengunjung. Risiko infeksi dan kegiatan program dapat berbeda dari 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.

a. Program Kepemimpinan dan Koordinasi

1) Standar PPI.1.

Satu atau lebih individu mengawasi seluruh kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi. Individu tersebut mempunyai kualifikasi dalam praktek pencegahan dan pengendalian infeksi melalui pendidikan, pelatihan, pengalaman atau sertifikasi

2) Standar PPI.2.

Ada penetapan mekanisme koordinasi untuk seluruh kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi yang melibatkan dokter, perawat dan

tenaga lainnya sesuai besar kecil dan kompleksitas organisasi rumah sakit.

3) Standar PPI.3.

Program pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan ilmu pengetahuan terkini, pelaksanaan sesuai pedoman yang diterima dan dapat diterapkan sesuai dengan peraturan dan perundangan yang berlaku, dan standar untuk sanitasi dan kebersihan.

4) Standar PPI.4.

Pimpinan rumah sakit menyediakan sumber daya yang cukup untuk mendukung program pencegahan dan pengendalian

b. Fokus dari Program

1) Standar PPI.5.

Susunan organisasi dan implementasi program secara komprehensif adalah untuk menurunkan risiko dari pelayanan kesehatan—terkait infeksi pada pasien dan tenaga pelayanan kesehatan.

2) Standar PPI 5.1

Seluruh pasien, staf dan pengunjung rumah sakit dimasukkan dalam Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

3) Standar PPI 6.

Fokus program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit adalah pencegahan dan penurunan infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan.

4) Standar PPI 7.

Rumah sakit mengidentifikasi prosedur dan proses terkait dengan risiko infeksi dan mengimplementasi strategi untuk menurunkan risiko infeksi.

5) Standar PPI 7.1.

Rumah sakit menurunkan risiko infeksi dengan menjamin kebersihan peralatan yang cukup dan sterilisasi serta manajemen laundry dan linen yang memadai.

6) Standar PPI 7.1.1

Ada kebijakan dan prosedur di tempat yang mengidentifikasi proses untuk pengelolaan alat dan bahan habis pakai yang kadaluwarsa dan menetapkan kondisi untuk re-use dari single use peralatan habis pakai ketika peraturan dan perundangan mengizinkan.

7) Standar PPI 7.2

Rumah sakit menurunkan risiko infeksi dengan pembuangan sampah yang tepat.

8) Standar PPI 7.3

Rumah sakit harus mempunyai kebijakan dan prosedur pembuangan benda tajam dan jarum

9) Standar PPI 7.4.

Rumah sakit mengurangi risiko infeksi di fasilitas yang terkait dengan kegiatan pelayanan makanan dan pengendalian mekanik dan permesinan.

10) Standar PPI 7.5

Rumah sakit mengurangi risiko infeksi di fasilitas selama demolisi/perombakan, pembangunan dan renovasi.

c. Prosedur Isolasi

Standar PPI.8

Rumah sakit menyediakan pemisah sebagai tindakan pencegahan terlebih dahulu (barrier precaution) dan prosedur isolasi yang melindungi pasien, pengunjung dan staf terhadap penyakit menular dan melindungi pasien yang rentan terhadap infeksi nosokomial.

d. Teknik Pengamanan dan Hand Hygiene

Standar PPI.9.

Sarung tangan, masker, proteksi mata dan peralatan proteksi lainnya, sabun dan desinfektan tersedia bila diperlukan dan digunakan secara benar.

e. Integrasi Program dengan Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien

1) Standar PPI.10

Proses pengendalian dan pencegahan infeksi terintegrasi secara keseluruhan dengan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit

2) Standar PPI 10.1.

Alur risiko infeksi di rumah sakit, angka infeksi dan kecenderungan infeksi di rumah sakit

3) Standar PPI 10.2.

Monitoring termasuk penggunaan indikator yang berhubungan dengan masalah infeksi yang secara epidemiologi penting bagi rumah sakit.

4) Standar PPI 10.3.

Rumah sakit menggunakan informasi risiko, angka dan informasi kecenderungan untuk menyusun atau memodifikasi proses untuk

menurunkan risiko dan infeksi di rumah sakit ke level yang terendah mungkin.

5) Standar PPI 10.4.

Rumah sakit membandingkan angka kejadian infeksi dengan rumah sakit lain melalui data dasar perbandingan.

6) Standar PPI 10.5.

Hasil monitoring infeksi di rumah sakit, secara berkala disampaikan kepada pimpinan dan staf

7) Standar PPI 10.6

Rumah sakit melaporkan informasi tentang infeksi ke pihak luar, kepada Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan

f. Pendidikan Staf Tentang Program

1) Standar PPI 11

Rumah sakit menyediakan pendidikan tentang praktik pencegahan dan pengendalian infeksi kepada staf, dokter, pasien dan keluarga serta

petugas lainnya ketika ada indikasi keterlibatan mereka.

B. Penelitian Terdahulu

Penelitian tentang PPI di rumah sakit menurut penelusuran penulis belum pernah dilakukan, namun terdapat beberapa penelitian yang hampir sama :

1. Marianingsih (2010), melakukan penelitian dengan judul Tingkat Kesiapan Pelayanan IGD RS Muhammadiyah Bantul terhadap Standart Akreditasi Tahun 2007. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Bantul, merupakan rumah sakit swasta tipe C, dengan 11 tahun masa akreditasi rumah sakit habis termasuk akreditasi di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Rumah sakit tersebut merencanakan melakukan reakreditasi 16 pelayanan pada awal tahun 2011. Tujuan penelitian: Untuk mengetahui tingkat kesiapan akreditasi pelayanan IGD di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul menurut penilaian staf IGD, pokja, dan peneliti

terhadap pemenuhan Standar Akreditasi Departemen Kesehatan tahun 2007. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif komparatif dengan rancangan studi kasus. Cara pengumpulan data dilakukan dengan membagikan kuesioner ke staf IGD, observasi dan wawancara, data sekunder berupa self assessment tim pokja IGD. Berdasarkan penilaian staf IGD dan peneliti semua standar telah siap memenuhi akreditasi (>60%), tetapi menurut tim pokja standar pelayanan pengembangan staf dan program pendidikan masih dibawah 60%.

2. Simorangkir dan Friska (2004) meneliti tentang Gambaran Self Assessment Pelayanan Keperawatan Menuju Akreditasi Tahun 2004 di RSUP H. Adam Malik Medan. Kegiatan Self Assessment (SA) di rumah sakit adalah dalam rangka untuk mempersiapkan diri akreditasi berikutnya setelah tiga tahun. Penelitian ini di hanya membatasi hanya pada Self Assessment Pelayanan Keperawatan. RSUP H. Adam Malik, hal ini

dipilih sebagai objek penelitian karena rumah sakit tersebut telah diakreditasi dan sedang mempersiapkan diri untuk diakreditasi kembali pada bulan Desember tahun 2004. Dari hasil penelitian diperoleh bahwa RSUP H. Adam Malik Medan untuk pencapaian standar pelayanan keperawatan secara keseluruhan mendapatkan nilai 81,74 %, artinya pencapaian standar pelayanan dikategorikan baik. Tetapi dari tujuh standar akreditasi, ada dua standar yang nilainya berada di bawah standar yaitu Standar Fasilitas dan Peralatan dan Standar Evaluasi dan Pengendalian Mutu. Dari hasil penelitian melalui wawancara dan observasi hal utama yang mengakibatkan nilai kedua standar ini berada di bawah standar adalah Manajemen Sumber Daya Manusia yang masih kurang dan dana rumah sakit yang terbatas. Ketersediaan Sumber Daya Manusia dan dana tersebut mempengaruhi penyediaan fasilitas dan peralatan serta evaluasi dan pengendalian mutu.

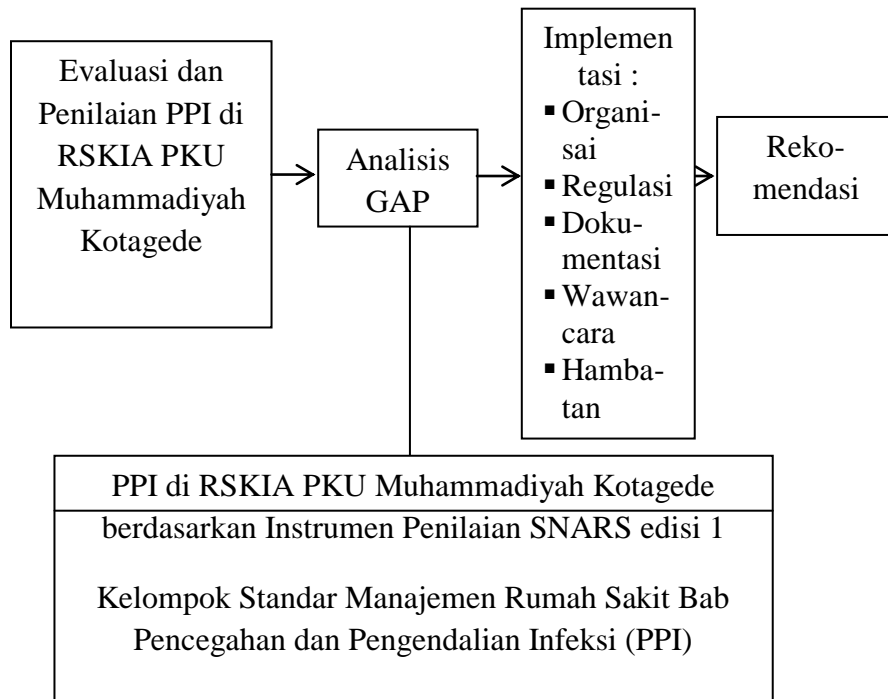
3. Sundoro Totok (2013) dalam penelitian yang berjudul Evaluasi Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Sesuai Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus yang bertujuan mengetahui gambaran (kebijakan, implementasi, hambatan, rekomendasi) tentang pemenuhan upaya sasaran keselamatan pasien di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta.
4. Gastemeier, Brauer, Frosters, *et.al.* (2002) dalam penelitian yang berjudul *A Quality Management Project in 8 Selected Hospitals to Reduce Nosocomial Infections: A Prospective, Controlled Study*. Penelitian ini bertujuan mengurangi jumlah infeksi nosokomial (NIS) pada pasien bedah dengan pendekatan manajemen mutu. Desain penelitian ini adalah prospektif, studi terkontrol pada 8 rumah sakit, dengan 4 rumah sakit yang diberikan perlakuan dan 4 rumah sakit lainnya sebagai kontrol selama 26 bulan. Studi ini menunjukkan

bahwa tingkat NI dapat dikurangi secara signifikan dengan metode intervensi yang tepat di rumah sakit yang tertarik dalam kegiatan manajemen mutu. Namun, upaya intens terus menerus diperlukan untuk mempertahankan perbaikan ini.

C. Landasan Teori

Penelitian ini diadopsi dari prinsip-prinsip manajemen dan strategi yang terdapat dalam standar Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1, secara spesifik yang termasuk dalam Standar II, Bab II tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Masing-masing dalam komponen ini dinilai berdasarkan elemen penilaian yang terdapat dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1.

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.1. Kerangka Konsep Penelitian

E. Pertanyaan Penelitian

Adapun pertanyaan penelitian adalah sebagai berikut :

1. Bagaimana manajemen pelaksanaan terkait program PPI di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede?
2. Bagaimana regulasi terkait program di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede untuk memenuhi standar

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sesuai dengan SNARS Edisi 1?

3. Bagaimana implementasi pelaksanaan program di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede untuk memenuhi sasaran Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sesuai dengan SNARS Edisi 1?
4. Apa hambatan RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede untuk memenuhi sasaran Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sesuai dengan SNARS Edisi 1?
5. Apa rekomendasi untuk RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede dalam memenuhi sasaran Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sesuai dengan SNARS Edisi 1?