

**ANALISIS INDIKATOR AREA KLINIS DALAM MEMENUHI STANDAR
AKREDITASI RUMAH SAKIT VERSI 2012
RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II**

*ANALYSIS OF THE CLINICAL AREA INDICATORS IN HOSPITAL ACCREDITATION
STANDARDS COMPLIANCE VERSION 2012
PKU MUHAMMADIYAH HOSPITAL IN YOGYAKARTA UNIT II*

B. Renny Yulianti Sari¹, Elsy Maria Rosa², Ekorini Listiowati²,

1. Program Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah

Yogyakarta, Email : renny_juli@yahoo.co.id

2. Dosen Program Studi Manajemen Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Universitas

Muhammadiyah Yogyakarta

ABSTRAK

Latar Belakang : Rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu kepada masyarakat, dalam upaya peningkatan mutu layanan rumah sakit diwajibkan mengikuti akreditasi yang dilakukan oleh suatu lembaga independen. Indikator area klinis adalah salah satu standar dalam bab Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) merupakan mayor standar dalam standar akreditasi rumah sakit versi 2012, dengan nilai pencapaian minimum 80%. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pencapaian indikator area klinis dalam memenuhi standar akreditasi rumah sakit versi 2012 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

Metode Penelitian : Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Subyek penelitian adalah manajemen rumah sakit dan staf pelaksana rumah sakit. Sedangkan, objek penelitian adalah indikator kunci dari indikator area klinis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

Hasil Penelitian : RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II mendapatkan nilai 40 dari total nilai maksimal 60 untuk bukti implementasi pada bidang indikator area klinis dan menghasilkan nilai prosentase sebesar 66,7%. Untuk kelengkapan dokumen pada bidang indikator area klinis mendapatkan nilai 50 dari total nilai maksimal 60 dan menghasilkan nilai prosentase sebesar 83,3%.

Kesimpulan : Berdasarkan perhitungan sesuai instrumen akreditasi versi 2012, rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dikatakan belum siap mencapai kelulusan dalam akreditasi rumah sakit untuk indikator area klinis karena mendapatkan nilai < 80% dalam pemenuhan standar areditasi untuk telusur implementasi.

Kata kunci : *indikator area klinis, peningkatan mutu dan keselamatan pasien, akreditasi rumah sakit*

ABSTRACT

*Analysis of the Clinical Area Indicators In Hospital Accreditation Standards Compliance
Version 2012*

PKU Muhammadiyah Hospital in Yogyakarta Unit II

Background: *Hospitals are required to provide quality services to the public, in an effort to improve the quality of hospital services are required to follow the accreditation process conducted by an independent agency. Indicators of clinical areas is one of the standards in the chapter on Quality Improvement and Patient Safety (pmkp) is a major standard in hospital accreditation standard 2012 version, with the attainment of a minimum value of 80%. This study aimed to analyze the achievement indicators of clinical areas in the hospital meets the accreditation standards in the 2012 version of RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.*

Methods: *The study was descriptive qualitative approach. Subjects were hospital management and hospital executive staff. Meanwhile, the object of the research is a key indicator of indicators of clinical areas in RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.*

Results: *RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II scored 40 out of a total maximum value of 60 for evidence of implementation in the field of indicators of clinical areas and generate value percentage of 66.7%. For documents in the field of indicators of clinical areas getting 50 points from the total value of a maximum of 60 and a yield value of percentage of 83.3%.*

Conclusion: *Based on the calculation of the 2012 version appropriate accreditation instruments, hospital PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II is said to be not yet ready to reach completion in the accreditation of hospitals for the clinical area indicator because getting value <80% in compliance areditasi to search implementations.*

Keywords: clinical area indicators, quality improvement and patient safety, hospital accreditation

PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai institusi penyedia jasa pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna memiliki peran yang sangat strategis untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya^{1,2}. Pelayanan kesehatan bermutu merupakan salah satu wujud dari tuntutan masyarakat di era globalisasi ini. Masyarakat yang semakin kritis dan terdidik kian menguatkan agar pelayanan kesehatan lebih responsif atas kebutuhan masyarakat. Selain itu masyarakat juga menuntut rumah sakit dapat memberikan pelayanan dengan konsep *one step quality service* yang artinya pelayanan kesehatan yang terkait dengan kebutuhan pasien dapat dilayani oleh rumah sakit secara mudah, cepat, akurat, bermutu dan biaya terjangkau³.

Dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pimpinan rumah sakit menetapkan indikator kunci untuk masing-masing struktur, proses dan hasil (*outcome*) setiap upaya klinis. Berhubung pada umumnya rumah sakit mempunyai sumber daya terbatas, maka rumah sakit tidak dapat mengumpulkan data untuk menilai semua hal yang diinginkan. Rumah sakit harus memilih proses dan hasil praktek klinis dan yang paling penting untuk dinilai dengan mengacu pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien dan jenis pelayanan. Penilaian sering terfokus pada proses yang berimplikasi risiko tinggi, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab menentukan pilihan terakhir dari indikator kunci yang digunakan dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit⁴.

Salah satu indikator kunci yang digunakan sebagai ukuran untuk meningkatkan mutu layanan rumah sakit adalah indikator area klinis yang didalamnya terdapat sebelas area klinis, yaitu yang meliputi:

1. *Asesment* pasien
2. Pelayanan laboratorium
3. Pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging*
4. Prosedur bedah
5. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya
6. Kesalahan medikasi (*medication error*) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC)
7. Penggunaan anestesi dan sedasi
8. Penggunaan darah dan produk darah
9. Ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien
10. Pencegahan dan pengendalian infeksi, *surveilans* dan pelaporan
11. Riset klinis

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 assesmen terhadap rumah sakit, dengan tujuan menentukan apakah rumah sakit tersebut memenuhi standar yang dirancang untuk memperbaiki keselamatan dan mutu pelayanan⁴. Akreditasi menunjukkan komitmen nyata sebuah rumah sakit untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas asuhan pasien, memastikan bahwa lingkungan pelayanannya aman dan senantiasa berupaya mengurangi risiko bagi para pasien dan staf RS.

Indikator area klinis merupakan salah satu standar dalam bab Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien atau disingkat PMKP yang dimana PMKP merupakan bab yang

tergolong mayor standar dalam standar akreditasi rumah sakit versi 2012, dengan nilai pencapaian minimum yaitu 80% dalam setiap tingkatan kelulusan akreditasi RS⁴.

Mengingat terkait dengan masih lemahnya implementasi pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan yang berhubungan dengan indikator area klinis di rumah sakit masih banyak terjadi di seluruh dunia. Berdasarkan KEPMENKES No.129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dinyatakan bahwa pelayanan dirumah sakit wajib memenuhi standar pencapaian kinerja yang telah ditentukan⁵.

Regulasi pemerintah yang mengatur persyaratan teknis akreditasi rumah sakit terdapat dalam Undang – Undang No.44 tahun 2009 pasal 40 dijelaskan “dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali”⁶. Standar Akreditasi rumah sakit versi tahun 2012 mengacu pada standar akreditasi rumah sakit dari *Joint Committee International (JCI)* yang secara luas diterima di dunia. Pada survei akreditasi versi 2012 ini pemenuhan standar tidak hanya dilihat dari kelengkapan dokumen, tetapi juga implementasi dari standar akreditasi yang akan dinilai dengan menggunakan metodologi telusur. Perubahan tersebut diikuti pula dengan perubahan metoda survei yang semula hanya berfokus kepada struktur, telah berubah menjadi berfokus kepada struktur - proses - keluaran.

RS PKU Muhammadiyah unit II tergolong RS yang masih baru dan saat ini sedang dalam tahap persiapan mengikuti akreditasi untuk menjadi RS tipe B pendidikan yang ditargetkan dapat tercapai pada akhir tahun 2015. Untuk menjadi RS pendidikan dengan tipe B harus terakreditasi dengan klasifikasi rumah sakit tipe B. Dengan menjadi RS pendidikan keuntungan yang dapat diperoleh yaitu rumah sakit dapat melakukan 3 pilar yakni pelayanan, pendidikan, dan penelitian. Berdasarkan uraian diatas maka diperlukan penelitian yang menganalisis pencapaian indikator area klinis dalam memenuhi standar akreditasi rumah sakit versi 2012 di RS PKU Muhammadiyah unit II.

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan hasil disajikan secara deskriptif. Penelitian ini dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II pada bulan Agustus 2015-September 2015. Subjek penelitian adalah adalah manajemen rumah sakit dan staf pelaksana rumah sakit sedangkan objek penelitian adalah indikator kunci dari indikator area klinis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Informan kunci penelitian dipilih secara *non-probability sampling*, yang memenuhi keterwakilan sampling berdasarkan pertimbangan peneliti (*purposive sampling*) meliputi meliputi Pimpinan RS, sekretaris akreditasi, kepala unit keperawatan, kepala unit laboratorium, kepala unit radiologi, kepala

unit rekam medis, kepala unit farmasi, superfisor bagian pencegahan dan pengendalian infeksi, tim mutu rumah sakit, kepala ruang bangsal, staf pelaksana bangsal, dan staf pendukung lainnya. Dalam penelitian ini dilakukan telusur melalui wawancara mendalam (*in-dept interview*) kepada pimpinan rumah sakit, tim akreditasi rumah sakit, kepala unit kerja atau superfisor, observasi untuk melihat bukti implementasi pada lingkungan atau sistem dan telaah dokumen terkait. Berdasarkan hasil wawancara dan akan didapatkan hambatan yang dihadapi dan selanjutnya peneliti dapat memberikan rekomendasi kepada rumah sakit. Hasil telusur implementasi dan telaah dokumen 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. Analisis data pada penelitian ini dilakukan dengan 5 tahap yaitu tahap pengumpulan data, reduksi data, koding data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.

HASIL

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

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

Elemen penilaian PMKP 3.1

A. Elemen Penilaian 3.1 Poin 1

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

1. *Asesment* pasien
 - a. Telaah dokumen:

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

b. Telusur implementasi:

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

2. Pelayanan laboratorium

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk pelayanan laboratorium yaitu: *Angka Kerusakan Sampel Darah = <20%*. Pada telaah dokumen pendukung untuk pelayanan laboratorium seperti kebijakan, panduan, dan SOP juga sudah ada dan terstruktur sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan dokumen sesuai tuntunan komite akreditasi rumah sakit versi 2012. Ini berarti berdasarkan hasil telaah dokumen pelayanan laboratorium RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan berhasil.

b. Telusur implementasi:

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

3. Pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging*

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging* yaitu: *Angka Penolakan Expertise* = <3%. Pada telaah dokumen pendukung untuk pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging* seperti kebijakan, panduan, dan SOP juga sudah ada dan terstruktur sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan dokumen sesuai tuntunan komite akreditasi rumah sakit versi 2012. Ini berarti berdasarkan hasil telaah dokumen pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan berhasil.

b. Telusur implementasi:

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

4. Prosedur bedah

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk prosedur bedah yaitu: *Angka Infeksi Luka Operasi* = <1,5%. Pada telaah dokumen pendukung untuk prosedur bedah seperti kebijakan, panduan, dan SOP juga sudah ada dan terstruktur sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan dokumen sesuai tuntunan komite akreditasi rumah sakit versi 2012. Ini berarti berdasarkan hasil telaah dokumen prosedur bedah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan berhasil.

b. Telusur implementasi:

Berdasarkan data yang didapat dari unit PPI untuk angka infeksi luka operasi yang terjadi pada bulan April 2015 adalah sebanyak 8 dari total 115 pasien yang dilakukan operasi. Bila dimasukkan pada rumus dimana numerator

adalah jumlah pasien paska operasi bersih yang mengalami infeksi dalam satu bulan dan denominator adalah jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam bulan yang sama dan dikalikan 100%, maka hasil pencapaian untuk angka infeksi luka operasi pada bulan Juli 2015 rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah 6,96%. Hasil pencapaian ini tidak berada pada cakupan kriteria lulus bila disesuaikan dengan indikator yang telah ditentukan, maka dapat dikatakan implementasinya tidak sesuai dengan standar indikator.

5. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk penggunaan antibiotika dan obat lainnya yaitu: *Kejadian Penggunaan Antibiotik Lebih dari 1 (satu) = <1%*. Pada telaah dokumen pendukung untuk penggunaan antibiotika dan obat lainnya seperti kebijakan, panduan, dan SOP juga sudah ada dan terstruktur sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan dokumen sesuai tuntunan komite akreditasi rumah sakit versi 2012. Ini berarti berdasarkan hasil telaah dokumen penggunaan antibiotika dan obat lainnya RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan berhasil.

b. Telusur implementasi:

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

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

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk kesalahan medikasi (*medication error*) dan Kejadian

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

b. Telusur implementasi:

Berdasarkan data yang didapat dari unit farmasi untuk angka kejadian kesalahan peresepan dokter untuk pasien rawat jalan adalah tidak pernah terjadi. Bila dimasukkan pada rumus dimana numerator jumlah kesalahan peresepan dokter untuk pasien rawat jalan dan denominator adalah jumlah resep dokter untuk pasien rawat jalan pada bulan yang sama maka hasil pencapaian Kejadian Kesalahan Peresepan Dokter untuk Pasien Rawat Jalan = 0(zero). Hasil pencapaian ini berada pada cakupan kriteria lulus bila disesuaikan dengan indikator yang telah ditentukan, maka dapat dikatakan implementasinya berhasil.

7. Penggunaan anestesi dan sedasi

a. Telaah dokumen:

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

b. Telusur implementasi:

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

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

8. Penggunaan darah dan produk darah

a. Telaah dokumen:

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

b. Telusur implementasi:

Beraskan data yang didapat dari unit laboratorium pada bulan September 2015, jumlah *crossmatch* transfusi adalah sebanyak 190 kantong, jumlah kantong darah yang ditransfusikan 172 kantong. Pada bulan Oktober jumlah *crossmatch* transfusi 88 kantong, jumlah kantong darah yang ditransfusikan 82 kantong. Bila dimasukkan pada rumus dimana numerator adalah jumlah labu darah yang ditransfusikan pada bulan yang sama dan denominator adalah jumlah labu atau kantong darah yang dilakukan *crossmatch* dalam satu bulan. Hasil capaian RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II untuk Angka Rasio *Crossmatch* Transfusi pada bulan September adalah 0,90 dan pada bulan Oktober adalah 0,93. Hasil pencapaian ini berada pada cakupan kriteria lulus bila disesuaikan dengan indikator yang telah ditentukan, maka dapat dikatakan implementasinya berhasil.

9. Ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien

a. Telaah dokumen:

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien yaitu: *Angka Ketidaklengkapan Pengisian Resume Pasien Pulang* $= 0$ (zero). Pada telaah dokumen pendukung untuk ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien seperti kebijakan, panduan, dan SOP juga sudah ada dan terstruktur

sesuai dengan tata naskah pedoman penyusunan dokumen sesuai tuntunan komite akreditasi rumah sakit versi 2012. Ini berarti berdasarkan hasil telaah dokumen untuk ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan berhasil.

b. Telusur implementasi:

Berdasarkan data yang didapat dari unit rekam medis pada bulan September 2015, dari total 700 lembar resume pasien pulang, 170 lembar tidak diisi lengkap. Pada bulan Oktober 2015, dari total 469 resume pasien pulang, 144 diantaranya tidak diisi lengkap. Bila dimasukkan pada rumus dimana numerator jumlah rekam medis yang yang resume pasien pulang nya tidak diisi lengkap dalam satu bulan dan denominator adalah jumlah rekam medis pasien pulang dalam satu bulan yang sama dikalikan 100. Maka hasil capaian untuk angka resume pasien pulang RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II pada bulan September adalah 24,3% dan pada bulan Oktober adalah 30,7%. Hasil pencapaian ini tidak berada pada cakupan kriteria lulus bila disesuaikan dengan indikator yang telah ditentukan dan berada jauh diatasnya, maka dapat dikatakan implementasinya tidak sesuai dengan standar indikator.

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

a. Telaah dokumen:

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

b. Telusur implementasi:

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

Tabel 1. Infeksi Aliran Darah Perifer pada Agustus 2015

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

Tabel 2. Infeksi Aliran Darah Perifer pada September 2015

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

Bila dimasukkan rumus dimana numerator adalah jumlah kasus infeksi aliran darah perifer karena jarum infus perbulan dan denominator adalah jumlah hari pemasangan infus dalam bulan tersebut dikalikan 100%, maka hasil capaian untuk kejadian infeksi aliran darah perifer RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II bulan Oktober 2015 pada bangsal Ar.Royan 2,27%, pada bangsal Naim 1,11%, pada bangsal Firdaus 0,40%, pada bangsal Zaitun 1,71%, pada bangsal Wardah 0,46%.

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

11. Riset klinis

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

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

- a) *Angka Infeksi Luka Operasi = <1,5%*

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

Sehingga menghasilkan nilai 5 untuk telusur implementasi poin 1 elemen penilaian 3.1. Indikator kunci terpilih sudah disahkan oleh pimpinan dan sudah tertuang di aplikasi akreditasi rumah sakit. Selain itu berdasarkan telaah dokumen didapatkan pula bahwa rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah memiliki kelengkapan dokumen untuk masing-masing indikator area klinis. Jadi skor poin 1 elemen penilaian 3.1 untuk kelengkapan dokumen adalah 10.

B. Elemen Penilaian 3.1 Poin 2

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

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

C. Elemen Penilaian 3.1 Poin 3

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

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

D. Elemen Penilaian 3.1 Poin 4

Penilaian mencakup struktur, proses, dan hasil (*outcome*)

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

E. Elemen Penilaian 3.1 Poin 5

Cakupan, metodologi dan frekuensi ditetapkan untuk setiap indikator.

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

F. Elemen Penilaian 3.1 Poin 6

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

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

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

Tabel 3. Rincian Penilaian Hasil Telaah Dokumen EP 3.1 Indikator Area Klinis

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

Tabel 4.Rincian Penilaian Hasil Telusur Implementasi EP 3.1 Indikator Area Klinis

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

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

Kesiapan rumah sakit dalam menghadapi akreditasi rumah sakit versi 2012 kaitannya dengan indikator area klinis dapat dinilai dari total skoring penilaian elemen penilaian 3.1 indikator area klinis bab PMKP. Skoring didapat dari telusur bukti atau implementasi dan telaah regulasi. Total nilai maksimal dari elemen penilaian PMKP bidang indikator area klinis 3.1 adalah 60. Total nilai yang didapatkan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II untuk kelengkapan dokumen adalah 50, sehingga capaian akreditasi rumah sakit bidang indikator area klinis untuk kelengkapan dokumen RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah sebesar 83,3%.

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

Indikator area klinis merupakan salah satu standar dalam bab Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) yang dimana PMKP merupakan bab yang tergolong mayor standar dalam standar akreditasi rumah sakit versi 2012, dengan nilai pencapaian minimum yaitu 80% dalam setiap tingkatan kelulusan akreditasi RS⁴.

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

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

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

Data didapat dari wawancara dengan kepala ruang atau *supervisor* dari masing-masing unit kerja yang terkait dengan area klinis bab peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Masing-masing subyek penelitian diberi kesempatan untuk menjawab pertanyaan mengenai hambatan dalam meningkatkan mutu layanan guna persiapan akreditasi. Hambatan yang dihadapi oleh rumah sakit dalam persiapan akreditasi rumah sakit yang akan datang yang berkaitan dengan indikator area klinis antara lain petugas rumah sakit belum begitu memahami akreditasi rumah sakit versi 2012, kurangnya jumlah sumber daya manusia, sarana dan prasarana yang belum lengkap, kurangnya penerapan dan evaluasi SOP, kurangnya kesadaran diri dari petugas.

PEMBAHASAN

Pada penelitian ini Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk *assesment* pasien yaitu: *Angka ketidaklengkapan assesmen awal keperawatan pasien rawat inap dewasa* = <20%, dengan hasil capaian pada bulan September 2015 adalah 6,89%. Indikator kunci ini berbeda dengan indikator kunci dari RSUD Sanjiwani Kab.Gianyar pada tahun 2015 yaitu *Pasien Stroke Non Hemoragic (SNH) diberikan obat/resep antithrobotic pada saat pasien pulang*=100% dengan hasil capaiannya pada bulan September 2015 adalah 100%. Namun selaras dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Keterlambatan pengkajian awal Pasien Rawat Inap lebih dari 1x24 jam setelah*

pasien masuk <30% dengan hasil capaiannya 0,19%. Ketiga rumah sakit ini telah berhasil dalam memenuhi target indikator *assesment* pasien sesuai standar akreditasi RS versi 2012, sehingga harus berupaya untuk mempertahankan apa yang telah dicapai dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini, baik dari manajerial, tim akreditasi, staf pelaksana guna kepentingan mutu layanan rumah sakit. Proses asesmen pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang pengobatan pasien yang harus segera dilakukan dan kebutuhan pengobatan berkelanjutan untuk emergensi, elektif atau pelayanan terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Proses *asesment* pasien adalah proses yang terus menerus dan dinamis. Proses-proses ini akan efektif bila dilaksanakan oleh berbagai profesional kesehatan yang bertanggung jawab atas pasien bekerja sama ⁴.

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk pelayanan laboratorium yaitu: *Angka Kerusakan Sampel Darah* = <20%, dengan hasil capaian pada bulan September 2015 adalah 0,71%. Indikator kunci ini berbeda dengan indikator kunci dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik, Pemeriksaan Darah lengkap dan Kimia klinik* <120 menit dengan hasil capaiannya pada bulan September 2015 adalah 116,7 menit. Namun selaras dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Sampel darah yang tidak memenuhi syarat untuk dilakukan pemeriksaan* <10% dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 0,42%. Ketiga rumah sakit ini telah berhasil dalam memenuhi target indikator pelayanan laboratorium sesuai standar akreditasi RS versi 2012, sehingga harus berupaya untuk mempertahankan apa yang telah dicapai dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini, baik dari manajerial, tim akreditasi, staf pelaksana guna kepentingan mutu layanan rumah sakit karena pelayanan laboratorium harus diorganisir dan diberikan sesuai standar nasional, undang-undang dan peraturan yang berlaku.

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging* yaitu: *Angka Penolakan Expertise* <3%, dengan hasil capaian pada bulan September 2015 adalah 0,43%. Indikator kunci ini berbeda dengan indikator kunci dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Respon Time pelayanan CT Scan kepala pada pasien dengan Stroke hemoragic dan Non Hemoragic*=100% dengan hasil capaiannya pada bulan September 2015 adalah 100%. Namun hampir selaras dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Pengulangan foto rontgen yang disebabkan*

reject foto <2% dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 1,28%. Ketiga rumah sakit ini telah berhasil dalam memenuhi target indikator pelayanan radiologi sesuai standar akreditasi RS versi 2012, sehingga harus berupaya untuk mempertahankan apa yang telah dicapai dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini, baik dari manajerial, tim akreditasi, staf pelaksana guna kepentingan mutu layanan rumah sakit. Rumah sakit mempunyai sistem untuk penyediaan pelayanan radiologi dan pelayanan *diagnostik imajing* untuk memenuhi kebutuhan pasien. Rumah sakit menetapkan staf yang kompeten dengan pengalaman memadai, melaksanakan pemeriksaan diagnostik imajing, menginterpretasi hasil, dan melaporkan hasil pemeriksaan ⁴.

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk prosedur bedah yaitu: *Angka Infeksi Luka Operasi* <1,5%, dengan hasil capaian pada bulan September 2015 adalah 6,96%. Indikator kunci ini berbeda dengan indikator kunci dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Persentase tindakan Sectio Caesarea (SC) yang dilakukan pada pasien dengan riwayat SC* <30% dengan hasil capaiannya pada bulan September 2015 adalah 33,3%. Berbeda pula dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Pelayanan pasien operasi elektif terdaftar yang tidak terlayani* <2% dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 31,04%. Ketiga rumah sakit ini belum berhasil dalam memenuhi target indikator prosedur bedah sesuai standar akreditasi RS versi 2012. Perlu upaya untuk meningkatkan kembali kinerja dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini, baik dari manajerial, tim akreditasi, staf pelaksana untuk meningkatkan capaian sehingga dapat sesuai dengan target yang diharapkan. Proses pembedahan melewati beberapa tahap yaitu tahap *preoperative*, tahap *intraoperative*, dan tahap *pascaoperative*. Setiap tahap tersebut menuntut peran profesionalisme dan keterampilan skill dari tim medis ruang operasi. Tindakan pembedahan wajib memperhatikan keselamatan pasien, kesiapan pasien, dan prosedur yang akan dilakukan, karena resiko terjadinya kecelakaan sangat tinggi, jika dalam pelaksanaannya tidak mengikuti standar prosedur operasional yang sudah ditetapkan. Oleh sebab itu diperlukan program untuk lebih memperbaiki proses pelayanan, karena sebagian KTD merupakan kesalahan dalam proses pelayanan yang sebetulnya dapat dicegah melalui program keselamatan pasien. Program Keselamatan Pasien *safe surgery saves lifes* adalah sebagai bagian dari upaya WHO untuk mengurangi jumlah kematian bedah di seluruh dunia. Tujuan dari program ini adalah untuk memanfaatkan

komitmen dan kemauan klinis untuk mengatasi isu-isu keselamatan yang penting, termasuk praktek-praktek keselamatan anestesi yang tidak memadai, mencegah infeksi bedah dan komunikasi yang buruk di antara anggota tim. Untuk membantu tim bedah dalam mengurangi jumlah kejadian ini, WHO menghasilkan rancangan berupa *checklist* keselamatan pasien di kamar bedah sebagai media informasi yang dapat membina komunikasi yang lebih baik dan kerjasama antara disiplin klinis.

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk penggunaan antibiotika dan obat lainnya yaitu: *Kejadian Penggunaan Antibiotik Lebih dari 1 (satu) = <1%*, dengan hasil capaian pada bulan September 2015 adalah 3,44%. Indikator kunci ini berbeda dengan indikator kunci dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Pemberian obat Asam Asetilsalisilat untuk pasien Akut Miocard Infark (AMI) pada saat pulang/KRS =100%*, dengan hasil capaiannya pada bulan September 2015 adalah 100%. Berbeda pula dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Ketidaktepatan indikasi penggunaan antibiotika di rawat inap=0%* dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 18,60%. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dan RSUD Tugurejo Semarang belum berhasil dalam memenuhi target indikator penggunaan antibiotika dan obat lainnya sesuai standar akreditasi RS versi 2012. Perlu upaya untuk meningkatkan kembali kinerja dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini, baik dari manajerial, tim akreditasi, staf pelaksana untuk meningkatkan capaian sehingga dapat sesuai dengan target yang diharapkan karena tahap akhir kebijakan antibiotik di rumah sakit adalah dari dukungan manajemen dan komite antibiotik untuk mengimplementasikan roda penggunaan antibiotik sehari-hari. Dukungan tersebut antara lain kebijakan Kepala Rumah Sakit melalui pendekatan instruksional dan sosialisasi program pemantau penggunaan antibiotik, pendidikan dan pelatihan penggunaan rasional antibiotik, pemantauan rutin peta kuman di setiap departemen, ICU, dan kamar operasi, serta dukungan dana operasional monitoring penggunaan antibiotik terkait program kendali infeksi. Kebijakan antibiotik di rumah sakit harus terlaksana mengingat program JCI, terutama dalam *Infection Control*, perlu pendekatan yang terukur dan teraplikasi baik. Penyusunan standar operasional dalam kebijakan antibiotik di rumah sakit perlu mengacu standar epidemiologi dengan surveilans teratur, serta standar penggunaan antibiotik yang memadai dan tepat. Berbagai *evidence* yang kompleks tersebut menjadi landasan upaya cegah

kendali resistansi kuman di rumah sakit. Untuk memelihara efektivitas dan efisiensi penggunaan antibiotik diperlukan kearifan dan ketulusan.

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

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk penggunaan anestesi dan sedasi yaitu: *Kejadian Komplikasi Selama Pemberian Sedasi= 0(zero)*, dengan hasil capaian pada bulan September 2015 adalah 0(zero). Indikator kunci ini selaras dengan indikator pilihan dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Pengkajian preanestesi dilaksanakan untuk pasien pra-operasi elektif dengan anestesi umum=100%*, dengan hasil capaiannya pada bulan September 2015 adalah 100%. Selaras pula dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Komplikasi anestesi karena reaksi anestesi=0* dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 0,42%. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dan RSUD Sanjiwani Gianyar telah berhasil dalam memenuhi target indikator penggunaan anestesi dan sedasi sehingga harus berupaya untuk mempertahankan apa yang telah dicapai guna kepentingan mutu layanan rumah sakit. RSUD Tugurejo Semarang belum mencapai target sesuai indikator sehingga perlu upaya untuk meningkatkan kembali kinerja dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini. Pelayanan 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 berlaku⁴.

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

Pada penelitian ini Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien yaitu: *Angka Ketidaklengkapan Pengisian Resume Pasien Pulang* $= 0$ (zero), dengan hasil capaian pada bulan September adalah 24,3% dan pada bulan Oktober adalah 30,7%. Indikator kunci ini selaras dengan indikator pilihan dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medik 24 jam Sejak Setelah Selesai Pelayanan Rawat Inap* $< 5\%$ dengan hasil capaiannya pada bulan Agustus 2015 adalah 17,78%. Selaras pula dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medik 24 jam setelah pelayanan Rawat Inap (RM 1)* 100% dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 46%. Ketiga rumah sakit ini belum berhasil dalam memenuhi target indikator prosedur bedah sesuai standar akreditasi RS versi 2012. Perlu upaya untuk meningkatkan kembali kinerja dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini, baik dari manajerial, tim akreditasi, staf pelaksana untuk meningkatkan capaian sehingga dapat sesuai dengan target yang diharapkan. Pembuatan resume bagi setiap pasien yang dirawat merupakan cerminan mutu rekam medis serta layanan yang diberikan oleh rumah sakit (DepKes, 1997).

Pimpinan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II telah menentukan indikator kunci untuk pencegahan dan pengendalian infeksi, *surveilans* dan pelaporan yaitu: *Kejadian Infeksi Aliran Darah Primer* $= < 1,5\%$, dengan hasil capaian pada bulan September adalah pada bangsal Ar.Royan 0,75%, pada bangsal Naim 0%, pada bangsal Firdaus 0,29%, pada bangsal Zaitun 0,57%, dan pada bangsal Wardah 2,47%. dan pada bulan Oktober pada bangsal Ar.Royan 0,75%, pada bangsal Naim 0%, pada bangsal Firdaus 0,29%, pada bangsal Zaitun 0,57%, dan pada bangsal Wardah 2,47%. Indikator ini selaras dengan indikator pilihan dari RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Angka kejadian plebhitis pada pasien dengan pemasangan infus* $< 1,5\%$, dengan hasil capaiannya pada bulan Maret 2015 adalah 1,57%. Namun berbeda dengan indikator kunci pilihan dari RSUD Tugurejo Semarang yaitu *ketaatan cuci tangan petugas* $= 100\%$ dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 61%. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II pada sebagian besar bangsal telah berhasil dalam memenuhi target indikator pencegahan dan pengendalian infeksi walaupun juga masih ada bangsal yang belum dapat memenuhi target. Demikian pula dengan RSUD Sanjiwani Gianyar dan RSUD Tugurejo Semarang juga belum berhasil dalam pencapaian target indikator sehingga perlu upaya untuk meningkatkan kembali kinerja dari semua pihak yang terlibat dalam indikator ini, baik dari manajerial, tim akreditasi, staf pelaksana untuk meningkatkan capaian sehingga dapat sesuai dengan target yang diharapkan. Tujuan pengorganisasian program PPI adalah mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat dan ditularkan diantara pasien, staf, tenaga profesional kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela, mahasiswa dan pengunjung⁴. 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 sakit⁴.

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II belum menentukan indikator mutu dalam hal riset klinis berarti tidak dapat ditentukan nilai untuk indikator riset klinis. Ini berbeda dengan RSUD Sanjiwani Gianyar yang telah menentukan indikator kunci untuk riset klinis yaitu *Evaluasi kelengkapan informed consent yang dilaksanakan untuk setiap penelitian klinis* $> 80\%$ dengan hasil capaiannya pada bulan September

2015 adalah 100%. Berbeda pula dengan RSUD Tugurejo Semarang yang telah menentukan indikator kunci untuk riset klinis yaitu *Kesesuaian waktu antara pemberian ijin penelitian dengan pelaksanaan penelitian* 80% dengan hasil capaiannya pada bulan Oktober 2015 adalah 80%. Rumah sakit selain berfungsi sebagai tempat pemberi layanan kesehatan juga dapat berfungsi sebagai tempat penelitian. Banyak hal yang dapat diteliti di rumah sakit dalam hal klinik maupun manajerial.

Pada penelitian ini Rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II mendapatkan nilai < 80% dalam pemenuhan standar akreditasi untuk telusur implementasi. Hasil skor akreditasi yang didapatkan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II untuk kelengkapan dokumen pada bidang indikator area klinis yaitu 83,3%, untuk bukti implementasi adalah 66,7% Hasil ini selaras dengan RSUD DR.R.Soetijono Blora yang mendapatkan skor sebesar 41,21% pada rata-rata hasil telusur implementasi dan kelengkapan dokumen. Sehingga RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II dan RSUD DR.R.Soetijono Blora dapat dikatakan belum siap untuk mencapai kelulusan dalam akreditasi rumah sakit versi 2012 untuk indikator area klinis.

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

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

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

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

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian ini diperoleh data sebagai berikut

1. Skor akreditasi yang didapatkan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II pada bidang indikator area klinis untuk bukti implementasi adalah 40 poin dari total nilai maksimal 60 poin, dan menghasilkan nilai prosentase sebesar 66,7%. Untuk kelengkapan dokumen pada bidang indikator area klinis menghasilkan nilai 50 poin dari total nilai maksimal 60 poin, dan menghasilkan nilai prosentase sebesar 83,3%.
2. Rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dapat dikatakan belum siap untuk mencapai kelulusan dalam akreditasi rumah sakit versi 2012 untuk indikator area klinis bab Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien karena mendapatkan nilai < 80% dalam pemenuhan standar akreditasi untuk telusur implementasi.
3. Hambatan dalam pelaksanaan indikator area klinis untuk akreditasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II antara lain karena kurangnya sumber daya manusia (SDM), fasilitas, sarana dan prasarana yang masih belum lengkap, dan kurangnya pengetahuan serta kesadaran dari petugas yang terkait.

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072, Jakarta.
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009, *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta.

3. Ilyas, Yaslis, 2004, *Perencanaan SDM rumah sakit teori, metoda, dan formula*, Jakarta: Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011, *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), Jakarta.
5. Republik Indonesia. 2008. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Nomor 129 tahun 2008, *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Sekretaria Negara. Jakarta
6. Laporan Capaian Indikator Mutu RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2014. Pemerintah Provinsi Jawa Tengah. Diakses 1 Desember 2015, dari <https://rstugurejo.com/LAPORAN-PROGRAM-PMKK>
7. Laporan Triwulan RSUD Sanjiwani Kabupaten Gianyar, Diakses pada 1 Desember 2015, dari <http://rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id/index.php/baca-artikel/18/LAPORAN-TRIWULAN-III-SANJIWANI>
8. Ratih, Oktaria. 2013. Analisis kesiapan rumah sakit yang telah terakreditasi 12 pelayanan terhadap pemenuhan standar akreditasi versi 2012 (Studi aksus RSUD DR.R Soetijoo Blora), *Tesis*, Program Paska Sarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta