

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Di era globalisasi perkembangan ilmu dan teknologi sangat pesat termasuk ilmu dan teknologi kedokteran. Peralatan kedokteran baru banyak ditemukan demikian juga dengan obat baru. Keadaan tersebut berdampak terhadap pelayanan kesehatan, dimana dimasa lalu pelayanan kesehatan sangatlah sederhana, sering kurang efektif namun lebih aman. Pada saat ini pelayanan kesehatan sangat kompleks, lebih efektif namun apabila pemberi pelayanan kurang hati-hati dapat berpotensi terjadinya kejadian tidak diharapkan atau *adverse event* (PERSI, 2005). Rumah Sakit sebagai mata rantai pelayanan kesehatan mempunyai fungsi utama penyembuhan dan pemeliharaan kesehatan yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Agar dapat menjalankan fungsi tersebut, rumah sakit harus mampu menjalankan manajemen yang berprinsip pada *customer oriented* dan *patient safety*. Fenomena ini muncul karena keinginan, kebutuhan dan harapan pelanggan berubah akibat perubahan perubahan yang terjadi pada industrialisasi jasa pelayanan kesehatan.

Program keselamatan pasien merupakan domain utama kualitas pelayanan kesehatan, saat ini menjadi perhatian yang serius pada pelayanan di rumah sakit. Hal ini mengemuka sejak munculnya laporan yang dikeluarkan oleh *Institute of Medicine* pada tahun 2000, yang berjudul : *To Err is Human*,

Building a Safer Health System dimana laporan ini mengangkat focus perhatian, tentang banyaknya *adverse events* atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di Rumah Sakit Rumah Sakit di Amerika Serikat : diantaranya di Colorado & Utah. Di Utah dan Colorado ditemukan kejadian tidak diharapkan (KTD) sebanyak 2,9 % pasien Rumah Sakit, yang meninggal 6,6 %, Di New York 3,7 %, dengan angka kematian 13,6 %, bila pasien yang masuk di Rumah Sakit di Amerika Serikat pada tahun yang sama sebanyak 33,6 juta maka berdasarkan extrapolasi pasien meninggal karena *Medical Error* di AS berkisar 44.000 – 98.000/tahun. Suatu angka yang sangat fantastik dan dunia dikagetkan dengan kenyataan bahwa demikian banyaknya kasus kasus Kejadian Tidak Diharapkan yang terjadi di Rumah Sakit. Sesudah laporan tersebut, Keselamatan Pasien menjadi issue global sampai saat ini, bahkan pada tahun 2004 WHO mencanangkan “*Global Alliance For Patient Safety*”. Publikasi WHO pada tahun 2004, mengumpulkan angka angka penelitian di berbagai Negara: Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, menemukan KTD dengan rentang insiden 3,2 – 16,6 %.

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana Rumah Sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (PERSI, 2005). Dengan meningkatnya keselamatan pasien di rumah sakit, kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit dapat meningkat. Selain itu keselamatan pasien juga dapat mengurangi

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Events*, selain berdampak terhadap peningkatan biaya pelayanan juga dapat membawa rumah sakit ke arena konflik antara dokter dan petugas kesehatan serta pasien, menimbulkan sengketa medis, tuntutan dan proses hukum, tuduhan malpraktek dan lain lain yang akhirnya dapat menimbulkan opini negatif terhadap pelayanan rumah sakit, pada akhirnya dapat menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit. (PERSI,2005)

Dampak dari *medication error* sangat beragam mulai dari keluhan ringan yang dialami pasien hingga kejadian serius yang memerlukan perawatan rumah sakit lebih lama atau bahkan kematian. Di Amerika Serikat *medication errors* meningkatkan biaya pelayanan kesehatan sekitar US \$1900 per pasien. Laporan yang ada juga menyebutkan bahwa di antara 90.000 kasus klaim asuransi di AS, *medication error* termasuk masalah kedua yang paling sering dan paling mahal biaya klaimnya. Bidang pediatrik termasuk 6 terbesar di antara 16 spesialisasi lain yang acap kali menuai klaim atas *medication error*, yang jumlahnya mencapai rata-rata \$292 136 per kasus (Dwiprahasto, 2007).

The *Joint Commission International (JCI)*, sudah membuat laporan insiden dari Januari 1995 sampai Desember 2005 sebanyak 3548 kasus kejadian sentinel. Pada agustus 2006, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) megestimasi bahwa di Asia orang menerima lebih dari 5 kali injeksi/tahun dan 50 % dari tindakan injeksi tersebut "*unsafe*" (Depkes RI, 2008).

Budaya keselamatan pasien di rumah sakit dapat meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat serta menurunkan

kejadian yang tidak diinginkan, hal ini bisa terwujud jika program pencegahan dilaksanakan dan dijadikan budaya sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian yang tidak diinginkan. Proses keselamatan pasien dimulai dari pasien masuk rumah sakit sampai pasien pulang, sehingga setiap langkah dan tindakan perawatan, pengobatan yang diberikan mengacu pada sistem dan prosedur yang diawasi secara ketat dan terpadu, oleh sebab itu sistem yang terpadu dan profesional dalam penerapan *patient safety* ini akan mengurangi terjadinya kejadian yang tidak diinginkan. (Depkes RI 2006).

Rumah sakit di Indonesia saat ini sedang giat giatnya melaksanakan program peningkatan mutu berbasis keselamatan pasien dengan mencanangkan “Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit”, tanggal 21 agustus 2005. Didukung dengan dikeluarkannya Kepmen nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di rumah sakit, oleh sebab itu pada tahun 2006 Departemen Kesehatan Republik Indonesia telah mengeluarkan buku panduan keselamatan pasien Rumah Sakit. Di dalam Undang - undang Rumah Sakit No 44 tahun 2009, pada Pasal 40 juga menuangkan bahwa rumah sakit wajib terakreditasi, dan dalam pasal 43 rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien. Program Keselamatan Pasien ini juga dituangkan dalam instrumen akreditasi sebagai panduan seluruh rumah sakit Indonesia, melalui Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) yang tertuang pada pedoman Khusus Administrasi dan Manajemen pada Standar 2, S.2.P.4 (Direktur rumah sakit menetapkan unit kerja dan penanggungjawab untuk mengelola Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS), sudah ada program aksi KPRS disertai

adanya evaluasi program dan tindak lanjutnya, Standar 7, S.7.P.3 (Ditetapkan sistem pencatatan, pengumpulan, pelaporan dan kejadian tidak diharapkan (KTD) dan S.7.P.4 (Tersedia Informasi tentang hasil analisis masalah kejadian “Kejadian Nyaris Cedera” atau (*Near Miss*) dan “Kejadian Sentinel” atau “*Sentinel Event*”. (KARS, 2007). Sehingga menjadi jelas seharusnya semua komponen yang terlibat dalam pelayanan kesehatan memahami hal tersebut, dalam meningkatkan pencapaian indikator mutu klinik medik maupun indikator mutu klinik keperawatan.

Indikator mutu klinik keperawatan merupakan bagian yang tidak dapat terpisahkan dari program keselamatan pasien di rumah sakit, sehingga harus dilaksanakan dengan baik dan dijadikan budaya dalam penerapan keselamatan pasien. Mutu klinik pelayanan keperawatan ditentukan dengan indikator klinik keperawatan dan merupakan indikator mutu minimal yang dapat dilaksanakan oleh perawat di rumah sakit. Indikator klinik merupakan ukuran kuantitas sebagai pedoman untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas asuhan pasien dan berdampak terhadap pelayanan. Indikator klinik pelayanan keperawatan terdiri dari, keselamatan pasien, angka dekubitus, pengikatan, pasien jatuh, keterbatasan perawatan diri, kenyamanan, kecemasan, pengetahuan dan kepuasan pasien (Depkes RI, 2008).

Mencermati berbagai masalah perumahsakititan seperti di atas setidaknya ada dua hal yang patut disimak dan ditindak lanjuti. Pertama, makin maraknya tuntutan masyarakat terhadap realisasi paradigma sehat adalah hak asasi dan pelayanan prima, yang kedua adalah munculnya tiga gelombang perubahan baru

dalam pelayanan rumah sakit dengan akar masalah yang berbeda, yaitu bahwa "manajemen mutu pelayanan harus integrative dengan unsur manajemen risiko dan keselamatan pasien". Maka lahir paradigma baru, bahwa mutu pelayanan yang baik saja tidak cukup tanpa memperhatikan bagaimana unsur risiko dan keselamatan pasien. Termasuk di dalamnya mengukur risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar, menindak-lanjuti insiden serta menerapkan solusi untuk mengurangi dan meminimalkan risiko. Untuk lebih cepat memahami *patient safety* perlu tahu risikonya kalau *patient not safety* (pasien tidak aman) itu seperti apa. Risiko pasien tidak aman di rumah sakit bisa terjadi kapan saja, di mana saja dan terhadap siapa saja. Antara lain tergantung pada lamanya kontraktual pelayanan (apakah hanya rawat jalan atau rawat inap); keadaan pasien (pasien sakit ringan atau gawat darurat); kecakapan dokter/dokter-ahli dan petugas rumah sakit, serta prosedur dan kelengkapan fasilitas rumah sakit. Risiko *medical error* bisa saja timbul pada saat anamnesis/komunikasi dengan pasien, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, diagnosis maupun terapi dan tindakan medik (baik dilakukan tindakan maupun tidak dilakukan), tetapi asal bukan disebabkan oleh penyakitnya.

Rumah Sakit Umum Daerah Wates, Kabupaten Kulon Progo Daerah Istimewa Yogyakarta, merupakan rumah sakit kelas B non pendidikan yang berdiri sejak tahun 1994, saat ini baru merintis program *patient Safety*. Selain itu RSUD Wates sedang menyiapkan akreditasi 12 Pelayanan, dan telah dilakukan bimbingan KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit) pada tanggal 27 s/d 30

Desember 2010. Berdasarkan penelusuran dokumen hasil rekomendasi pembimbing persiapan akreditasi yang dilakukan oleh KARS, pada standar S.2 P.4, S.7 P.3, dan S.7 P.4 Tentang keselamatan pasien seluruh standar dan parameter tersebut belum mendapatkan nilai dengan *score* (0). Disini menunjukkan bahwa program keselamatan pasien belum dilaksanakan di RSUD Wates.

RSUD Wates memiliki total SDM 513 orang, dengan jumlah terbesar adalah perawat 213 orang (43,9%), dokter umum dan dokter spesialis 31 orang (6,3%). Jumlah perawat di ruang rawat inap Wijaya Kusuma berjumlah 16 orang, terdiri 1 orang kepala ruang, 2 orang perawat primer, 11 perawat pelaksana, 2 perawat AN masih Diklat Pengalaman Kerja. Selain itu dapat peneliti informasikan bahwa Ruang Wijaya Kusuma merupakan ruang Rawat Inap khusus kasus syaraf, dengan jumlah Tempat Tidur 13 ditambah layanan Mini Unit Stroke (MUS) 3 tempat tidur, sehingga memerlukan perhatian serius dalam meminimalkan resiko, (Instalasi rawat inap, 2010)

Peneliti juga mengamati secara langsung di ruang rawat inap Wijaya Kusuma, pelaksanaan program keselamatan Pasien belum terlaksana dengan baik dan konsisten. Hal tersebut tercermin dari adanya Kejadian Tidak diharapkan, Kejadian nyaris cedera, hanya tercatat tetapi tidak dilaporkan dan tidak ditindaklanjuti secara paripurna serta belum adanya kebijakan yang jelas mengenai penerapan keselamatan pasien. Bahkan belum ada mekanisme pelaporan secara prosedural. Rumah sakit dalam menerapkan program *patient safety* perlu dibentuk TIM KPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit),

sehingga ada sistem yang terprogram dengan baik yaitu pengorganisasian, mekanisme kerja, prosedur dalam kaitannya dengan keselamatan pasien, termasuk orang-orang yang ditunjuk untuk keperluan dan bertanggungjawab melaksanakan sesuai alur pelaporan yang ditetapkan. Dalam sistem ini harus diatur bagaimana melaksanakan program yang diminta oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (PERSI), dengan judul Laporan Insiden.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan observasi lebih mendalam untuk melakukan studi kasus penerapan *patient Safety*, di ruang rawat inap Wijaya Kusuma RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo, tahun 2011,

B. Rumusan Masalah

Dari latar belakang masalah yang telah diuraikan diatas, maka dapat diambil rumusan masalah “ Bagaimana penerapan *patient Safety*, di ruang rawat inap Wijaya Kusuma RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo?”

C. Tujuan Penelitian

Tujuan:

1. Mengetahui Kebijakan penerapan *patient safety* di ruang rawat inap Wijaya Kusuma RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo
2. Mengetahui pelaksanaan memperbaiki identitas Pasien di ruang rawat inap Wijaya Kusuma RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo
3. Mengetahui pelaksanaan meningkatkan Komunikasi efektif di ruang rawat inap Wijaya Kusuma RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo

4. Mengetahui pelaksanaan mengurangi kesalahan pemberian obat di ruang rawat inap Wijaya Kusuma RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo
5. Mengetahui pelaksanaan pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap Wijaya Kusuma RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo
6. Mengetahui pelaksanaan pencegahan Pasien jatuh dari tempat tidur di ruang rawat inap Wijaya Kusuma RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo

D. Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai pengembangan ilmu pengetahuan petugas kesehatan tentang pentingnya budaya *patient Safety*
2. Sebagai masukan bagi RSUD Wates untuk melakukan kampanye dan memotivasi para petugas pemberi pelayanan kesehatan yang langsung terlibat menangani pasien dan Sumber Daya Manusia terkait untuk mendukung program *patient Safety* serta dapat membudayakan program *patient safety*.
3. Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai bahan referensi bagi peneliti lain yang berminat sama untuk meneliti *patients safety* dengan maksud pengembangan lebih lanjut.
4. Bagi peneliti menjadi ajang pembelajaran yang terus menerus tentang pentingnya penerapan program *patients safety*.

E. Keaslian Penelitian.

1. Murdyastuti, S. (2008), melakukan penelitian tentang Pengaruh persepsi tentang profesionalitas, pengetahuan dan motivasi perawat terhadap pelaksanaan program *patients safety* di ruang rawat inap RSO prof. Dr. R. Soeharso Surakarta, penelitian ini menguji dan menganalisis secara bersama sama pengaruh variabel Persepsi, pengetahuan, dan motivasi perawat terhadap pelaksanaan program *patients safety*, secara parsial pengaruh persepsi, pengetahuan, dan motivasi perawat terhadap pelaksanaan program *patients safety* di Ruang Rawat Inap RSO Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta.

Jenis penelitian ini adalah *explanatory research* dan metode analisis data yang digunakan adalah dengan uji regresi ganda. Hasil penelitian ini adalah secara bersama-sama variabel persepsi, pengetahuan tentang *patients safety*, dan motivasi perawat berpengaruh terhadap pelaksanaan program *patients safety*. Hal ini dibuktikan dengan uji F statistik dengan tingkat kepercayaan 95 % hasil regresi sebesar 12,801 lebih besar dari nilai F tabel = 9,55 yang menunjukkan pengaruh tersebut kuat. Kedua, secara parsial persepsi perawat tentang *patients safety* berpengaruh positif dan signifikan terhadap pelaksanaan program *patients safety*. Hal ini dibuktikan oleh besarnya nilai uji t statistik dengan derajat kepercayaan 95% sebesar $1,778 > t \text{ tabel } 1,679$ yang menunjukkan pengaruh variable tersebut kuat. Ketiga, secara parsial pengetahuan tentang *patients safety* berpengaruh positif dan signifikan terhadap pelaksanaan program *patients safety*.

Keempat motivasi perawat berpengaruh positif dan signifikan terhadap pelaksanaan program *patients safety*. Hal ini dibuktikan oleh besarnya nilai uji t statistik dengan derajat kepercayaan 95% sebesar $2,360 > t$ tabel $1,679$ yang menunjukkan pengaruh variable tersebut kuat. Perbedaan penelitian ini dengan peneliti adalah pada metode penelitian, variabel penelitian, dan tempat penelitian serta cara analisisnya berbeda.

2. Prawitasari,S (2008), Hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien di Rumah Sakit Husada Jakarta. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien di Rumah Sakit Husada Jakarta, Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap unit penyakit dalam dan unit bedah kelas I II.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan pengumpulan data secara *restrospective, descriptive cross sectional* terhadap data administratif rumah sakit khususnya data dinas perawat pelaksana dan data pasien pulang rawat inap periode Januari, Maret, Mei dan Juli 2008 karena pada bulan-bulan tersebut merupakan bulan dengan beban kerja normal. Sampel yang digunakan berjumlah 93 data dinas perawat pelaksana dan 93 dokumen rekam medik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi beban kerja tinggi pada perawat pelaksana di Rumah Sakit Husada paling banyak pada bulan Januari 53.7 %, diikuti oleh bulan Mei 51.6%, Juli 39.8% dan Maret 35.3%. Sedangkan beban kerja adekuat pada perawat pelaksana paling banyak terjadi pada bulan Maret

64,5%, Juli 60,2%, Mei 48,4%, dan Januari 46,2%. Proporsi masalah keselamatan pasien adalah sebesar 19,4%. Uji Kai-kuadrat digunakan untuk mengetahui adanya hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien dengan hasil $p=0.000$. Penelitian ini menyimpulkan bahwa beban kerja perawat pelaksana tinggi, masih ada masalah keselamatan pasien yang buruk dan terdapat hubungan yang bermakna antara beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien. Perbedaan penelitian ini dengan peneliti adalah pada metode penelitian, variabel penelitian, dan tempat penelitian serta cara analisisnya berbeda.

3. Elvia. Z., (2009), melakukan penelitian tentang Evaluasi Program Keselamatan Pasien di IGD Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan. Penelitian ini mengevaluasi pelaksanaan dan pengawasan program 5 goals dari 6 goals keselamatan pasien di IGD RSUP Persahabatan, dengan tujuan khusus mengevaluasi pelaksanaan dan pengawasan terhadap masing-masing program 5 goals keselamatan pasien di IGD RSUP Persahabatan. Menggunakan jenis rancangan studi kasus tunggal holistik, dimana pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi, wawancara dan telaah dokumen.

Data dianalisa dengan menggunakan metode analisis kualitatif. Pelaksanaan program 5 goals keselamatan pasien di IGD RSUP nilai baik dan sangat baik; goal memperbaiki identitas pasien 1,04%, goals meningkatkan komunikasi efektif 6,77% (hasil dari 30 sampel dengan 5 item observasi terpenuhi adalah 86,6 %), goal mengurangi kesalahan

pemberian obat 0% , goal pencegahan infeksi nosokomial 32,03%, goal mencegah pasien jatuh dari tempat tidur 9,89%. Pengawasan program 5 goals keselamatan pasien tidak berjalan dengan baik. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor SDM pelaksana dan pengawas, faktor sarana dan prasarana, faktor sistem operasional IGD dan tidak adanya perencanaan dan standar manajemen operasional di IGD RSUP Persahabatan. Perbedaan penelitian ini dengan peneliti adalah pada metode penelitian, variabel penelitian, dan tempat penelitian.