Komisi Akreditasi Rumah Sakit

Journal of Hospital Accreditation, 2022
Vol 04, Edisi 1, hal 28 - 31
Tanggal Publikasi, 28 Februari 2022

Artikel Penelitian

PEMENUHAN STANDAR AKREDITASI PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH

SUTOPO KIRLAN[1] DAN SANJOYO[2]

[1]Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Jakarta, Indonesia

[2]Universitas Islam As-Syafi'iyah, Bekasi, Jawa Barat, Indonesia

Email korespondensi: kirlansutopo@yahoo.com

Dikirimkan 26 Januari 2021, Diterima 9 November 2021

Abstrak

Latar Belakang: Pelayanan anestesi dan bedah merupakan salah satu pelayanan berisiko tinggi di Rumah Sakit (RS). Untuk itu diperlukan standar sebagai panduan dalam memberikan pelayanan anestesi dan bedah tersebut, seperti yang terdapat pada Standar Nasional Akreditasi RS (SNARS). Pemahaman mengenai implementasi standar dalam bab pelayanan anestesi dan bedah di berbagai RS dengan kelas yang berbeda dapat mendorong perbaikan di rumah sakit.

Tujuan: Mengukur tingkat pemenuhan standar akreditasi pelayanan anestesi dan bedah di RS kelas A, B, dan C di DKI Jakarta yang telah terakreditasi paripurna, dan mengidentifikasi perbedaan tingkat implementasi antar kelas RS.

Metode: Penelitian ini dilakukan menggunakan data sekunder yang tersedia di Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Secara spesifik, digunakan data skor survei regular akreditasi di 23 RS umum, yang terdiri dari enam RS kelas A, sepuluh RS kelas B dan tujuh RS kelas C di DKI Jakarta yang terakreditasi paripurna pada tahun 2018-2020. Data tersebut berasal dari kegiatan survei yang dilaksanakan oleh surveyor KARS melalui telusur *tracking system* di lokasi rumah sakit. Data dianalisis secara deskriptif.

Hasil: Rerata nilai standar akreditasi pelayanan anestesi dan bedah di 23 RS yang terakreditasi paripurna di DKI Jakarta adalah 89,00%. Terdapat sepuluh RS yang memiliki tingkat implementasi di atas rerata tersebut, dengan nilai 82,00%-99,00%. Perbandingan rerata skor implementasi pelayanan anestesi dan bedah antar kelas RS tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan (t 2,106; p 0,148). Perbedaan implementasi pada tiap kelas RS menjadikan acuan untuk perbaikan mutu pelayanan.

Kesimpulan: Pemenuhan standar pelayanan anestesi dan bedah tidak berbeda antar kelas RS. Pemahaman mengenai variasi implementasi di pelayanan anestesi dapat digunakan untuk merencanakan perbaikan mutu pelayanan anestesi dan bedah di RS.

Kata kunci: Elemen, Kelas ABC RS, Pelayanan Anestesi dan Bedah, Penilaian, SNARS

Latar Belakang

Tindakan pembedahan merupakan tindakan yang berisiko tinggi, sehingga harus direncanakan dengan teliti dan dilakukan oleh tenaga yang kompeten sesuai perundang-undangan. Rencana prosedur operasi dan asuhan *pasca* operasi dibuat berdasarkan asesmen dan terdokumentasi. Risiko terjadinya komplikasi pelayanan anestesi dan pembedahan di RS, seperti kematian perioperatif langsung karena operasi diperkirakan sebesar 0,40-0,80%, dan tingkat komplikasi utama diperkirakan terjadi pada sekitar 3,00-17,00%, mencakup komplikasi salah prosedur, operasi salah pasien, masalah peralatan anestesi, kurangnya ketersediaan peralatan yang diperlukan, kehilangan darah yang tidak terduga, peralatan yang tidak steril, dan barang-barang bedah yang tertinggal di dalam pasien[1].

Akreditasi rumah sakit telah menjadi tren global untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Proses survei akreditasi rumah sakit dirancang untuk meningkatkan budaya keselamatan dan mutu di rumah sakit, sehingga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat bahwa rumah sakit, tanpa memandang kelasnya, mengutamakan mutu pelayanan, keselamatan dan memberikan perlindungan kepada masyarakat [2-4].

Status kelulusan survei akreditasi rumah sakit terbagi menjadi tingkat Paripurna, Utama, Madya dan Dasar. Kriteria Paripurna adalah apabila seluruh 15 bab yang disurvei mendapat nilai minimal 80,00%, tingkat Utama apabila 12 bab yang mendapat nilai 80,00%, tingkat Madya apabila ada delapan bab yang mendapat nilai minimal 80,00%, sedangkan tingkat Dasar apabila empat bab yang mendapat minimal 80,00%[5]. Standar Nasional Akreditasi RS (SNARS Edisi 1.1) bab Pelayanan

©2022, Hak cipta pada penulis. Diterbitkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) bekerjasama dengan Divisi Manajemen Mutu Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada.

Anestesi dan Bedah mempunyai 20 standar dan 70 EP (Elemen Penilaian).

Asesmen pra bedah dan pra anestesi yang harus dilaksanakan sesuai regulasi Standar Akreditasi SNARS Ed 1.1 Protokol *Surgical Safety Check List* diperlukan untuk mencegah lokasi yang salah, prosedur yang salah, operasi orang yang salah, di implementasikan untuk meningkatkan keselamatan prosedur bedah. *Check list* perawatan klinis dari masuk ke kamar operasi hingga keluar kamar operasi.

Perbedaan persepsi standar akreditasi dapat menimbulkan risiko keselamatan pasien maupun berisiko untuk masalah hukum. Standar akreditasi hendaknya mudah dipahami dan mudah diimplementasikan. Pemantauan adanya perbedaan diagnosis pra dan pascaoperasi terdokumentasi.

Dengan terjadinya pandemi COVID-19, keselamatan pasien dan tenaga medis mendapat perhatian yang lebih tinggi. Budaya keselamatan pasien perlu dioptimalkan, data pemantauan divalidasi, tata ruang operasi harus mendukung terlaksananya pembedahan untuk mengurangi risiko infeksi COVID-19.

Metode

Penelitian dilakukan berbasis data sekunder penilaian skor survei regular akreditasi RS pada periode 2018-2020 di 23 RS umum di DKI Jakarta yang telah terakreditasi paripurna. RS tersebut terdiri dari enam RS kelas A, sepuluh RS kelas B dan tujuh RS kelas C yang dikelola oleh KARS.

Skor survei diberikan oleh surveyor KARS melalui telusur atau *tracking system* yang dilaksanakan langsung di lokasi rumah sakit menggunakan metode: Wawancara terhadap staf rumah sakit dan pasien serta informasi lisan lainnya; Pengamatan proses penanganan pasien secara langsung; Tinjauan terhadap kebijakan, prosedur, panduan praktik klinis rekam medis pasien, catatan personel, kepatuhan terhadap peraturan perundang undangan, dan dokumen lainya sesuai yang tercantum di dalam elemen penilaian SNARS; Tinjauan data peningkatan mutu dan keselamatan pasien, penilaian kinerja dan hasil kegiatan. Data dianalisis secara deskriptif.

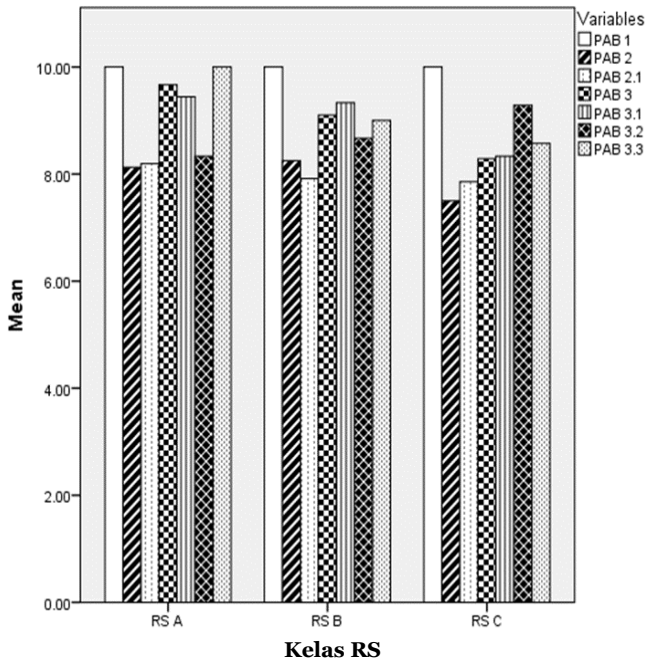
Hasil

Rerata nilai survei akreditasi RS bervariasi antara 82,00%-99,00%. Rerata nilai standar pelayanan anestesi dan bedah tersebut tidak terlalu berbeda antar kelas RS (Grafik 1), meskipun terlihat kelas A lebih tinggi dibanding kelas B dan C yang nilainya hampir sama. Uji ANOVA menunjukkan tidak terdapat perbedaan secara signifikan nilai skor di ketiga kelas RS (t 2,106; p 0,148) (Tabel 1).

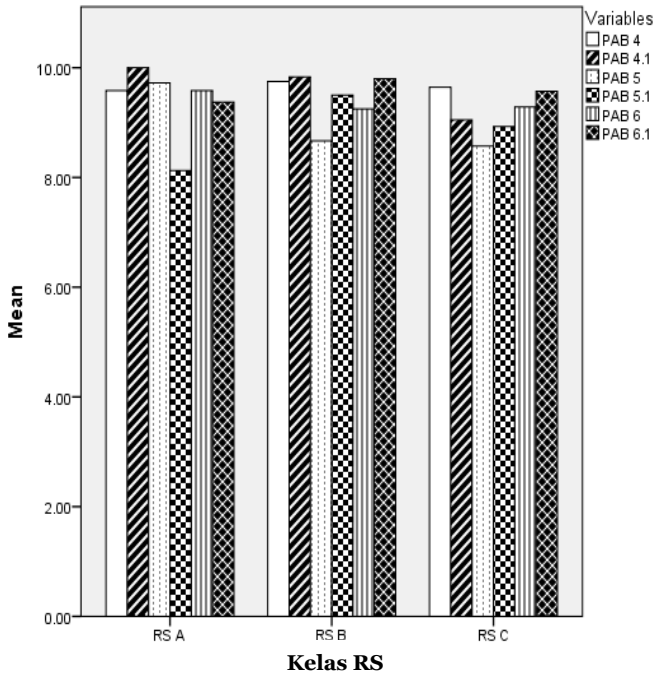
Perbandingan Standar PAB 1 hingga PAB 3 di ketika kelas rumah sakit secara umum menunjukkan bahwa ketiga kelas rumah sakit mempunyai nilai terendah sekitar 8 adalah pada PAB 2 (Kualitas Pelayanan Anestesi) dan PAB 2.1 (Mutu dan Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Anestesi). Rerata skor kualitas standar pelayanan sedasi (PAB 3), kompetensi tenaga pelayanan sedasi (PAB 3.1) dan pemberian edukasi kepada pasien (PAB 3.3) lebih rendah seiring dengan penurunan kelas RS. Menarik bahwa kualitas pemantauan pelaksanaan sedasi (PAB 3.2) justru menunjukkan nilai tertinggi pada rumah sakit kelas C dibandingkan dengan baik kelas B maupun kelas A (Grafik 1).

Tabel 1. Uji ANOVA Perbedaan Skor Standar PAB Berdasarkan Kelas RS

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	61.087	2	30.544	2.106	.148
Within Groups	290.075	20	14.504		
Total	351.162	22			

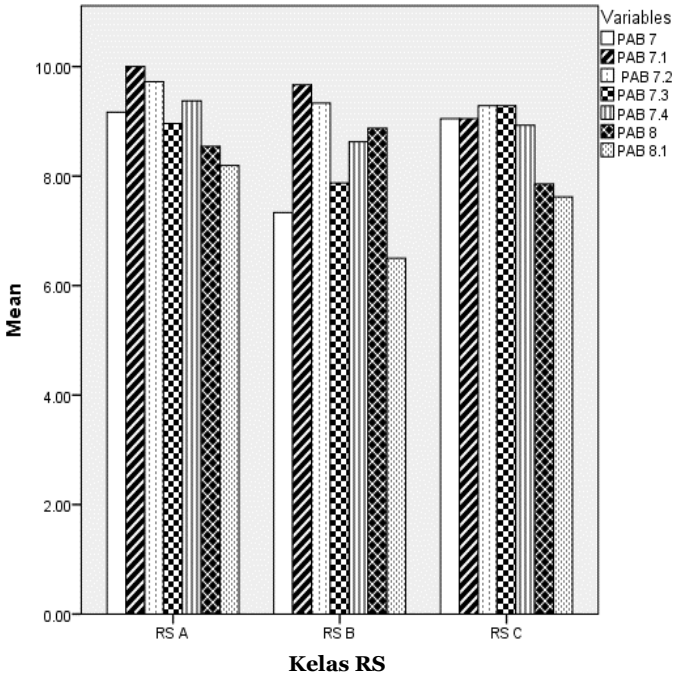


Grafik 1. Perbandingan Nilai Rerata Standar PAB 1-3 Menurut Kelas RS



Grafik 2. Perbandingan Nilai Rerata Standar PAB 4-6 Menurut Kelas RS

Perbandingan Standar PAB 4 hingga PAB 6 pada ketiga kelas RS menunjukkan bahwa nilai terendah pada RS kelas A adalah PAB 5.1 (Panduan pelaksanaan, monitoring dan pemantauan selama anestesi dan operasi). Sedangkan nilai terendah untuk kelas rumah sakit B dan C adalah PAB 5, yaitu penjelasan kepada pasien risiko, keuntungan dan alternatif tindakan anestesi (Grafik 2).



Grafik 3. Perbandingan Nilai Rerata Standar PAB 7-8 Menurut Kelas RS

Perbandingan Standar PAB 7 sampai dengan PAB 8 diantara 3 kelas rumah sakit. Rumah sakit kelas B perlu mendapat perhatian khususnya standar PAB 7 (pasien/keluarga diberi edukasi tentang risiko, manfaat, komplikasi, dampak dan alternatif prosedur/teknik terkait rencana operasi), PAB 7.3 (kualitas pelaksanaan *pasca* operasi) dan PAB 8.1 (kualitas mutu dan keselamatan pasien dalam operasi bedah) yang nilainya terendah dibandingkan dengan kelas rumah sakit A maupun Rumah sakit kelas C (Grafik 3).

Pembahasan

Evaluasi pra operasi pasien meningkatkan pemahaman ahli anestesi tentang kondisi medis pasien dan memfasilitasi rencana perawatan intra dan *pasca* operasi. Diperlukan pedoman pemeriksaan pra anestesi yang direkomendasikan untuk keselamatan pasien[6]. Perbedaan implementasinya dapat dilihat dari nilai EP (Elemen Penilaian) yang rendah pada bab PAB 1-8.1.

Nilai rendah di RS kelas A mencakup PAB 2.1, 3.2, dan 5.1. Hal ini menggambarkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien pada pelayanan anestesi, sedasi moderat belum baik pelaksanaan dan pendokumentasiannya. RS belum menetapkan regulasi untuk tindakan sedasi (moderat dan dalam), dan melakukan cara pemberian dan pemantauan berdasarkan Panduan Praktik Klinis (PPK). Risiko manfaat dan alternatif dari tindakan anestesi belum optimal didiskusikan dengan pasien dan keluarga atau orang yang dapat membuat keputusan mewakili pasien.

Di RS kelas B, nilai rendah terdapat pada PAB 2.1, 3.1, 7, 7.3, dan 8.1. Asuhan setiap pasien bedah direncanakan berdasar hasil asesmen dan dicatat dalam rekam medis. Rencana asuhan pascaoperasi dicatat dalam rekam medis. Program mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan bedah dilaksanakan dan terdokumentasi.

Nilai rendah pada RS kelas C terdapat pada PAB 2, 2.1, 3.1, 3.3, 8, dan 8.1. Kompetensi staf medis anestesi dan penanggung jawab pelayanan anestesi sedasi moderat dan dalam belum terpenuhi. Program mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan bedah belum sepenuhnya dilaksanakan dan didokumentasikan. Pelimpahan tugas dari dokter anestesi kepada perawat anestesi seharusnya tidak hanya sekedar melaksanakan perintah atasan tetapi juga meneliti, menelaah berdasarkan kompetensi yang dimilikinya. Diperlukan kolaborasi interprofesional dalam pelayanan anestesi antara dokter dan perawat.

Agustina melaporkan bahwa proses asesmen pra anestesi belum terdokumentasi dengan lengkap dan tepat waktu sebelum pelaksanaan operasi. Selain faktor kepatuhan, terdapat masalah ketersediaan formulir asesmen pra anestesi di ruangan rawat inap, jam kedatangan pasien tidak tepat waktu dan tidak tercakupnya layanan pra anestesi dalam pembiayaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)[7]. Pelaksanaan asesmen praanestesi sebagian dilakukan dengan pendelegasian tugas kepada perawat, terutama dalam proses persetujuan tindakan medis yang merupakan tugas kolaborasi dokter dan perawat.

Untuk meningkatkan pelaksanaan asesmen praanestesi, rumah sakit perlu mengkaji perbaikan alur masuk dan pelaporan rencana operasi kepada dokter spesialis anestesi serta pengembangan poliklinik anestesi untuk evaluasi preoperatif dengan memperhatikan aspek pembiayaan[7]. Kegagalan komunikasi sering terjadi di ruang operasi dan menyebabkan peningkatan komplikasi termasuk infeksi.

Penelitian di banyak negara yang menggunakan evaluasi *surgical safety check list (SSCL) WHO* hasilnya mengarah pada proses perawatan yang lebih baik dalam mengurangi komplikasi pre dan pascaoperasi, penurunan mortalitas dan lama perawatan, pemberian antibiotik, infeksi pascaoperasi, dan biaya tranfusi darah. Hasil ini mendukung rekomendasi WHO untuk menggunakan Daftar Periksa Keamanan Bedah di semua prosedur operasi. Daftar periksa harus dipahami tidak hanya sebagai daftar item yang akan diperiksa, tetapi sebagai instrumen untuk peningkatan komunikasi, kerja tim, dan budaya keselamatan di ruang operasi, dan harus diterapkan secara konsisten. Pedoman pemeriksaan preoperatif elektif ditetapkan untuk mengurangi pemeriksaan yang tidak perlu[8-10].

Kesimpulan

Pelayanan anestesi dan bedah perlu ditingkatkan mutu keselamatan pasien dengan memperhatikan nilai-nilai yang masih rendah dalam implementasi PAB.

Nilai rendah di RS kelas A terdapat pada PAB 2.1, PAB 3.2, PAB 5.1. RS karena belum menetapkan regulasi untuk tindakan sedasi (moderat dan dalam), cara memberikan dan memantau berdasarkan PPK. Risiko manfaat dan alternatif dari tindakan anestesi belum optimal didiskusikan dengan pasien dan keluarga atau orang yang dapat membuat keputusan mewakili pasien.

Nilai rendah di RS kelas B terdapat pada PAB 2.1, PAB 3.1, PAB 7, PAB 7.3, PAB 8.1. RS belum menetapkan regulasi untuk tindakan sedasi (moderat dan dalam), cara memberikan dan

memantau berdasarkan PPK. Risiko manfaat dan alternatif dari tindakan anestesi belum optimal didiskusikan dengan pasien dan keluarga atau orang yang dapat membuat keputusan mewakili pasien.

Nilai rendah di RS kelas C terdapat pada PAB 2, PAB 2.1, PAB 3.1, PAB 3.3, PAB 8, PAB 8.1, Kompetensi staf medis anestesi dan penanggung jawab pelayanan anestesi sedasi mengelola pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam belum terpenuhi dan program mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan bedah dilaksanakan dan didokumentasikan.

Perbedaan nilai EP rendah bab PAB pada setiap kelas RS tersebut dapat digunakan sebagai data perbaikan mutu pelayanan RS.

Referensi

1. Treadwel JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical Checklists: A Systematic Review of Impacts and Implementation. BMJ Qual Saf. 2014; 23: 299-318.
2. Pomey MP, Contrandiopolous AP, Francois P, dkk. Accreditation: A Tool for Organizational Change in Hospital? International Journal Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services. 2004; 17: 113-124.
3. Ho M, Chang H, Chiu Y, Norris JL. Effects of Hospital Accreditation on Medical Students: A National Qualitative Study in Taiwan. Academic Medicine. 2004 Nov; 89 (11): 1533-9.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI. 2019.
5. Sutoto. Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Standar PAB Akreditasi Versi 2012 Edisi 1. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). 2012.
6. Fischer, SP. Development and Effectiveness of an Anesthesia Preoperative Evaluation Clinic in a Teaching Hospital. Anesthesiologists. 1996 Jul; 85 (1): 196-206.
7. Agustin E, Wardhani V. Asesmen Pra Anestesi: Bukan Sekedar Kepatuhan RSU. Universitas Muhammadiyah Malang. 2020.
8. Fudickar A, Hörle K, Wiltfang J, dkk. The Effect of the WHO Surgical Safety Checklist on Complication Rate and Communication. Dtsch Arztebl Int. 2012; 109 (42): 695–701.
9. Pugel AE, Simianu VV, Flum DR, dkk. Use of The Surgical Safety Checklist to Improve Communication and Reduce Complications. J Infect Public Health. 2015 May-Jun; 8 (3): 219-25.
10. Greer AE, Irwin, MG. Implementation and Evaluation of Guidelines for Preoperative Testing in A Tertiary Hospital. Anaesthesia and Intensive Care. 2002; 30 (3): 326-330.