

**ANALISIS KESIAPAN RUMAH SAKIT YANG TELAH TERAKREDITASI 12  
PELAYANAN TERHADAP PEMENUHAN STANDAR AKREDITASI VERSI 2012  
(STUDI KASUS RSUD DR.R.SOETIJONO BLORA)**

*ANALYSIS OF THE READINESS OF HOSPITAL THAT HAVE ACCREDITED 12  
STANDARD ACCREDITATION SERVICE OF FULFILLMENT VERSION 2012 (CASE  
STUDY RSUD DR.R.SOETIJONO BLORA)*

Ratih Dwi Octaria<sup>1</sup>, Arlina Dewi<sup>2</sup>, Imamudin Yuliadi<sup>3</sup>

1. *Program Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Email : ratih.octaria@gmail.com*
2. *Dosen Program Studi Manajemen Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*
3. *Dosen Program Studi Manajemen Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*

**INTISARI**

**Latar Belakang :** Upaya yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan adalah melalui kegiatan akreditasi rumah sakit. Perkembangan terkini untuk standar akreditasi rumah sakit di Indonesia mengacu pada *International Principles for Healthcare Standards* dan *Joint Commission International Accreditation Standard for Hospital*. Standar akreditasi ini sudah dimulai pelaksanaannya pada tahun 2012. Dimana standar ini berfokus pada pasien dan menggeser paradigma *quality* menjadi *quality-safety*. Pelaporan KTD akibat tindakan medis di rumah sakit masih sangat tinggi. Pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di RSUD DR.R.Soetijono Blora belum dilakukan dengan baik.

**Metode :** Penelitian kualitatif dengan rancangan penelitian studi kasus. Populasinya adalah petugas kesehatan, pasien dan manajemen. Jumlah sampel 16 orang. Analisis data dengan beberapa tahap yaitu pengumpulan data, reduksi data, koding data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.

**Hasil dan Pembahasan :** Implementasi 6 sasaran keselamatan pasien di RSUD DR.R.Soetijono Blora dalam persiapan akreditasi rumah sakit versi 2012 mencapai skor 41,21%. Hambatan yang dihadapi antara lain pengetahuan akreditasi yang masih kurang, kurang sosialisasi, fasilitas yang belum lengkap, belum terbentuk tim akreditasi, kurangnya penerapan dan evaluasi kebijakan dan SOP, kurangnya kesadaran diri petugas, dan kurang edukasi dari pihak manajemen.

**Kesimpulan :** Implementasi pelaksanaan 6 sasaran keselamatan pasien dalam persiapan akreditasi rumah sakit belum mencapai standar minimal yang ditetapkan oleh KARS (80%). Rekomendasi yang perlu dilakukan adalah butuh komitmen, dukungan penuh dan keterlibatan langsung dari pimpinan rumah sakit, melengkapi kebijakan dan prosedur yang belum sesuai dengan standar akreditasi versi 2012, melakukan evaluasi rutin untuk semua kebijakan dan prosedur yang telah berjalan dan melengkapi fasilitas yang berkaitan dengan sasaran keselamatan pasien.

**Kata kunci :** Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012, Sasaran Keselamatan Pasien, Kesiapan Rumah Sakit

## **ABSTRACT**

**Background:** *Quality of healthcare is one of the basic necessities that required for everyone. The efforts that made by Ministry of Health to improving the quality of service is through the hospital accreditation. Recent developments in accreditation standards for hospitals in Indonesia referring to International Principles for Healthcare Standards and Joint Commission International Accreditation Standard for Hospital. The implementation of this accreditation had already started in 2012. This standard focusses on patients and there is shift paradigm from quality becomes quality safety. Incident of adverse event as a result of medical actions in the hospital is still very high. Implementation the goals of patient safety in the RSUD DR.R.Soetijono Blora have not done well.*

**Method :** *Qualitative research with case studies design. The populations are health workers, patients and management. The number of sample are 16 people. Data analysis with several steps there are collecting the data, reduction the data, presentation the data, coding the data and the withdrawal of the conclusion.*

**Result and Discussion :** *Six implementation of patient safety at RSUD DR.R.Soetijono Blora in preparation for accreditation 2012 version achive score 41,21%. Obstacles faced include the accreditation knowledge is still lacking, lacking socialization, facilities that are not yet complete, hasn't formed a team of accreditation, the lack of implementation and evaluation of policies and procedures, lack of self awareness and lack of education to officers from the management.*

**Conclusions :** *Implementation of six patient safety goals in preparation for accreditation of hospital have not achieved the minimum standard set by the KARS (80%). Recommendations that need to be done are take the commitment, involvement and full support directly from the hospital management, complementary policies and procedures that are not compliance with the accreditation standards for the 2012 version, perform routine evaluations for all policies and procedures that have been walked, and equip facilities with regard to patient safety goals.*

**Keywords :** *Hospital Accreditation 2012 Version, Patient Safety Goals, Readiness of Hospital*

## **PENDAHULUAN**

Kebutuhan masyarakat akan jasa layanan kesehatan semakin tinggi, hal ini disebabkan karena semakin tingginya kesadaran masyarakat akan artinya kesehatan. Untuk menjawab kebutuhan masyarakat akan jasa layanan kesehatan, maka rumah sakit harus selalu berusaha untuk memenuhinya. Rumah sakit harus dapat meningkatkan kemampuan dalam melakukan pelayanan jasa kesehatan. Bagi pengelola maupun pemilik rumah sakit agar kegiatannya tetap berjalan maka peningkatan dilakukan dengan menambah teknologi kedokteran yang ada, tenaga paramedis, tenaga ahli di bidang kesehatan, serta tenaga ahli lainnya yang menunjang operasional rumah sakit.

Mutu pelayanan merupakan hal yang penting bagi rumah sakit. Pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan setiap orang. Layanan kesehatan yang bermutu adalah sebagai suatu layanan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakan dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan memberikan layanan yang memuaskan.<sup>1</sup>

Upaya yang dilakukan Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan adalah melalui kegiatan akreditasi rumah sakit baik milik pemerintah maupun swasta. Berdasarkan UU nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 40 berbunyi “Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, rumah sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali”. Akreditasi menurut ensiklopedi nasional adalah suatu bentuk pengakuan yang diberikan oleh pemerintah untuk suatu lembaga atau institusi. Sedangkan menurut Departemen Kesehatan RI, akreditasi rumah sakit adalah pengakuan oleh pemerintah kepada rumah sakit karena telah memenuhi standar yang telah ditentukan. Pada dasarnya tujuan utama akreditasi rumah sakit adalah agar kualitas pelayanan yang diberikan terintegrasi dan menjadi budaya sistem pelayanan di rumah sakit.<sup>1</sup>

Akreditasi rumah sakit versi 2007 memiliki standar sesuai dengan jumlah pelayanan yang diberikan yaitu 5 pelayanan, 12 pelayanan atau 16 pelayanan, dimana standar yang ada hanya berfokus pada provider saja seperti kegawatdaruratan dan rekam medis. Perkembangan terkini untuk standar akreditasi rumah sakit di Indonesia disempurnakan dengan mengacu pada *International Principles for Healthcare Standards (A Framework of requirement for standards. 3rd edition December 2007 International Society for Quality in Health Care/ISQua)* dan *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital 3rd edition, 2008*. Standar akreditasi ini sudah dimulai pelaksanaannya pada tahun 2012, dimana standar akreditasi ini berfokus pada pasien yang terdiri dari empat kelompok yaitu kelompok standar pelayanan berfokus pada pasien, kelompok standar manajemen rumah sakit, kelompok sasaran keselamatan pasien, dan sasaran program MDG's. Secara total terdapat 323 standar dan 1048 elemen penilaian.<sup>2</sup>

Saat ini paradigma standar akreditasi telah mengalami perubahan dimana tujuan akreditasi adalah untuk peningkatan mutu pelayanan rumah sakit bukan semata mata untuk mendapatkan sertifikat kelulusan, standar akreditasi harus memenuhi kriteria-

kriteria internasional dan bersifat dinamis, pelayanan yang berfokus pada pasien, keselamatan pasien menjadi standar utama, dan kesinambungan pelayanan harus dilakukan baik saat merujuk keluar maupun serah terima pasien dalam rumah sakit (antar unit, antar shift, antar petugas) dan hasil survey merupakan upaya pencapaian rumah sakit terhadap skoring yang ditentukan berupa level pencapaian yaitu pratama, madya, utama dan paripurna.<sup>2</sup> Data yang didapat oleh KARS sampai pada bulan Desember 2011, terdapat 1.378 rumah sakit di Indonesia, dan baru 818 rumah sakit yang terakreditasi (59,4%). Pemerintah menargetkan 90% rumah sakit di Indonesia terakreditasi pada tahun 2014.<sup>2</sup>

Pada saat ini mutu pelayanan kesehatan telah memasuki era keselamatan pasien. Hal ini didasari dari penetapan kelulusan akreditasi untuk pencapaian level pratama, madya, utama dan paripurna. Pada saat ini meningkatkan mutu pelayanan dan upaya keselamatan pasien di rumah sakit sudah merupakan sebuah gerakan universal, berbagai negara maju bahkan telah menggeser paradigma *quality* kearah paradigma baru yaitu *quality-safety*. Ini menunjukkan bahwa bukan hanya mutu pelayanan saja yang harus ditingkatkan tetapi yang lebih penting lagi adalah menjaga keselamatan pasien secara konsisten dan terus menerus.<sup>3</sup> Hal ini juga sesuai dengan penetapan standar utama yang harus dipenuhi pada penilaian akreditasi versi baru yaitu sasaran keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat pemenuhan standar pertama pada akreditasi versi 2012 yang harus dipenuhi. Pada 1 Januari 2011 keselamatan pasien internasional (IPSG) dipersyaratkan untuk diimplementasikan pada semua organisasi yang diakreditasi oleh *Joint Commission International (JCI)* di bawah standar internasional untuk rumah sakit. Berdasarkan penelitian yang pernah dilakukan di Indonesia oleh Utarini yang dilakukan di rawat inap 15 rumah sakit dengan 4500 rekam medis, menunjukkan hasil angka KTD/Kejadian Tidak Diharapkan yang sangat bervariasi, yaitu 8% - 98,2% untuk *diagnostic error* dan 4,1%-91,6% untuk *medication error*.<sup>4</sup> Publikasi terbaru di Amerika tahun 2011 menunjukkan bahwa 1 dari 3 pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami KTD. Jenis tersering yang dialami adalah kesalahan pengobatan, kesalahan operasi dan prosedur serta infeksi nosokomial.<sup>5</sup>

Mengingat masih tingginya angka KTD akibat tindakan medik di rumah sakit, dengan adanya akreditasi baru yang berfokus pada pasien dan sasaran keselamatan pasien menjadi hal utama yang harus diperhatikan, diharapkan dapat mengurangi angka KTD yang ada dan dapat meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

RSUD DR.R Soetijono Blora merupakan rumah sakit pemerintah dengan status rumah sakit kelas C. Rumah sakit ini telah terakreditasi 12 pelayanan pada tahun 2012 lalu.

## **BAHAN DAN CARA**

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kesiapan rumah sakit dalam menghadapi akreditasi rumah sakit versi 2012 yang berfokus pada sasaran keselamatan pasien. Penelitian ini dilakukan dengan cara observasi lingkungan, petugas dan pasien kemudian melakukan telusur dokumen, dan wawancara terhadap petugas dan pasien. Setelah itu peneliti melakukan wawancara dengan direktur untuk mengkonfirmasi data yang sudah di dapat. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi akan didapatkan hambatan yang dihadapi dan selanjutnya peneliti dapat memberikan rekomendasi kepada rumah sakit. Hasil wawancara akan diberi nilai sesuai dengan panduan dari KARS yaitu diberi skor 0,5,10. Nilai 10 berarti standar dinilai tercapai penuh bila jawabannya “ya” atau “selalu” dan jika  $\geq 90\%$  dari temuan, nilai 5 berarti standar dinilai tercapai sebagian bila jawabannya “tidak selalu” atau “kadang-kadang” dan jika 50% - 89% dari temuan, nilai 0 berarti standar dinilai tidak tercapai bila jawabannya “jarang” atau “tidak pernah” dan  $\leq 49\%$  dari temuan. Sampel yang digunakan pada penelitian ini terdiri dari 16 responden antara lain 1 orang direksi, 10 orang petugas kesehatan, dan 5 orang pasien. Pemilihan pasien dan petugas kesehatan dilakukan dengan *simple random sampling* sedangkan direksi secara *purposive sampling*. Penelitian ini dilakukan di RSUD DR.R.Soetijono Blora pada bulan Februari – Maret 2014. Analisis data pada penelitian ini dilakukan dengan 5 tahap yaitu tahap pengumpulan data, reduksi data, koding data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.

## **HASIL**

### **1. Hasil Wawancara Direktur**

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan direktur, didapatkan hasil bahwa direktur sudah melakukan sosialisasi kepada petugas mengenai akreditasi versi baru semenjak kelulusan terakhirnya pada tahun 2012. Direktur juga sudah membentuk tim akreditasi namun belum dibuat surat keputusannya sehingga belum ada pemberitahuan kepada petugas lainnya. Menurut direktur, akreditasi yang akan datang merupakan sistem telusur sehingga butuh keterlibatan semua lini dalam persiapan

menghadapi akreditasi versi 2012. Direktur mengakui bahwa penerapan SOP masih belum dilakukan dengan maksimal, dan evaluasi yang dilakukan juga belum efektif. Dalam upaya melengkapi sarana dan prasarana rumah sakit mengalami keterbatasan dana. Dalam persiapan yang sebaiknya dilakukan adalah melengkapi administrasi dan menempatkan SDM sesuai dengan kompetensinya. Rumah sakit telah melakukan beberapa persiapan dalam menghadapi akreditasi rumah sakit antara lain membentuk tim akreditasi, melakukan studi banding ke RSUD Rembang pada tahun 2012, dan sudah mengirimkan beberapa orang untuk mengikut pelatihan akreditasi di Jakarta. Namun pada saat penelitian ini dilakukan, semua persiapan dihentikan karena terbentur dengan program BPJS yang baru saja dilaksanakan.

## 2. Hasil analisis wawancara petugas

Tabel 1. Hasil analisis wawancara petugas

No.	Wawancara	Tercapai Penuh dan %	Tercapai Sebagian	Tidak Tercapai	Tidak Dapat Diterapkan	Skor KARS
1	<b>SKP 1. Ketepatan Identifikasi Pasien</b>					
	Pertanyaan 1	1 ( 20%)	0	4	0	0
	Pertanyaan 2	0 (0 %)	5	0	0	0
2	<b>SKP 2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif</b>					
	Pertanyaan 1	2 (40%)	2	1	0	0
	Pertanyaan 2	4 (80%)	0	1	0	5
	Pertanyaan 3	0 (0%)	2	0	0	0
3	<b>SKP 3. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai</b>					
	Pertanyaan 1	0 (0%)	0	5	0	0
	Pertanyaan 2	3 (60%)	0	2	0	5
4	<b>SKP 4. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi/Tindakan</b>					
	Pertanyaan 1	0 (0%)	2	3	0	0
	Pertanyaan 2	3 (100%)	0	0	0	10
	Pertanyaan 3	3 (100%)	0	0	0	10
	Pertanyaan 4	0 (0%)	0	2	1	0
5	<b>SKP 5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan</b>					
	Pertanyaan 1	2 (25%)	6	0	0	0
	Pertanyaan 2	0 (0%)	8	0	0	0
6	<b>SKP 6. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh</b>					
	Pertanyaan 1	0 (0%)	5	0	0	0
	Pertanyaan 2	0 (0%)	5	0	0	0

Sumber : Data Primer Diolah (2014)

Berdasarkan tabel 1 diatas dapat dilihat hasil analisis dari wawancara dengan petugas sesuai dengan kelompok sasaran keselamatan pasien. Dapat dilihat bahwa pencapaian skor untuk SKP 1 adalah 0 (nol), SKP 2 adalah 5, SKP 3 adalah 5, SKP 4 adalah 20, SKP 5 adalah 0 (nol), dan SKP 6 adalah 0 (nol).

### 3. Hasil analisis wawancara pasien

Tabel 2. Hasil analisis wawancara pasien

No.	Wawancara	Tercapai Penuh dan %	Tercapai Sebagian	Tidak Tercapai	Tidak Dapat Diterapkan	Skor KARS
1	<b>SKP 1. Ketepatan Identifikasi Pasien</b>					
	Pertanyaan 1	0 (0 %)	0	5	0	0
	Pertanyaan 2	5 (100%)	0	0	0	10
2	<b>SKP 4. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi/Tindakan</b>					
	Pertanyaan 1	5 (100%)	0	0	0	10
	Pertanyaan 2	5 (100%)	0	0	0	10
	Pertanyaan 3	0 (0%)	5	0	0	0
	Pertanyaan 4	2 (40%)	0	3	0	0
3	<b>SKP 5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan</b>					
	Pertanyaan 1	1 (20%)	0	4	0	0
4	<b>SKP 6. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh</b>					
	Pertanyaan 1	1 (20%)	0	4	0	0
	Pertanyaan 2	5 (100%)	0	0	0	10
	Pertanyaan 3	5 (100%)	0	0	0	10

Sumber : Data Primer Diolah (2014)

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat hasil analisis wawancara dengan pasien sesuai dengan kelompok sasaran keselamatan pasien. Dapat dilihat bahwa pencapaian skor untuk SKP 1 adalah 10, SKP 4 adalah 20, SKP 5 adalah 0 (nol), dan SKP 6 adalah 20.

### 4. Hasil telusur dokumen

Tabel 3. Hasil analisis telusur dokumen

No.	Dokumen	Lengkap	Sebagian	Tidak ada	Skor KARS
1	SKP 1	1	4	1	30
2	SKP 2	2	5	1	45
3	SKP 3	2	4	0	40
4	SKP 4	0	1	2	10
5	SKP 5	2	0	3	20
6	SKP 6	0	3	1	15

Sumber : Data Primer Diolah (2014)

Berdasarkan tabel 3, dapat dilihat hasil dari telusur dokumen, didapatkan bahwa SKP 1 mencapai skor 30 dimana dokumen yang belum dibuat adalah kebijakan tentang identifikasi pasien sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinik. SKP 2 mencapai skor 45, dokumen yang belum dibuat adalah daftar singkatan yang tidak boleh dipakai. SKP 3 mencapai skor 40 dimana terdapat 2 dokumen yang sudah lengkap dan 4 dokumen yang belum lengkap. SKP 4 mencapai skor 10, dimana terdapat 2 dokumen yang belum dibuat yaitu tidak tersedianya *surgical patient safety checklist* dari WHO 2nd Ed 2009 dan tidak adanya bukti pelaksanaan surgical patient safety checklist. SKP 5 mencapai skor 20 dimana terdapat 3 dokumen yang belum dibuat yaitu bukti pemahaman dan pelaksanaan konsisten kepatuhan cuci tangan (*five moment hand hygiene*), tidak tersedianya rencana penerapan hand hygiene selama 5 tahun dan tidak tersedia data survei kepatuhan melaksanakan *handwash/handrub* setiap 6 bulan sekali. SKP 6 mencapai skor 15 dimana terdapat 1 dokumen yang belum dibuat yaitu tidak ada penerapan proses asesmen awal pasien risiko jatuh.

## 5. Rekapitulasi hasil skoring kelompok sasaran keselamatan pasien

Rata-rata skor pencapaian untuk sasaran keselamatan pasien adalah 41,21%, skor tersebut masih dibawah dari batas minimal standar akreditasi rumah sakit versi 2012 yang mengharuskan pencapaian minimal 80%.

Tabel 4. Hasil Rekapitulasi skoring kelompok sasaran keselamatan pasien

Sasaran Keselamatan Pasien	Telusur Petugas (1)	Telusur Pasien (2)	Telusur Dokumen (3)	Pencapaian Skor (1+2+3)	Jumlah Pertanyaan	Skor Maksimal	Persentase
I	0	10	30	40	10	100	<b>40 %</b>
II	5	-	45	50	11	110	<b>45,45 %</b>
III	5	-	40	45	8	80	<b>56,25 %</b>
IV	20	20	10	50	12	120	<b>41,67 %</b>
V	0	0	20	20	8	80	<b>25 %</b>
VI	0	20	15	35	9	90	<b>38,89 %</b>
Total	30	50	160	240	58	580	<b>247,26%</b>
<b>Rata rata</b>							<b>41,21%</b>

Sumber : Data Primer Diolah (2014)

Dari tabel di atas terlihat bahwa pencapaian skor untuk semua SKP belum mencapai skor minimal yang ditetapkan oleh KARS yaitu 80%. Kelompok sasaran keselamatan pasien membutuhkan perhatian yang lebih dalam persiapan akreditasi versi 2012. Dapat dilihat bahwa pencapaian skor untuk SKP 1 sebesar 40%, SKP 2 sebesar 45,45%, SKP 3 sebesar 56,25%, SKP 4 sebesar 41,67%, SKP 5 sebesar 25% dan SKP 6 sebesar 38,89%.

## **6. Hambatan Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien RSUD Dr. Soetijono Blora**

Hambatan yang dihadapi oleh rumah sakit dalam persiapan akreditasi rumah sakit yang akan datang yang berkaitan dengan sasaran keselamatan pasien antara lain petugas rumah sakit belum begitu memahami akreditasi rumah sakit versi 2012, belum adanya sosialisasi secara resmi dari pihak manajemen, sarana dan prasarana yang belum lengkap, kurangnya penerapan dan evaluasi SOP, belum terbentuknya tim akreditasi, kurangnya kesadaran diri dari petugas, kurangnya edukasi dari pihak manajemen mengenai keselamatan pasien.

## **PEMBAHASAN**

### **1. SKP 1. Ketepatan Identifikasi Pasien**

Berdasarkan hasil telusur petugas, telusur pasien dan telusur dokumen didapatkan resume dalam identifikasi pasien, masalah yang ada antara lain pelaksanaan yang belum maksimal, belum adanya evaluasi, pengadaan gelang yang belum merata dan belum lengkap, dan kebijakan dan pedoman yang belum lengkap. Penerapan identifikasi pasien dengan gelang pasien sudah dilakukan di rumah sakit ini, namun pelaksanaannya yang belum maksimal. Hal ini digambarkan dari hasil telusur petugas dan pasien yang didapatkan tidak semua pasien menggunakan gelang. Hanya pasien yang masuk dari IGD saja yang memakai gelang pasien, sedangkan pasien yang masuk dari poliklinik tidak memakai gelang pasien karena tidak tersedianya gelang pasien di poliklinik dan bangsal. Penjelasan penggunaan gelang pasien kepada pasien juga belum dilakukan dengan baik, sehingga pasien tidak begitu mengerti akan pentingnya pemakaian dari gelang pasien tersebut. Hal ini karena belum adanya prosedur yang dibuat mengenai pemberian gelang pasien beserta penjelasan untuk fungsi gelang pasien.

Ketersediaan gelang pasien di rumah sakit ini hanya 2 jenis yaitu biru dan merah muda. Pengadaan untuk warna lainnya belum ada karena belum lengkap dokumen mengenai identifikasi pasien. Hal ini belum pernah dievaluasi oleh pihak manajemen, apakah penggunaan gelang pasien bermanfaat atau tidak. Identitas yang tertulis pada gelang pasien antara lain nama, umur, rekam medis dan alamat. Namun yang dilakukan di lapangan, identitas pada gelang pasien antara lain nama, nomor rekam medis, alamat dan tanggal masuk. Hal ini perlu diseragamkan lagi untuk penulisan identitas yang tertera di gelang pasien. Pedoman yang sudah ada harus dievaluasi lagi sesuai dengan standar akreditasi yang akan datang.

Petugas melakukan identifikasi pasien dengan cara menanyakan langsung kepada pasien. Pada pasien yang memakai gelang pasien pun tidak pernah dilihat gelang pasiennya pada saat pemberian obat ataupun pengambilan sampel darah. Semua dilakukan dengan cara menanyakan langsung kepada pasien.

## **2. SKP 2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif**

Hasil dari telusur petugas, pasien dan dokumen bahwa pelaksanaan konsul ke dokter belum menggunakan sistem SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) dan CABAK (Catat, Baca, Konfirmasi). Belum ada pengulangan untuk perintah yang diberikan oleh dokter konsulen sehingga masih bisa terjadi kesalahan hasil konsul. Hal ini karena belum adanya kebijakan dan pedoman mengenai komunikasi yang efektif dengan sistem SBAR. Dari hasil observasi, konsultasi kepada dokter spesialis masih sering dilakukan oleh perawat terutama untuk bagian anak dan saraf. Pada tahun 2011 pernah terjadi kejadian salah pemberian jalur obat yang seharusnya diberikan IM/Intra Muskular tetapi diberikan secara IV/Intra Vena. Hal ini terjadi karena perawat langsung konsul kepada dr. Spesialis dan tidak menggunakan sistem SBAR dan CABAK. Hal ini tidak sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan di rumah sakit. Menurut prosedur yang ditetapkan rumah sakit, seharusnya perawat melaporkan ke dokter jaga di IGD kemudian dokter jaga yang mengonsulkan kepada dokter spesialis untuk tindakan selanjutnya.

Berdasarkan penelitian De Meester et.al, 2013 mengenai penerapan komunikasi SBAR antara perawat dengan dokter, komunikasi dengan SBAR dapat menurunkan kematian yang tidak diduga, meningkatkan pemindahan pasien ke ICU pada kasus yang tidak direncanakan, dan dapat meningkatkan persepsi komunikasi

yang efektif.<sup>6</sup> Penelitian yang dilakukan oleh Randmaa, 2014 mengatakan bahwa implementasi komunikasi dengan SBAR pada klinik anaesthetic dikaitkan dengan perkembangan persepsi komunikasi antar profesional dan persepsi mereka dapat mengurangi terjadinya kejadian insiden pelaporan yang berhubungan dengan kesalahan komunikasi.<sup>7</sup> Hal ini menunjukkan bahwa penggunaan konsul dengan SBAR cukup efektif karena dapat mengurangi terjadinya kematian dan kesalahan komunikasi. Sistem SBAR ini perlu disosialisasikan dan diimplementasikan pada RSUD Blora, sebagai salah satu cara untuk meningkatkan komunikasi yang efektif antara dokter dengan dokter ataupun perawat dengan dokter.

Sistem timbang terima pasien harus lebih diperbaiki untuk ke depannya. Seperti yang tertulis pada pedoman rumah sakit bahwa serah terima pasien dilakukan dengan cara keliling ke kamar pasien dengan membacakan program yang diberikan pada pasien tersebut sehingga pasien juga mengerti program apa saja yang diberikan. Yang terjadi selama ini perawat melakukan timbang terima hanya di *nurse station* saja tanpa dilakukan di hadapan pasien. Hal ini perlu dievaluasi kembali untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit.

### **3. SKP 3. Peningkatan Keamanan Obat yang Harus Diwaspadai (High Alert)**

Berdasarkan hasil telusur petugas, pasien, observasi lingkungan, dan telusur dokumen, bagian farmasi belum memiliki daftar obat NORUM. Hal ini karena belum adanya kebijakan dan pedoman khusus untuk NORUM. Kejadian salah pemberian obat untuk nama obat yang mirip belum pernah terjadi. Namun hal ini tetap harus menjadi perhatian khusus agar kesalahan tidak pernah terjadi. Metode penyimpanan obat di rumah sakit Blora disusun secara alfabetis, hal ini dapat mempermudah terjadinya kesalahan pengambilan obat bila terdapat nama obat yang mirip. Salah satu cara yang dapat digunakan untuk mencegah terjadi kesalahan pengambilan obat pada NORUM adalah dengan penulisan metode *Tall Man*. Penelitian yang dilakukan oleh de Vreede et.al 2008, mengatakan bahwa pengenalan penulisan *Tall Man* dan implementasinya dapat mengurangi kesalahan pemilihan obat.<sup>8</sup>

Penyimpanan obat *high alert* belum sesuai dengan standar yang seharusnya. Semua tempat penyimpanan harus diberi label yang jelas dan dipisahkan dengan obat-obatan rutin lainnya. Jika *high alert medicine* harus disimpan di area perawatan pasien maka tempat penyimpanan harus dikunci dan diberikan label peringatan *high alert*

*medication* pada tutup luar tempat penyimpanan. Kepala instalasi farmasi mengetahui bahwa penyimpanan obat *high alert* seharusnya dipisahkan dengan obat yang lainnya, namun hal ini belum dilakukan karena masih keterbatasan tempat untuk penyimpanan. Selain itu untuk kemudahan dari petugas farmasi dalam pengambilan obat, sehingga penyimpanan ini belum dipisahkan. Hal ini karena belum adanya kebijakan atau prosedur khusus mengenai obat *high alert*. Penyimpanan obat *high alert* masih digabung dengan vaksin dan serum di lemari pendingin.

Elektrolit konsentrat termasuk dalam klasifikasi obat *high alert*. Penyimpanan elektrolit konsentrat di rumah sakit Blora masih belum sesuai. Penyimpanan elektrolit konsentrat tidak hanya di farmasi saja tetapi juga di unit pelayanan pasien seperti di IGD, ICU, OK dan VK. Penyimpanan elektrolit konsentrat di farmasi tidak disimpan pada area sendiri tetapi diletakkan di rak paling bawah. Menurut kepala instalasi farmasi, penyimpanan ini bertujuan untuk mempermudah mobilitas dari petugas farmasi dalam pelayanan. Bila penyimpanan elektrolit konsentrat disimpan pada tempat tersendiri ini akan memperlama pelayanan. Penyimpanan elektrolit di unit pelayanan pasien tidak disimpan pada tempat yang terkunci, sehingga masih bisa ada kemungkinan terjadinya salah pengambilan elektrolit oleh petugas yang baru. Penyimpanannya digabung dengan obat yang lain, hanya diberi label saja untuk setiap obatnya. Seperti pada gambar 1 dibawah ini terlihat penyimpanan elektrolit untuk KCL dan MgSO<sub>4</sub> hanya diberi label saja, dan digabung dengan obat lainnya. Hal ini karena belum adanya kebijakan atau prosedur mengenai *high alert medicine* secara khusus dan belum pernah dilakukan evaluasi.



Gambar 1. Penyimpanan elektrolit konsentrat di ICU

Dalam penggunaan elektrolit konsentrat seperti KCL sebaiknya rumah sakit memiliki protokol atau *checklist* yang meliputi cara menghitung, kecepatan cairan

dan jalur pemberian vena yang tepat. Hal ini diperlukan karena penggunaan elektrolit konsentrat melalui intravena harus secara hati hati dan selalu dipantau.

#### **4. SKP 4. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi/Tindakan**

Dalam peningkatan keselamatan pembedahan melalui *Safe Surgery Saves Lives* maka untuk menjadi panduan dalam pelaksanaannya, *World Alliance for Patient Safety* mengeluarkan *Guidelines for Safe Surgery* yang disertai dengan *Safety Surgical Checklist* untuk memudahkan dalam pelaksanaannya. Tujuan dari adanya *safe surgery* ini adalah untuk meningkatkan keselamatan perawatan di seluruh dunia dengan mendefinisikan set standar keamanan yang dapat diterapkan di semua negara-negara anggota WHO, untuk mengurangi kematian dan komplikasi selama operasi.<sup>9</sup>

*Checklist* inilah yang seharusnya digunakan di ruang operasi agar dapat menurunkan komplikasi operasi dan meningkatkan pencapaian indikator keselamatan pasien. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Haynes et.al, didapatkan hasil rata-rata kematian sebelum menggunakan *checklist* sebesar 1,5% dan mengalami penurunan menjadi 0,8% setelah *checklist* diimplementasikan dan komplikasi pada pasien yang dirawat awalnya 11% dan menurun menjadi 7% setelah pengenalan dengan *checklist*.<sup>10</sup> Hal ini menunjukkan implementasi *safe surgery checklist* dapat menurunkan angka kejadian kematian dan menurunkan komplikasi karena operasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Papaconstatinou et al, didapatkan hasil dengan mengimplementasikan *safe surgery checklist*, didapatkan peningkatan kesadaran dari petugas akan keselamatan pasien dan perbaikan kualitas perawatan yang signifikan dalam persepsi dari nilai dan partisipasi dalam proses komunikasi antar tim bedah pada saat time out dan dalam kejelasan perawatan pasien.<sup>11</sup> Hal ini menunjukkan dengan mengimplementasikan *safe surgery checklist* dapat meningkatkan persepsi tim bedah mengenai keselamatan pasien. Dari temuan yang didapatkan RSUD DR.R. Soetijono Blora belum menerapkan *safe surgery checklist*. Tim operasi memiliki *checklist* yang berkaitan dengan pengecekan data rekam medis, namun pelaksanaannya hanya berjalan beberapa saat saja. Saat dilakukannya penelitian ini tim operasi tidak menggunakan *checklist* tersebut untuk mengkonfirmasi data pasien dengan rekam medis. Tim operasi menanyakan nama saja ke pasien pada saat pasien masuk ke ruang operasi. Pada saat ditanyakan tiap pertanyaan dari *safe*

*surgery checklist*, tim operasi sudah melakukan sebagian besar yang terdapat di dalam *checklist* namun dalam pelaksanaannya tim operasi belum menggunakan *checklist* yang diadopsi dari WHO untuk membantu mengurangi kejadian komplikasi dari operasi dan mengurangi kejadian kematian. Perlu dibuat kebijakan dan prosedur mengenai penggunaan *safe surgery checklist* untuk memastikan pasien, prosedur dan lokasi operasi.

Penandaan untuk lokasi operasi belum dilakukan dengan sempurna. Penandaan di ruang operasi hanya dilakukan pada beberapa pasien saja, terutama pasien ortopedi. Pasien bedah umum belum dilakukan penandaan, tetapi pasien yang akan dilakukan tindakan seperti pungsi cairan asites ataupun pungsi efusi pleura selalu diberi tanda terlebih dahulu oleh dokter yang akan melakukan tindakan. Hal ini karena belum adanya kebijakan dan prosedur untuk penandaan pada pasien operasi agar tidak terjadi salah lokasi. Belum pernah ada laporan mengenai salah lokasi operasi namun hal ini tetap menjadi poin yang penting untuk menghindari kejadian salah lokasi operasi di waktu yang akan datang. Belum pernah dilakukan evaluasi untuk prosedur tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien.

Penjelasan *informed consent* untuk pasien terkadang dijelaskan oleh perawat. Tetapi untuk kasus bedah pada saat pasien datang ke poliklinik bedah dan direncanakan untuk operasi, dokter bedah sebelumnya sudah menjelaskan secara lisan dan sehari sebelum operasi perawat baru akan meminta keluarga pasien untuk tanda tangan di lembar *informed consent*. Bila terdapat kasus *emergency* maka dokter bedah yang langsung menjelaskan kepada keluarga pasien. Penjelasan mengenai *informed consent* sudah dijelaskan dengan baik oleh dokter dan sudah sesuai dengan prosedur yang ditetapkan oleh rumah sakit.

## **5. SKP 5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan**

Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Hand hygiene merupakan unsur inti dari keselamatan pasien untuk pencegahan HCAI dan penyebaran resisten antimikroba.<sup>12</sup> Terdapat 6 langkah dalam teknik cuci tangan dengan air dan sabun yang dikeluarkan oleh WHO. Durasi untuk melakukan cuci tangan adalah 40-60 detik. Sedangkan durasi untuk melakukan *hand hygiene* dengan *alcohol based formulation* adalah 20-30 detik. *Hand hygiene* harus dilakukan dalam 5 momen yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum

melakukan prosedur aseptik, setelah terpapar dengan cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien, dan setelah kontak dengan lingkungan sekeliling pasien.<sup>12</sup>

Temuan yang didapat dalam pengurangan infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan cuci tangan, petugas masih belum memahami pentingnya 5 momen untuk melakukan cuci tangan. Petugas melakukan cuci tangan pada saat setelah melakukan tindakan dan setelah kontak dengan pasien saja. Setiap sebelum kontak dengan pasien sangat jarang sekali dilakukan bahkan hampir tidak pernah dilakukan. Hal ini disadari oleh petugas, namun sudah menjadi suatu kebiasaan yang diterapkan sehingga menjadi budaya tersendiri. Petugas juga belum memahami kapan saja lima momen untuk cuci tangan.

Hasil observasi yang ditemukan di rumah sakit Blora ini masih terdapat beberapa kekurangan seperti sarana cuci tangan yang belum memadai. Sarana cuci tangan yang ada di rumah sakit ini belum semuanya terdapat poster cara cuci tangan yang baik dan benar. Hanya terdapat pada bangsal tertentu dan IGD saja. Poster yang ditempel sebaiknya diadopsi dari WHO dengan panduan gambar cuci tangan yang baik dan benar. Sebagian besar poster yang ditempel di sarana tempat cuci tangan berupa tulisan deskriptif. Menurut peneliti ini kurang efektif bila dibandingkan dengan poster berupa gambar dan penjelasannya. Selain itu sarana untuk *alcohol based hand rub* belum tersedia di rumah sakit ini. Dari hasil observasi terdapat 1 ruangan yaitu ruangan teratai (bangsal penyakit dalam dan saraf) yang memiliki *alcohol base hand rub* di depan pintu kamar pasien. Pada saat ditanyakan kepada kepala ruang, ketersediaan alkohol tersebut atas penyediaan mandiri dari pihak bangsal karena belum adanya realisasi dari pihak manajemen.

Cuci tangan yang dilakukan oleh petugas belum sesuai dengan prosedur WHO. Petugas hanya melakukan cuci tangan sesuai dengan caranya masing masing. Pada saat diminta untuk menjelaskan cara cuci tangan sesuai dengan WHO, hanya 2 petugas yang mampu melaksanakan dengan baik yaitu petugas yang bekerja di ruang operasi. Petugas lainnya hanya bisa menjelaskan sebagian dari prosedur yang telah ditetapkan WHO. Direktur sering memperagakan cara cuci tangan yang baik dan benar pada saat apel pagi namun pada pelaksanaannya ini semua tidak berjalan dengan baik. Pihak manajemen mempunyai singkatan tersendiri untuk mempermudah melakukan cuci tangan sesuai dengan WHO, singkatannya adalah tepung saji put-put yang artinya telapak tangan, punggung tangan, sela-sela jari kemudian diputar putar. Singkatan ini sudah disosialisasikan namun tidak berjalan dengan baik. Hal ini karena

tidak pernah dilakukannya evaluasi terhadap pelaksanaan cuci tangan yang baik dan benar. Perlu adanya dukungan dari pihak manajemen dan tim PPI untuk melakukan sosialisasi dan edukasi yang sering untuk penerapan cuci tangan sesuai prosedur WHO pada 5 momen.

Sebuah penelitian meta analisis yang dilakukan oleh Aiello et.al, mengenai efek *hand hygiene* terhadap resiko penyakit menular dalam komunitas menghasilkan data dengan adanya perbaikan *hand hygiene* menghasilkan penurunan penyakit gastrointestinal 31% (95% CI=19%, 42%) dan pengurangan penyakit pernafasan 21% (95% CI = 5%,34%). Intervensi yang paling menguntungkan adalah edukasi *hand hygiene* dengan menggunakan sabun nonantibakterial. Penggunaan sabun antibakteri menunjukkan manfaat yang sedikit dibandingkan dengan penggunaan sabun non antibakterial.<sup>13</sup>

Pendekatan multi modal merupakan teknik yang paling efisien untuk promosi *hand hygiene* dalam meningkatkan keselamatan pasien. Strategi multimodal yang termasuk didalamnya adalah pelatihan, pengingat di tempat kerja (poster), penempatan hand rub pada lokasi yang ergonomis pada titik tertentu, melakukan penilaian kinerja dengan pengamatan langsung dan adanya pelaporan.<sup>14</sup>

Dalam panduan WHO disebutkan strategi multimodal dalam menerapkan *hand hygiene*. Terdapat kunci dari strategi ini antara lain perubahan sistem, pelatihan dan edukasi, evaluasi dan feedback, pengingat di tempat kerja, dan *institutional safety climate*. Pendekatan yang dapat dilakukan mencakup 5 langkah yang dilakukan secara berurutan yaitu langkah pertama kesiapan fasilitas untuk kesiapan beraksi, langkah kedua evaluasi dasar untuk membangun pengetahuan saat ini, langkah ketiga implementasi yaitu memperkenalkan peningkatan kegiatan, langkah keempat tindak lanjut evaluasi yaitu melakukan evaluasi dari dampak implementasi, dan langkah kelima perencanaan berkelanjutan dan peninjauan yaitu dengan mengembangkan rencana untuk minimal 5 tahun mendatang.<sup>12</sup>

## **6. SKP 6. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh**

Dalam melakukan penilaian asesmen awal untuk pasien dengan resiko jatuh terdapat beberapa alat yang digunakan. Alat untuk asesmen awal risiko jatuh yang memiliki sensitivitas tinggi dan spesifisitas tinggi adalah yang menilai kestabilan

dalam berjalan, kelemahan anggota gerak bawah, agitasi, frekuensi/inkontinensia urin, riwayat jatuh, dan penggunaan obat yang menyebabkan mengantuk atau hipnosis. Salah satu yang tinggi sensitivitas dan spesifisitasnya adalah *Morse Fall Scale/MFS*. MFS ini memiliki sensitivitas 78% dan spesifisitas 83%.<sup>15</sup>

Rumah sakit RSUD DR.R.Soetijono Blora belum melakukan asesmen awal pada pasien dengan resiko jatuh. Penilaian pada saat perubahan kondisi juga belum dilakukan di rumah sakit ini. Hal ini berkaitan dengan belum dibuatnya kebijakan dan pedoman mengenai asesmen awal pasien resiko jatuh. Sehingga sampai tahun 2013 saja kejadian pasien jatuh masih ditemukan. Sistem pelaporan di rumah sakit belum berjalan dengan maksimal, tidak semua kasus dibuat laporan kepada pihak manajemen. Dari hasil observasi yang dilakukan terdapat 2 laporan Kejadian Tidak Diinginkan/KTD pada tahun 2011-2012 yaitu terjadi insiden pasien jatuh dan insiden salah rute pemberian obat yang seharusnya IM tetapi diberikan secara IV. Kedua kasus ini sudah dibuat sesuai dengan prosedur yang ada, namun pada saat peneliti melakukan penelitian sempat ada kejadian pasien anak jatuh dari tempat tidur, dan hal ini belum dibuat laporannya sesuai dengan prosedur yang ada, hanya disampaikan secara lisan saja pada saat *morning report*.

Kejadian pasien jatuh dari tempat tidur diakibatkan karena masih kurangnya sarana yang memadai. Dari hasil observasi yang dilakukan peneliti, didapatkan hasil bahwa tempat tidur yang ada di rumah sakit Blora masih banyak yang belum ada pengamannya. Bed pasien yang terdapat pengamannya hanya tersedia di ruang ICU, ruang utama (mawar), ruang VIP (anthurium) dan kelas 1 saja yang ada di tiap bangsal. Selain itu terdapat penambahan ruangan di dekat ruang teratai yang semua bed nya sudah ada pengamannya, namun pada saat penelitian berjalan ruangan ini belum dioperasikan.

Pihak manajemen sudah meningkatkan upaya mengurangi kejadian pasien jatuh dengan pengadaan tempat tidur baru untuk pasien yang lengkap dengan pengamannya. Namun pengadaann ini harus dilakukan secara bertahap karena berkaitan dengan anggaran dana. Pengadaan gelang pasien berwarna kuning yang berarti pasien dengan resiko jatuh juga belum dilakukan. Hal ini masih perl dilakukan evaluasi lebih lanjut lagi.

Sarana lainnya yang berkaitan dengan pengurangan pasien resiko jatuh yang belum memadai adalah belum semua kamar mandi ada pegangan di dalamnya. Ditemukan di bangsal teratai (penyakit dalam dan saraf) dan bangsal flamboyan

(anak) kamar mandi pasien belum ada pegangan nya. Pedoman mengenai pegangan di kamar mandi sudah dibuat namun implementasinya belum merata.

Pegangan pasien di dinding koridor bangsal juga belum dibuat. Di semua bangsal belum ada pegangan dinding untuk pasien. Pedoman untuk pegangan dinding ruang pasien sudah ada, namun tidak ada pelaksanaannya sama sekali. Ketersediaan bel hanya terdapat di ruang VIP dan utama saja. Pasien di ruangan lain bila membutuhkan bantuan, keluarga pasien harus datang ke *nurse station* dahulu. Dalam prosedur yang sudah ada tercatat jelas pegangan bagi pasien adalah pemasangan pegangan di sisi tempat tidur pasien, pemasangan pegangan di dinding bangsal, pemasangan bel di ruangan, pemasangan pegangan dan bel di kamar pasien, dan pemasangan rambu/tanda bahaya di tempat beresiko. Ini semua sudah tertulis di prosedur tetap pegangan bagi pasien di RSUD DR.R.Soetijono Blora, namun pelaksanaannya belum sesuai dengan prosedur.

Menurut Dykes et.al, penggunaan alat bantu untuk mencegah kejadian jatuh di rumah sakit bila dibandingkan dengan perawatan biasa dapat mengurangi kejadian jatuh secara signifikan.<sup>16</sup>

Dalam artikel yang dituliskan oleh Spoelstra et.al, terdapat program intervensi yang multifaktorial dalam mencegah terjadinya jatuh antara lain melakukan asesmen resiko jatuh, terdapat tanda resiko jatuh pada pintu/tempat tidur/pasien, modifikasi lingkungan dan alat alat, edukasi tentang keselamatan pasien kepada petugas, manajemen obat yang ditargetkan untuk jenis tertentu, dan memberi bantuan mengantarkan dan menunjukkan ke toilet dapat menurunkan kejadian jatuh dan cedera akibat jatuh pada pasien rawat inap.<sup>17</sup>

## **KESIMPULAN**

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa:

1. Implementasi 6 sasaran keselamatan pasien rumah sakit dalam kesiapan akreditasi rumah sakit dengan akreditasi versi 2012 mendapatkan rata-rata skor 41,21%. Pencapaian skor keselamatan pasien didapatkan sebagai berikut:
  - a. Ketepatan identifikasi pasien 40%
  - b. Peningkatan komunikasi yang efektif 45,45%
  - c. Keamanan obat yang perlu diwaspadai 56,25%

- d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi/tindakan 41,67%
  - e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan 25%
  - f. Pengurangan resiko pasien cedera akibat jatuh 38,89%
2. Hambatan dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien untuk akreditasi RSUD DR.R. Soetijono Blora antara lain pengetahuan akreditasi yang masih minim, kurangnya sosialisasi dari pihak manajemen, masih kurang SDM, sarana yang masih belum lengkap, kurangnya penerapan dan evaluasi SOP, belum terbentuknya tim akreditasi, kurangnya kesadaran diri dari petugas, kurangnya edukasi dari pihak manajemen mengenai keselamatan pasien.
  3. RSUD DR.R.Soetijono Blora belum melakukan persiapan yang maksimal dalam menghadapi akreditasi versi 2012 untuk sasaran keselamatan pasien. Rekomendasi yang perlu dilakukan :
    - a. Komitmen, dukungan penuh dan keterlibatan langsung dari pimpinan rumah sakit.
    - b. Kebijakan RSUD DR.R.Soetijono Blora dalam mencapai sasaran keselamatan rumah sakit sesuai dengan akreditasi rumah sakit 2012 harus dilengkapi.
    - c. Perlu dilakukan evaluasi yang rutin untuk semua prosedur dan kebijakan yang sudah ditetapkan.
    - d. Melengkapi sarana yang berkaitan dengan sasaran keselamatan pasien antara lain pengadaan gelang pasien dengan warna yang lebih lengkap, tempat penyimpanan untuk *high alert medicine*, mengganti bed pasien dengan bed yang ada pengaman, memasang pegangan dinding di kamar mandi dan di setiap kamar/koridor bangsal, memasang bel di setiap kamar, melengkapi poster cuci tangan sesuai dengan WHO, melengkapi sarana *hand rub* di setiap bangsal dan poliklinik.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Poewarni, S. and E. Sopacua .2006. *Akreditasi Sebagai Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan vol.9 (No.3): 125-133.
2. Komisi Akreditasi Rumah Sakit .2009. [www.kars.co.id](http://www.kars.co.id)
3. Departemen Kesehatan Republik Indonesia .2006. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Jakarta
4. Utarini A, KoentjoroT, At Thobari J., 2000. *Accreditation of health care organization, health professional and higher education institution for health*

- personnel, *Health Project V, Central Java Province*. Yogyakarta, Centre for Health Service Management, Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada.
5. Classen, D. C., R. Resar, et al. 2011. *Global Trigger Tool" shows that adverse events in hospital may be ten times greater than previously measure*. *Health Affairs* Vol.30 (No.4): 581-589.
  6. De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, et al. 2013. *SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death : a pre and post intervention study*. *Resuscitation* 84:1192-6
  7. Randmaa Maria, Martensson Gunilla, Swenne Christine Leo, Engstrom Maria. 2014. *SBAR improves communication and safety climate and decrease incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study*. *BMJ* : vol.4
  8. De Vreede Melita Van, McRace Amy, Wiseman Meredith, Dooley Michael J. 2008. *Successful introduction of tallman letters to reduce medication selection errors in a hospital network*. *Journal of pharmacy practice and research* volume 38, No.4
  9. World Alliance for Patient Safety.WHO guidelines for safe surgery.2008. Geneva:World Health Organization.
  10. Haynes Alex B, Weiser Thomas G, Berry William R, Lipsitz Stuart R, et al. 2009. *A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population*. *NEJM* 360:491-499
  11. Papaconstantinou Harry T, Jo ChanHee, Janek Hania Wehbe. 2013. *Implementation of a surgical safety checklist:impact on surgical team perspective*. *The Ochsner Journal* 13(3): 299-309
  12. Who guidelines on hand hygiene in health care, first global patient safety challenge, clean care is safer care. 2009. Geneva: World Health Organization.
  13. Aiello Allison E, Coulborn Rebecca M, Larson Elaine L. 2008. *Effect of hand hygiene on infectious disease risk in the community setting: a meta analysis*. *American journal of public health* 98(8): 1372-1381
  14. Sax H, Allegranzi B, Uckay I, Larson E, et al. 2007. *'My five moments for hand hygiene': a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene*. *Journal of Hospital Infection* 67: 9-21
  15. Gardner Lea Anne, Feil Michelle. 2013. *Falls: Risk assessment, prevention and measurement*. Pennsylvania : National Patient Safety Foundation
  16. Dykes Patricia C, Carroll Diane L, Middleton Blackford. 2010. *Fall prevention in acute care hospital a randomized trial*. *JAMA*, 2010;304(17):1912-1918
  17. Spoelstra Sandra L, Given Barbara A, Given Charles W. 2012. *Fall prevention in hospital an integrative review*. *Clinical nursing research*,2012, vol.21 no.1:92-112