

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Bergesernya sistem pelayanan rumah sakit dari metode *fee for services* ke metode *case based group* telah merubah pandangan rumah sakit dalam mengelola RS. Tiap rumah sakit diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan seefektif dan seefisien mungkin. Barber dan Johnson (1973) telah mengemukakan parameter untuk menyajikan dengan jelas tingkat efisiensi dilihat dari segi pandang medis maupun ekonomi. Keempat parameter tersebut adalah lamanya rata-rata pasien dirawat (*average length of stay*), lamanya rata-rata tempat tidur tidak terisi (*Turn over interval*), prosentase tempat tidur yang terisi dalam interval waktu tertentu (*Bed Occupancy Ratio*), frekuensi tempat tidur terisi dalam waktu tertentu (*Bed Turn Over*).

Diantara keempat indikator tersebut lama waktu rawat (*length of stay*) merupakan indikator yang paling sering diamati. Lama waktu rawat dapat dijadikan gambaran efektifitas pelayanan di rumahsakit tersebut. Secara umum, lama waktu rawat yang ideal menurut Depkes (2005) adalah berkisar 6-9 hari. Berbagai faktor dapat mempengaruhi lama rawat pasien di rumah sakit diantaranya adalah jenis kelamin, status pernikahan, etnik, pekerjaan, diagnosis rujukan, dan perawatan medis yang diberikan. Beberapa penelitian menghubungkan adanya isu keselamatan pasien terhadap lama rawat (Florence, 2010)

Dalam beberapa tahun terakhir, keselamatan pasien menjadi tolok ukur penilaian yang penting terhadap kualitas pelayanan suatu rumah sakit. Beberapa ahli setuju bahwa adanya insiden keselamatan pasien merupakan hasil komplikasi dan efek samping dari perawatan pasien di pelayanan kesehatan. Namun beberapa peneliti juga mengemukakan lama waktu rawat yang panjang berhubungan dengan lebih banyaknya perawatan dan pengobatan yang diberikan dan akan meningkatkan resiko terjadinya insiden keselamatan pasien. (Chunliu, 2003)

Banyak diantara kejadian tersebut tidak dilaporkan dan tercatat dengan baik meskipun jumlah kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien di rumah sakit cukup tinggi. Di negara lain, penilaian terhadap potensi insiden keselamatan pasien telah dikembangkan melalui penggunaan perangkat lunak, namun penggunaannya di Indonesia masih terbatas sehingga analisis rekam medis merupakan sumber data yang dapat digunakan. Pencegahan atas permasalahan tersebut akan menjadi penelitian yang bermanfaat dalam upaya meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan. (Depkes RI, 2008)

Diantara insiden keselamatan pasien, *Medical Error* merupakan kasus yang paling umum terjadi di berbagai rumah sakit. Berdasarkan Laporan Peta Nasional Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2007), kesalahan dalam pemberian obat menduduki peringkat pertama (24,8%) dari 10 besar insiden yang dilaporkan. Studi yang dilakukan Bagian Farmakologi Universitas Gajah Mada antara 2001-2003 menunjukkan bahwa medication error terjadi pada 97 % pasien Intensive Care Unit

(ICU) antara lain dalam bentuk dosis berlebihan atau kurang, frekuensi pemberian keliru dan cara pemberian yang tidak tepat.

Jika disimak lebih lanjut, dalam proses penggunaan obat yang meliputi proses *prescribing, dispensing, dan administering, dispensing dan administering* menduduki peringkat pertama (38%). Namun demikian, *medication error* dapat terjadi dimana saja dalam rantai pelayanan obat kepada pasien mulai dari produksi dalam persepahan, pembacaan resep, peracikan, penyerahan. Setiap tindakan yang diberikan kepada pasien memiliki resiko untuk terjadi kesalahan, sehingga setiap tenaga kesehatan dapat berkontribusi dalam kesalahan tersebut (KKP-RS PERSI, 2008).

Di negara maju, penelitian telah dilakukan untuk mengevaluasi hal-hal yang memiliki hubungan dengan adanya kelalaian yang terjadi dirumah sakit. Dalam penelitian yang dipublikasikan, banyak diantaranya menggunakan perangkat lunak untuk mendeteksi dini adanya resiko peluang terjadinya kesalahan. Namun penggunaannya di Indonesia masih belum dikembangkan sehingga rekam medis memiliki andil yang penting dalam identifikasi kesalahan pengobatan yang terjadi secara manual (Rozich, Haraden, Resar, 2003).

Berbagai kendala dalam pelaporan, menyebabkan terbatasnya pengetahuan angka kejadian insiden dalam rumah sakit. Kurangnya pengetahuan sumber daya manusia mengenai kejadian insiden merupakan hambatan terbesar yang menyebabkan insiden keselamatan pasien, termasuk didalamnya *medication errors* yang sebenarnya ada tidak dilaporkan sebagaimana seharusnya. (Chunliu, Marlene, 2003)

Sejak tahun 2006, PERSI dan organisasi lain mulai mempromosikan dan menjadikan keselamatan pasien sebagai prioritas. Namun demikian, laporan penelitian mengenai insiden keselamatan pasien di Indonesia masih sangat terbatas. Hal tersebut berbanding terbalik dengan negara lain dimana sistem identifikasi dini resiko kesalahan yang telah dikembangkan dengan sistem yang komprehensif di berbagai unit. Sejauh ini literatur mengenai angka insiden keselamatan pasien tersebut secara nasional masih belum maksimal sehingga penelitian mengenai kejadian *medication errors* dan insiden keselamatan pasien yang lain perlu dikembangkan. (KKP-RS PERSI, 2008)

Keselamatan pasien mulai diperkenalkan di RS X sejak Agustus 2006. Hal tersebut mengacu pada kebijakan DEPKES RI tahun 2006. Pada tahun yang sama juga telah dilakukan pembentukan Tim Keselamatan Pasien Rumah sakit beserta pembuatan sistem kerja dan surat keputusan mengenai keselamatan pasien pada RS X terbit pada tahun 2009. Namun sejak terbentuk, pelaksanaan keselamatan tiap unit masih belum optimal. Hal itu terbukti dengan tidak adanya pelaporan kasus/insiden dari tahun 2008-2010.

Pada akhir tahun 2010, berkaitan dengan adanya akreditasi rumah sakit yang berdasarkan standar JCI (*Joint Commission International*) yang dilaksanakan pada tahun 2012 pelaksanaan keselamatan pasien mulai digiatkan kembali. Setelah itu, sebagai upaya nyata dibuktikan dengan dikeluarkan surat keputusan direktur No.361/SK/B/07.11 tentang Tim Keselamatan Pasien RSU X yang keluar tanggal 29 Juli 2011, dan pada tahun yang sama Tim keselamatan Pasien Rumah Sakit Umum X

akhirnya terbentuk kembali. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di RS X diketahui dalam jangka waktu tahun 2001-2012 hanya terdapat enam laporan kejadian yang terjadi di RS X, empat diantaranya merupakan *medication errors*.

Dalam standar pelayanan mutu, beberapa poin *medication errors* telah masuk dalam sasaran mutu RS X. Ketepatan tetesan infus dan kesalahan pemberian obat merupakan beberapa diantaranya. Pada tahun 2013, kesalahan pemberian obat diharapkan 0%, namun pada bulan februari 2013 sasaran tersebut tidak tercapai dengan angka 0,03%. Sedangkan diantara tiga bangsal interna terdapat satu bangsal tidak tercapai sasaran untuk ketepatan cairan infus (81,3% dari 90%).

Berdasarkan uraian di atas dan mengacu pada penelitian sebelumnya, maka penulis merasa perlu untuk meneliti lebih lanjut mengenai lama waktu rawat dan *medication errors* di RS X.



B. RUMUSAN MASALAH

Bagaimanakah perbandingan *medication errors* pada kelompok lama waktu rawat memanjang dan tidak memanjang di RS X yang didapatkan melalui rekam medik ?

C. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan Umum

Mengetahui angka lama rawat inap memanjang dan kejadian *medication errors*.

Tujuan Khusus

1. Mengetahui jumlah *medication errors* pada kelompok lama waktu rawat

memanjang

2. Mengetahui jumlah *medication errors* pada kelompok lama waktu rawat tidak memanjang
3. Mengetahui perbandingan *medication errors* pada kelompok lama waktu rawat memanjang dan tidak memanjang di RS X

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Praktis

a) Bagi peneliti

Dapat mengetahui angka kejadian *medication errors* dan lama waktu rawat.

b) Bagi rumah sakit

Penelitian ini diharapkan memberikan gambaran kepada seluruh staf dan manajemen RS mengenai kejadian *medication errors* sehingga terwujud rekomendasi agar dapat berkembang untuk meningkatkan keselamatan pasien di masa mendatang.

2. Manfaat Teoretis

Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah ilmu pengetahuan khususnya mengenai *medication errors*.

E. RUANG LINGKUP PENELITIAN

Penelitian dilakukan dengan mengamati *medication errors* yang terjadi di RS X dengan menggunakan rekam medis sebagai sumber data dimana terdapat perjalanan penyakit, riwayat pengobatan, serta asuhan keperawatan. Mengingat bahwa sumber data adalah rekam medis pasien, maka tidak keseluruhan *medication errors* dapat diteliti. Sehingga yang teramati hanya ketepatan cairan infus, ketepatan dosis, ketepatan jadwal pemberian obat, efek samping obat.