

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Subyek dan Obyek Penelitian

Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi adalah rumah sakit yang didirikan pada tanggal 8 juli 2003 dengan nama awal Klinik Sinduadi. RSKB Sinduadi di bangun Yayasan Wijoyo dan diketuai oleh dr. Hendro Wartatmo Sp. B(K)BD. RSKB Sinduadi beralamat di jl. Wijaya Kusuma No. 310, Desa Sinduadi, Kecamatan Mlati, Kabupaten Sleman, Yogyakarta. RSKB Sinduadi merupakan salah satu rumah sakit swasta yang bergerak di bidang kesehatan (Wahyudi & Bambang, 2015).

Pelayanan yang disediakan oleh RSKB Sinduadi terdiri dari pelayanan 24 Jam yang berupa Instalasi Gawat Darurat (IGD), Pelayanan rawat jalan, Pelayanan Rawat inap. Pelayanan penunjang medik yang tersedia antara lain: pelayanan laboratorium, unit farmasi, radiologi, pelayanan gizi, transportasi dan laundry. RSKB Sinduadi juga memiliki pelayanan poliklinik gigi dan poli spesialis, yang terdiri dari spesialis anak, spesialis penyakit dalam, spesialis bedah digesif, spesialis bedah anak, spesialis bedah Urologi, spesialis bedah Onkologi, kamar operasi, fisioterapi, tumbuh kembang, khitan pemeriksaan KIA dan KB, serta *home care*. Sarana dan prasarana atau fasilitas pendukung terdapat tempat parkir, tempat bermain anak, dan memiliki ambulance 24 jam.

RSKB Sinduadi mempunyai visi Menjadi Rumah Sakit Khusus Bedah pilihan masyarakat Yogyakarta untuk mendapatkan pelayanan bedah yang bermutu. Misi RSKB Sinduadi memberikan pelayanan bedah dasar dan lanjutan serta penunjang medis yang bermutu. Memberikan peluang kerja hasil masyarakat yang mempunyai kompetensi di bidang kesehatan dan kompetensi lainnya yang dibutuhkan. Pada awalnya RSKB Sinduadi Yogyakarta yang berdiri sejak tahun 2005 merupakan sebuah klinik berupa pelayanan praktisi dokter spesialis. Seiring berjalannya waktu, berbagai tantangan dan ujian yang telah dilalui merupakan pelajaran yang sangat berharga sehingga Klinik Sinduadi dapat tumbuh semakin mantap, dan dapat meningkatkan mutu layanannya.

2. Hasil Telusur Dokumen dan Observasi

Rumah sakit merupakan layanan jasa yang memiliki peran penting bagi kehidupan masyarakat. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat menimbulkan peluang untuk terjadinya kesalahan pelayanan yang dapat berakibat terhadap keselamatan pasien.

Undang-Undang No 012 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit, disebutkan bahwa akreditasi bertujuan meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit dan meningkatkan perlindungan bagi pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit sebagai institusi. Sejak tahun 2012, akreditasi rumah sakit mulai beralih dan

berorientasi pada paradigma baru dimana penilaian akreditasi didasarkan pada pelayanan berfokus pada pasien. Keselamatan pasien menjadi indikator standar utama penilaian akreditasi baru yang dikenal dengan akreditasi rumah sakit versi 2012 ini (Kementerian Kesehatan RI, 2012).

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) merupakan salah satu syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Kesiapan Instalasi Gawat Darurat dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi akan menjadi poin penting dalam penilaian akreditasi Rumah Sakit dan juga dalam memberikan pelayanan terhadap pasien.

Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Sasaran keselamatan pasien tersebut terdiri dari, ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*), kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan pengurangan risiko pasien jatuh. Berikut ini hasil observasi dan telusur dokumen tingkat kesiapan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi bagian keselamatan pasien berdasarkan standar akreditasi Kars 2012.

1. Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien

Berdasarkan hasil studi dokumen bukti oleh peneliti terhadap tingkat kesiapan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi bagian keselamatan pasien berdasarkan standar akreditasi Kars 2012 diketahui bahwa sebagian kriteria Standar Akreditasi Rumah Sakit versi KARS 2012 tentang enam sasaran keselamatan pasien rumah sakit sudah ada dokumen bukti dan telah terlaksana.

Tabel 4.1. Hasil Kesiapan Dokumen di Instalasi Gawat Darurat Bab Ketepatan Identifikasi Pasien

Kriteria	Tidak ada dokumen	Sudah Ada dokumen tetapi belum lengkap	Sudah Ada dokumen lengkap
1. Kebijakan/Panduan Identifikasi pasien	-		10
2. SPO pemasangan gelang identifikasi	0	-	-
3. SPO Identifikasi sebelum memberikan obat, darah/produk darah, mengambil darah/specimen lainnya.	-	-	10
4. Pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur	-	-	10
Pencapaian	75%		

Pencapaian yang di dapat pada dokumen bukti kesiapan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi dalam hal ketepatan identifikasi pasien berdasarkan Standar Akreditasi Kars 2012 sebesar 75% atau bisa dikatakan dokumen yang dibutuhkan untuk Sasaran I sudah ada

dan hampir lengkap seluruhnya. Untuk indentifikasi pasien pada pelayanan pemberian pengobatan dan tindakan yang telah diberikan oleh bagian Instalasi Gawat Darurat juga sudah terlaksana dengan baik sehingga dapat mengurangi resiko terjadinya kesalahan atau tertukarnya identitas pasien saat pemberian obat dan tindakan . Namun hanya ada satu dokumen yang belum ada yakni dokumen SPO pemasangan gelang.

Tabel 4.2. Hasil Observasi Kesiapan Instalasi Gawat Darurat Bab
Ketepatan Identifikasi Pasien

NO	OBSERVASI	TEMUAN			SKOR KARS
		>80%	20-80%	<20%	
I	1.	Proses identifikasi pasien	100%		10
	2.	Proses pemasangan gelang		30%	5
	3.	Proses identifikasi sebelum pemberian obat atau darah	90%		10
	4.	Proses identifikasi pasien sebelum pengambilan darah atau specimen lain.	100%		10
	5.	Identifikasi pasien sebelum pemberian tindakan	90%		10
	6.	Sosialisasi SOP dan kebijakan		62,5%	5
Total					45
Pencapaian					83%

Berdasarkan hasil observasi langsung di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi pada sasaran keselamatan pasien didapatkan hasil yang sudah cukup baik, terutama pada identifikasi pasien dan proses identifikasi pasien sebelum pengambilan darah atau spesimen

lain, walaupun masih terdapat nilai yang kurang seperti pada pemasangan gelang dan sosialisasi SOP dan kebijakan.

2. Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif

Hasil telusur dokumen terhadap kesiapan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi dalam hal peningkatan komunikasi yang efektif berdasarkan Standar Akreditasi Kars 2012 didapatkan dokumen lengkap, hasilnya sangat baik karena sudah 100% terpenuhi.

Tabel 4.3. Hasil kesiapan Dokumen Instalasi Gawat Darurat Bab Peningkatan Komunikasi yang efektif

Kriteria	Tidak ada dokumen	Sudah Ada dokumen tetapi belum lengkap	Sudah Ada dokumen lengkap
1. Kebijakan/Panduan Komunikasi pemberian informasi dan edukasi yang efektif.	-	-	10
2. SPO komunikasi lisan/lisan via telp	-	-	10
Pencapaian	100%		

Tercapainya dokumen bukti kesiapan Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi terhadap peningkatan komunikasi yang efektif berdasarkan Standar Akreditasi Kars 2012 sebesar 100% atau bisa dikatakan dokumen sudah lengkap untuk memenuhi syarat sasaran peningkatan komunikasi yang efektif.

Tabel 4.4. Hasil Observasi Kesiapan Instalasi Gawat Darurat Bab Peningkatan Komunikasi yang efektif

NO	OBSERVASI	TEMUAN			SKOR KARS
		>80%	20-80%	<20%	
II	1.	Pencatatan lengkap perintah lisan dan hasil pemeriksaan	100%		10
	2.	Pembacaan ulang perintah lisan oleh penerima dan pemeriksaan ejaan jika obat termasuk NORUM/LASA		25%	5
	3.	Konfirmasi perintah atau hasil pemeriksaan oleh pemberi perintah		25%	5
	4.	Sosialisasi SOP dan kebijakan		63%	5
TOTAL					25
PENCAPAIAN					62,5%

Berdasarkan hasil observasi langsung pada sasaran II terkait peningkatan komunikasi yang efektif di Instalasi Gawat Darurat RSKB Sinduadi sebagian besar belum terlaksana dengan baik sesuai Standar Akreditasi Kars 2012, hanya pada aspek pencatatan lengkap perintah lisan dan pembacaan ulang perintah lisan oleh penerima telah dilakukan oleh seluruh dokter jaga instalasi gawat darurat, sedangkan pemeriksaan ejaan jika obat termasuk NORUM/LASA belum terlaksana. Sedangkan untuk aspek konfirmasi perintah atau hasil pemeriksaan oleh pemberi perintah juga masih sebagian dilaksanakan. Komunikasi yang efektif pada pemberi dan penerima pesan yang akurat dan tepat akan mengurangi terjadinya kesalahan dan mencegah timbulnya kejadian tidak diinginkan yang akan menyebabkan cederanya pasien akibat salahnya pemberian obat. Komunikasi pada pemberi dan penerima ini dapat dilakukan melalui pesan singkat, secara lisan maupun tertulis yang sebenarnya mudah sekali

menimbulkan kesalahan jika tidak diberikan suatu kebijakan dan prosedur khusus oleh rumah sakit.

3. Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert medications)

Kesiapan dokumen bukti di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi bagian keselamatan pasien berdasarkan Standar Akreditasi Kars 2012 dapat dilihat pada Tabel 4.6.

Tabel 4.5. Hasil kesiapan Dokumen Instalasi Gawat Darurat Bab Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*)

Kriteria	Tidak ada dokumen	Sudah Ada dokumen tetapi belum lengkap	Sudah Ada dokumen lengkap
1. Kebijakan/Panduan/Prosedur mengenai obat-obat yang high alert minimal mencakup identifikasi, lokasi, pelabelan dan penyimpanan obat high alert.	-	5	-
2. Daftar obat-obatan <i>high alert</i>	-	-	10
3. Daftar Obat LASA/NORUM	-	-	10
4. Daftar elektrolit konsentrat	0	-	-
Pencapaian	62,5%		

Berdasarkan hasil observasi dokumen bukti, Pencapaian terhadap kesiapan Instalasi Gawat Darurat bagian peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah sebesar 62,5%. Sebagian besar dokumen telah dipenuhi, walaupun ada Aspek yang belum

lengkap dan belum ada, diantaranya kebijakan mengenai obat-obat high-alert yang minimal mencakup identifikasi, lokasi, pelabelan, dan penyimpanan obat high alert, ternyata tidak terdapat mekanisme pelabelan pada kebijakan, sehingga diberi nilai 5, dan daftar elektrolit konsentrat yang belum ada di RSKB Sinduadi. Instalasi farmasi hanya memiliki daftar obat-obatan *high alert* dan obat-obatan LASA/NORUM saja.

Tabel 4.6. Hasil Observasi kesiapan Instalasi Gawat Darurat Bab Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*)

NO	OBSERVASI	TEMUAN			SKOR KARS
		>80%	20-80% %	<20%	
1.	Proses identifikasi, pelabelan dan penyimpanan obat <i>high alert</i>			15%	0
2.	Inspeksi memastikan tidak adanya elektrolit konsentrat jika tidak dibutuhkan secara klinis		50%		5
3.	Pelabelan elektrolit konsentrat secara jelas dan penyimpanan di area ketat			0%	0
4.	Sosialisasi SOP dan kebijakan			0%	0
TOTAL					5
PENCAPAIAN					12,5%

Dari hasil observasi langsung di Instalasi gawat darurat dan instalasi farmasi, hampir seluruh aspek belum terpenuhi, tidak ada proses identifikasi, pelabelan maupun penyimpanan khusus untuk obat-obatan high alert, obat high alert yang diberi tempat penyimpanan khusus hanya golongan narkotik dan psikotropika saja, tetapi obat-obatan tersebut juga tidak diberi label high alert, sedangkan untuk pelabelan dan penyimpanan

elektrolit konsetrat sama sekali tidak di tempatkan khusus di area ketat, dan belum ada sosialisasi SOP dan kebijakan di unit-unit terkait.

4. Sasaran IV : Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi

Kesiapan dokumen bukti di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi bagian kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi berdasarkan Standar Akreditasi Kars 2012 dapat dilihat pada Tabel 4.7.

Tabel 4.7. Hasil kesiapan Dokumen Instalasi Gawat Darurat Bab tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi

Kriteria	Tidak ada dokumen	Sudah Ada dokumen tetapi belum lengkap	Sudah Ada dokumen lengkap
1. Kebijakan/Panduan/SPO pelayanan bedah untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/dental.	-	5	-
2. SPO penandaan lokasi operasi	0	-	-
3. Dokumen: <i>Surgery safety Check list</i> di laksanakan dan dicatat, di rekam medis pasien operasi	-	-	10
Pencapaian	50%		

Berdasarkan hasil observasi dokumen, kesiapan kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi Instalasi Gawat Darurat

Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi adalah sebesar 50%. Sebagian aspek kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi sudah ada dokumen untuk sasaran keselamatan pasien namun masih kurang lengkap. Parameter yang masih belum ada dokumen untuk sasaran keselamatan pasien diantaranya penerapan Standar Prosedur Operasional (SPO) penandaan lokasi operasi rumah sakit. Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan harus dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh rumah sakit dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan (Standar Akreditasi Kars 2012). Namun di IGD RSKB Sinduadi belum ada SPO khusus untuk penandaan lokasi. Walaupun pada bab ini surgical safety checklist tidak diterapkan di IGD namun dari hasil telusur dokumen, RSKB Sinduadi sudah memiliki form tersebut.

Tabel 4.8. Hasil Observasi kesiapan Instalasi Gawat Darurat Bab tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi

NO	OBSERVASI		TEMUAN			SKOR KARS
			>80%	20-80% %	<20%	
IV	1.	Pembuatan tanda identifikasi yang jelas dan melibatkan pasien dalam proses penandaan lokasi operasi	-	-	0	0
	2.	Mengisi Checklist verifikasi tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien tepat dokumen	-	-	-	TDD
	3.	Penerapan dan pencatatan prosedur “time out” sebelum dimulainya tindakan pembedahan	-	-	-	TDD
	4.	Sosialisasi SOP dan kebijakan		56%		5
TOTAL						5
PENCAPAIAN						25%

(ket : Tidak Dapat Diterapkan)

Prosedur dan tindakan operasi di rumah sakit bedah termasuk menjadi hal krusial dan penting dalam keberlangsungan rumah sakit. Berdasarkan hasil observasi langsung di Instalasi Gawat Darurat RSKB Sinduadi terkait aspek kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur dan tepat-pasien operasi belum terlaksana sesuai Standar Akreditasi Kars 2012 . pembuatan tanda identifikasi yang jelas dan melibatkan pasien dalam proses penandaan lokasi operasi minor di instalasi gawat darurat belum dilaksanakan sama sekali oleh dokter jaga, dokter jaga hanya mengkonfirmasi secara lisan kepada pasien sesaat sebelum tindakan. Adapun aspek yang tidak diterapkan rumah sakit yaitu proses pencatatan tepat-lokasi, tepat-prosedur dan tepat-pasien, tepat dokumen serta penerapan dan pencatatan prosedur “time out” sebelum dimulainya tindakan pembedahan, tidak dapat dinilai karena hal ini hanya diterapkan

di kamar operasi. Sosialisasi baru terlaksana satu kali untuk panduan dan kebijakan tentang pelayanan bedah namun sosialisasi ini pun belum dilengkapi dengan sosialisasi SPO identifikasi lokasi operasi untuk tindakan bedah minor di IGD sehingga diberi nilai 5.

5. Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Kesiapan dokumen bukti di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi bagian pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan berdasarkan Standar Akreditasi Kars 2012 dapat dilihat pada Tabel 4.9.

Tabel 4.9. Hasil kesiapan Dokumen Instalasi Gawat Darurat Bab Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Kriteria	Tidak ada dokumen	Sudah Ada dokumen tetapi belum lengkap	Sudah Ada dokumen lengkap
Kebijakan/Panduan <i>Hand hygiene</i>	-	-	10
SPO Cuci tangan	-	-	10
SPO lima momen cuci tangan	-	-	10
Dokumen implementasi : Indikator infeksi yang terkait pelayanan kesehatan Bukti sosialisasi kebijakan dan prosedur cuci tangan	0	5	-
Pencapaian	70%		

Pencapaian kelengkapan dokumen pada bab pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi di dapatkan hasil yang cukup baik yakni 70%, Walaupun masih terdapat dua parameter yang masih belum ada dokumen dan belum lengkap yaitu tentang penerapan Standar Prosedur Operasional lima momen cuci tangan dan indikator infeksi yang terkait pelayanan kesehatan dan sosialisasi tentang kebijakan yang dinilai belum lengkap karena sosialisasi baru diadakan pada 6 unit dari total 10 unit yang ada di RSKB Sinduadi. Dari hasil telusur dokumen peneliti hanya dapat melihat bukti sosialisasi untuk prosedur cuci tangan dengan tanda tangan absensi kehadiran saat sosialisasi dan pelatihan cuci tangan sesuai panduan WHO.

Untuk SPO dan kebijakan dinilai sudah lengkap, dengan adanya Surat Keputusan Direktur beserta lampiran panduan tentang *hand hygiene* dan SPO cuci tangan yang lengkap di pisahkan menjadi dua yakni SPO *handwash* dan *handrub* dan sudah rumah sakit sudah memiliki SPO tentang lima momen cuci tangan.

Tabel 4.10. Hasil observasi kesiapan Instalasi Gawat Darurat Bab
Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

NO	OBSERVASI	TEMUAN			SKOR KARS	
		>80%	20- 80% %	<20%		
V	1.	Pedoman hand hygiene mengacu pada WHO	90%			10
	2.	Pelaksanaan hand hygiene secara efektif	100%			10
	3.	Penerapan five moment untuk hand hygiene		45%		5
	4.	Sosialisasi SOP dan kebijakan	85%			10
TOTAL					35	
PENCAPAIAN					87%	

Pada Sasaran V berhubungan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi yang menjadi masalah penting di rumah sakit. Berdasarkan hasil observasi langsung sebagian besar aspek sudah terlaksana dengan baik pelayanannya sesuai Standar Akreditasi Kars 2012, akan tetapi masih kurang lengkap. Aspek yang sudah terlaksana dengan baik sesuai Standar Akreditasi Kars 2012 dan sudah lengkap pelayanannya yaitu terkait pedoman hand hygiene mengacu pada WHO sebesar, dan untuk pelaksanaan hand hygiene secara efektif. Aspek yang masih kurang lengkap pelayanannya yaitu penerapan *five moment* untuk *hand hygiene*. Sosialisasi Standar Operasional Prosedur dan kebijakan untuk hand hygiene sudah dilaksanakan dalam bentuk pelatihan cuci tangan yang diadakan di akhir tahun 2016.

6. Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh

Kesiapan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi bagian pengurangan risiko pasien jatuh berdasarkan Standar Akreditasi Kars 2012 dapat dilihat pada Tabel 4.11.

Tabel 4.11. Hasil kesiapan Dokumen di Instalasi Gawat Darurat bagian Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Kriteria	Tidak ada dokumen	Sudah Ada dokumen tetapi belum lengkap	Sudah Ada dokumen lengkap
Kebijakan/Panduan/SPO asesmen dan asesmen ulang risiko pasien jatuh	-	-	0
Kebijakan langkah-langkah pencegahan risiko pasien jatuh:	-	-	0
SPO pemasangan gelang risiko jatuh	-	-	0
Dokumen implementasi : Form monitoring dan evaluasi hasil pengurangan cedera akibat jatuh.	-	-	0
Pencapaian	0%		

Pencapaian kelengkapan dokumen pada bab pengurangan risiko pasien jatuh di Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi adalah sebesar 0%. Yang sesungguhnya sangat disayangkan karena pengurangan resiko pasien jatuh adalah salah satu indikator penting dari mutu sebuah rumah sakit. Dalam hal ini, seluruh aspek pengurangan risiko pasien jatuh masih belum ada dokumen sama sekali. Disini dapat dilihat rumah sakit belum siap untuk menghadapi akreditasi rumah sakit versi KARS 2012.

Tabel 4.12. Hasil observasi kesiapan di Instalasi Gawat Darurat bagian Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

NO	OBSERVASI	TEMUAN			SKOR KARS
		>80%	20-80%	<20%	
VI	1.			0%	0
	2.		20%		5
	3.			0%	0
	4.			0%	0
TOTAL					5
PENCAPAIAN					12,5%

Berdasarkan hasil observasi langsung pada Sasaran VI berhubungan dengan risiko pasien jatuh sebagian kecil penerapan langkah pencegahan dan pengamanan pasien berisiko sudah terlaksana namun masih sangat kurang lengkap. Aspek lainnya yang masih belum terlaksana yaitu untuk asesmen awal pasien risiko jatuh dan asesmen ulang pada pasien jika terjadi perubahan serta untuk monitoring dan evaluasi terhadap keberhasilan pengurangan cedera akibat risiko jatuh dan dampak terkait.

Pada bab ini, IGD RSKB belum menerapkan asesmen awal untuk menentukan apakah pasien berisiko jatuh, dan juga asesmen ulang jika terjadi perubahan pada keadaan pasien. Pencegahan yang sudah dilakukan antara lain penggunaan pengaman disamping tempat tidur pasien, penguncian tempat tidur pasien dan pegangan di dalam kamar mandi, untuk edukasi pada pasien yang memiliki risiko jatuh belum diterapkan

dan penilaian risiko jatuh dengan skala *morse* untuk dewasa dan *humpty dumpty* untuk anak-anak juga belum diterapkan, tempat tidur tidak bisa diatur tinggi rendahnya dan lantai yang belum diberi alas anti licin. Di IGD RSKB Sinduadi hanya tersedia pengaman di samping tempat tidur pasien dan pegangan di dalam kamar mandi.

Tabel 4.13. Hasil presentase rerata capaian sasaran keselamatan pasien

	SASARAN	DOKUMEN	OBSERVASI	RERATA
I	Ketepatan identifikasi pasien	75%	83%	79%
II	Peningkatan komunikasi efektif	100%	62,5%	81,25%
III	Peningkatan keamana obat yang perlu di waspadai (<i>high alert medication</i>)	62,5%	12,5%	37,5%
IV	Kepastian tepat-lokasi tepat-prosedur tepat-pasien operasi	50%	25%	37,5%
V	Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	70%	87%	66,25%
VI	Pengurangan resiko jatuh	0%	12,5%	6,25%

Dilihat dari hasil rerata setiap bab dari sasaran hampir seluruhnya belum memenuhi kriteria KARS 2012, hanya pada bab peningkatan komunikasi efektif saja yang sudah mencapai angka >80%. Dan nilai terendah terdapat pada bab

pengurangan resiko jatuh dikarenakan dokumen yang diperlukan belum ada sama sekali. Dari gambaran ini RSKB Sinduadi belum siap untuk menghadapi akreditasi rumah sakit versi 2012, dan perlu segera berbenah untuk melengkapi dokumen dan pelaksanaannya.

B. Pembahasan

Rumah sakit umumnya harus memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) rumah sakit. Jika seluruh pegawai rumah sakit tidak bisa memberikan pelayanan yang baik dan lengkap kepada pasien tentu akan mengancam keselamatan serta banyak pasien yang akan merasa dirugikan.

Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi merupakan salah satu rumah sakit swasta yang sedang berkembang dan berada di wilayah Sleman, Yogyakarta. Rumah sakit tersebut adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan 24 jam berupa Instalasi Gawat Darurat (IGD), pelayanan rawat jalan dan pelayanan rawat inap. Oleh karena itu diperlukan kesiapan Instalasi Gawat Darurat terutama pada bagian sasaran keselamatan pasien pada Standar Akreditasi Kars 2012 agar pelayanan yang diberikan dapat memuaskan pasien dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Sebagai dasar analisis kesiapan Instalasi Gawat Darurat dalam keselamatan pasien berdasarkan Standar Akreditasi Kars 2012 yang mengacu pada *Joint Commission International (JCI)*.

1. Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien

Berdasarkan hasil observasi langsung di Instalasi Gawat Darurat RSKB Sinduadi pada sasaran keselamatan pasien pada elemen penilaian ketepatan identifikasi pasien diidentifikasi dengan tiga identitas yaitu nama, tanggal lahir yang sesuai dengan KTP dan nomor rekam medis, identifikasi ini dicantumkan pada gelang pasien yang akan rawat inap, sedangkan untuk pasien rawat jalan di instalasi gawat darurat tidak diberikan gelang identifikasi.

Saat pasien dinyatakan akan rawat inap petugas rekam medis akan mencetak gelang identitas yang berisikan nama, tanggal lahir dan nomor rekam medis, yang nantinya disesuaikan dengan jenis kelamin pasien, untuk pasien perempuan diberi gelang warna merah muda, sedangkan untuk laki-laki diberikan gelang berwarna biru muda, setelah berkas persiapan rawat inap telah siap, gelang akan dipasang oleh perawat IGD pada pasien sebelum dipindahkan ke bangsal rawat inap. Pada saat peneliti melakukan observasi dari total 10 perawat, hanya ada 3 perawat memasang gelang pada pasien yang akan rawat inap dengan warna yg tepat dan mengkonfirmasi terlebih dahulu dengan bertanya kepada pasien dan memastikan dengan pertanyaan secara verbal kepada pasien apakah data yang tercantum pada gelang sudah sesuai dengan identitas pasien tersebut, sehingga pada poin ini dapat diberikan nilai 5 untuk ketepatan identifikasi dan pemasangan gelang pasien.

Pada proses identifikasi sebelum pemberian produk darah dan obat, Saat peneliti melakukan observasi Perawat IGD akan memastikan kepada dokter jaga terlebih dahulu, pasien yang mana yang akan diberikan obat dengan menanyakan nama pasien tersebut dan memastikan obat apa yang akan diberikan terlebih dahulu, kemudian setelah menyiapkan obat, perawat IGD akan memastikan kembali kepada pasien dengan menanyakan identitas yaitu nama lengkap yang sesuai dengan KTP dan yang tercantum pada rekam medis sebelum memberikan obat kepada pasien tersebut, sedangkan untuk pasien yang akan rawat inap, perawat juga akan mencocokkan secara visual dengan data yang ada pada gelang pasien, dari 10 perawat semuanya sudah melakukan prosedur identifikasi, sehingga pada poin identifikasi sebelum pemberian obat ataupun produk darah dapat diberikan nilai 10 untuk ketepatannya.

Pada proses identifikasi pasien sebelum pengambilan sampel ataupun specimen, petugas laboratorium akan datang ke IGD jika ada pemeriksaan yang dibutuhkan oleh dokter jaga, petugas akan menanyakan terlebih dahulu pada dokter jaga, pasien yang mana dan menanyakan nama dan pemeriksaan apa yang diinginkan, setelah dipastikan, petugas akan menghampiri pasien kemudian akan mengidentifikasi secara verbal dengan menanyakan nama, sedangkan jika ada pemeriksaan tambahan pada pasien yang akan rawat inap yang sudah memakai gelang petugas juga akan mengidentifikasi secara visual dengan melihat gelang pasien. Dari kedua petugas laboratorium yang diobservasi oleh peneliti,

keduanya sudah melakukan identifikasi terhadap pasien setiap mengambil sampel ataupun spesimen. Sehingga pada poin ini diberikan nilai 10 untuk ketepatannya.

Banyak tindakan maupun prosedur yang dapat dilakukan di instalasi gawat darurat, seperti penjahitan luka, pemasangan kateter urine, pemasangan NGT, rekam jantung, pemasangan monitor, terapi inhalasi dan lain sebagainya. Perawat yang ditugaskan oleh dokter jaga untuk melakukan tindakan tersebut akan memastikan terlebih dahulu kepada dokter jaga, nama pasien dan tindakan apa yang akan dilakukan. Setelah menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan, perawat akan menghampiri pasien yang dituju, dan menanyakan nama pasien tersebut sebelum melakukan tindakan. Dari kesepuluh perawat semuanya sudah melakukan identifikasi sebelum tindakan, sehingga pada poin ini dapat diberikan nilai 10. Pada observasi sosialisasi dan penerapan SPO hanya dapat dinilai dari absensi kehadiran peserta, karena sosialisasi sudah dilakukan sebelum peneliti melakukan penelitian, dari sosialisasi diberikan nilai 5 karena tidak semua staff instalasi gawat darurat dapat hadir, dan tidak ada tindak lanjut jika berhalangan hadir, dari total 10 perawat dan 6 dokter hanya ada 10 orang yang hadir yakni 7 perawat dan 3 dokter.

Berdasarkan hasil telusur dokumen terkait ketepatan identifikasi pasien Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi telah mencapai 75%. Hal ini berarti sebagian besar aspek telah ada dokumen yang sesuai dengan Standar Akreditasi Kars 2012. Rumah sakit telah

memiliki surat kebijakan dari direktur, panduan dan SPO mengenai identifikasi pasien. Aspek yang sudah lengkap antara lain surat kebijakan dari direktur yang sudah dilampiri dengan panduan tentang identifikasi pasien, Standar Prosedur Operasional identifikasi pasien, identifikasi sebelum memberikan obat, darah/produk darah, mengambil darah/specimen lainnya dan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan. Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi telah mengintegrasikan seluruh staf rumah sakit untuk mengetahui cara mengidentifikasi pasien yang akan masuk Instalasi Gawat Darurat rumah sakit dan seluruh staf yang bertugas telah mengetahui cara identifikasi pasien sebelum memberikan obat, darah, dan tindakan penanganan pasien.

Untuk pemasangan gelang sebagai alat identifikasi pasien di rumah sakit khusus bedah Sinduadi masih belum ada Standar Prosedur Operasional Khusus untuk pemasangan gelang. Standar Akreditasi versi 2012 tentang identifikasi pasien menyebutkan bahwa pemasangan gelang seharusnya dilakukan oleh perawat/bidan penanggung jawab pelayanan (Tulus, Hesty & Halimi Maksum, 2015) yang pada hal ini sudah dilakukan namun belum dilakukan oleh seluruh perawat di instalasi gawat darurat. Dari dokumen yang ada di rumah sakit yang berkaitan dengan kebijakan atau panduan identifikasi pasien Instalasi Gawat Darurat masih terdapat kekurangan dengan tidak adanya SPO pemasangan gelang, sehingga perlu dibuat khusus SPO pemasangan gelang yang mencakup nama sesuai e-ktp tanggal lahir nomor rekam medis dan alamat.

Identitas pasien merupakan standar keselamatan pasien yang sangat penting. Standar ini mengharuskan rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki atau meningkatkan ketelitian identifikasi pasien. Jika belum ada kebijakan tertulis dan pelayanan dalam pemasangan gelang identifikasi pasien, maka dapat mengakibatkan kesalahan fatal, misalnya kematian (Firawati dkk, 2012).

Hasil observasi terkait telusur dokumen sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi pada bab identifikasi pasien sudah ada dokumen kebijakan dan panduan dalam mengidentifikasi pasien di Instalasi Gawat Darurat, dari telusur dokumen dan kebijakan sudah lengkap dan sesuai dengan Standar Akreditasi Kars 2012, namun untuk penerapan dan sosialisasi masih kurang karena belum semua SPO dilengkapi dan sosialisasi tidak dihadiri seluruh karyawan RS. Firawati dkk (2012), secara lebih rinci menambahkan bahwa faktor lain yang berpengaruh adalah tim penggerak keselamatan pasien yang harus disiplin, mampu bekerjasama, belajar dan berusaha untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Depkes (1999) standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit seharusnya ada kebijakan dan prosedur pelaksanaan tertulis di unit yang selalu ditinjau dan disempurnakan serta mudah dilihat oleh seluruh petugas. Dengan adanya kebijakan tertulis tentang identifikasi pasien Instalasi Gawat Darurat tentu dapat mengurangi terjadinya kesalahan identifikasi pada pasien dan kejadian tidak diharapkan maupun sentinel. Dari hasil rerata presentase

pencapaian dari telusur dokumen dan observasi langsung didapatkan rerata capaian sebesar 79%, dari hasil capaian ini jika dilihat dari kriteria KARS masih dianggap kurang, karena seharusnya nilai yang dicapai sebesar >80%. Kurangnya sosialisasi dan belum lengkapnya beberapa dokumen menjadi penyebab kurangnya capaian pada standar ini. Studi kasus yang dilakukan di RSUD DR. R. Soetijono Blora terkait kesiapan menghadapi akreditasi versi 2012, dalam keselamatan pasien dan sasaran identifikasi pasien, disebutkan bahwa masih terdapat permasalahan dalam proses identifikasi pasien. Pada dasarnya, identifikasi pasien sudah dilakukan namun belum dilakukan secara maksimal. Permasalahan yang terjadi seperti belum adanya evaluasi, pengadaan gelang belum merata dan lengkap serta kebijakan dan pedoman yang belum lengkap (Dwi Octaria, 2014).

2. Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif

Komunikasi yang efektif pada pemberi dan penerima pesan yang akurat dan tepat akan mengurangi terjadinya kesalahan dan akan meningkatkan keselamatan pasien, komunikasi pada pemberi dan penerima ini dapat dilakukan melalui pesan singkat, secara lisan maupun tertulis yang sebenarnya mudah sekali menimbulkan kesalahan jika tidak diberikan suatu kebijakan dan prosedur khusus oleh rumah sakit. Pada poin pertama yakni pencatatan dengan lengkap perintah lisan, dilakukan oleh dokter jaga IGD saat konsultasi pasien yang dirawat inap, pada saat peneliti melakukan observasi, dokter jaga dengan total 6 orang selalu

mencatat dengan lengkap perintah dan terapi yang di berikan oleh pemberi yaitu dokter spesialis penanggung jawab pada pasien tersebut. sehingga diberikan nilai 10 atau pelaksanaan aspeknya telah mencapai lebih dari 80%, namun pada poin ke 2 yakni pembacaan ulang secara lengkap perintah lisan atau melalui telpon, tidak semua dokter jaga melakukan hal tersebut, dari observasi hanya 4 dokter yang melakukan pembacaan ulang dan dokter jaga sama sekali tidak melakukan pengejaan ulang pada obat-obatan yang tergolong NORUM (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip) karena di RSKB Sinduadi belum dilakukan sosialisasi golongan obat-obatan yang termasuk NORUM dan saat dilakukan observasi tidak terdapat daftar obat-obatan tersebut. sehingga pada poin ini diberikan nilai 5.

Pada poin 3, pemberi perintah yakni dokter spesialis penanggung jawab, jarang melakukan konfirmasi ulang pada perintah dan hasil pemeriksaan pada saat memberikan perintah selama peneliti melakukan obeservasi di IGD RSKB Sinduadi hanya 3 dokter umum yang menerima konfirmasi dari dokter spesialis. Sehingga pada poin ini diberikan nilai 5. Dari ketiga poin utama pada Sasaran II keselamatan pasien yaitu peningkatan komunikasi efektif, hanya pada poin pencatatan lengkap saja yang mendapat nilai penuh, sedangkan pada pada poin kedua dan ketiga hanya di dapatkan nilai sebagian, karena tidak dilakukan setiap saat, dan pada poin kedua rumah sakit sudah memiliki daftar golongan obat NORUM namun belum disosialisasikan pada unit-unit terkait termasuk

IGD dan banyak dokter spesialis penanggung jawab yang sepertinya belum di sosialisasikan dengan baik oleh rumah sakit pentingnya prosedur komunikasi efektif yang sesungguhnya ditujukan untuk mengurangi terjadinya kesalahan akibat kekeliruan pada saat diberikannya perintah kepada penerima sehingga dapat meningkatkan keselamatan pasien.

Berdasarkan hasil observasi telusur dokumen pada bab peningkatan komunikasi yang efektif di Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi baru mencapai 25%. Pencapaian ini masih relatif rendah, diantara aspek peningkatan komunikasi efektif yang belum ada dokumen tertulisnya yaitu Standar Prosedur Operasional komunikasi lisan/lisan via telepon.

Dalam keadaan panik, terutama saat pasien datang ke Instalasi Gawat Darurat diperlukan sistem komunikasi yang terdiri dari komunikasi penyampaian informasi dan komunikasi koordinasi (administrasi dan logistik). Komunikasi koordinasi adalah sistem komunikasi menggunakan jejaring yang disepakati dalam pelayanan administrasi (umum, keuangan, dan logistik). Cara menyampaikan informasi dan edukasi dalam menangani pasien Instalasi Gawat Darurat bisa dilakukan secara langsung maupun melalui telepon.

Kebijakan komunikasi harus dilakukan dan dikelola dengan baik oleh staff berdasarkan standar pelayanan gawat darurat tentu dapat meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan rumah sakit kepada pasien Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi. Peningkatan mutu dan kualitas

tersebut dapat menambahkan kepercayaan dan kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan rumah sakit serta memperbaiki akreditasi rumah sakit dalam hal pelayanan.

Sukesih & Yuni (2015), komunikasi yang efektif merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien berdasarkan standar keselamatan pasien di rumah sakit. Komunikasi harus tepat pada waktunya, akurat, komplit tidak rancu dan dimengerti oleh penerima sehingga akan mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah yang diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telepon. Rumah sakit juga harus mensosialisasikan sistem dimana semua perintah yang diterima harus diverifikasi atau dibacakan ulang kepada pihak yang memberikan perintah. Depkes (1999), menambahkan dalam standar pelayanan gawat darurat tentang fasilitas dan peralatan, sistem komunikasi untuk menjamin kelancaran hubungan antara unit gawat darurat dengan: unit lain diluar rumah sakit terkait, RS dan sarana kesehatan lainnya, pelayanan ambulans, unit pemadam kebakaran, konsulen SMF di IGD. Dari hasil rerata presentase pencapaian dari telusur dokumen dan observasi langsung didapatkan rerata capaian sebesar 81,25%, dari hasil capaian ini jika dilihat dari kriteria KARS sudah sesuai capaian yakni sebesar >80%, namun jika dilihat dari kriteria KARS nilai capaian >80% seharusnya di dapat dari masing-masing yakni obervasi

dan telusur dokumen, sehingga rs tetap harus melengkapi daftar ejaan NORUM/LASA di IGD dan sosialisasi mendalam terhadap dokter spesialis agar dapat mengkonfirmasi setiap pemberian perintah, dan sosialisasi daftar ejaan NORUM/LASA di unit-unit terkait.

3. Sasaran III: Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*)

Obat-obatan menjadi hal penting yang ada pada unit Instalasi Gawat Darurat sebuah rumah sakit. Penerapan manajemen yang benar untuk memastikan keselamatan pasien agar terhindar dari kesalahan pemberian obat adalah hal yang utama. Kesalahan pemberian obat bisa sampai menyebabkan kejadian yang tidak diharapkan bahkan bisa sampai terjadi kejadian sentinel pada kesalahan pemberian obat-obatan yang beresiko tinggi (*high alert*). Daftar obat-obatan yang perlu di waspadai sebenarnya tersedia di WHO, namun tiap rumah sakit membuat daftar sebaiknya disesuaikan dengan data dan ketersediaan obat di rumah sakit masing-masing. Kesalahan pada pemberian elektrolit konsentrat masih menjadi salah satu isu yang cukup dikhawatirkan tentang keamanannya karena efek sampingnya yang fatal yang bisa sampai menyebabkan kematian, sehingga regulasi yang baik dan pengembangan kebijakan ataupun prosedur penyusunan daftar obat-obatan beresiko tinggi pelabelan dan penempatan yang tepat menjadi kunci utama keselamatan pasien.

Pada observasi di IGD, tidak ada pelabelan khusus, dan penempatan khusus pada obat-obatan beresiko tinggi (*high alert*), tidak ada tempat khusus ataupun lemari khusus dengan kunci untuk obat-obatan tersebut. elektrolit konsentrat di simpan di instalasi farmasi, tetapi tidak ada inspeksi berkala di IGD untuk memastikan tidak ada elektrolit yang tercecer atau yang ditempatkan di IGD bila tidak dipergunakan, sedangkan pada pelabelan khusus dan penempatan secara ketat di instalasi farmasi juga tidak dilakukan, elektrolit konsentrat tidak diberi label *high alert*, dan hanya ditempatkan bersama obat-obatan injeksi, sehingga pada sasaran ini untuk poin 1 dan 3 didapatkan nilai 0 dan pada poin 2 didapatkan nilai 5 karena elektrolit konsentrat di tempatkan di instalasi farmasi walaupun tidak di periksa secara berkala oleh staff farmasi. Dari hasil observasi ini didapatkan capaian hanya sebesar 12,5% hal ini sangat memprihatinkan dibandingkan target yang seharusnya >80%, padahal keamanan obat menjadi hal yang perlu diperhatikan karena akan berdampak langsung pada keselamatan pasien. Obat menjadi salah satu komponen dalam melakukan perawatan pasien, obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high alert medications*) antara lain ialah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan atau kesalahan serius (*sentinel event*). Obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip) Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM atau *Look Alike Sound Alike/LASA*) (Kementerian Kesehatan, 2014).

Berdasarkan hasil telusur dokumen pada bab kesiapan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) di Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi mencapai 62,5%. Karena baru ada daftar obat-obatan *high alert* atau obat-obat yang perlu diwaspadai dan daftar obat NORUM/LASA sedangkan untuk aspek yang belum lengkap adalah terkait kebijakan mengenai obat-obat yang *high alert* minimal mencakup indentifikasi, lokasi, pelabelan, penyimpanan obat high alert sedangkan pada kebijakan di rskb Sinduadi belum ada kebijakan tentang pelabelan dan daftar elektrolit konsentrat. Dari rerata capaian pada bab ini didapatkan hasil 37,5% yang hasilnya masih jauh dari standar KARS, hal ini disebabkan oleh kurang lengkapnya kebijakan. Kebijakan mengenai obat-obat high alert yang mencakup identifikasi, lokasi, pelabelan dan penyimpanan di Rumah Sakit Khusus Bedah masih belum lengkap dan diterapkan oleh staff rumah sakit. Hal ini harus mendapat perhatian khusus dari manajemen di Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi mengingat standar yang harus dilakukan oleh rumah sakit adalah mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat yang perlu diwaspadai. Sosialisasi juga belum dilakukan sama sekali pada unit-unit terkait dan instalasi farmasi itu sendiri, padahal pada penelitian sebelumnya disebutkan bahwa terdapat peningkatan kesesuaian penyimpanan obat high alert setelah dilakukan intervensi berupa sosialisasi dalam bentuk pelatihan, penyusunan daftar obat high alert dan pelabelan obat tersebut (Hermanto, Risdiana, & Harimurti, 2015).

Sehingga perlunya manajemen untuk mempersiapkan pelatihan dan sosialisasi kepada staf terkait dan melengkapi panduan tentang pelabelan dan menyusun daftar elektrolit konsentrat.

4. Sasaran IV: Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi

Prosedur dan tindakan operasi di rumah sakit bedah termasuk menjadi hal krusial dan penting dalam keberlangsungan rumah sakit. Kejadian salah-lokasi salah-prosedur dan salah-pasien dapat sangat mudah terjadi jika tidak terdapat komunikasi yang efektif dan regulasi dan prosedur yang dirancang khusus untuk mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Pada instalasi gawat darurat tindakan atau prosedur yang dapat dilakukan hanya pembedahan minor yang menggunakan bius secara lokal, namun kesalahan tetap dapat terjadi walaupun mungkin lebih kecil karena pasien dalam keadaan sadar. Pada observasi ini peneliti tidak masuk ke kamar operasi sehingga observasi hanya dapat dilakukan di IGD, namun peneliti mengobservasi proses pembuatan tanda identifikasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan . Pada poin 1 tentang identifikasi lokasi dengan penandaan yang melibatkan pasien sama sekali tidak dilakukan oleh semua dokter umum, dokter umum hanya mengkonfirmasi pada pasien sesaat sebelum tindakan secara verbal saja. Sedangkan pada poin 2 dan 3 tidak dapat diterapkan karena hanya dilakukan kamar operasi dan *surgical safety checklist* diterapkan di kamar

operasi, dengan pembedahan yang menggunakan anestesi total. Sehingga pada kedua poin ini tidak dapat dinilai, sehingga oleh peneliti diberi skor TDD yaitu tidak dapat diterapkan, sedangkan untuk sosialisasi sudah dilaksanakan namun hanya secara keseluruhan tidak dikhususkan pada IGD saja dan tidak semua staff menghadiri sosialisasi tersebut. Dari hasil observasi presentase capaiannya didapatkan hasil 25%.

Berdasarkan hasil telusur dokumen pada kesiapan pada bab kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien operasi di Rumah Sakit Khusus Bedah telah mencapai 50%. Kesiapan ini ditandai dengan sudah adanya dokumen bukti terkait kebijakan pelayanan bedah untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi dan dokumen *Surgery safety check list* yang dilaksanakan dan dicatat di rekam medis pasien operasi. Hanya saja belum adanya SPO khusus untuk penandaan lokasi operasi. Dari hasil rerata presentase capaian observasi dan dokumen didapatkan hasil 37,5% saja. Implementasi *Surgical safety checklist* memerlukan seorang koordinator untuk bertanggung jawab untuk memeriksa *checklist*. Koordinator biasanya seorang perawat atau dokter atau profesional kesehatan lainnya yang terlibat dalam operasi, yang harus di dukung pula oleh tim bedah, karena walaupun kepatuhan perawat dalam menerapkan *surgical safety checklist* baik, namun bila kolaborasi interprofesi pada tim bedah tidak berjalan baik mengakibatkan penggunaan *checklist* yang rendah (Irmawati, 2017).

Standar Prosedur Operasional penandaan lokasi operasi pasien harus dilakukan dengan memberikan tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh rumah sakit, dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan, harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar. Jika memungkinkan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan siselimuti. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (laterality), struktur multipel (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang) (Standar Akreditasi Kars, 2012). Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi. Jika kebijakan rumah sakit untuk memastikan tepat-lokasi dan data pasien sudah di catat di rekam medis pasien berdasarkan jenis luka atau penyakit yang di derita, hal ini akan dapat meningkatkan ketepatan penandaan pasien dan mengurangi kejadian salahnya lokasi operasi dan prosedur yang dapat menyebabkan kecacatan.

5. Sasaran V: Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Pada Sasaran V berhubungan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi yang menjadi masalah penting di rumah sakit, karena banyaknya infeksi yang terjadi di dalam lingkungan rumah sakit menyebabkan peningkatan biaya dan komplikasi pada pasien dan tenaga kesehatan. Beberapa contoh infeksi yang terjadi antara lain infeksi saluran

kemih akibat pemasangan kateter, infeksi pada aliran darah dan infeksi paru-paru atau pneumonia yang berhubungan dengan ventilasi mekanik.

Bila melihat lebih dalam terkait dengan infeksi yang dapat terjadi pada pelayanan kesehatan, infeksi dapat terjadi pada beberapa bagian seperti sistem pernafasan, perkemihan, pencernaan, pembuluh darah dan luka pembedahan. Sedangkan macam-macam infeksi yang dapat terjadi diantaranya Infeksi saluran kemih (UTI), Phlebitis, Bronchopneumonia, Decubitus, Dehiscensi luka operasi, Influenza, Selulitis dan Sepsis. Terkait dengan penyebab infeksi pada pelayanan kesehatan, seperti yang juga telah disebutkan oleh komite akreditasi rumah sakit, salah satu faktor yang mempengaruhi ialah higienitas daripada petugas kesehatan (Effendy, 2013).

Pencegahan yang paling penting adalah dengan hand hygiene yang tepat sesuai dengan pedoman WHO. Di IGD RSKB Sinduadi sudah ada pedoman langkah-langkah hand hygiene dan penjelasan di dekat wastafel dan di sediakan handscrub dengan air mengalir dan handrub berupa alcohol, sehingga pada poin 1 didapatkan nilai 10.

Tenaga medis yang ada di IGD seperti dokter perawat dan petugas laboratorium yang ada di ruangan juga dapat mempraktekkan langkah-langkah cuci tangan yang diadaptasi WHO yang terdiri dari 6 langkah dengan benar sehingga didapatkan nilai 10, dari ke 6 dokter umum dan 10 perawat IGD dapat melaksanakan hand hygiene secara tepat dan efektif namun semua dokter dan perawat tidak selalu menerapkan *five moment*

yaitu 1. Sebelum kontak dengan pasien, 2. Sebelum tindakan aseptik, 3. Setelah terkena cairan tubuh pasien, 4. Setelah kontak dengan pasien, 5. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien. Jika dilihat dari hasil observasi peneliti dokter dan perawat di IGD selalu melakukan hand hygiene hanya jika terkena cairan tubuh pasien dan sebelum tindakan aseptik. Dari hasil observasi didapatkan capaian sebesar 70%.

Pencapaian kesiapan dokumen terkait pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi telah mencapai 62,5%. Rerata presentase capaian sebesar 66,25%. Kegiatan pelaksanaan yang mengarah pada pengurangan risiko infeksi sudah dilakukan oleh sebagian besar unit kerja di Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi. Salah satu cara untuk mencegah infeksi adalah dengan cuci tangan. Unit kerja rumah sakit sudah melakukan kegiatan mencuci tangan yang sesuai dengan Standar Akreditasi Kars 2012 dan sebelumnya sudah ada kebijakan dari para unit kerja terkait prosedur petunjuk hand hygiene yang diterima secara umum. Namun belum ada dokumen Standar Prosedur Operasional lima momen cuci tangan dan dokumen tentang indikator infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Standar Prosedur Operasional cuci tangan perlu dibuat untuk mencegah terjadinya infeksi. Pencegahan infeksi termasuk dalam pelaksanaan *patient safety* yang lebih menekankan untuk mengurangi kejadian yang tidak diinginkan di rumah sakit, karena terkadang staff keperawatan tidak melaksanakan prosedur secara baik seperti prosedur

hand hygiene. Pelaksanaan *hand hygiene* yang baik dan benar tentu dapat menghindari penularan penyakit dari pasien ke perawat maupun sebaliknya dan juga berpindahnya infeksi dari satu pasien ke pasien lainnya. Ketidakteraturan dalam melakukan cuci tangan, penerapan budaya memperkenalkan diri, dan penulisan identitas pasien disebabkan oleh sosialisasi standar akreditasi KARS versi 2012 yang masih pada tingkat pemimpin struktural. Data yang didapat belum menunjukkan adanya perencanaan persiapan akreditasi yang terstruktur (Restiawati dkk,2013).

6. Sasaran VI: Pengurangan risiko pasien jatuh

Pada Sasaran VI berhubungan dengan resiko pasien jatuh, jumlah kasus jatuh pasien yang dirawat menjadi bagian yang bermakna pada kasus cedera pasien. Maka dari itu rumah sakit harus mengambil tindakan pengurangan resiko jatuh. Evaluasi dapat dilakukan dengan menelusuri riwayat jatuh pasien, obat dan telaah terhadap konsumsi alcohol dan cara berjalan saat pasien masuk ke IGD dan alat bantu yang digunakan saat berjalan oleh pasien. Namun pada BAB ini, IGD RSKB belum menerapkan asesmen awal untuk menentukan apakah pasien beresiko jatuh, dan juga asesmen ulang jika terjadi perubahan pada keadaan pasien. Pencegahan yang dilakukan antara lain penggunaan pengaman disamping tempat tidur pasien, penguncian tempat tidur pasien dan pegangan di dalam kamar mandi, untuk edukasi pada pasien yang memiliki resiko

jatuh belum diterapkan dan penilaian resiko jatuh dengan skala morse untuk dewasa dan humpty dumpty untuk anak-anak juga belum diterapkan, tempat tidur tidak bisa diatur tinggi rendahnya dan lantai yang belum diberi alas anti licin, sehingga dari pada poin 2 diberikan nilai 5. Pada poin 3 belum ada monitoring dan evaluasi dampak keberhasilan pengurangan cedera akibat resiko pasien jatuh sama sekali, sehingga skor yang didapat 0. Capaian pada hasil observasi ini sebesar 12,5% saja.

Berdasarkan telusur dokumen dapat diketahui bahwa capaian pengurangan risiko pasien jatuh didapatkan hasil yang sangat memprihatinkan yakni 0%. Hasil ini berarti dokumen pengurangan risiko pasien jatuh belum ada sama sekali. Aspek-aspek tersebut yaitu belum adanya dokumen kebijakan asesmen dan asesmen ulang risiko pasien jatuh, kebijakan langkah-langkah pencegahan risiko pasien jatuh, Standar Prosedur Operasional pemasangan gelang risiko jatuh dan belum adanya dokumen implementasi berupa form monitoring dan evaluasi hasil pengurangan cedera akibat jatuh. Sehingga didapat rerata yang sangat rendah dari observasi dan telusur dokumen yakni hanya sebesar 6,25%

Faktor unit kerja dalam hal ini sangat berpengaruh terhadap penerapan pengurangan risiko pasien jatuh di rumah sakit. Jika unit kerja tidak melakukan asesmen dan pencegahan pada pasien risiko jatuh akan menyebabkan cedera pada pasien yang dapat memperpanjang waktu perawatan, menambah biaya perawatan dan yang lebih membahayakan adalah tuntutan dai pasien dan keluarga jika terjadi cedera fatal akibat

pasien jatuh. Hal ini akan berdampak pada pelayanan dan citra dari rumah sakit yang akan menyebabkan penurunan angka kunjungan. Kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi dan mencegah terjadinya pasien jatuh dengan atau tanpa cedera perlu adanya pengkajian di awal maupun kemudian pengkajian ulang secara berkala mengenai risiko pasien jatuh, termasuk risiko potensial yang berhubungan dengan jadwal pemberian obat serta mengambil tindakan untuk mengurangi semua risiko yang telah diidentifikasi tersebut. Pengkajian risiko jatuh ini telah dapat dilaksanakan sejak pasien mulai mendaftar, yaitu dengan menggunakan skala jatuh.

Secara teoritis, untuk mengantisipasi dan mencegah terjadinya pasien jatuh dengan atau tanpa cedera perlu dilakukan pengkajian di awal maupun kemudian pengkajian ulang secara berkala mengenai risiko pasien jatuh, termasuk risiko potensial yang berhubungan dengan jadwal pemberian obat serta mengambil tindakan untuk mengurangi semua risiko yang telah diidentifikasi tersebut. Pengkajian risiko jatuh ini telah dapat dilaksanakan sejak pasien mulai mendaftar (Setyarini E. A., 2014)

Pelaksanaan manajemen risiko pasien jatuh juga melibatkan keluarga atau penunggu pasien, mengajak keluarga untuk terlibat dan berperan aktif dalam pelaksanaan manajemen risiko pasien jatuh. Dalam program ini petugas atau perawat mengajarkan hal-hal atau tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah pasien terjatuh dalam bentuk kegiatan edukasi. Pemasangan gelang risiko pasien jatuh dilakukan ketika

ditemukan pasien dengan hasil screening dengan skor berisiko jatuh. Pemasangan gelang diberikan oleh perawat kepada pasien dengan cara memasangkan gelang identitas risiko jatuh berwarna kuning, selanjutnya pasien akan di tangani sesuai penyakitnya dan penanganan risiko jatuh sesuai standar prosedur operasional (Budiono, Sugeng dkk, 2014).

