

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TELAAH PUSTAKA

1. Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan salah satu subsistem pelayanan kesehatan menyelenggarakan dua jenis pelayanan untuk masyarakat yaitu pelayanan kesehatan dan administrasi, Pelayanan kesehatan mencakup pelayanan medic, pelayanan penunjang medic, rehabilitasi medik dan pelayanan perawatan, pelayanan tersebut dilaksanakan melalui unit gawat darurat, unit rawat jalan dan unit rawat inap (Muninjaya, 2004). Menurut Undang-Undang Kesehatan No 36 tahun 2009 yang dimaksud upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Rumah sakit menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan yang diberikan rumah sakit dapat dibagi atas dua golongan, yaitu pelayanan utama dan pelayanan pendukung. Pelayanan utama terdiri atas pelayanan medic, pelayanan

keperawatan, dan pelayanan kefarmasian. Pelayanan pendukung meliputi pelayanan laboratorium, pelayanan gizi dan makanan, rekam medic, bank darah, sentra sterilisasi, pemeriksaan sinar-X, dan layanan social. Pelayanan utama di rumah sakit tidak mampu dilaksanakan sesuai fungsinya tanpa pelayanan pendukung tersebut (Siregar dan Amalia, 2004).

Pada awalnya pelayanan rumah sakit merupakan bentuk upaya pelayanan kesehatan yang bersifat social, namun sebagai dampak globalisasi, deregulasi dan restrukturisasi, serta semakin berkembangnya rumah sakit swasta dan rumah swadana pemerintah maka pelayanan rumah sakit menjadi bersifat sosio-ekonomi. Artinya, dalam melaksanakan pelayanannya disamping mementingkan pelayanan dalam segi social juga memperhatikan kelangsungan hidup rumah sakit (Aditama, 2007).

Rumah sakit sebagai suatu lembaga ekonomi, masing-masing unit atau bagian di rumah sakit juga merupakan bisnis strategik yang berdiri sendiri dan mengarah pada profit, mempunyai pasar eksternal dan mempunyai competitor di luar rumah sakit. Oleh karena itu, agar semua unit rumah sakit dapat beroperasi optimal, maka diperlukan suatu system manajemen yang baik yang ditunjang oleh kemampuan personel yang professional dalam bidangnya. Mutu proses pelayanan kesehatan hanya akan dapat meningkat jika karyawan mempunyai komitmen dan terlatih dalam pekerjaannya (Trisnantoro, 2000).

2. Akreditasi Rumah Sakit

Hamm mendefinisikan akreditasi sebagai *voluntary conformiting-assesment* yaitu suatu proses dimana para ahli dibidang industry menentukan standar untuk organisasi yang akan di akreditasi dan secara sistematis performa dari organisasi tersebut ditinjau berdasarkan standar. Konsep dari akreditasi, sertifikasi, lisensi dan profesionalisme memiliki hubungan yang dekat dan menjadi sebuah bentuk pendekatan yang penting untuk meningkatkan kualitas dari struktur sarana kesehatan. Standar akreditasi biasanya dihormati sebagai sesuatu yang optimal dan terjangkau dan harus mendorong kemajuan organisasi secara terus menerus (Vallejo *et al*, 2011)

Standar yang digunakan di Indonesia untuk menilai suatu rumah sakit adalah standar yang terdapat dalam akreditasi rumah sakit. Akreditasi rumah sakit berkaitan dengan penilaian kepatuhan standar-standar yang mencakup seluruh fungsi dan kegiatan rumah sakit.

Menurut Keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.00.06.3.5.00788 tentang Komisi Gabungan Akreditasi Rumah Sakit ditentukan bahwa yang berwenang melakukan akreditasi rumah sakit, baik milik pemerintah pusat, pemerintah daerah, BUMN, maupun swasta adalah Komisi Gabungan Akreditasi Rumah Sakit, yaitu suatu tim yang bersifat non-struktural yang dibentuk berdasarkan keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Standar yang digunakan untuk akreditasi mengacu pada standar yang tertuang dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 436/Menkes/SK/VI/1933. Mengacu pada Surat Keputusan tersebut, penerapan standar tersebut dapat secara bertahap, namun minimal sudah dapat memenuhi standar lima kegiatan pelayanan pokok/dasar, yaitu :

1. Administrasi dana manajemen
2. Pelayanan Medis
3. Pelayanan gawat darurat
4. Pelayanan keperawatan
5. Rekam medis

Berdasarkan Keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia Nomor YM.02.03.3.5.912, mulai tahun anggaran 1999/2000 akreditasi rumah sakit dilaksanakan untuk dua belas kegiatan pelayanan, yaitu (Wijono, 1999) :

1. Administrasi dana manajemen
2. Pelayanan Medis
3. Pelayanan gawat darurat
4. Pelayanan keperawatan
5. Rekam medis
6. Kamar operasi
7. Pelayanan radiologi
8. Pelayanan laboratorium

9. Pelayanan farmasi
10. Pelayanan perinatal resiko tinggi
11. Pengendalian infeksi di rumah sakit
12. Keselamatan kerja, kebakaran, dan kewaspadaan bencana

Akreditasi rumah sakit tersebut sekurang-kurangnya setiap tiga tahun sekali dan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Standar dalam akreditasi rumah sakit bersifat umum, sehingga wajib diterapkan oleh semua rumah sakit di Indonesia tanpa memandang kelas dan status kepemilikannya, maka pada prinsipnya semua rumah sakit baik pemerintah maupun swasta harus diakreditasi (Wijono, 1999).

Suatu rumah sakit dikatakan tidak terakreditasi jika total skor perolehan rumah sakit kurang dari 65%. Akreditasi bersyarat jika total skor perolehan rumah sakit lebih dari 65% tetapi belum mencapai 75%. Akreditasi bersyarat berlaku untuk satu tahun, setelah masa satu tahun rumah sakit dapat mengajukan untuk survei ulang setelah merasa siap, nilai tidak berhasil pada akreditasi ulang tersebut maka rumah sakit dinyatakan gugur atau tidak mendapat status akreditasi (Wijono, 1999). Akreditasi penuh bila total skor perolehan adalah 75% atau lebih, predikat tersebut berlaku selama tiga tahun, dan akreditasi istimewa jika selama tiga periode berturut rumah sakit tersebut mendapatkan status akreditasi penuh, predikat akreditasi istimewa tersebut berlaku untuk masa lima tahun.

Namun saat ini telah disahkan standar akreditasi baru tahun 2012 yang mengacu pada standar JCI, yang berisikan 4 pilar utama yaitu: 1)

Kelompok standar pelayanan berfokus pada pasien, 2) Kelompok standar manajemen rumah sakit, 3) Sasaran keselamatan pasien rumah sakit, 4) Sasaran *Millenium Delevopement Goals*.

3. Komisi Akreditasi Rumah Sakit 2012

Akreditasi Rumah Sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada manajemen rumah sakit, karena telah memenuhi standar yang ditetapkan. Adapun tujuan akreditasi rumah sakit adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, sehingga sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia yang semakin selektif dan berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu. Dengan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan diharapkan dapat mengurangi minat masyarakat untuk berobat keluar negeri (Komisi Akreditasi Rumah Sakit 2012).

Sesuai dengan Undang-undang No.44 Tahun 2009, pasal, 40 ayat 1, menyatakan bahwa, dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali.

Meskipun akreditasi rumah sakit telah berlangsung sejak tahun 1995 dengan berbasis pelayanan, yaitu 5 pelayanan, 12 pelayanan dan 16 pelayanan, namun dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi serta makin kritisnya masyarakat Indonesia dalam menilai mutu pelayanan kesehatan, maka dianggap perlu dilakukannya perubahan yang bermakna terhadap mutu rumah sakit di Indonesia.

Perubahan tersebut tentunya harus diikuti dengan pembaharuan standar akreditasi rumah sakit yang lebih berkualitas dan menuju standar Internasional. Dalam hal ini Kementerian Kesehatan RI khususnya Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan memilih dan menetapkan sistem akreditasi yang mengacu pada *Joint Commission International* (JCI). Standar akreditasi ini selain sebagian besar mengacu pada sistem JCI, juga dilengkapi dengan muatan lokal berupa program prioritas nasional yang berupa program *Millenium Development Goals* (MDG's) meliputi PONEK, HIV dan TB DOTS dan standar-standar yang berlaku di Kementrian Kesehatan RI.

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

Dalam rangka peningkatan mutu tersebut maka diperlukan suatu standar yang dapat dijadikan acuan bagi seluruh rumah sakit dan stake holder terkait dalam melaksanakan pelayanan di rumah sakit melalui proses akreditasi. Disamping itu sistem akreditasi yang pernah dilaksanakan sejak tahun 1995 dianggap perlu untuk dilakukan perubahan mengingat berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi sehingga dibutuhkannya standar akreditasi rumah sakit ini.

Perubahan tersebut menyebabkan ditetapkan kebijakan akreditasi rumah sakit menuju standar Internasional. Dalam hal ini, Kementerian Kesehatan memilih akreditasi dengan sistem *Joint Commission International* (JCI) karena lembaga akreditasi tersebut merupakan badan yang pertama kali terakreditasi oleh *International Standard Quality* (ISQua) selaku penilai lembaga akreditasi.

Standar ini akan dievaluasi kembali dan akan dilakukan perbaikan bila ditemukan hal-hal yang tidak sesuai lagi dengan kondisi di rumah sakit.

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

Hal ini dilakukan sejalan dengan visi KARS untuk menjadi badan akreditasi berstandar internasional, serta untuk memenuhi tuntutan Undang Undang no 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit yang mewajibkan seluruh rumah sakit di Indonesia untuk meningkatkan mutu pelayanannya melalui akreditasi.

Standar akreditasi baru tersebut terdiri dari 4 (empat) kelompok sebagai berikut :

- a. Kelompok Standar Berfokus Kepada Pasien.
- b. Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit.

- c. Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien.
- d. Kelompok Sasaran Menuju Millenium Development

Jadi pada kesimpulannya 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. Standar akreditasi sifatnya berupa suatu persyaratan yang optimal dan dapat dicapai. Akreditasi menunjukkan komitmen nyata sebuah rumah sakit untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas asuhan pasien, memastikan bahwa lingkungan pelayanannya aman dan rumah sakit senantiasa berupaya mengurangi risiko bagi para pasien dan staf rumah sakit. Dengan demikian akreditasi diperlukan sebagai cara efektif untuk mengevaluasi mutu suatu rumah sakit, yang sekaligus berperan sebagai sarana manajemen.

Proses akreditasi dirancang untuk meningkatkan budaya keselamatan dan budaya kualitas di rumah sakit, sehingga senantiasa berusaha meningkatkan mutu dan keamanan pelayanannya.

Melalui proses akreditasi rumah sakit dapat :

- a. Sasarannya pada keselamatan pasien dan mutu pelayanan
- b. Meningkatkan kepercayaan masyarakat bahwa rumah sakit menitik beratkan
- c. Menyediakan lingkungan kerja yang aman dan efisien sehingga staf merasa puas

- d. Melibatkan mereka sebagai mitra dalam proses pelayanan
- e. Mendengarkan pasien dan keluarga mereka, menghormati hak-hak mereka, dan
- f. Menciptakan budaya mau belajar dari laporan insiden keselamatan pasien
- g. Menetapkan prioritas untuk dan demi terciptanya kepemimpinan yang berkelanjutan untuk meraih kualitas dan keselamatan pasien pada semua tingkatan
- h. Membangun kepemimpinan yang mengutamakan kerja sama kepemimpinan ini.

Standar akreditasi rumah sakit ini merupakan upaya Kementerian Kesehatan menyediakan suatu perangkat yang mendorong rumah sakit senantiasa meningkatkan mutu dan keamanan pelayanan. Dengan penekanan bahwa akreditasi adalah suatu proses belajar, maka rumah sakit distimulasi melakukan perbaikan yang berkelanjutan dan terus menerus.

Standar ini yang titik beratnya adalah fokus pada pasien disusun dengan mengacu pada sumber-sumber antara lain sebagai berikut :

- a. *International Principles for Healthcare Standards, A Framework of requirement for standards, 3rd Edition December 2007, International Society for Quality in Health Care (ISQua)*
- b. *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 4th Edition, 2011*

- c. Instrumen Akreditasi Rumah Sakit, edisi 2007, Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)
- d. Standar-standar spesifik lainnya untuk rumah sakit.

Standar ini dikelompokkan menurut fungsi-fungsi dalam rumah sakit terkait dengan pelayanan pasien, upaya menciptakan organisasi-manajemen yang aman, efektif, terkelola dengan baik. Fungsi-fungsi ini juga konsisten, berlaku untuk dan dipatuhi oleh, setiap unit/bagian/instalasi.

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

- 4. Undang-undang no. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit mewajibkan rumah sakit menjalani akreditasi. Dengan demikian rumah sakit harus menerapkan standar akreditasi rumah sakit, termasuk standar-standar lain yang berlaku bagi rumah sakit sesuai dengan penjabaran dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit edisi 2011.

4. Dasar Hukum Akreditasi Rumah Sakit

Pelaksanaan akreditasi mempunyai dasar hukum yaitu:

Undang-undang nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan, pasal 59 menegaskan bahwa peningkatan mutu pelayanan sarana kesehatan perlu diperhatikan.

1. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.159b/Menkes/Per/II/1988 tentang rumah sakit, pasal 26 mengatur tentang akreditasi rumah sakit.
2. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI 436/93 menyatakan berlakunya standar pelayanan rumah sakit dan standar pelayanan medis Indonesia.
3. SK Dirjen Pelayanan Medik No YM.02.03.3.5.2626 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan lainnya(KARS). Dalam surat keputusan ini, KARS mempunyai tugas pokok membantu Direktur Jenderal Pelayanan Medik dalam merencanakan, melaksanakan dan melakukan penilaian akreditasi rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya. Penetapan status akreditasi menjadi wewenang Direktur Jenderal Pelayanan Medik.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 147/MENKES/PER/I/2010 tentang perijinan rumah sakit. Permenkes ini mengatakan bahwa RS harus mempunyai izin yaitu izin mendirikan RS dan izin operasional RS. Izin operasional didapatkan dengan memenuhi sarana dan prasarana, peralatan, sumber daya manusia dan administrasi, dan manajemen. Setiap rumah sakit yang telah mendapatkan izin operasional harus diregistrasi dan diakreditasi.

5. Tahapan Pelaksanaan Akreditasi

Akreditasi KARS 2012, batas nilai lulusnya adalah 80, dan kelulusan dibedakan menjadi 4 (empat) tingkat. Yaitu, pratama, madya, utama, dan paripurna. Penjelasannya sebagai berikut:

1. Pratama, jika standar SKP, HPK, PPK, dan PMKP mendapat skor minimal 80, dan standar lainnya mendapat skor minimal 20.
2. Madya, jika standar pratama ditambah standar MDGs, APK, AP, PP mendapat skor minimal 80, dan standar lainnya mendapat skor minimal 20.

3. Utama, jika standar Madya ditambah standar PAB, MPO, MKI, KPS mendapat skor minimal 80, dan standar lainnya mendapat skor minimal 20.
4. Paripurna, jika standar Madya ditambah standar PPI, TKP, dan MFK mendapat skor minimal 80 (Depkes RI, 2002).

6. Keselamatan Pasien

Istilah "*patient safety*" telah digunakan secara luas di seluruh dunia. Istilah ini merujuk pada istilah "*safety*" dengan pasien sebagai objeknya. *Safety* tidak terletak hanya di dalam diri individu saja, sarana dan prasarana saja, atau sistem yang lebih luas seperti departemen/unit saja. Tetapi, *safety* muncul dari interaksi berbagai komponen di dalam sistem tersebut (Cooper, 2000). *Safety* (keselamatan) merupakan prinsip fundamental terhadap perawatan pasien dan komponen klinis dalam manajemen kualitas pelayanan (WHO, 2004). Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (DepKes, 2006).

Sasaran Keselamatan Pasien wajib diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan

sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari *WHO Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International* (JCI). Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong peningkatan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti area yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menguraikan tentang solusi atas konsensus berbasis bukti dan keahlian terhadap permasalahan ini.

Enam tujuan penanganan *patient safety* menurut (*Joint Commission International*, 2010) adalah sebagai berikut :

1. Mengidentifikasi pasien dengan benar. Elemen penilaian meliputi:
 - a. Pasien diidentifikasi dengan menggunakan dua pengidentifikasi pasien, tidak termasuk penggunaan nomor kamar pasien atau lokasi.
 - b. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
 - c. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lainnya untuk uji klinis.
 - d. Pasien diidentifikasi sebelum diberikan perawatan dan prosedur.
 - e. Kebijakan dan prosedur mengupayakan tercapainya konsistensi dalam segala situasi dan lokasi.

2. Meningkatkan komunikasi secara efektif. Elemen penilaian meliputi :

- a. Perintah lengkap, lisan dan via telepon, atau hasil tes dicatat si penerima.
- b. Perintah lengkap, lisan dan via telepon, atau hasil tes dibaca-ulang si penerima.
- c. Perintah dan hasil tes dikonfirmasi oleh individu si pemberi perintah atau hasil tes.
- d. Kebijakan dan prosedur disusun agar verifikasi tepat-tidaknya komunikasi lisan dan via telepon dijalankan secara konsisten.

3. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai. Elemen penilaian meliputi :

- a. Kebijakan dan/atau prosedur disusun untuk mengatasi masalah identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat yang patut diwaspadai.
- b. Kebijakan dan/atau prosedur ini diterapkan.
- c. Elektrolit konsentrat tidak boleh ada di unit perawatan pasien kecuali jika secara klinis diperlukan dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian tidak sengaja di wilayah yang diizinkan oleh aturan kebijakannya.

- d. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit perawatan pasien diberi label jelas dan disimpan sedemikian rupa hingga tidak mudah diakses.
4. Memastikan benar tempat, benar prosedur, dan benar pembedahan pasien. Elemen penilaian meliputi :
 - a. Rumah Sakit menggunakan tanda yang langsung dikenali untuk mengidentifikasi lokasi pembedahan dan melibatkan pasien dalam proses pemberian tanda.
 - b. Rumah Sakit menggunakan daftar atau proses lain untuk sebelum operasi untuk memverifikasikan apakah lokasinya, prosedur, dan pasien sudah benar dan bahwa seluruh dokumen dan peralatan yang dibutuhkan sudah ada, tepat dan fungsional.
 - c. Tim bedah lengkap melakukan dan mendokumentasikan prosedur jeda sesaat sebelum memulai prosedur pembedahan.
 - d. Kebijakan dan prosedur disusun sedemikian sehingga semua proses seragam sehingga dapat dipastikan lokasi benar, prosedur benar, dan pasien juga benar, termasuk prosedur medis dan gigi yang dilakukan tidak di ruang operasi.
 5. Mengurangi risiko infeksi dari pekerja kesehatan. Elemen penilaian meliputi :

- a. Rumah sakit telah mengadopsi atau mengadaptasi panduan kebersihan tangan yang baru diterbitkan dan umumnya diterima.
 - b. Rumah sakit mengimplementasikan program kebersihan tangan yang efektif.
 - c. Kebijakan dan/atau prosedur yang dikembangkan yang mendukung secara terus-menerus pengurangan infeksi terkait dengan perawatan kesehatan.
6. Mengurangi risiko terjadinya kesalahan yang lebih buruk pada pasien, Elemen penilaian meliputi :
- a. Rumah sakit menerapkan proses dilakukannya penilaian awal pasien akan risikonya terjatuh dan dilakukannya penilaian ulang pada pasien bila, antara lain, terlibat adanya perubahan kondisi atau obat-obatan.
 - b. Dilakukan upaya-upaya untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang dinilai berisiko.
 - c. Usaha-usaha itu dipantau untuk dilihat keberhasilannya dalam upaya mengurangi cedera akibat jatuh dan konsekuensi lain yang tidak diperhitungkan sebelumnya.
 - d. Kebijakan dan/atau prosedur mengarah pada pengurangan secara kontinyu risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

7.

8. Unit Gawat Darurat

Unit gawat darurat adalah salah satu unit rumah sakit yang harus dapat memberikan pelayanan darurat standar tinggi kepada masyarakat yang menderita penyakit akut dan mengalami kecelakaan. Unit gawat darurat harus dapat mencegah kematian dan cacat pada penderita gawat darurat hingga dapat hidup dan bergungsi kembali dalam masyarakat semestinya, harus dapat merujuk penderita gawat darurat melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan gawat darurat yang lebih memadai, harus ikut menanggulangi korban bencana pada masyarakat. Peran unit gawat darurat sangat penting didalam pelayanan kesehatan karena unit ini memberikan pelayanan khusus kepada penderita gawat darurat selama 24 jam setiap harinya (Depkes RI, 1992).

Unit gawat darurat harus dipimpin oleh dokter, dibantu tenaga medis keperawatan dan tenaga lainnya yang telah mendapatkan pelatihan penanggulangan gawat darurat (PPGD), serta memiliki sistem rekam medik yang optimum bila rekam medik unit gawat darurat menyatu dengan rekam medik rumah sakit. Rekam medik harus dapat melayani selama 24 jam (Depkes RI, 1999).

Pelayanan gawat darurat sebagai pelayanan terdepan rumah sakit selalu melayani masyarakat dalam mencari layanan kesehatan tidak jarang pasien/masyarakat dalam mencari layanan kesehatan dan tidak jarang pasien/masyarakat walaupun tidak gawat darurat datang ke unit gawat darurat untuk mendapat pertolongan. Pelayanan gawat darurat itu dapat

diklasifikasikan dalam tiga kondisi yaitu 1). Gawat darurat yaitu pasien yang perlu mendapat pertolongan segera karena mengancam jiwa, 2). Gawat tidak darurat yaitu: pasien perlu pertolongan segera tetapi tidak mengancam jiwa, 3). Tidak gawat tidak darurat yaitu: pasien tidak perlu penanganan segera. Hal ini dapat dilakukan bila staf gawat darurat telah mengetahui triase dan telah mendapatkan pelatihan PPGD/BTLS/ATLS (Depkes RI, 1992).

B. PENELITIAN TERDAHULU

1. Aulia, (2005) dengan judul “Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Farmasi diRumah Sakit Tipe C di Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2005”.Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah rumah sakit tipe C di Daerah Istimewa Yogyakarta telah sesuai dengan standar Pelayanan Farmasi. Pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner yang dibuat berdasarkan Self Assesment Pelayanan Farmasi kemudian dikembangkan sesuai dengan Standar Pelayanan Farmasi Rumah Sakit. Penilaian meliputi tujuh standar yang terbagi dalam dua puluh empat parameter. Perbedaan dengan penelitian ini adalah instalasi yang diteliti dan instrument yang digunakan, pada penelitian ini menggunakan standar pelayanan farmasi rumah sakit yang meliputi 7 standar.
2. Nadirah. M (2001), dengan judul “Evaluasi Kinerja Instalasi Gawat Darurat berdasarkan Indikator ACHS kajian di Rumah Sakit Umum Cabang Baji Makassar”. Penelitian ini meninjau dan menilai kinerja Instalasi gawat darurat menggunakan dua indicator yaitu indicator ACHS (Australian Council on Healthcare System) dan standar akreditasi KARS, penelitian ini menggunakan rancangan cross sectional dengan responden 33 petugas instalasi gawat darurat. Perbedaan dengan penelitian ini adalah indicator

yang digunakan, pada penelitian ini digunakan standar akreditasi KARS 2012 dan bentuk rancangan penelitian ini adalah deskriptif kualitatif.

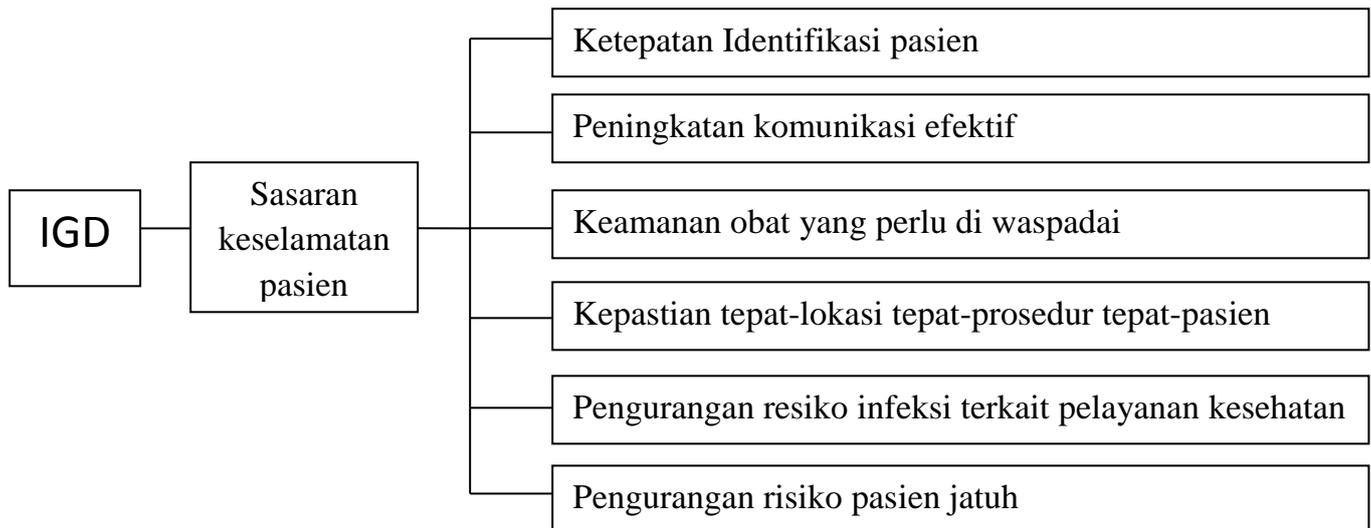
3. Marianingsih (2011), dengan judul “ Tingkat kesiapan pelayanan Instalasi Gawat daruratRS PKU Muhammadiyah Bantul terhadap akreditasi tahun 2007”. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Bantul, Tujuan penelitian: Untuk mengetahui tingkat kesiapan akreditasi pelayanan IGD di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul menurut penilaian staf IGD, pokja, dan peneliti terhadap pemenuhan Standar Akreditasi Departemen Kesehatan tahun 2007. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif komparatif dengan rancangan studi kasus. Perbedaan dengan penelitian ini terletak pada standar akreditasi yang digunakan, pada penelitian ini digunakan standar akreditasi versi KARS 2012.

C. LANDASAN TEORI

Pelayanan gawat darurat sebagai pelayanan terdepan rumah sakit selalu melayani masyarakat dalam mencari layanan kesehatan tidak jarang pasien/masyarakat dalam mencari layanan kesehatan dan tidak jarang pasien/masyarakat walaupun tidak gawat darurat datang ke unit gawat darurat untuk mendapat pertolongan (Depkes RI, 1992). Dengan Pentingnya suatu layanan gawat darurat di suatu rumah sakit ini maka peningkatan kualitas layanan menjadi hal yang penting, salah satu caranya adalah dengan menggunakan akreditasi rumah sakit. Akreditasi Rumah Sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada manajemen rumah sakit, karena telah memenuhi standar yang ditetapkan. Adapun tujuan akreditasi rumah sakit adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, sehingga sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia yang semakin selektif dan berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu. Dengan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan diharapkan dapat mengurangi minat masyarakat untuk berobat keluar negeri (Komisi Akreditasi Rumah Sakit 2012).

Penelitian ini diadopsi dari prinsip-prinsip manajemen dan strategi yang terdapat dalam standar Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) tahun 2012. Masing-masing dalam komponen ini dinilai berdasarkan elemen penilaian yang terdapat dalam KARS 2012 yang sesuai dengan layanan Instalasi Gawat Darurat.

D. KERANGKA KONSEP



E. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana hasil kesiapan pelayanan instalasi gawat darurat RSKB Sinduadi untuk dapat memenuhi sasaran keselamatan pasien berdasarkan akreditasi rumah sakit versi 2012 ?
2. Bagaimanakah rekomendasi untuk rumah sakit dalam persiapan pemenuhan sasaran keselamatan pasien berdasarkan akreditasi versi 2012 ?