

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

*Patient Safety* atau keselamatan pasien merupakan salah satu isu yang jauh lebih penting di dalam pelayanan kesehatan daripada sekedar efisiensi pelayanan. Salah satu hal yang sangat berperan penting dalam pelaksanaan keselamatan pasien adalah perilaku perawat dan kemampuan perawat. Perilaku-perilaku yang dapat mengakibatkan risiko terjadinya kesalahan dan juga akan mengakibatkan cedera pada pasien yaitu perilaku yang tidak aman, kurangnya perhatian/motivasi, lupa, kecerobohan, tidak teliti dan kemampuan yang tidak memedulikan dan menjaga keselamatan pasien akan mengarahkan kepada *Near Miss* (Kejadian Nyaris Cedera/ KNC) atau *Adverse Event* (Kejadian Tidak Diharapkan/ KTD). Pengurangan kesalahan tersebut dapat dilakukan dengan cara memodifikasi perilaku (WHO, 2014 ; Lombogia et al, 2016).

Diperkirakan terdapat 421 juta kasus rawat inap di seluruh dunia setiap tahunnya dan sekitar 42,7 juta kasus KTD terjadi pada pasien selama rawat inap tersebut. Data terbaru dengan menggunakan perkiraan konservatif menunjukkan bahwa kecelakaan pasien adalah penyebab utama morbiditas dan mortalitas ke-14 di seluruh dunia. Bukti terbaru menunjukkan bahwa terdapat 134 juta kasus KTD yang terjadi setiap tahunnya karena perawatan yang tidak aman di rumah sakit negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah atau *Low- and Middle-Income Countries* (LMICs) yang mengakibatkan 2,6 juta kematian setiap tahunnya (WHO,2018).

Laporan insidensi keselamatan pasien di Indonesia yang dilaporkan berdasarkan provinsi, didapatkan hasil insidensi pada provinsi DKI Jakarta sebesar 37,9% yang menempati peringkat tertinggi dari provinsi yang lainnya, dilanjutkan peringkat kedua yaitu provinsi Jawa Tengah sebesar 15,9%, dilanjutkan oleh provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta 13,8 %, Jawa Timur 11,7%, Aceh 10,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4% dan Sulawesi Selatan 0,7%. Hasil insidensi keselamatan pasien tersebut menunjukkan provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta masih berada dalam posisi peringkat tertinggi yaitu berada pada peringkat ketiga (KKPRS, 2008).

Keselamatan pasien apabila tidak dipedulikan dan dilakukan pencegahan dapat menyebabkan kerugian-kerugian bagi pihak pasien dan pihak rumah sakit, contohnya kerugian bagi pihak pasien adalah seperti biaya yang harus ditanggung pasien menjadi lebih besar, durasi perawatan pasien di rumah sakit menjadi semakin lama dan dapat mengakibatkan resistensi obat. Kerugian yang harus dikeluarkan bagi rumah sakit akan menjadi lebih besar seperti pada infeksi nosokomial, pasien jatuh dengan cedera, cedera yang berasal dari kesalahan obat dan juga upaya tindakan pencegahan terhadap kejadian luka tekan (Craven & Hirnle, 2000). Infeksi nosokomial telah menginfeksi ratusan juta pasien di seluruh dunia (WHO, 2018). Terlepas dari tingkat pendapatan suatu negara, berbagai macam intervensi termasuk menjaga kebersihan tangan yang tepat dapat mengurangi tingkat infeksi nosokomial hingga angka 55% (Schreiber PW, 2018).

Budiharjo pada tahun 2008 mengatakan bahwa sudah banyak rumah sakit yang telah mengaplikasikan sistem keselamatan pasien yang baik namun pada kenyataannya menunjukkan bahwa KTD masih tetap terjadi. KTD dapat ditekan sekecil-kecilnya jika sistem dapat dijalankan dengan semestinya, namun fakta menunjukkan bahwa sistem tidak dapat berjalan secara optimal ketika kompetensi dan nilai-nilai atau budaya tidak mendukung.

Menurut WHO pada tahun 2016 terdapat faktor-faktor yang mendukung atau bahkan menghalangi pasien dari keinginan dan mampu berpartisipasi aktif dalam meningkatkan keselamatan pasien atau mengurangi bahaya. Faktor-faktor tersebut adalah faktor pasien itu sendiri (misalnya karakteristik demografis, melek kesehatan atau tidaknya), faktor kondisi kesehatan pasien (misalnya keparahan penyakit pasien), faktor petugas kesehatan profesional (misalnya pengetahuan dan sikap para petugas kesehatan yang berjaga), faktor tugas (misalnya apakah perilaku keselamatan pasien yang dibutuhkan menantang kemampuan klinis dokter), faktor pengaturan perawatan kesehatan (misalnya perawatan primer atau sekunder).

Faktor kunci yang dapat menghambat keterlibatan pasien adalah persepsi pasien tentang peran dan status mereka sebagai bawahan dokter. Contohnya, terkadang pasien mungkin takut dilabeli "menyulitkan" atau mereka dapat mengambil peran pasif sebagai sarana untuk secara aktif melindungi keselamatan pribadi mereka. Tantangan seperti itu dapat teratasi dengan peningkatan komunikasi dan peningkatan didikan untuk pasien dan penyedia layanan kesehatan untuk melihat perawatan kesehatan sebagai kemitraan antara pasien dan penyedia (WHO, 2016).

Partisipasi pasien semakin diakui sebagai kunci komponen dalam mendesain ulang proses perawatan kesehatan dan dianjurkan sebagai sarana untuk meningkatkan keselamatan pasien (Longtin dkk, 2010). Dalam kenyataannya, penelitian Davis et al pada tahun 2011 meneliti partisipasi pasien dalam keterlibatan keselamatan pasien dengan memeriksa kesediaan atau partisipasi pasien bedah untuk mengajukan pertanyaan yang direkomendasikan dalam selebaran yang dikembangkan oleh penasihat keselamatan pasien dan organisasi kesehatan. Berdasarkan laporan diri pasien, ditemukan pasien lebih bersedia untuk bertanya pertanyaan faktual (*factual questions*) misalnya adalah pertanyaan 'Berapa lama saya di rumah sakit?' dibandingkan memberikan pertanyaan yang menantang (*challenging questions*) misalnya, 'sudahkah Anda mencuci tangan?' khususnya ketika berinteraksi dengan dokter maupun perawat. Penelitian ini juga menyoroti potensi peran fasilitasi dokter, pasien menyatakan bahwa mereka akan lebih bersedia untuk mengajukan pertanyaan yang menantang jika mereka telah diperintahkan oleh dokter.

Penelitian Dixon dkk. (2015) menyebutkan pada pasien yang melakukan operasi bedah pertama kalinya mempunyai satu-satunya faktor signifikan negatif yang mempengaruhi respon pasien dalam keselamatan pasien yaitu faktor tingkat pendapatan (diantara faktor-faktor jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, ras, lateralitas, pertama kali pembedahan, maupun pembedahan karena komplikasi sebelumnya). Data pada penelitian ini juga menunjukkan bahwa temuan ini bukan hasil dari tingkat pendidikan, dikarenakan analisis untuk tingkat pendidikan tidak menunjukkan perbedaan signifikan dalam persepsi keselamatan

dalam kelompok ini. Faktor signifikan negatif pada tingkat pendapatan memiliki arti bahwa pasien yang memiliki tingkat pendapatan yang lebih tinggi lebih mungkin merasa tidak aman di rumah sakit (Evans et. Al.,2006). Pasien berumur orang dewasa yang lebih tua sering memiliki komunikasi yang buruk dengan penyedia layanan kesehatan mereka, hal itu bisa dikarenakan pasien tersebut memiliki kecemasan dan harga diri rendah dan malu untuk mengakui bahwa mereka tidak dapat mengakses informasi dari perangkat yang canggih, apalagi memahami apa yang dikatakan petugas kesehatan kesehatan kepada mereka. Hal ini dapat mencegahnya diskusi terbuka dan jujur antara pasien dan petugas kesehatan yang dapat mencegah keterlibatan pasien dalam keselamatan pasien. Pasien dewasa lebih tua lebih menyukai menanyakan pertanyaan atau mencari bantuan kepada anggota keluarga, teman, dan pengasuh mereka yang menyebabkan adanya keterbatasan interaksi dengan petugas profesional kesehatan dan penyediaan informasi yang akurat (CDC, 2009).

Kompetensi budaya (kebudayaan) mempengaruhi dampak determinan sosial kesehatan terhadap kepercayaan, perilaku, dan pengambilan keputusan kesehatan pasien yang memiliki makna penting untuk kesetaraan kesehatan bagi beragam populasi pasien (Dy & Purnell, 2012). Penelitian Evans et. Al., (2006) juga menyebutkan orang yang merasa tidak aman ketika mendatangi rumah sakit yang dapat mempengaruhi persepsi pasien pada penelitian tersebut adalah perempuan, usia antara 40 hingga 59 tahun, tinggal di wilayah metropolitan dan memiliki tingkat pendapatan lebih besar dari AUD \$80.000 per tahunnya, rasa tidak aman itu dikarenakan beberapa pasien ataupun keluarga pasien pernah mengalami KTD

sebelumnya. Memahami akan adanya dampak dari karakteristik demografi pasien pada persepsi pasien akan membantu penyedia dan rumah sakit meningkatkan pengalaman pasien di masa depan (Dixon dkk, 2015).

Pada penelitian Sahlström pada tahun 2019 mengatakan berlaku hal untuk pasien penyakit dalam yang lebih sering dirawat di rumah sakit daripada pasien rata-rata dan oleh karenanya lebih mungkin menghadapi kejadian obat yang merugikan (Härkänen et al., 2015); pasien ini harus merasa berdaya dan mampu berbicara tentang insiden tersebut. Karakteristik demografi dan rawat inap pasien juga dikaitkan dengan tidak mengambil beberapa tindakan seperti pada pasien yang lebih tua dan ras Kaukasia cenderung tidak menanyakan tujuan pengobatan dibandingkan dengan kelompok lain (Waterman, 2006).

Sesuai dengan ayat di dalam Al Qur'an dalam surat Ad Dzariyat ayat 55 dijelaskan bahwa sudah menjadi kewajiban setiap muslim dengan menyesuaikan kemampuan dan kesanggupannya, untuk memberikan nasihat dan peringatan yang bertujuan untuk mengarahkan dan menunjukkan ke jalan keselamatan kepada orang lain dengan bersungguh-sungguh sampai mereka tidak mempunyai tanggungan tersebut.

وَذِكْرٌ فَإِنَّ الذِّكْرَ تَنْفَعُ الْمُؤْمِنِينَ

*"Dan tetaplah memberi peringatan, karena sesungguhnya peringatan itu bermanfaat bagi orang-orang yang beriman"* (QS. Adz-Dzariyaat [51]: 55).

Berdasarkan dari data-data tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti hubungan karakteristik demografi dengan kemauan pasien dalam upaya keselamatan pasien.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah hubungan karakteristik demografi pasien dengan kemauan pasien terlibat dalam upaya keselamatan pasien ?”

## **C. Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini adalah:

### 1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk:

- a. Mengetahui hubungan karakteristik demografi pasien dengan kemauan pasien terlibat dalam upaya keselamatan pasien.
- b. Mengetahui perbedaan atau pengaruh kemauan pasien terkait pertanyaan faktual dan pertanyaan menantang.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tingkat kemauan pasien dalam terlibat dalam upaya keselamatan pasien dengan karakteristik responden.
- b. Mengetahui besaran kemauan pasien terkait pertanyaan faktual (*factual questions*) dalam keterlibatan keselamatan pasien.

- c. Mengetahui besaran kemauan pasien terkait pertanyaan menantang (*challenging questions*) dalam keterlibatan keselamatan pasien.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Manfaat yang diharapkan didapat dari hasil penelitian ini *adalah*:

##### 1. Manfaat Teoritis

- a. Memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya mengenai hubungan karakteristik demografi pasien dengan kemauan pasien dalam upaya keselamatan pasien.
- b. Menjadi referensi dari penelitian selanjutnya yang memiliki keterkaitan topik.

##### 2. Manfaat Praktis

###### a. Manfaat bagi peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan pengalaman bagi penulis di bidang penelitian khususnya dalam hubungan karakteristik demografi pasien dengan kemauan pasien dalam upaya keselamatan pasien.

###### b. Manfaat bagi rumah sakit

Hasil penelitian dapat memberikan tambahan informasi kepada pihak rumah sakit mengenai hubungan karakteristik demografi pasien dengan kemauan pasien dalam upaya keselamatan pasien.

###### c. Manfaat bagi pasien

Penelitian ini dapat memberikan wawasan kepada pasien tentang wewenang mereka terhadap partisipasi dalam keselamatan pasien.

d. Manfaat bagi tenaga medis, tenaga kesehatan (dokter, perawat)

Penelitian ini dapat memberikan tambahan pengetahuan bagi dokter dan perawat mengenai hubungan karakteristik demografi dengan kemauan pasien dalam upaya keselamatan pasien di rumah sakit.

## E. Keaslian Penelitian

**Tabel 1.1**

No.	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1	Sahlström, Merja, et al, 2019	<i>Patient participation in patient safety—An exploration of promoting factors.</i>	Sebagian besar pasien (78%) menilai tingkat keselamatan pasien di bangsal mereka sebagai "sangat baik" atau "sangat luar biasa baik", 20% pasien menilai itu dapat diterima atau lebih buruk. Berikut ini dianggap sebagai faktor terpenting yang menjelaskan partisipasi pasien yang lebih tinggi: menginformasikan pasien tentang penelitian dan mendorong mereka untuk berpartisipasi ( $\beta = 0,378$ , $p < 0,001$ ), memberikan informasi yang diperlukan segera dan lengkap ( $\beta = 0,393$ , $p < 0,001$ ), dan meningkatkan kemampuan pasien untuk mengidentifikasi insiden keselamatan pasien ( $\beta = 0,186$ , $p < 0,001$ ).	Metodologi penelitian cross sectional	Waktu, tempat penelitian, metode uji analisa data.

---

2	Davis, Rachel E., et al, 2011	<i>Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement?." Health expectations</i>	Kesediaan pasien untuk berpartisipasi dipengaruhi (p <0,05) oleh tindakan yang diperlukan oleh pasien dan (untuk perilaku interaksional) apakah pasien terlibat dalam tindakan spesifik dengan dokter atau perawat. Pasien kurang mau berpartisipasi dalam perilaku yang menantang. Dorongan dokter dan perawat tampaknya meningkatkan kesediaan pasien yang dilaporkan untuk mengajukan pertanyaan menantang, tetapi tidak ada temuan konsisten lain yang diamati.	Penelitian yang menggunakan metode kuantitatif <i>cross sectional</i> dengan menggunakan kuesioner	Waktu dan tempat penelitian
3	Marella, William M., et al, 2007	<i>Health care consumers' inclination to engage in selected patient safety practices: a survey of adults in Pennsylvania.</i>	Ada perbedaan nyata dalam kecenderungan konsumen perawatan kesehatan yang dilaporkan sendiri untuk terlibat dalam berbagai praktik keselamatan pasien. Konsumen tampaknya mau meminta penjelasan tentang hal-hal yang tidak mereka pahami, mempertanyakan prosedur yang tidak terduga dan obat-obatan yang tidak dikenal, dan mencari pendapat kedua tentang keputusan penting. Mereka tampaknya kurang cenderung untuk meminta konfirmasi identitas mereka sebelum prosedur atau bertanya kepada petugas kesehatan apakah mereka telah mencuci tangan.	Metode penelitian <i>cross-sectional</i> dengan kuesioner	Waktu dan tempat penelitian, yang diteliti

---

No.	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
4	Vahdat, Shaghayegh, et al, 2014	<i>Patient Involvement in Health Care Decision Making: A Review</i>	Berdasarkan review artikel dan buku, topik dibagi menjadi enam kategori umum: definisi partisipasi, pentingnya partisipasi pasien, faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi pasien dalam keputusan perawatan kesehatan, metode partisipasi pasien, alat untuk mengevaluasi partisipasi, dan manfaat serta konsekuensi dari partisipasi pasien dalam pengambilan keputusan perawatan kesehatan.	Partisipasi pasien dan keselamatan pasien	Metode Penelitian, waktu dan tempat penelitian