

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Era global membawa dampak yang sangat pesat dalam perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi mutakhir kesehatan. Berbagai peralatan medis banyak ditemukan. Kondisi tersebut di atas berdampak terhadap pelayanan medis, dimana pada masa lalu pelayanan medis dianggap cukup sederhana, kurang efektif tetapi relatif lebih aman. Pelayanan medis di era sekarang ini sangat kompleks (Departemen Kesehatan, 2006).

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara kesehatan, bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (*promotif*) pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Konsep kesatuan upaya kesehatan ini menjadi pedoman dan pegangan bagi semua fasilitas kesehatan di Indonesia termasuk Rumah Sakit (Arsyad, 2010).

Rumah Sakit merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menyelamatkan pasien. Untuk menjalankan tujuannya ini, rumah sakit terdiri atas kegiatan asuhan pasien yang begitu kompleks. Kompleksitas terlihat dari berbagai jenis obat, jenis pemeriksaan dan prosedur, berbagai jenis interaksi serta jumlah

pasien dan staf rumah sakit yang cukup besar, perlu diketahui bahwa hal-hal tersebut sangat berpotensi untuk timbulnya kesalahan (Haryanti, 2010).

Menurut Mukti (2007), ada 5 dimensi (ukuran) kualitas pelayanan rumah Sakit, yaitu (1) *tangible* (berwujud nyata atau tampak) meliputi penampilan fisik dari fasilitas, peralatan, karyawan dan sarana informasi; (2) *reability* (keandalan) yaitu kemampuan memberikan pelayanan segera dan memuaskan; (3) *responsiveness* (sikap tanggap) yaitu petugas tanggap dan peduli terhadap pasien; (4) *assurance* (jaminan) mencakup kompetensi yang dimiliki sehingga memberikan rasa aman, bebas dari bahaya dan kepastian yang mencakup pengetahuan, kesopanan, dan sifat yang dapat dipercaya; dan (5) *empathy* yaitu sifat dan kemampuan memberikan perhatian penuh kepada pasien, kemudahan dalam melakukan kontak, komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan pasien secara individual.

Ditinjau dari 5 dimensi kualitas pelayanan di atas, *patient safety* termasuk dalam dimensi *assurance* yaitu jaminan agar pasien terbebas dari bahaya maupun resiko cedera. *Patient safety* merupakan salah satu komponen penting dalam kualitas pelayanan kesehatan. *Patient safety* merupakan inti dari pelayanan kesehatan terutama dalam lingkup manajemen rumah sakit. Tujuan *patient safety* adalah mengurangi risiko kerugian pasien dari kesalahan (Cahyono, 2008).

Peningkatan *patient safety* semakin banyak dan berhubungan jelas pada setiap level pelayanan kesehatan mulai dari sistem, organisasi, unit, tim, sampai individu tenaga kesehatan (Daniel, 2004 cit Kline, 2008). Beberapa penelitian setuju bahwa *patient safety* merupakan faktor kunci dalam menurunkan dan mencegah kejadian

error (Kline, 2008). Pada 51 rumah sakit di New York pada tahun 1984 (Dwiprahasto, 2004), manifestasi *adverse event* berupa perpanjangan rawat inap atau timbulnya kecacatan pasien saat meninggalkan rumah sakit pasca perawatan, terjadi pada 3,7% pasien rawat inap (Departemen kesehatan, 2006). *Patient safety* harus menjadi suatu gerakan menyeluruh dari semua pihak yang terkait dengan pelayanan kesehatan. Hal tersebut membutuhkan keterlibatan semua pihak, yaitu manajemen dan tenaga kesehatan. Tenaga rumah sakit yang terlibat langsung terhadap *patientsafety* adalah perawat, dokter, semua tenaga profesional dan teknisi sebagai terapi, radiolog, dan lain lain (Cahyono, 2008).

Hampir setiap tindakan medis menyimpan potensi risiko. Banyaknya jenis obat, jenis pemeriksaan dan prosedur, serta jumlah pasien dan staf Rumah Sakit yang cukup besar, merupakan hal yang potensial bagi terjadinya kesalahan medis (*medical errors*). Menurut Institute of Medicine (1999), *medical error* didefinisikan sebagai: *The failure of a planned action to be completed as intended (i.e., error of execution) or the use of a wrong plan to achieve an aim (i.e., error of planning)*. Artinya kesalahan medis didefinisikan sebagai: suatu kegagalan tindakan medis yang telah direncanakan untuk diselesaikan tidak seperti yang diharapkan (yaitu kesalahan tindakan) atau perencanaan yang salah untuk mencapai suatu tujuan (yaitu kesalahan perencanaan). Kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis ini akan mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien, bisa berupa *Near Miss* atau *Adverse Event* (Kejadian Tidak Diharapkan/KTD).

Near Miss atau Nyaris Cedera (NC) merupakan suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena keberuntungan (misalnya, pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), pencegahan (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), dan peringanan (suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya).

Adverse Event atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), dan bukan karena “*underlying disease*” atau kondisi pasien.

Kesalahan tersebut bisa terjadi dalam tahap diagnostik seperti kesalahan atau keterlambatan diagnosis, tidak menerapkan pemeriksaan yang sesuai, menggunakan cara pemeriksaan yang sudah tidak dipakai atau tidak bertindak atas hasil pemeriksaan atau observasi; tahap pengobatan seperti kesalahan pada prosedur pengobatan, pelaksanaan terapi, metode penggunaan obat, dan keterlambatan merespon hasil pemeriksaan asuhan yang tidak layak; tahap preventif seperti tidak memberikan terapi profilaktik serta monitor dan *follow up* yang tidak adekuat; atau pada hal teknis yang lain seperti kegagalan berkomunikasi, kegagalan alat atau sistem yang lain.

Masalah *medical error* dalam sistem pelayanan kesehatan mencerminkan fenomena gunung es, karena yang terdeteksi umumnya adalah *adverse event* yang ditemukan secara kebetulan saja. Sebagian besar yang lain cenderung tidak dilaporkan, tidak dicatat, atau justru luput dari perhatian kita semua.

November 1999, *The American Hospital Association (AHA) Board of Trustees* mengidentifikasi bahwa keselamatan dan keamanan pasien (*patient safety*) merupakan sebuah prioritas strategik. Mereka juga menetapkan capaian-capaian peningkatan yang terukur untuk *medication safety* sebagai target utamanya. Tahun 2000, Institute of Medicine, Amerika Serikat dalam “*TO ERR IS HUMAN, Building a Safer Health System*” melaporkan bahwa dalam pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit ada sekitar 3-16% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/*Adverse Event*). Menindaklanjuti penemuan ini, tahun 2004, WHO mencanangkan *World Alliance for Patient Safety*, program bersama dengan berbagai negara untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

Di Indonesia, telah dikeluarkan pula Kepmen nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit, yang tujuan utamanya adalah untuk tercapainya pelayanan medis prima di rumah sakit yang jauh dari *medical error* dan memberikan keselamatan bagi pasien. Perkembangan ini diikuti oleh Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) yang berinisiatif melakukan pertemuan dan mengajak semua *stakeholder* rumah sakit untuk lebih memperhatikan keselamatan pasien di rumah sakit.

Mempertimbangkan betapa pentingnya misi rumah sakit untuk mampu memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik terhadap pasien, mengharuskan rumah sakit untuk berusaha mengurangi *medical error* sebagai bagian dari penghargaan terhadap kemanusiaan, maka dikembangkan sistem *patient safety* yang dirancang mampu menjawab permasalahan yang ada. Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien adalah faktor organisasi seperti iklim keselamatan dan moral, faktor lingkungan kerja seperti susunan kepegawaian dan dukungan manajerial, faktor tim seperti kerja tim dan supervisi, dan faktor staf seperti kepercayaan dan keyakinan diri (Vincent *et al.*, 1998).

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang berada di garis depan area pelayanan kesehatan., oleh karena itu, perawat berperan dalam meminimalkan dan mencegah *error* yang terjadi di rumah sakit. Menurut American Nurses Association dilaporkan bahwa mayoritas *error* yang dilakukan oleh perawat disebabkan karena tingginya beban kerja (Cahyono, 2008). Hal tersebut mengindikasikan bahwa perawat memiliki peran utama mencegah *error*. Perawat merupakan posisi terbaik dalam meningkatkan kualitas dan keselamatan pasien.

Patient safety menjadi *issue* global maupun nasional karena *patient safety* merupakan hal penting dalam rangka meminimalkan risiko dan tindakan *error* di area pelayanan kesehatan. Dewan eksekutif WHO dalam pertemuan ke- 55 pada bulan Mei 2002 mencanangkan resolusi *World Alliance for Patient Safety*. Resolusi ini mendorong para anggota untuk sebisa mungkin memberikan perhatian terhadap keselamatan pasien. Resolusi ini mendapatkan dukungan dari para

anggota, terbukti hingga tahun 2004 lebih dari setengah anggota WHO telah menyatakan komitmennya terhadap program *patient safety* (Cahyono, 2008).

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bima adalah salah satu rumah sakit negeri yang terletak di daerah Raba Bima, Kabupaten Bima yang bergerak dibidang jasa pelayanan kesehatan. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bima merupakan salah satu dari dua rumah sakit yang ada di Kabupaten Bima. Satu-satunya Rumah Sakit pesaing bagi RSUD Kabupaten Bima adalah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah yang baru berdiri 4 tahun belakangan ini.

Studi pendahuluan peneliti di ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Bima, ditemukan beberapa fenomena antara lain adanya ungkapan "perawat senior dan junior" yang terkait dengan lamanya masa kerja sehingga berdampak pada hubungan dengan rekan sekerja menjadi kurang kondusif dan sering meninggalkan tempat tugas tanpa izin. Adanya perawat yang merasa tingkat pendidikan lebih tinggi dari pendidikan perawat yang lain, ingin mengerjakan tugas yang lebih ringan. Fenomena-fenomena tersebut menjadi kendala dalam pembagian beban tugas dan tanggung jawab dalam memberikan pelayanan keperawatan. Selain itu terdapat berbagai keluhan mengenai sikap dan tindakan perawat yang tidak sesuai dengan harapan masyarakat; judes, kurang perhatian, kurang tanggap, kurang terampil, dan sebagainya, pelayanan seperti ini menunjukkan kinerja karyawan khususnya perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan masih rendah yang secara tidak langsung dapat berpengaruh terhadap *patient safety* yang rendah. Pelayanan keperawatan yang diberikan perawat mempunyai arti penting dalam menentukan baik buruknya

pelayanan kesehatan yang diberikan, karena mereka adalah ujung tombak dalam pemberian pelayanan keperawatan sehingga perawat dituntut untuk memiliki kinerja yang maksimal demi tercapainya pelayanan yang baik serta meminimalkan kejadian tidak diinginkan yang terjadi di Rumah Sakit Umum Kabupaten Bima.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti, bahwa selama ini belum pernah dilakukan penelitian tentang *patient safety* di Rumah Sakit Kabupaten Bima. Dari hasil *survey* ini dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan program *patient safety* di RSUD Kabupaten Bima belum sepenuhnya dijalankan dan dilaksanakan oleh semua perawat yang bekerja di RSUD Kabupaten Bima. Ini diperkuat oleh hasil wawancara dengan perawat yang bekerja di RSUD Kabupaten Bima bahwa pelatihan seperti INOS, *Hand Higient* pernah diberikan pelatihan, tapi yang dilibatkan dalam pelatihan tersebut kebanyakan hanya para kepala ruangan.

Peneliti mewawancarai pengunjung RSUD Kabupaten Bima tentang pelayanan yang di berikan oleh para perawat yang bekerja di RSUD Kabupaten Bima. Dari hasil wawancara tidak terstruktur didapatkan bahwa pemberian informasi tentang pelayanan kesehatan yang diberikan masih kurang, seperti informasi yang seharusnya diberikan kepada pasien atau keluarga pasien lambat atau bahkan tidak disampaikan pada yang bersangkutan. Para pengunjung juga mengeluhkan tentang fasilitas yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit yang masih minim seperti kondisi gedung dan ruangan yang kurang bersih dan tidak terawat

Melalui studi pendahuluan, peneliti melakukan wawancara tidak terstruktur dengan perawat diruang rawat inap RSUD Kabupaten Bima menyatakan beberapa komponen *patient safety* seperti kerjasama tim dalam hal ini kolaborasi perawat dengan dokter sudah berjalan baik, kepuasan kerja juga dinilai baik, tetapi kondisi pekerjaan kurang mendukung karena alat kesehatan yang masih kurang.

Dari hasil studi pendahuluan tersebut dapat ditarik gambaran bahwa pelayanan *public* oleh aparatur pemerintah dewasa ini masih banyak dijumpai kelemahan, sehingga belum dapat memenuhi kualitas yang diharapkan oleh masyarakat. Hal ini ditandai dengan masih adanya berbagai keluhan masyarakat yang disampaikan melalui media massa sehingga menimbulkan citra yang kurang baik terhadap aparatur pemerintah dalam hal ini adalah pelayanan yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit.

Pelayanan untuk pasien rawat inap RSUD Kabupaten Bima masih perlu diperhatikan, kurang mendapatkannya tanggapan dari perawat terkait dengan keluhan pasien saat menerima pelayanan yang kurang sesuai dengan standar keselamatan pasien belum mendapatkan perhatian tersendiri dari pihak manajemen rumah sakit. Berdasarkan fenomena-fenomena tersebut, penulis tertarik untuk meneliti dengan tema “Analisis Persiapan Pelaksanaan *Patient Safety* di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Bima”. Pemilihan RSUD Kabupaten Bima menjadi lokasi penelitian adalah karena RSUD Kabupaten Bima merupakan satu-satunya rumah

sakit pemerintah yang ada di Kabupaten Bima dimana semua pelayanan kesehatan masyarakat Bima berpusat di RSUD Kabupaten Bima.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanapersiapan pelaksanaan *Patient Safety* di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Bima?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis persiapan pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Bima.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui standar keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Bima
- b. Mengetahui iklim kerja tim dalam keselamatan pasiendi ruang rawat inap RSUD Kabupaten Bima.
- c. Mengetahui kepuasan kerja dalam keselamatan pasiendi ruang rawat inap RSUD Kabupaten Bima.
- d. Mengetahui kondisi pekerjaan dalam keselamatan pasiendi ruang rawat inap RSUD Kabupaten Bima.

- e. Mengetahui faktor pendukung dan penghambat keselamatan pasiendi ruang rawat inap RSUD Kabupaten Bima.
- f. Mengetahui kejadian tidak diinginkan (KTD) dan kejadian nyaris cedera (KNC) di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Bima.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan manfaat:

1. Bagi RSUD Kabupaten Bima
 - a. Melalui penelitian ini pihak rumah sakit dapat melihat sejauh mana *patient safety* dapat diinterpretasikan oleh perawat RSUD Kabupaten Bima.
 - b. Hasil penelitian dapat direkomendasikan mengenai informasi *patientsafety* lainnya untuk membuat keputusan tentang cara yang dapat digunakan untuk meningkatkan *patient safety*.
2. Bagi Fakultas

Menambah kepustakaan yang dapat dijadikan bahan referensi dan dapat digunakan oleh peneliti lain sebagai pembanding. Untuk Mahasiswa FK Kedokteran agar mengedepankan *Patient Safety* sebagai wujud penerapan nilai kemanusiaan dan etika keislaman.
3. Bagi Peneliti

Dapat menambah pengembangan pengetahuan tentang keselamatan pasien.

E. Keaslian Penelitian

Sejauh pengamatan peneliti, penelitian mengenai *Analisis Patient Safety Attitudes* Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kabupaten Bima belum pernah dilakukan, akan tetapi penelitian yang serupa, yaitu:

1. Haryanti (2010) melakukan penelitian dengan judul “ Implementasi *Patient Safety* untuk Keselamatan Ibu dan Anak di Puskesmas Kendawangan Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat”. Perbedaan dengan penelitian ini yaitu variabel penelitian, total populasi dan lokasi penelitian. Persamaan dengan penelitian ini yaitu pada desain penelitian.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Makin (2001) yang berjudul “Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kepuasan Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Larantuka Kabupaten Flores Timur”. Perbedaan dengan penelitian ini adalah variabel, desain penelitian, tempat dan waktu penelitian. Persamaan dengan penelitian ini adalah subjek penelitian.
3. Prawitasari, S (2008) hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien di rumah sakit husada Jakarta. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan pengumpulan data secara *restrospektif, descriptive cross sectional* terhadap data administratif rumah sakit. Perbedaan penelitian ini adalah pada metode penelitian, variable penelitian, tempat penelitian serta analisisnya yang berbeda. Persamaan dengan penelitian ini yaitu subyek penelitiannya.

4. Elvia. Z (2009) melakukan penelitian tentang evaluasi program keselamatan pasien di IGD RSPU Persahabatan. Penelitian ini menggunakan jenis rancangan studi kasus tunggal *holistic*, dimana pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi, wawancara dan telaah dokumen. Perbedaan dengan peneliti adalah metode penelitian, variable penelitian, tempat penelitiannya serta cara analisisnya berbeda. Persamaan dengan penelitian ini adalah subyek penelitian.
5. Muryastuti, S (2008), melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh persepsi tentang profesionalitas, pengetahuan dan motivasi perawat terhadap pelaksanaan program *patient safety* di ruang rawat inap RSO Prof. Dr. R. soeharso Surakarta. Jenis penelitian ini adalah *explanatory research* dan metode analisis data yang digunakan adalah uji regresi ganda. Perbedaan dengan peneliti adalah metode penelitian, variable penelitian, tempat penelitiannya serta cara analisisnya berbeda. Persamaan dengan penelitian ini adalah subyek penelitian.