

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Budaya Keselamatan pasien merupakan hal yang mendasar di dalam pelaksanaan keselamatan di rumah sakit. Rumah sakit harus menjamin penerapan keselamatan pasien pada pelayanan kesehatan yang diberikannya kepada pasien (Fleming & Wentzel, 2008). Upaya dalam pelaksanaan keselamatan pasien diawali dengan penerapan budaya keselamatan pasien (KKP-RS, 2008). Hal tersebut dikarenakan berfokus pada budaya keselamatan akan menghasilkan penerapan keselamatan pasien yang lebih baik dibandingkan hanya berfokus pada program keselamatan pasien saja (El-Jardali, Dimassi, Jamal, Jaafar, & Hemadeh, 2011). Budaya keselamatan pasien merupakan pondasi dalam usaha penerapan keselamatan pasien yang merupakan prioritas utama dalam pemberian layanan kesehatan (Disch, Dreher, Davidson, Sinioris, & Wainio, 2011; NPSA, 2009). Pondasi keselamatan pasien yang baik akan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya asuhan keperawatan.

Penerapan budaya keselamatan pasien yang adekuat akan menghasilkan pelayanan keperawatan yang bermutu. Pelayanan kesehatan yang bermutu tidak cukup dinilai dari kelengkapan teknologi, sarana prasarana yang canggih dan petugas kesehatan yang profesional, namun juga ditinjau dari proses dan hasil pelayanan yang diberikan (Ilyas, 2004). Rumah sakit harus bisa memastikan penerima pelayanan kesehatan terbebas dari resiko pada proses pemberian layanan kesehatan (Cahyono, 2008; Fleming & Wentzel, 2008). Penerapan keselamatan pasien di rumah sakit dapat mendeteksi resiko yang akan

terjadi dan meminimalkan dampaknya terhadap pasien dan petugas kesehatan khususnya perawat.

Penerapan keselamatan pasien diharapkan dapat memungkinkan perawat mencegah terjadinya kesalahan kepada pasien saat pemberian layanan kesehatan di rumah sakit. Hal tersebut dapat meningkatkan rasa aman dan nyaman pasien yang dirawat di rumah sakit (Armellino, Griffin, & Fitzpatrick, 2010). Pencegahan kesalahan yang akan terjadi tersebut juga dapat menurunkan biaya yang dikeluarkan pasien akibat perpanjangan masa rawat yang mungkin terjadi (Kaufman & McCughan, 2013). Pelayanan yang aman dan nyaman serta berbiaya rendah merupakan ciri dari perbaikan mutu pelayanan.

Perbaikan mutu pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan memperkecil terjadinya kesalahan dalam pemberian layanan kesehatan. Penerapan budaya keselamatan pasien akan mendeteksi kesalahan yang akan dan telah terjadi (Fujita *et al.*, 2013; Hamdan & Saleem, 2013). Budaya keselamatan pasien tersebut akan meningkatkan kesadaran untuk mencegah *error* dan melaporkan jika ada kesalahan (Jeffer, Law, & Baker, 2007). Hal ini dapat memperbaiki *outcome* yang dihasilkan oleh rumah sakit tersebut.

*Outcome* yang baik dapat tercapai jika terjadi peningkatan budaya keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit. Peningkatan tersebut harus dipantau dan dapat diukur. Beberapa peneliti telah melakukan pengukuran terhadap budaya keselamatan pasien pada beberapa rumah sakit di dunia. Survey yang dilakukan pada rumah sakit pendidikan Kairo Mesir didapatkan bahwa dimensi yang paling dominan terhadap peningkatan budaya keselamatan pasien adalah pembelajaran organisasi/ perbaikan terus – menerus sebanyak 78, 2% (Aboul-Fotouh, Ismail, EzElarab, & Wassif, 2012). Pengukuran pada rumah sakit

di Michigan didapatkan data bahwa dimensi dominan adalah dimensi kerja sama tim di dalam unit sebanyak 59,9% (McGuire *et al.*, 2013). Penelitian pada rumah sakit di Swedia didapatkan bahwa dimensi yang tertinggi adalah komunikasi terbuka yaitu 67,8% (Goras, Wallentin, Nilsson, & Ehrenberg, 2013).

Budaya keselamatan pasien yang baik dapat memperkecil insiden yang berhubungan dengan keselamatan pasien. Penelitian *Harvard School of Public Health* (HSPH) (2011) menyebutkan bahwa dari seluruh dunia 43 juta orang dirugikan setiap tahun akibat perawatan yang tidak aman. Sekitar 70% dari pasien yang mengalami kesalahan medis menderita cacat ringan atau sementara, 7% pasien cacat permanen dan 13,6% kasus berakibat fatal (Collinson, Throne, Dee, MacIntyre, & Pidgeon, 2013). Data dari *National Patient Safety Agency*, menyebutkan dari kurun waktu April-September 2012 di London Inggris pada pelayanan kesehatan akut spesialis terjadi insiden yang tidak diinginkan sebanyak 56.1%. Persentase insiden tersebut menimbulkan kerugian ringan sebanyak 34.3 %, kerugian sedang sebanyak 21.1%, kerugian berat sebanyak 0.5% dan sebanyak 0.2% berakibat fatal.

Data insiden tersebut berbeda dengan data di Indonesia. Indonesia belum memiliki sistem pencatatan kesalahan secara nasional. Pelaporan data tentang Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) belum banyak dilakukan. Data tentang KTD dan KNC di Indonesia masih sulit ditemukan untuk dipublikasikan. Namun diperkirakan dampak kerugian akibat KTD dan KNC tersebut cukup besar. Dampak dari KTD dapat berupa cacat ringan, sedang hingga berat, bahkan dapat berakibat fatal dan kematian.

Besarnya dampak yang dapat timbul akibat insiden keselamatan pasien mengharuskan organisasi pelayanan kesehatan melaksanakan tindakan terkait keselamatan pasien. Hal ini untuk menjamin kualitas perawatan dipertahankan dan perawatan berkualitas diberikan kepada pasien (Swansburg, 2000). Beberapa upaya membangun budaya keselamatan pasien pada skala internasional dengan membuat kebijakan terkait keselamatan pasien antara lain *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) di Amerika, sejak 2007 menetapkan penilaian tahunan terhadap budaya keselamatan sebagai target keselamatan pasien. *National Patient Safety Agency* (NPSA) di Inggris mencantumkan budaya keselamatan sebagai langkah pertama dari "*Seven Steps to Patient Safety*" (Kachalia, 2013). Program sejenis juga dilakukan di Indonesia.

Upaya yang telah dilakukan di Indonesia antara lain terdapat pada salah satu pedoman yang dapat dilaksanakan oleh perawat berdasarkan PERMENKES No.1691/MENKES/PE/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit. Pedoman tersebut di antaranya berisi tentang enam sasaran keselamatan pasien yaitu ketepatan identifikasi pasien; peningkatan komunikasi yang efektif; peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai; kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi; pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; pengurangan risiko pasien jatuh. Lebih lanjut ditegaskan pada bab IV pasal 8 ayat 1 yang menyatakan bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien (DEPKES RI, 2011). Acuan ini di antaranya mewujudkan tujuan keselamatan pasien dan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.

Upaya-upaya tersebut bertujuan mendorong penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Selain itu, budaya keselamatan pasien dibangun dengan diubahnya *blaming culture* menjadi *safety culture*. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf dalam penerapan keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam menciptakan budaya keselamatan pasien (Permenkes No. 1691, 2011). Salah satu strategi untuk mengembangkan budaya keselamatan adalah dengan melibatkan staf dalam perencanaan dan pengembangan budaya keselamatan pasien (Fleming, 2005). Pemberian tanggung jawab yang berorientasi pada keselamatan pasien dapat menciptakan budaya keselamatan yang diharapkan.

Beberapa penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa pembentukan tim merupakan cara yang efektif untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien di rumah sakit (Slater, Lawton, Armitage, Bibby, & Wright, 2012; Weaver *et al.*, 2013). KKP-RS menyebutkan bahwa rumah sakit harus membentuk struktur organisasi yang disertai dengan kelompok kerja. Rumah sakit diarahkan untuk mengakomodasi tim tersebut agar dapat diimplementasikan secara optimal (Cahyono, 2008). Kebijakan di Indonesia secara jelas mengatur kedudukan dan peran sistem berupa adanya komite keselamatan pasien baik secara nasional maupun rumah sakit.

Kebijakan tersebut di antaranya diatur dalam panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit yang disusun oleh DEPKES RI tahun 2008. Pedoman tersebut berisi aturan agar rumah sakit mengidentifikasi di tiap bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi “penggerak” dalam gerakan keselamatan pasien. Istilah “penggerak” tersebut juga dikenal dengan *champion*.

Pembentukan *champion* merupakan salah satu upaya untuk mengaktualisasikan kemampuan yang dimiliki khususnya mengenai pelaksanaan keselamatan pasien, sehingga dapat membudayakan keselamatan pasien di rumah sakit. *Champion* tersebut merupakan sebuah model peran bagi perawat. Model peran yang dibentuk dapat membantu proses resosialisasi bagi staf dalam pelaksanaan keselamatan pasien dan penerapan budaya keselamatan pasien (Marquis & Huston, 2010).

Penelitian yang dilakukan Soo (2010), peran *champion* lebih banyak mendatangkan keuntungan bagi pelaksanaan keselamatan di rumah sakit, *champion* merupakan bagian dari tim keselamatan pasien yang berperan sebagai penggerak program yang telah dirancang dan *champion* sebagai faktor keberhasilan penting untuk perubahan keselamatan pasien. Pada penelitian Zavalkoff, Korah & Quach (2015), menyebutkan bahwa kehadiran *champion* keselamatan pasien dapat meyakinkan dan meningkatkan kinerja perawat dan anggota tim untuk menjalankan program keselamatan, dan apabila tidak ada *champion* keselamatan pasien maka didapatkan penurunan kinerja perawat dan anggota tim keselamatan pasien. Pada panduan keselamatan menurut DEPKES (2011) menyebutkan bahwa penggerak atau *champion* merupakan orang – orang yang dapat diandalkan dan dapat memonitor insiden terkait keselamatan yang terjadi di rumah sakit. Di setiap unit rumah sakit seharusnya memiliki *champion*, *champion* ini erat kaitannya dengan perawat.

Peran kritis perawat memposisikan perawat sebagai orang yang dapat diandalkan dan dapat memonitor kegiatan terkait keselamatan pasien. Keberadaan perawat sebagai bagian dari SDM kesehatan di rumah sakit berperan penting dalam penerapan keselamatan pasien. Profesi ini memiliki waktu interaksi dengan pasien yang paling lama

dibandingkan dengan profesi lain (Gillies, 2000). Perawat merupakan salah satu bagian dari pilar asuhan yang aman bagi pasien. Perawat juga merupakan 'sharp end' dalam pelayanan yang berorientasi pada Keselamatan Pasien (Walston, Al-Omar, & Al – Mutari, 2010). Keberadaan perawat dalam tim secara efektif sangat menentukan keberhasilan penerapan keselamatan pasien (Armellino, *et al.*, 2010). Peran tersebut sesuai dengan peran kritisnya dalam melakukan deteksi dini, deteksi risiko dan koreksi abnormalitas yang terjadi pada pasien dalam rangka pencegahan KTD. Hal ini menjadikan perawat sebagai salah satu profesi yang layak untuk menjadi *champion*.

Perawat yang juga berperan menjadi *champion* keselamatan pasien telah diterapkan diberbagai rumah sakit di Indonesia, salah satunya di RS X. RS X didirikan pada tahun 1950-an yang merupakan Rumah Sakit Tipe B Pendidikan. Data pada bulan April 2015 dengan Kapasitas tempat tidur 668 unit dengan jumlah perawat sebanyak 564 orang, dari total tenaga medis persentase tenaga keperawatan sebesar 46,3 %. Karakteristik perawat pelaksana di RS X berdasarkan data ketenagaan keperawatan, jumlah perawat pelaksana SPK 6 orang, D III Keperawatan 450, S1 Keperawatan 114 orang. Jumlah perawat pelaksana di ruang rawat inap adalah sebanyak 284. Rata-rata pemakaian tempat tidur BOR (*Bed Occupancy Rate*) tahun 2012 sebesar 85,94%, tahun 2013 sebesar 72,5%, dan tahun 2014 sebesar 56,68%. RS X juga sedang mengembangkan program-program terkait keselamatan pasien.

Jumlah tenaga perawat sebanyak 284 orang yang tersebar di 12 ruang rawat Inap dan beberapa poliklinik di RS X. RS X juga telah membentuk tim keselamatan pasien dan telah menunjuk *champion* keselamatan pasien di masing-masing unitnya, akan tetapi ditemukan juga beberapa kejadian yang tidak diharapkan (KTD) dalam masalah

keselamatan pasien diRS X. Kejadian tidak diharapkan (KTD) tersebut antara lain di temukannya kesalahan dalam cara pemberian obat, yakni dosis, jenis dan waktu pemberian obat sebesar 2 kejadian pada tahun 2014, angka pasien jatuh 2013 sebanyak 8 kejadian, tahun 2014 sebanyak 13 kejadian, tahun 2015 (januari-agustus) sebanyak 5 kejadian. Kasus yang dilaporkan terkait pelaporan kejadian yang tidak diharapkan adalah kasus yang membiarkan pasien yang harus dirawat 3 kali pelaporan, kasus pasien meninggal karena operasi 1 kali pelaporan, data ini memberikan gambaran masih adanya masalah keselamatan pasien di RS X yang perlu menjadi perhatian mengingat insiden kejadian tidak diharapkan di rumah sakit diharapkan pada nilai *zero defect* (tingkat insidensi 0%). (Data Penanggungjawab Keselamatan Pasien RS X). Sehingga dirasakan perlu adanya upaya lain untuk meningkatkan mutu pelayanan yang lebih terstruktur salah satunya dengan kehadiran *champion* keselamatan pasien. Selain itu juga ditemukan Angka kejadian HAIs (ISK, AIDP, VAP) sebesar 15,07 %, angka infeksi pasca operasi (ILO) periode januari-juni 2015 sebanyak 0,95%. Angka plebitis 5,81 %, sepsis 1,15%, HAP 0,525% dan dekubitus 0,92% (Data PPIRS X).

Tim keselamatan pasien berperan dalam mensosialisasikan hal baru yang berkaitan dengan keselamatan pasien. Hal ini termasuk juga sosialisasi pelaporan dan pelaksanaan 6 sasaran keselamatan pasien. Hasil wawancara dengan anggota tim keselamatan pasien dan salah satu *champion* pada tim tersebut pada 4 Januari 2016 menyatakan bahwa telah ditunjuk *champion* keselamatan pasien untuk masing-masing unit, dimana terdiri dari dokter, perawat dan staf administrasi berdasarkan SK direktur utama dan telah dijelaskan tupoksi masing - masing. Akan tetapi evaluasi terkait kinerja *champion* tersebut belum ada dilakukan. Menurut tim keselamatan pasien rumah sakit, mereka memiliki data kasus

kejadian keselamatan pasien seperti KTD dan KNC akan tetapi pelaporan kejadian masih kurang.

Tim keselamatan pasien juga menyatakan bahwa dukungan dan komitmen dari pihak manajemen rumah sakit sudah baik yang ditandai dengan penyediaan sarana dan fasilitas yang dibutuhkan untuk menunjang pelaksanaan keselamatan pasien. Hal ini juga didorong oleh rencana rumah sakit untuk melaksanakan akreditasi KARS pada tahun 2016 yang mengharuskan rumah sakit memperkuat setiap aspek dalam item penilaian akreditasi termasuk upaya pelaksanaan keselamatan pasien. Berdasarkan wawancara tersebut juga teridentifikasi beberapa hambatan yang berkaitan dengan budaya keselamatan pasien di antaranya pelaporan kejadian yang masih minim dan tidak sesuai dengan SPO yang telah ditetapkan, pelaksanaan 6 sasaran keselamatan pasien (Ketepatan identifikasi pasien, Peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu, Kepastian (tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi), Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan Pengurangan risiko jatuh) yang belum optimal, dan masih adanya budaya menyalahkan dan takut melaporkan kesalahan.

Anggota tim keselamatan pasien juga menyatakan bahwa pengarahannya tentang keselamatan pasien yang ada di rumah sakit saat ini hanya berfokus pada tim keselamatan pasien sebagai pemberi arahan dan hanya terjadi secara satu arah. Pelaporan tentang kejadian seringkali terlambat. Pelaporan yang dibuat juga dinilai belum sesuai sehingga sulit untuk menarik akar masalah dari kejadian yang terjadi tersebut. Pelaporan yang terlambat mengakibatkan tidak adanya pembelajaran atas kejadian yang ada sehingga kejadian yang terjadi dapat berulang tanpa adanya pencegahan sebelumnya.

## 1.2 Perumusan Masalah

Budaya keselamatan pasien merupakan dasar dalam mewujudkan keselamatan pasien. Fokus pada budaya keselamatan pasien akan menghasilkan penerapan keselamatan pasien yang lebih baik dibandingkan jika hanya berfokus pada pelaksanaan keselamatan pasien saja. Peningkatan budaya keselamatan pasien di rumah sakit dapat diukur berdasarkan 9 dimensi. Pembentukan budaya yang positif tergantung pada upaya yang dilakukan untuk perubahan perilaku dan pembiasaan. Namun tidak semua budaya positif tersebut terlaksana di rumah sakit. Upaya untuk pembentukan perilaku dan pembiasaan dapat menggunakan penggerak dan *role model* yang sesuai. Masalah penelitian yang dijawab pada penelitian ini adalah belum diketahuinya Hubungan Peran *Champion* Keselamatan Pasien dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien.

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan umum penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan peran *champion* keselamatan pasien dengan penerapan budaya keselamatan pasien

### 1.3.2 Tujuan khusus penelitian

Tujuan khusus penelitian adalah teridentifikasinya:

- 1.3.2.1 Karakteristik perawat yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja dan pelatihan yang diikuti di ruang rawat inap RS X
- 1.3.2.2 Peran *champion* keselamatan pasiendi ruang rawat inap RS X
- 1.3.2.3 Penerapan budaya keselamatan pasiendi ruang rawat inap RS X

1.3.2.4 Hubungan Peran *champion* keselamatan pasien dengan penerapan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap RS X

1.3.2.5 Hubungan Peran *champion* keselamatan pasien sebagai diseminator pengetahuan dengan penerapan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap RS X

1.3.2.6 Hubungan Peran *champion* keselamatan pasien sebagai penyokong dengan penerapan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap RS X

1.3.2.7 Hubungan Peran *champion* keselamatan pasien sebagai pembangun hubungan penerapan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap RS X

1.3.2.8 Hubungan Peran *champion* keselamatan pasien sebagai pengarah dengan penerapan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap RS X

1.3.2.9 Hubungan Peran *champion* keselamatan pasien sebagai fasilitator dengan penerapan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap RS X

1.3.2.10 Komponen peran *champion* keselamatan pasien yang paling berhubungan dengan penerapan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap RS X

#### 1.4 Manfaat penelitian

Penelitian ini dapat bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam pengembangan pelayanan keperawatan khususnya jajaran manajer keperawatan di rumah sakit, institusi pendidikan, dan perkembangan manajemen keperawatan.

##### 1.4.1 Manfaat Aplikasi

Penelitian bermanfaat sebagai informasi dan masukan positif bagi manajemen rumah sakit dalam pengembangan program Keselamatan Pasien. Penelitian ini juga dapat memperkaya pengetahuan dan informasi bagi perawat untuk meningkatkan komitmen dalam menerapkan budaya keselamatan pasien.

#### 1.4.2 Manfaat Keilmuan

Penelitian ini dapat memperkaya keilmuan manajemen keperawatan dalam mengembangkan program penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit khususnya mengenai peran *champion* keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien yang merupakan pokok dari keselamatan pasien dapat diterapkan di bidang keilmuan keperawatan dalam upaya menjamin pemenuhan keselamatan pasien.

#### 1.4.3 Manfaat Metodologi

Penelitian ini digunakan sebagai data awal penelitian selanjutnya, terkait penelitian mengenai penerapan budaya keselamatan pasien. Penelitian merupakan penelitian multivariat yang dapat menggali dan memperlihatkan peran *champion* dalam penerapan Budaya keselamatan pasien.

