

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Penelitian

Keselamatan pasien (*patient safety*) sudah menjadi isu global yang perlu mendapat perhatian terutama dalam sistem pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien menjadi prinsip dasar dari pelayanan kesehatan yang memandang bahwa keselamatan merupakan hak bagi setiap pasien dalam menerima pelayanan kesehatan.

DepKes RI (2006) menjadikan hak pasien sebagai standar pertama pada tujuh standar keselamatan pasien rumah sakit. *World Health Organization (WHO) collaborating center for patient safety solutions* bekerja sama dengan *Joint Comission and Joint Comission International* telah memasukkan masalah keselamatan pasien dengan menerbitkan enam program kegiatan keselamatan pasien pada 2005 dan sembilan panduan solusi keselamatan pasien di rumah sakit pada 2007 (WHO, 2007). Keselamatan pasien juga dapat diartikan sebagai suatu keadaan pasien yang bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera yang berisiko dapat terjadi (KPP-RS, 2008).

Kondisi pasien yang tidak mengalami cedera walaupun terjadi kesalahan disebut kejadian nyaris cedera/KNC (*near miss*). Kondisi pasien yang mengalami cedera yang lebih disebabkan oleh kesalahan manajemen medis daripada kondisi yang dialami pasien itu sendiri disebut kejadian tidak diharapkan/KTD (*adverse event*). KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius, biasanya

dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima disebut sebagai kejadian *sentinel* (Depkes RI, 2006 & KKP-RS, 2008).

Laporan insiden keselamatan pasien di Indonesia berdasarkan data di tiap propinsi, pada 2007 ditemukan Provinsi DKI Jakarta menempati urutan tertinggi yaitu 37,9% di antara delapan propinsi lainnya (Jawa Tengah 15,9%, Daerah Istimewa Yogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Sumatra Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Aceh 10,7%, Sulawesi Selatan 0,7%). Pelaporan jenis kejadian, *near miss* lebih banyak dilaporkan sebesar 47,6% dibandingkan KTD sebesar 46,2% (KKP-RS, 2008).

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan di rumah sakit dan hal itu terkait dengan isu mutu dan citra rumah sakit. Rumah sakit merupakan suatu bagian dari tatanan dan organisasi pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat. Rumah sakit harus dapat melayani seluruh kebutuhan pelayanan kesehatan dan pelayanan yang terkait dengan kebutuhan pasien secara mudah, cepat, akurat, dan bermutu.

Rumah sakit jiwa (RSJ) Prof. dr. Soerojo Magelang merupakan rumah sakit khusus yang menyelenggarakan pelayanan utama kesehatan jiwa adalah rumah sakit vertikal milik Kementerian Kesehatan. Rumah sakit ini mempunyai klasifikasi kelas A sebagai rumah sakit khusus berdasarkan surat keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.193/MENKES/SK/VI/2012 tanggal 15 Juni 2012 dan sudah terakreditasi dua belas pelayanan berdasarkan sertifikat

akreditasi rumah sakit dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) No. KARS-SERT/390/2012 tertanggal 3 Februari 2012. RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang juga sudah ditetapkan menjadi rumah sakit pendidikan afiliasi berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 154/MENKES/SK/IV/2013 tertanggal 5 April 2013.

RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang adalah rumah sakit jiwa tertua dan terbesar ketiga di Indonesia yang sudah mempunyai banyak pengalaman dalam pengelolaan rumah sakit jiwa dan sudah memenuhi persyaratan administrasi tentang perumahsakitian, tentunya selalu berusaha dan bertanggung jawab dalam menciptakan kondisi kesehatan jiwa yang setinggi-tingginya dan menjamin ketersediaan, aksesibilitas, mutu dan pemerataan upaya kesehatan jiwa. Pemberian pelayanan yang bermutu disesuaikan dengan standar pelayanan rumah sakit jiwa untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Salah satu bentuk tanggung jawab pelaksanaan mutu pelayanan rumah sakit yaitu dengan melaksanakan program *patient safety*/keselamatan pasien seperti yang tercantum dalam Undang-Undang (UU) rumah sakit No. 44 tahun 2009 pada Bab IX bagian kelima pasal 43) ayat 1) bahwa, "Rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien". Hal tersebut juga dipertegas dengan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Republik Indonesia nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS).

RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang mempunyai kapasitas 800 tempat tidur, dimana 85 % untuk pasien jiwa dan 15% untuk pasien non jiwa. Menurut data

dari instalasi rekam medis tahun 2013 jumlah pasien jiwa yang di rawat inap tercatat ada 4451 orang, yang terdiri 2762 orang pasien laki-laki dan 1689 orang pasien wanita. Adapun sepuluh besar kasus gangguan jiwa yang sering terjadi di RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang adalah sebagai berikut :

Tabel 1.1 Sepuluh Besar Diagnosa Gangguan Jiwa rawat Inap di RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang Tahun 2013

No	KD ICD	DIAGNOSA
1	F20.0	<i>Schizophrenia - Paranoid schizophrenia</i>
2	F20.3	<i>Schizophrenia - Undifferentiated schizophrenia</i>
3	F25.0	<i>Schizoaffective disorders - Schizoaffective disorder, manic type</i>
4	F20.2	<i>Schizophrenia - Catatonic schizophrenia</i>
5	F25.1	<i>Schizoaffective disorders - Schizoaffective disorder, depressive type</i>
6	F20.5	<i>Schizophrenia - Residual schizophrenia</i>
7	F32.3	<i>Depressive episode - Severe depressive episode with psychotic symptoms</i>
8	F06.8	<i>Other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease - Other specified</i>
9	F71.1	<i>Moderate mental retardation - significant impairment of behaviour requiring attention or treatment</i>
10	F31.2	<i>Bipolar affective disorder - current episode manic with psychotic symptoms</i>

Sumber : Data tahun 2013 Instalasi Rekam Medis RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang

Gangguan jiwa yang sering terjadi seperti tersebut diatas tentu mempunyai manifestasi klinik yang kompleks. Perilaku pasien gangguan jiwa mempunyai tanda dan gejala yang berbeda dan bermacam-macam, dalam hal berhubungan sosial tak sedikit pasien jiwa sulit diajak untuk komunikasi secara verbal sesuai dengan stimulus yang ada (*inkoheren*), atau tidak mau berbicara sama sekali bahkan tidak mau bertemu dengan orang lain. Hal tersebut memang terkait dengan diagnosa gangguan jiwa yang dialaminya.

Pendapat orang awam bahwa semua gangguan jiwa identik dengan 'gila'. Dalam dunia medis psikiatri kondisi 'gila' ini diasumsikan sebagai

kondisi yang sudah kehilangan akal dan daya pikir logis yang digolongkan sebagai gangguan jiwa berat. Gangguan jiwa berat adalah gangguan jiwa yang ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas atau tilikan (*insight*) yang buruk. Gejala yang menyertai gangguan ini antara lain berupa halusinasi, ilusi, waham, gangguan proses pikir, kemampuan berpikir, serta tingkah laku aneh, misalnya agresivitas atau katatonik (Yosep,2009). Gangguan jiwa berat dikenal dengan sebutan psikosis dan salah satu contoh psikosis adalah *skizofrenia*. Menurut hasil riset kesehatan dasar (Riskesda) tahun 2013 prevalensi psikosis tertinggi di DI Yogyakarta dan Aceh (masing-masing 2,7‰), sedangkan yang terendah di Kalimantan Barat (0,7‰). Prevalensi gangguan jiwa berat nasional sebesar 1,7 per mil.

Menurut Yosep (2009), manifestasi gangguan jiwa dapat berupa gejala gangguan pikiran, gejala gangguan perasaan, gejala keluhan fisik, gejala gangguan perilaku, dan gejala gangguan fungsi peran. Contoh gejala gangguan pikiran antara lain pikiran berulang-ulang tentang satu hal tertentu, pikiran berlebihan tentang sakit penyakit, pikiran tentang suatu keyakinan yang tidak sesuai realitas sesungguhnya, atau pikiran tentang roh-roh jahat yang membisikkan sesuatu atau menyuruh melakukan sesuatu. Gambaran gangguan perasaan misalnya rasa cemas berkepanjangan dan berlebihan, rasa takut yang tidak jelas sumbernya, rasa sedih yang berlarut-larut, atau sebaliknya rasa gembira yang berlebihan, dan marah yang tidak jelas sebabnya.

Penyelenggaraan *patient safety*/keselamatan pasien rumah sakit seperti yang tercantum dalam peraturan Menteri Kesehatan(PMK) No. 1691/ 2011

kiriman yang tak bernama tersebut lebih dari satu orang. Hal ini memungkinkan menjadi salah satu kendala dalam pencatatan bagi petugas rekam medis, karena sangat beresiko tinggi dalam mengelola rekam medis dengan identitas pasien yang sama atau tidak bernama. Untuk mengurangi kejadian-kejadian yang tidak diinginkan, pernah diusulkan agar pasien yang rawat inap dipakaikan gelang dengan tertera *barcode*, tetapi hal tersebut tidak disetujui oleh pimpinan rumah sakit.

Hal senada juga disampaikan ketua tim bangsal Unit Perawatan Intensif Pria (UPIP), pada waktu melakukan asuhan keperawatan pasien pada kondisi akut dimana pasien sulit diajak komunikasi ada beberapa pasien dengan nama yang sama (Mr. X), kondisi fisik yang mirip para perawat sulit membedakan. Situasi yang seperti itu sangat beresiko tinggi kemungkinan bisa salah dalam pemberian obat atau mungkin tindakan, pada hal kondisi yang memungkinkan salah pasien sangat sering terjadi di rumah sakit jiwa, meskipun angka kejadian yang sampai berakibat fatal jarang terjadi. Untuk mengurangi resiko tinggi kejadian yang tidak diinginkan (KTD) maka para perawat berinisiatif menuliskan nama pasien di lengan pasien dengan spidol *permanent*, meskipun hal ini sifatnya hanya sementara. Para perawat ini dituntut mempunyai ketelitian dan harus paham betul dengan ciri-ciri fisik yang dimiliki masing-masing pasien, tetapi harus diingat bahwa perawat bangsal bekerja secara *shift*/bergantian tiga kali dalam 24 jam, dan tidak menutup kemungkinan ada perawat yang kurang mengenal ciri-ciri fisik pasiennya.

Proses penerapan identifikasi pasien yang selama ini dilaksanakan di RSJ Prof.dr. Soerojo Magelang dengan mencantumkan nama pasien dan nomor registrasi/rekam medis pasien rumah sakit yang ditulis pada buku status pasien atau dokumen rekam medis pasien. Identifikasi pasien yang menempel pada fisik pasien dengan menggunakan seragam pasien RSJ yang tertera nama bangsal perawatan dimana pasien dirawat, untuk pasien akut di bangsal UPI dituliskan nama pasien pada lengannya, dan sejak akhir bulan Juni 2013 pasien juga mulai menggunakan gelang plastik tipis yang ditulis nama dan nomor register pasien secara manual. Identifikasi pasien dengan dua cara yaitu mencantumkan nama pasien dan nomor rekam medis yang ditulis di buku status pasien atau dokumen rekam medis pasien memang sudah sesuai seperti yang tercantum pada lampiran PMK tentang sasaran keselamatan pasien dengan sedikitnya dengan menggunakan dua cara. Identifikasi pasien dengan seragam dan nama bangsal tidak diperbolehkan. Kebijakan identifikasi pasien dengan memakai gelang sebenarnya sudah cukup bagus, tetapi jika melihat bahan yang digunakan adalah bahan plastik yang tipis yang bisa dengan mudah pasien bisa melepasnya serta penulisan nama dan nomor register pasien secara manual apakah hal tersebut sudah sesuai untuk pasien dengan gangguan jiwa? Perlu adanya pemahaman bahwa pasien jiwa mempunyai masalah yang kompleks mereka mempunyai perilaku yang beragam, sangat beresiko kalau hanya mengandalkan dengan mencantumkan di dokumen rekam medis pasien. Memakai seragam pasien RSJ yang tertera nama bangsal perawatan hal tersebut tidak menjadi identifikasi yang spesifik bagi masing-masing pasien. Gelang plastik yang tipis yang mudah

dilepas pasien dan bertuliskan nama dan nomor register pasien secara manual juga belum merupakan kebijakan yang sesuai untuk pasien jiwa. Untuk obat peroral pasien jiwa obat-obatannya sudah diracik oleh perawat dan ditempatkan di kotak obat yang tertulis nama pasien. Pada saat pemberian dengan cara memanggil nama pasien dan pasien diminta mengambil dan meminumnya. Cara tersebut juga memungkinkan terjadinya KNC karena identifikasi pasien yang dilakukan tidak sesuai prosedur.

Melihat gambaran kasus tersebut diatas bisa saja KNC, KTD, kemungkinan bisa terjadi, dan pasien sangat beresiko tinggi terancam keselamatannya. Oleh karena itu betapa pentingnya penelitian identifikasi pasien yang sesuai bagi pasien jiwa terutama yang menempel pada tubuh/fisik pasien. Perawat atau tim kesehatan yang lain tidak bisa hanya mengandalkan daya ingatnya untuk mengenal ciri-ciri fisik pasien, dan penggunaan gelang plastik yang mudah dilepas pasien.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan fenomena diatas dalam hal penyelenggaraan keselamatan pasien/*patient safety* di RSJ Prof.dr. Soerojo Magelang terutama pada sasaran keselamatan pasien yang pertama yaitu ketepatan identifikasi pasien khususnya pasien gangguan jiwa masih mempunyai resiko yang sangat tinggi. Untuk itu dengan melihat permasalahan tersebut pada penelitian ini dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

“Bagaimana Penerapan Identifikasi Pasien pada Penyelenggaraan *Patient Safety* di RSJ Prof.dr. Soerojo Magelang?”

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum :

Untuk mengevaluasi penerapan identifikasi pasien jiwa pada penyelenggaraan *patient safety* di RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang.

Tujuan Khusus :

1. Untuk mengetahui apakah kebijakan yang sudah ada dapat mendukung dalam penerapan identifikasi pasien jiwa pada penyelenggaraan *patient safety* di RSJ Prof.dr. Soerojo Magelang.
2. Untuk mengetahui implementasi identifikasi pasien jiwa pada penyelenggaraan *patient safety* di RSJ Prof.dr. Soerojo Magelang.
3. Untuk mengetahui hambatan penerapan identifikasi pasien jiwa pada penyelenggaraan *patient safety* di RSJ Prof.dr. Soerojo Magelang.
4. Untuk memberikan rekomendasi yang sesuai dalam penerapan identifikasi pasien jiwa pada penyelenggaraan *patient safety* di RSJ Prof.dr. Soerojo Magelang.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang.

a. Pimpinan rumah sakit.

Masalah kebijakan yang ditemukan pada penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan program keselamatan pasien di RSJ Prof.dr. Soerojo Magelang.

b. Tim kesehatan.

Hambatan dalam implementasi yang ditemukan dalam penelitian ini dapat menjadi motivasi untuk mencari alternatif pemecahan masalah yang tepat.

2. Manfaat akademik/teoritis/keilmuan.

Penelitian ini dapat bermanfaat dalam meningkatkan keilmuan sebagai sumber kepustakaan dalam penyelenggaraan *patient safety*.

3. Manfaat metodologi.

Penelitian ini dapat digunakan sebagai data awal untuk penelitian berikutnya yang terkait identifikasi pasien jiwa pada penyelenggaraan *patient safety*.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian dengan judul, "Evaluasi Penerapan Identifikasi Pasien Pada Penyelenggaraan *Patient Safety* di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang" belum pernah dilakukan. Berdasarkan penelusuran kepustakaan ada beberapa penelitian yang sejenis yang telah dilakukan beberapa peneliti antara lain :

1. Arofiaty dan Yani, (2011) dengan judul penelitian : Evaluasi Penerapan Pemberian Obat Secara Parenteral dalam Penyelenggaraan *Patient Safety* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penerapan prinsip sepuluh benar pemberian obat secara parenteral dalam penyelenggaraan *patient safety* di instalasi rawat inap rumah sakit PKU Muhammadiyah Bantul. Jenis penelitiannya merupakan penelitian *mix method* yaitu dengan gabungan antara metode kuantitatif dengan rancangan penelitian *cross sectional* dan metode kualitatif dengan rancangan penelitian *case study*. Populasi penelitian ini adalah perawat di Instalasi rawat inap sebanyak 78 orang, sample yang diambil sebesar 30 orang. Teknik pengambilan sample dengan *accidental sampling*. Metode pengumpulan data dengan observasi dan wawancara. Hasil penelitian penerapan prinsip sepuluh benar pemberian obat di Instalasi rawat inap RS PKU Muhammadiyah Bantul secara keseluruhan bisa dikatakan sudah baik, tapi ada beberapa yang kurang baik yaitu benar dokumentasi, benar pendidikan kesehatan, hak untuk menolak, dan benar evaluasi.
2. Rachmawati (2011) dengan judul penelitian : Model Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Muhammadiyah Aisyiah Tahun 2011. Penelitian ini bertujuan untuk membuat model pengukuran budaya keselamatan pasien di RS Muhammadiyah Aisyiah (RSMA) dengan nilai psikometrik yang baik. Disain studinya dengan *cross sectional*, Analisis model pengukuran dengan *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) dan

Structural Equation Model (SEM), pengambilan datanya dengan kuisioner. Sedang hasilnya Melalui CFA diperoleh 4 faktor yang saling berhubungan secara bermakna untuk model pengukuran iklim keselamatan pasien, yaitu kepemimpinan *transformasional* (di tingkat direksi RS dengan 4 indikator), kesadaran individual (di tingkat individu dengan 5 indikator), kerjasama tim (di tingkat unit kerja dengan 3 indikator): serta budaya keselamatan pasien (di tingkat organisasi/RS dengan indikator). Dengan model ini dapat ditunjukkan variasi kondisi budaya keselamatan pasien di ke-lima RSMA. Kepemimpinan *transformasional* paling berpengaruh positif langsung terhadap budaya keselamatan pasien dibanding kerjasama tim dan kesadaran individual. Semua variabel berhubungan secara bermakna secara statistik. Instrumen pengukuran budaya keselamatan pasien di RSMA mempunyai karakteristik psikometrik yang baik dan dapat mengukur serta membandingkan kondisi budaya keselamatan pasien RSMA. Model ini dapat mendeteksi awal perhatian di setiap tingkatan yang ada di RS terhadap keselamatan pasien sehingga dapat dikembangkan menjadi rencana intervensi yang lebih komprehensif untuk memperbaiki budaya keselamatan pasien.

3. Maryam, Nurrachmah dan Hastono (2009) dengan judul penelitian : Hubungan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Penelitian ini merupakan penelitian korelasi deskriptif dengan menggunakan *cross*

sectional. Tujuan penelitian ini untuk melihat hubungan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di RSU Dr. Soetomo Surabaya. Sampel sebanyak 112 responden. Pengumpulan datanya dengan kuisioner, analisis data dengan uji statistik *univariat*, *bivariat* dan *multi variat*. Hasil penelitiannya penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dipersepsikan baik oleh responden yaitu lebih dari 50% untuk masing-masing sub variabel. *Prosentase* tertinggi pada kebersihan tangan perawat (83,9%) dengan pertanyaan perawat mencuci tangan sebelum/sesudah melakukan tindakan. *Prosentase* terendah pada perhatian perawat pada nama obat (53,6%). Sedangkan kepuasan pasien yang digambarkan berdasarkan masing-masing sub variabel dipersepsikan puas oleh responden sebesar lebih dari 50%. *Prosentase* tertinggi pada variabel ketanggapan (77,7%) dengan pertanyaan kesediaan perawat untuk membantu pasien. *Prosentase* terendah pada variabel keandalan (57,1%) dengan pertanyaan perawat memberikan pelayanan keperawatan tepat waktu. Hasil analisis menunjukkan bahwa yang paling berhubungan dengan kepuasan pasien adalah akurasi obat karena mempunyai OR terbesar.

Gambaran penelitian diatas memperlihatkan ada kemiripan yaitu sama-sama meneliti penerapan variabel *patient safety*/keselamatan pasien rumah sakit. Tetapi pada penelitian ini meneliti evaluasi penerapan sasaran *patient safety*/keselamatan pasien yang pertama (SKP 1) yaitu ketepatan identifikasi pasien terutama pada identifikasi pasien dengan gangguan jiwa di RSJ Prof.dr.

Soerojo Magelang dan penelitian ini belum pernah dilakukan di rumah sakit tersebut, juga di rumah sakit jiwa yang lain di Indonesia.