

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Indikator Area Klinis

Indikator adalah suatu cara untuk menilai penampilan dari suatu kegiatan dengan menggunakan instrumen. Indikator merupakan variabel yang digunakan untuk menilai suatu perubahan (Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit, 2001).

Indikator mutu area klinis adalah sebuah variabel terukur yang dapat digunakan untuk menentukan tingkat kepatuhan terhadap standar atau pencapaian tujuan mutu dalam hal klinis.

Indikator yang ideal harus memiliki 4 (empat) kriteria, yaitu:

- a. Sahih (*valid*), yaitu benar-benar dapat dipakai untuk mengukur aspek yang akan dinilai
- b. Dapat dipercaya (*reliable*), yaitu mampu menunjukkan hasil yang sama pada saat berulang kali, untuk waktu sekarang maupun yang akan datang
- c. Sensitif, yaitu cukup peka untuk mengukur, sehingga jumlahnya tidak perlu banyak
- d. Spesifik, yaitu memberikan gambaran perubahan ukuran yang jelas, tidak bertumpang tindih (Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit, 2001)..

Dalam standar PMKP.3.1 disebutkan bahwa Pimpinan rumah sakit menetapkan indikator kunci untuk masing-masing struktur, proses dan hasil (*outcome*) setiap upaya klinis.

Pemilihan indikator yang terkait dengan area klinis meliputi :

1. *Asesment* pasien

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).

2. Pelayanan laboratorium

Rumah sakit mempunyai sistem untuk memberikan pelayanan laboratorium termasuk pelayanan patologi klinik yang dibutuhkan pasien, rumah sakit, dan para pemberi pelayanan. Staf yang benar-benar kompeten dan berpengalaman melaksanakan tes dan membuat interpretasi hasil. Pelayanan laboratorium diorganisir dan diberikan sesuai standar nasional, undang-undang dan peraturan yang berlaku (Standar Akreditasi RS, 2011).

Rumah sakit menetapkan jangka waktu yang dibutuhkan untuk melaporkan hasil tes laboratorium. Hasil dilaporkan dalam kerangka waktu berdasarkan kebutuhan pasien, pelayanan yang ditawarkan, dan kebutuhan staf klinis sesuai ketentuan rumah sakit. Semua peralatan untuk pemeriksaan laboratorium diperiksa secara teratur, ada upaya pemeliharaan, dan kalibrasi, dan ada pencatatan terus menerus untuk

kegiatan tersebut. Reagensia esensial dan bahan lain yang diperlukan sehari-hari selalu tersedia dan dievaluasi untuk memastikan akurasi dan presisi hasil (Standar Akreditasi RS, 2011)..

Prosedur untuk pengambilan spesimen, identifikasi, penanganan, pengiriman yang aman, dan pembuangan spesimen dipatuhi. Ditetapkan nilai normal dan rentang nilai yang digunakan untuk interpretasi dan pelaporan hasil laboratorium klinis (Standar Akreditasi RS,2011).

3. Pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging*

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. Individu yang kompeten bertanggungjawab untuk mengelola pelayanan radiologi dan *diagnostik imajing*. Bila individu ini memberikan konsultasi klinis atau pendapat medis maka dia harus seorang dokter, sedapat mungkin seorang spesialis radiologi. Semua pelayanan yang memenuhi standar nasional, perundang-undangan dan peraturan yang berlaku (Standar Akreditasi RS, 2011).

Hasil pemeriksaan radiologi dan *diagnostik imajing* tersedia tepat waktu sesuai ketentuan rumah sakit. Semua peralatan yang digunakan diperiksa, dirawat dan di kalibrasi secara teratur, dan disertai catatan memadai yang dipelihara dengan baik. (Standar Akreditasi RS, 2011).

4. Prosedur bedah

Setiap asuhan bedah pasien direncanakan dan didokumentasikan berdasarkan hasil asesmen. Risiko, manfaat, dan alternatif didiskusikan dengan pasien dan keluarganya atau orang yang berwenang membuat keputusan bagi pasien. Ada laporan operasi atau catatan operasi singkat dalam rekam medis pasien untuk keperluan pelayanan berkesinambungan. Status fisiologis setiap pasien dimonitor terus menerus selama dan segera setelah pembedahan dan dituliskan dalam status pasien. Asuhan pasien setelah pembedahan direncanakan dan didokumentasikan (Standar Akreditasi RS, 2011).

5. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya

Manajemen obat merupakan komponen yang penting dalam pengobatan simptomatik, preventif, kuratif dan paliatif terhadap penyakit dan berbagai kondisi. Manajemen obat mencakup sistem dan proses yang digunakan rumah sakit dalam memberikan farmakoterapi kepada pasien. Ini biasanya merupakan upaya multidisiplin, dalam koordinasi para staf rumah sakit, menerapkan prinsip rancang proses yang efektif, implementasi dan peningkatan terhadap seleksi, pengadaan, pemesanan, penyimpanan, peresepan, pencatatan (*transcribe*), pendistribusian, persiapan (*preparing*), penyaluran (*dispensing*), pemberian, pendokumentasian dan pemantauan terapi obat. Peran para praktisi pelayanan kesehatan dalam manajemen obat sangat bervariasi dari satu negara ke negara lain, namun proses manajemen obat yang baik bagi keselamatan pasien bersifat *universal* (Standar Akreditasi RS, 2011)..

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

Kesalahan atau kekeliruan pada pasien dapat terjadi di semua aspek seperti diagnosis dan pengobatan. Kebijakan dan atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan yaitu untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, atau memberikan pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor identifikasi, umumnya digunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *barcode*, atau cara lain (Standar Akreditasi RS, 2011).

7. Penggunaan anestesi dan sedasi

Rumah sakit mempunyai sistem untuk menyediakan pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam). Pelayanan anestesi 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).

Pelayanan anestesi dibawah kepemimpinan satu orang atau lebih yang kompeten, melalui pelatihan bersertifikat, keahlian dan pengalaman, konsisten dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku. Petugas yang kompeten menyelenggarakan asesmen pra anestesi dan asesmen prainduksi (Standar Akreditasi RS,2011).

8. Penggunaan darah dan produk darah

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

Rumah sakit membuat dan memelihara rekam medis untuk setiap pasien yang menjalani asesmen atau pemeriksaan. Rekam medis masing-masing pasien harus menyajikan informasi yang memadai dan cukup untuk mendukung diagnosis, pengobatan yang diberikan, dan untuk mendokumentasikan langkah-langkah dan hasil pengobatan. Suatu format dan isi yang distandarisasi dari suatu berkas rekam medis pasien membantu meningkatkan integrasi dan kesinambungan pelayanan diantara berbagai praktisi pelayanan kepada pasien. Rumah sakit menetapkan data dan informasi spesifik yang dicatat dalam rekam medis setiap pasien yang

dilakukan asesmen baik sebagai pasien emergensi, rawat jalan atau rawat inap (Standar Akreditasi RS,2011).

10. Pencegahan dan pengendalian infeksi, surveilans dan pelaporan

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).

11. Riset Klinis

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.

2. Standar Akreditasi Rumah Sakit

Regulasi Pemerintah yang mengatur persyaratan teknis akreditasi rumah sakit terdapat dalam Undang-undang No 44 Tahun 2009 pasal 40 tentang Rumah Sakit dan Keputusan Direktur Jendral Bina Upaya Kesehatan Nomor HK.02.04/I/2790/11 tentang Standar Akreditasi Rumah

Sakit melalui buku panduan akreditasi rumah sakit yang disahkan oleh Menteri Kesehatan RI pada September 2011.

a. Pengertian Standar Akreditasi Rumah Sakit

Standar adalah suatu pernyataan yang mendefinisikan harapan terhadap kinerja, struktur, proses yang harus dimiliki rumah sakit untuk memberikan pelayanan dan asuhan yang bermutu dan aman. Pada setiap standar disusun elemen penilaian, yaitu adalah persyaratan untuk memenuhi standar terkait.

Akreditasi Rumah Sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah kepada rumah sakit karena telah memenuhi standar yang telah ditentukan. Akreditasi Rumah Sakit merupakan suatu proses dimana suatu lembaga, yang independen melakukan asesmen terhadap Rumah Sakit. Tujuannya adalah menentukan apakah Rumah Sakit tersebut memenuhi standar yang dirancang untuk memperbaiki keselamatan dan mutu pelayanan (Kementerian Kesehatan RI, 2011)

Standar akreditasi Rumah Sakit versi tahun 2012 dibagi dalam empat kelompok yaitu Kelompok Standar Berfokus Kepada Pasien, Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit, Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien tergabung, dan Kelompok Sasaran Menuju *Millenium Development Goals*.

b. Ketentuan Penilaian Kelulusan Standar Akreditasi Rumah Sakit

Penilaian suatu bab ditentukan oleh penilaian pencapaian standar pada bab tersebut dan menghasilkan nilai presentase bagi standar tersebut. Penilaian suatu standar dilaksanakan melalui penilaian terpenuhinya elemen penilaian, menghasilkan nilai presentase bagi standar tersebut. Penilaian suatu elemen penilaian dinyatakan sebagai berikut: tercapai penuh (TP) diberikan skor 10, tercapai sebagian (TS) diberi skor 5, tidak tercapai (TT) diberi skor 0, tidak dapat diterapkan (TDD) maka tidak masuk dalam proses penilaian dan perhitungan.

Penentuan skor 10 (sepuluh) apabila temuan tunggal negatif tidak menghalangi nilai “tercapai penuh” dari minimal 5 telusur pasien/pimpinan/staf; nilai 80%-100% dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen (misalnya 8 dari 10) dipenuhi; data mundur “tercapai penuh” adalah sebagai berikut: untuk survei awal : selama 4 bulan ke belakang, survei lanjutan: selama 12 bulan kebelakang.

Penentuan skor 5 (lima) apabila 20% sampai 79% (misalnya 2 sampai 8 dari 10) dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumentasi; bukti pelaksanaan hanya dapat ditemukan disebagian daerah/unit kerja yang seharusnya dilaksanakan; regulasi tidak dilaksanakan secara penuh atau lengkap; kebijakan/proses sudah ditetapkan dan dilaksanakan tetapi tidak dapat dipertahankan; data mundur sebagai berikut: untuk survei awal : 1 sampai 3 bulan mundur, survei lanjutan: 5 sampai 11 bulan mundur.

Penentuan skor 0 (nol) jika $\leq 19\%$ dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumentasi; bukti pelaksanaan tidak dapat ditemukan di daerah/unit kerja dimana harus dilaksanakan; regulasi tidak dilaksanakan; kebijakan/proses tidak dilaksanakan; data mundur sebagai berikut: untuk survei awal kurang 1 bulan mundur, survei lanjutan: kurang 5 bulan mundur.

c. Proses Penetapan Akreditasi Rumah Sakit

Proses akreditasi terdiri dari kegiatan survei oleh Tim Surveior dan proses pengambilan keputusan para Pengurus KARS. Adapun tingkat kelulusan akreditasi Rumah Sakit versi 2012 dibagi menjadi 4 (empat) yaitu Tingkat dasar (Empat bab digolongkan major, nilai minimum setiap bab harus 80 (delapan puluh)%, sebelas bab digolongkan minor, nilai minimum setiap bab harus 20 (dua puluh)%); Tingkat madya (Delapan bab digolongkan major, nilai minimum setiap bab harus 80 (delapan puluh)%, tujuh bab digolongkan minor, nilai minimum setiap bab harus 20 (dua puluh)%), Tingkat utama (Dua belas bab digolongkan major, nilai minimum setiap bab harus 80 (delapan puluh)%, tiga bab digolongkan minor, nilai minimum setiap bab harus 20 (dua puluh)%), dan Tingkat paripurna (Lima belas bab (semua) digolongkan major, nilai minimum setiap bab harus 80 (delapan puluh)%).

B. Penelitian Terdahulu

Penelitian mengenai analisis pencapaian indikator area klinis dalam memenuhi standar akreditasi rumah sakit versi 2012 di RS PKU

Muhammadiyah Yogyakarta Unit II belum pernah diteliti sebelumnya, akan tetapi ada beberapa penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti terdahulu yang dapat dijadikan sebagai bahan kajian, referensi, dan acuan, seperti:

1. Sheuwen Chuang et al.,(2013) “*Using Clinical Indicators to Facilitate Quality Improvement Via the Accreditation Process: an Adaptive Study Into the Control Relationship*” dilakukan di New South Wales, Australia. Tujuan dari penelitian ini menentukan manfaat penggunaan indikator klinis oleh *surveyors* dan rumah sakit dalam hubungannya dengan akreditasi. Hasilnya terdapat korelasi antara penggunaan indikator klinis dalam peningkatan mutu layanan dan akreditasi rumah sakit. Persamaan dengan penelitian ini adalah penggunaan indikator klinis dalam akreditasi rumah sakit. Perbedaannya adalah penelitian sekarang menganalisis upaya pencapaian indikator area klinis dalam memenuhi akreditasi rumah sakit.
2. Al-Awa et al.,(2005). *Benchmarking the Post-Accreditation Patient Safety Culture at King Abdulaziz University Hospital*. Penelitian ini meneliti sejauh mana dampak paska akreditasi di *Abdulaziz University Hospital*. Hasilnya akreditasi memiliki peningkatan secara statistik keseluruhan dalam persepsi budaya keselamatan pasien. Persamaan dengan penelitian ini adalah pada akreditasi untuk meningkatkan mutu layanan rumah sakit. Perbedaannya adalah penelitian sekarang

menganalisis upaya pencapaian dalam memenuhi akreditasi rumah sakit.

3. Asgar Aghei et al.,(2014) “*Using Quality Measures for Quality Improvement: The Perspektif of Hospital Staff*” dilakukan di Tehran Iran. Hasilnya penggunaan indikator klinis dapat meningkatkan mutu layanan rumah sakit. Persamaan dengan penelitian ini adalah penggunaan indikator klinis dalam akreditasi rumah sakit. Perbedaannya adalah penelitian sekarang menganalisis upaya pencapaian indikator area klinis dalam memenuhi akreditasi rumah sakit.

C. Landasan Teori

Rumah Sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat karya, padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di RS menyangkut berbagai fungsi layanan, pendidikan, dan pelatihan,serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Rumah sakit harus mampu melaksanakan fungsi yang demikian kompleks dan harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik dibidang teknis medis maupun administrasi kesehatan. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, rumah sakit harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu disemua tingkatan.

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sudah diawali dengan penilaian akreditasi rumah sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat input dan proses. Pada kegiatan ini rumah sakit harus

melakukan berbagai standar dan prosedur yang telah ditetapkan. Rumah Sakit dipacu untuk dapat menilai diri (*self asesment*) dan memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu ada alat ukur lain, yaitu instrumen mutu pelayanan RS yang menilai dan memecahkan masalah pada hasil (*output*) (DepKes RI, 2001)

Evaluasi pelayanan rumah sakit dinilai baik apabila pelayanan kesehatan yang diberikan dapat memberikan kepuasan dari setiap pasien yang sesuai dengan tingkat rata-rata penduduk yang menjadi sasaran pelayanan kesehatan tersebut (Azwar, 1996)

Standar akreditasi RS disusun sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di RS dan menjalankan amanah Undang-undang Nomer 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang mewajibkan RS untuk melaksanakan akreditasi dalam rangka peningkatan mutu pelayanan di RS minimal dalam jangka waktu 3 (tiga) tahun sekali.

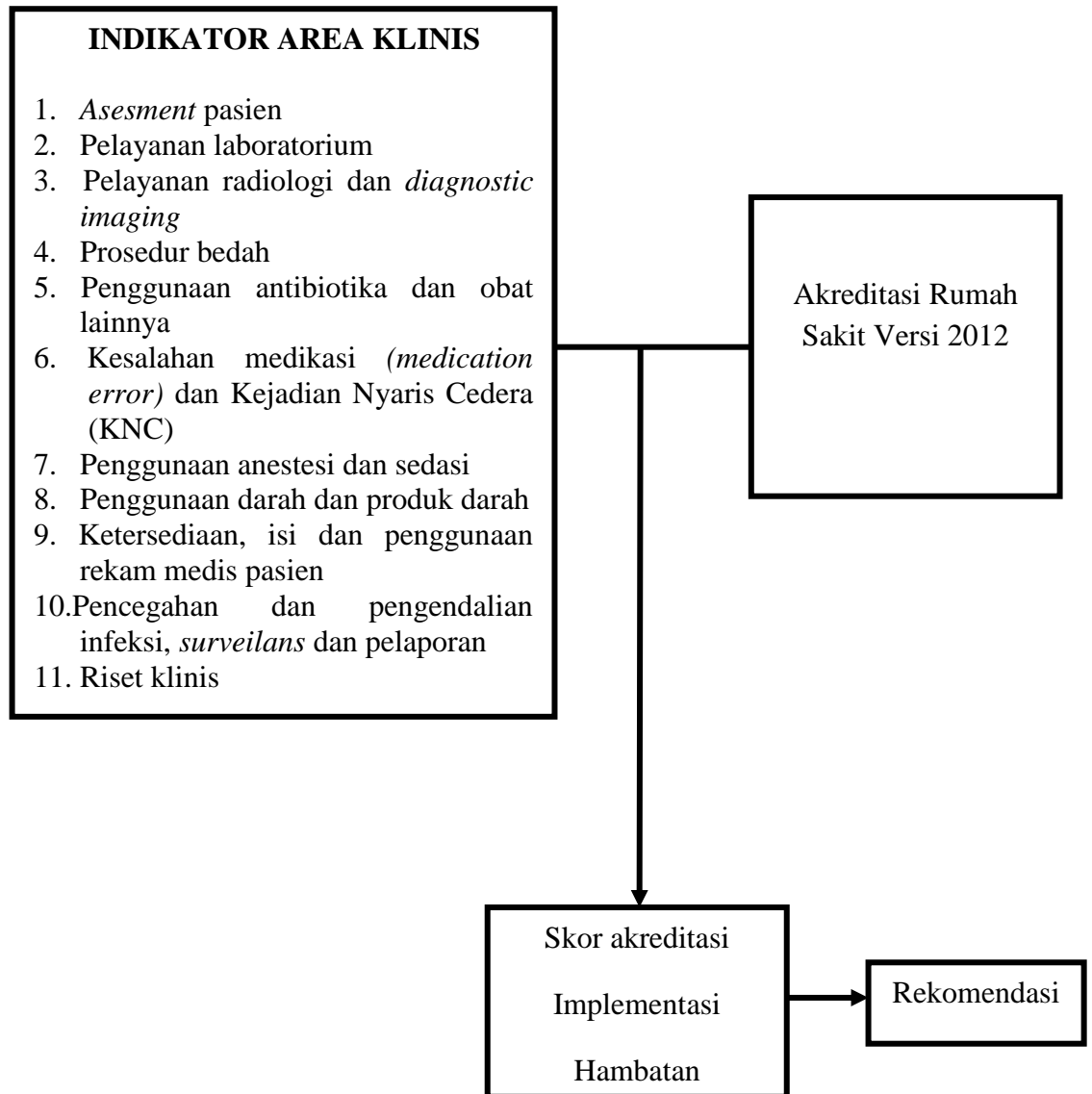
Upaya terobosan yang paling tepat dalam meningkatkan mutu dan profesionalisme pelayanan kesehatan adalah melalui proses akreditasi yang dimulai dari standar nasional hingga standar internasional. Agar pelaksanaan akreditasi RS terlaksana dengan optimal, diperlukan standar akreditasi sebagai rujukan dalam bentuk Standar Akreditasi Nasional Versi 2012 yang berlaku sejak bulan Januari 2012. Kementerian kesehatan memilih akreditasi dengan sistem *Joint Commision International* (JCI) karena lembaga akreditasi tersebut merupakan badan yang pertama kali

terakreditasi oleh *International Standar Quality (ISQua)* selaku penilai lembaga akreditasi (Kementerian Kesehatan RI,2011)

Analisis pada penilaian ini menggunakan Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 yang dikeluarkan oleh Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan bekerjasama dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada September 2011.

D. Kerangka Konsep

Dari dasar teori diatas, dapat dirumuskan kerangka konsep sebagai berikut



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

E. Pertanyaan Penelitian

Adapun pertanyaan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Berapakah skor akreditasi pada bidang indikator area klinis dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien?
2. Bagaimana kesiapan rumah sakit dalam menghadapi akreditasi rumah sakit versi 2012 terhadap pemenuhan standar indikator area klinis pada bidang peningkatan mutu dan keselamatan pasien?
3. Hambatan apa yang ditemui dalam persiapan akreditasi rumah sakit versi 2012 yang berkaitan dengan indikator area klinis pada bidang peningkatan mutu dan keselamatan pasien?