

**LEVEL OF READINESS OF EMERGENCY DEPARTEMENT IN  
IMPLEMENTING PATIENT SAFETY TARGET IN RUMAH SAKIT BEDAH  
SINDUADI**

**TINGKAT KESIAPAN INSTALASI GAWAT DARURAT  
DALAM PELAKSANAAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN  
di RUMAH SAKIT BEDAH SINDUADI**

**Ayu Lidya Rahmah**  
Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta  
Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta  
Email: mahasiswa@yahoo.com

**Elsye Maria Rosa, Ekorini Listiowati**  
Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta  
Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta  
Email: dosen@yahoo.com

**ABSTRACT**

*Emergency departement RSKB Sinduadi operating for 24 hours and becoming one of the most important and main gate for medical service with with the highest number of visits compare to the other medical services. With the increasement of visits every year which in 2015 have total 4393 visit and increase significantly with total 5577 in 2016. In this case show that emergency departemen of RSKB Sinduadi start to become choice for people around the hospital that is why the importance of the needs to increase the service to increase the satisfaction of people who use the services so the number of visit will also increase, that is why hospital needs to get acknowledgement from the government about quality standards (accreditation). Hospital accreditation is a process where an independent asses the hospital. The goals is to decide whether the hospital fulfill the standards that was already made to fix the safety and the quality of services. Thereby accreditation needed as an effective way to evaulate the quality of a hospital which also used as management facilities. The process of accreditation was design to increase the safety and quality in hospital, so that every hospital will make an effort for it. From this accreditation expected the quality of services can be accountable, because the services has already fulfill the (Kementrian Kesehatan RI,2011). This research to determine the level of readiness of RSKB Sinduadi in implementing the patient safety target based on hospital accreditation 2012. This research using descriptive quantitative survey research with case study. The subject of this study are the hospital director, the head of emergency departement with all ER doctors and ER nurse, the head of laboratory departement, laboratory staff, head of pharmacy departement and pharmacy. The object of this research is the level of emergency departement readiness in implementing patient safety target in RSKB Sinduadi. The analysis that was used in this research were done descriptively in a form of frequency. The*

*result of this research show that the mean of each target in patient safety that reach >80% only in chapter of effective communication. The rest of the chapter such as, patient identification, the safety of high alert drugs, and surgical accuracy in location, procedure and patient, the reduction of infection risk related to healthcare service and the reduction of patient fall risk were <80%. Based on the result of the research, RSKB Sinduadi was not ready to face hospital accreditation 2012 version, and need to improve and complete the documents and implementations of the document based on hospital accreditation.*

**Keyword:** *Emergency Departement, hospital accreditation 2012 version*

### ABSTRAK

Instalasi Gawat Darurat RSKB Sinduadi beroperasi selama 24 jam menjadi salah satu ujung tombak dan pintu utama pelayanan dengan angka kunjungan tertinggi dibandingkan semua pelayanan yg ada. Dengan peningkatan setiap tahun nya yakni pada tahun 2015 dengan total 4393 dan meningkat cukup pesat dengan total 5577 di tahun 2016. Hal ini menunjukkan bahwa IGD RSKB Sinduadi mulai menjadi pilihan bagi warga masyarakat sekitar sehingga perlu nya peningkatan pelayanan agar tercipta pula peningkatan kepuasan masyarakat sehingga angka kunjungan akan semakin meningkat pesat, Oleh karena itu rumah sakit harus berusaha mendapat pengakuan dari pemerintah tentang standar mutu (akreditasi). 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. Melalui akreditasi ini diharapkan mutu pelayanan dapat dipertanggungjawabkan, karena pelayanan tersebut telah memenuhi standar yang ditetapkan (Kementrian Kesehatan RI,2011). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kesiapan pelayanan Instalasi Gawat Darurat RSKB Sinduadi pada pelaksanaan sasaran keselamatan pasien berdasarkan akreditasi rumah sakit versi 2012.

Penelitian ini merupakan rancangan penelitian kuantitatif deskriptif dengan studi kasus. Subjek penelitian adalah direktur, Kepala Instalasi Gawat darurat beserta seluruh dokter dan perawat, Kepala Instalasi Laboratorium, staf laboratorium, kepala instalasi farmasi dan staf farmasi. Obyek penelitian yaitu tingkat kesiapan Instalasi Gawat Darurat dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien RSKB Sinduadi. Pengumpulan data dilakukan dengan teknik observasi dan akses dokumentasi. Analisis data dilakukan secara deskriptif dalam bentuk frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata setiap sasaran keselamatan pasien RSKB Sinduadi yang telah mencapai angka >80% hanya pada bab peningkatan komunikasi efektif. Adapun bab sasaran keselamatan yang masih memiliki tingkat kesiapan rendah antara lain, bab ketepatan identifikasi pasien, peningkatan kewanatan obat yang perlu di waspadai (high alert), kepastian tepat-lokasi tepat-prosedur tepat-pasien operasi dan pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan serta pengurangan resiko jatuh dengan nilai kesiapan <80%. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa RSKB Sinduadi belum siap untuk menghadapi akreditasi rumah sakit versi 2012 dan masih perlu memperbaiki serta melengkapi dokumen maupun pelaksanaannya.

**Kata kunci:** Instalasi Gawat Darurat, akreditasi rumah sakit versi 2012

## PENDAHULUAN

RSKB Sinduadi adalah sebuah rumah sakit swasta yang sedang berkembang yang ada di wilayah Sleman, tepatnya di Jln. Wijayakusuma No. 310, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta. Rumah Sakit ini didirikan pada tanggal 30 Mei 2012 dengan Surat Izin Dinas Kesehatan No. 503/2670/DKS/2012 sebagai salah satu wadah pusat pelayanan kesehatan bagi masyarakat sekitar RSKB Sinduadi secara khusus, dan masyarakat Indonesia secara umum.

Instalasi Gawat Darurat RSKB Sinduadi beroperasi selama 24 jam menjadi salah satu ujung tombak dan pintu utama pelayanan dengan angka kunjungan tertinggi dibandingkan semua pelayanan yg ada. Dengan peningkatan setiap tahun nya yakni pada tahun 2015 dengan total 4393 dan meningkat cukup pesat dengan total 5577 di tahun 2016. Hal ini menunjukkan bahwa IGD RSKB Sinduadi mulai menjadi pilihan bagi warga masyarakat sekitar sehingga perlu nya peningkatan pelayanan agar tercipta pula peningkatan kepuasan masyarakat sehingga angka

kunjungan akan semakin meningkat pesat, Oleh karena itu rumah sakit harus berusaha mendapat pengakuan dari pemerintah tentang standar mutu (akreditasi).

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.

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 tahun sekali. Dengan model Standar Akreditasi Nasional yang telah berlangsung sejak tahun 1995 dengan berbasis pelayanan, yaitu 5 pelayanan, 12 pelayanan dan 16 pelayanan, namun dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi serta semakin 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.

Melalui akreditasi ini diharapkan mutu pelayanan dapat dipertanggungjawabkan, karena pelayanan tersebut telah memenuhi standar yang ditetapkan (Kementrian Kesehatan RI, 2011). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kesiapan pelayanan Instalasi Gawat Darurat RSKB Sinduadi pada pelaksanaan sasaran keselamatan pasien berdasarkan akreditasi rumah sakit versi 2012.

## HASIL PENELITIAN

Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi adalah rumah sakit yang didirikan pada tanggal 8 juli 2003 dengan nama awal Klinik Sinduadi. RSKB Sinduadi merupakan salah satu rumah sakit swasta yang bergerak di bidang kesehatan (Wahyudi & Bambang, 2015).

### 1. Hasil telusur dokumen dan observasi

Hasil telusur dokumen pelaksanaan sasaran keselamatan pasien disajikan dalam tabel berikut.

**Tabel 1.** Kesiapan Dokumen Sasaran Keselamatan Pasien

	<b>Sasaran</b>	<b>Pencapaian Dokumen</b>
I	Ketepatan identifikasi pasien	75%
II	Peningkatan komunikasi efektif	100%
III	Peningkatan keamana obat yang perlu di waspadai ( <i>high alert medication</i> )	62,5%
IV	Kepastian tepat-lokasi tepat-prosedur tepat-pasien operasi	50%
V	Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	70%
VI	Pengurangan resiko jatuh	0%

**Tabel 2.** Kesiapan Hasil Observasi Sasaran Keselamatan Pasien Bab Ketepatan Identifikasi Pasien

Observasi	Temuan			Skor Kars
	>80%	20-80%	<20%	
Proses identifikasi pasien	100%			10
Proses pemasangan gelang		30%		5
Proses identifikasi sebelum pemberian obat atau darah	90%			10
Proses identifikasi pasien sebelum pengambilan darah atau specimen lain.	100%			10
Identifikasi pasien sebelum pemberian tindakan	90%			10
Sosialisasi SOP dan kebijakan		62,5%		5
<b>Total</b>				<b>45</b>
<b>Pencapaian</b>				<b>83%</b>

**Tabel 3.** Kesiapan Hasil Observasi Sasaran Keselamatan Pasien Bab Peningkatan Komunikasi yang efektif

Observasi	Temuan			Skor Kars
	>80%	20-80%	<20%	
Pencatatan lengkap perintah lisan dan hasil pemeriksaan	100%			10
Pembacaan ulang perintah lisan oleh penerima dan pemeriksaan ejaan jika obat termasuk NORUM/LASA		25%		5
Konfirmasi perintah atau hasil pemeriksaan oleh pemberi perintah		25%		5
Sosialisasi SOP dan kebijakan		63%		5
<b>Total</b>				<b>25</b>
<b>Pencapaian</b>				<b>62,5%</b>

**Tabel 4.** Kesiapan Hasil Observasi Sasaran Keselamatan Pasien Bab Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*)

Observasi	Temuan			Skor Kars
	>80%	20-80%	<20%	
Proses identifikasi, pelabelan dan penyimpanan obat high alert			15%	0
Inspeksi memastikan tidak adanya elektrolit konsentrat jika tidak dibutuhkan secara klinis		50%		5
Pelabelan elektrolit konsentrat secara jelas dan penyimpanan di area ketat			0%	0
Sosialisasi SOP dan kebijakan			0%	0
<b>Total</b>				<b>5</b>
<b>Pencapaian</b>				<b>12,5%</b>

**Tabel 5.** Kesiapan Hasil Observasi Sasaran Keselamatan Pasien Bab tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi

Observasi	Temuan			Skor Kars
	>80%	20-80%	<20%	
Pembuatan tanda identifikasi yang jelas dan melibatkan pasien dalam proses penandaan lokasi operasi			0	0
Mengisi Checklist verifikasi tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien tepat dokumen				TTD
Penerapan dan pencatatan prosedur "time out" sebelum dimulainya tindakan pembedahan				TTD
Sosialisasi SOP dan kebijakan		56%		5
<b>Total</b>				<b>5</b>
<b>Pencapaian</b>				<b>25%</b>

**Tabel 6.** Kesiapan Hasil Observasi Sasaran Keselamatan Pasien Bab Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Observasi	Temuan			Skor Kars
	>80%	20-80%	<20%	
Pedoman hand hygiene mengacu pada WHO	90%	-	-	10
Pelaksanaan hand hygiene secara efektif	100%	-	-	10
Penerapan five moment untuk hand hygiene	-	45%	-	5
Sosialisasi SOP dan kebijakan	85%			10
<b>Total</b>				<b>35</b>
<b>Pencapaian</b>				<b>87%</b>

**Tabel 7.** Hasil presentase rerata capaian sasaran keselamatan pasien

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

## PEMBAHASAN

Data Tabel 1 menunjukkan bahwa pencapaian yang di dapat pada dokumen bukti kesiapan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi dalam hal ketepatan identifikasi pasien (Sasaran I) berdasarkan Standar Akreditasi Kars 2012 sebesar 75% atau bisa dikatakan dokumen yang dibutuhkan untuk Sasaran I sudah hampir lengkap seluruhnya. Namun hanya ada satu dokumen yang belum ada yakni dokumen SPO pemasangan gelang.

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, 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. Sesuai dengan Anggraeni (2014) identitas pasien yang tertera di stiker gelang identitas pasien terdiri dari empat identitas yang meliputi nama, alamat, tanggal lahir dan no rekam medis pasien. Jika belum ada kebijakan tertulis dan pelayanan dalam pemasangan gelang identifikasi pasien, maka dapat mengakibatkan kesalahan fatal, misalnya kematian (Firawati dkk, 2012).

Data Tabel 2 didapatkan hasil observasi 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.

Hasil rerata presentase pencapaian dari telusur dokumen dan observasi langsung didapatkan rerata capaian sebesar 79%. 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. 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).

Hasil telusur dokumen terhadap kesiapan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi dalam hal peningkatan komunikasi yang efektif (Sasaran II) didapatkan dokumen lengkap, hasilnya sangat baik karena sudah

100% terpenuhi. 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. 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.

Hasil observasi Tabel 3 menunjukkan sebagian besar belum terlaksana dengan baik, 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. Restiawati dkk, (2013), komunikasi merupakan alat penting dalam meyakinkan dan meningkatkan pengetahuan tentang informasi yang harus diketahui dan dijalankan. Komunikasi yang efektif pada pemberi dan penerima pesan yang akurat dan tepat akan mengurangi terjadinya. 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%.

Berdasarkan hasil dokumen bukti, Pencapaian terhadap kesiapan Instalasi Gawat Darurat bagian peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) atau Sasaran (III) adalah sebesar 62,5%. 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 hasil Tabel 4, 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. 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).

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.

Berdasarkan hasil telusur dokumen, kesiapan kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi (Sasaran IV) Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi adalah sebesar 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*.

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 walapun kepatuhan perawat dalam menerapkan *surgical safety checklist* baik, namun bila kolaborasi interprofesi pada tim bedah tidak berjalan baik mengakibatkan penggunaan *checklist* yang rendah.

Pencapaian kelengkapan dokumen pada bab pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan (Sasaran V) 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. Berdasarkan hasil observasi langsung sebagian

besar aspek sudah terlaksana dengan baik pelayanannya sesuai Standar Akreditasi Kars 2012, akan tetapi masih kurang lengkap.

Standar Prosedur Operasional cuci tangan perlu dibuat untuk mencegah terjadinya infeksi. Pelaksanaan *hand hygiene* yang baik dan benar tentu dapat menghindari penularan penyakit dari pasien ke perawat. Restiawati dkk, (2013) melaporkan 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.

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.

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.

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 (Setiyajati E. A., 2014).

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 memasang 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).

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.

## **KESIMPULAN**

1. Pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi sudah hampir sesuai dengan Standar Akreditasi Kars 2012 dan tingkat kesiapan dokumen dan pelaksanaan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi dalam hal ketepatan identifikasi pasien berdasarkan Standar Akreditasi Kars 2012 sebesar 79%.
2. Pelaksanaan peningkatan komunikasi yang efektif di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi sudah berjalan sesuai dengan Standar Akreditasi Kars 2012 dan Tingkat kesiapan dokumen dan pelaksanaan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi dalam hal peningkatan komunikasi yang efektif berdasarkan Standar Akreditasi Kars 2012 memiliki hasil 81,25%.
3. Pelaksanaan peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert medications) di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi hampir sebagian besar belum dijalankan sesuai dengan Standar Akreditasi Kars 2012. Tingkat kesiapan dokumen dan pelaksanaan bagian peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert medications) memiliki hasil rerata sebesar 37,5%.

4. Pelaksanaan kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi belum berjalan sesuai dengan Standar Akreditasi Kars 2012 dan tingkat kesiapan dokumen dan pelaksanaan tentang kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi adalah sebesar 37,5%.
5. Pelaksanaan pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi belum berjalan sesuai dengan Standar Akreditasi Kars 2012. Tingkat pencapaian dokumen bukti terhadap pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi dengan rerata 62,5%.
6. Pelaksanaan pengurangan risiko pasien jatuh di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi sama sekali belum berjalan sesuai dengan Standar Akreditasi Kars 2012. Belum ada dokumen dan pelaksanaan yang sesuai tentang pengurangan risiko pasien jatuh di Rumah Sakit Khusus Bedah Sinduadi sehingga capaian sebesar 6,25%.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

1. Anonim, 2009<sup>a</sup>, *Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah sakit*.
2. Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), Jakarta.
3. Wahyudi, Muhamad & Bambang Sudaryatno. Analisis dan Pembuatan Sistem Informasi Rekam Medis pada RSKB Sinduadi Yogyakarta. *Naskah Publikasi Sistem Informasi Stmik Amikom Yogyakarta 2015*.
4. Tulus, Hesty & Halimi Maksum. Redesain Sistem Identitas Pasien sebagai Implementasi Patient Safety di Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya, Vol. 28, Suplemen No. 2, 2015*. Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.

5. Anggraeni, Dewi; Lukman Hakim & Cecilia Widjiati. Evalueasi Pelaksanaan Sistem Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya, Vol. 28, Suplemen No. 1 2014*. Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
6. Firawati, Aumas Pabuty & Abdi Setia Putra. Pelaksanaan Program Keselamatan Pasien di RSUD Solok. *Jurnal Kesehatan Masyarakat, Maret 2012-September 2012, Vol. 6, No.2*.
7. Dwi Octaria, R. (2014). Analisis Kesiapan Rumah Sakit Yang Telah Terakreditasi 12 Pelayanan Terhadap Pemenuhan Standar Akreditasi Versi 2012 (Studi kasus RSUD DR. R. Soetijono Blora). *Thesis: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*.
8. Sukesih & Yuni Permatasari Istanti. Peningkatan Patient Safety dengan Komunikasi SBAR. *The 2nd University Research Coloquium 2015*. Program Pascasarjana, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
9. Departemen Kesehatan RI. 1999. *Standar pelayanan rumah sakit*, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Jakarta.
10. Restiawati, Euis Komala; Achmad Rudijianto & Viera Wardhani. Respon Pemimpin Rumah Sakit Terhadap Penerapan Akreditasi Rumah Sakit Kars Versi 2012. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, Vol. 16, No. 1 Maret 2013*. Program Pascasarjana, Fakultas Kedokteran, Unversitas Brawijaya, Malang.a
11. Hermanto, B., Risdiana, I., & Harimurti, S. 2015. Pengelolaan obat high alert medication pada tahap distribusi dan penyimpanan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. *Tesis: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*.
12. Setiyajati, Ari. Pengaruh Pengetahuan Dan Sikap Perawat Terhadap Penerapan Standar Keselamatan Pasien di Instalasi Keperawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi. *Tesis: Program Pascasarjana, Universitas Sebelas Maret, 2014*.

13. Budiono, Sugeng, Arief Alamsyah & Tri Wahyu. Pelaksanaan Program Manajemen Pasien dengan Risiko Jatuh di Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol. 28, Suplemen No. 1, 2014. Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.