

## PENDAHULUAN

### Latar Belakang

Indonesia termasuk negara dengan Angka Kematian Ibu (AKI) tertinggi di Asia dan merupakan peringkat ke-3 tertinggi di Asia Tenggara. Tahun 2007 AKI Indonesia 228 per 100.000 Kelahiran Hidup (KH), meningkat menjadi 346 dan 359 per 100.000 KH tahun 2010 dan 2012. AKI terakhir dari data Survei Antar Sensus (SUPAS) tahun 2014 sebesar 305 per 100.000 KH. Angka Kematian Neonatus (AKN) menurun menjadi 26,6 per 1000 KH (2015) dari sebelumnya 40 per 1000 KH pada tahun 2012. Angka kematian Bayi (AKB) menjadi 22,2 per 1000 KH pada tahun 2015 dari 32 per 1000 KH pada tahun 2012. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017, Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia, 2017)

Target dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang diadopsi dari target Sustain Development Goals (SDG's) adalah tahun 2030 AKI Indonesia mencapai 70 per 100.000 KH, AKB menjadi 25 per 1000 KH dan AKN menjadi 12 per 1000 KH. Diproyeksikan jika tidak ada terobosan baru pada tahun 2030 AKI Indonesia masih mencapai 212 per 100.000 KH, dan AKN masih 18 per 1000 KH. Diperlukan kerja keras untuk memperbaiki pelayanan kesehatan salah satunya dengan melaksanakan keselamatan pasien di Puskesmas dengan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017, Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia, 2017)

Penyebab kematian ibu disebabkan karena perdarahan (30%) hipertensi dalam kehamilan (25%) infeksi (6%) dan lainnya (39%). Resiko ini semakin tinggi dengan adanya tiga faktor keterlambatan, yaitu terlambat mengambil keputusan untuk dirujuk (termasuk terlambat mengenali tanda bahaya), terlambat sampai di fasilitas kesehatan pada saat darurat dan terlambat memperoleh pelayanan yang memadai dari petugas kesehatan. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016) Resiko penyumbang kematian ibu dan anak disebabkan oleh anemia (37,1%) Kekurangan Energi Protein Kronis (KEK) 24,2%, dan

hipertensi pada kehamilan (6,3%). (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013) Sementara 26.6% penyebab kematian neonatal umur 0-6 hari berupa IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*), BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) menyebabkan kematian sebesar 21,3%, dan gangguan pernafasan sebesar 28,3%.(Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013)

Kematian ibu 75% terjadi pada masa persalinan dan nifas (2x24 jam). Fokus menurunkan kematian ibu ditekankan pada masa ini dengan melakukan stabilitas pra rujukan yang belum dilakukan (49%), tidak terlambat mencari pertolongan (32%), petugas tidak terlambat merujuk (31%), dan memperbaiki pengambilan keputusan klinik yang tidak tepat 53%. Sedangkan kematian neonatal ditekan dengan memperbaiki diagnosis yang salah (14,2%), menghilangkan pengobatan yang terlambat (15,2%), memperbaiki pemantauan inadkuat (20,1%) dan tatalaksana indekuat (23,8%). Hal ini membutuhkan pelayanan kesehatan yang cepat, tepat dan aman bagi ibu dan anak. (Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia, 2017)

Keselamatan pasien dalam hal ini keselamatan ibu dan anak harus dilaksanakan. Melaksanakan keselamatan pasien dalam hal ini ibu dan anak sewaktu Ante Natal Care (ANC) dapat mendeteksi resiko terjadinya penyakit dan komplikasi sewaktu kehamilan, melahirkan dan nifas. Setiap persalinan mempunyai resiko dan dapat terjadi komplikasi yang tidak diduga sebelumnya mengharuskan setiap ibu hamil melahirkan di fasilitas kesehatan, terutama di Puskesmas yang bisa memberikan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar yang menjamin keselamatan pasien. (CDC, 2017) Sehingga dibutuhkan sistem keselamatan pasien dalam hal ini ibu dan anak yang baik yang terlaksana dengan baik di Puskesmas PONED.

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem menjamin keamanan pasien dengan melakukan asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi

untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. World Health Organization (WHO) mengidentifikasi resiko Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) pada fasilitas kesehatan yang tidak melaksanakan keselamatan pasien bersifat serius dan mengancam. Salah satunya dengan menciptakan program “*World Alliance for Patient Safety*” pada tahun 2004 untuk mengembangkan kebijakan global memperbaiki perawatan pasien di layanan kesehatan.(Marchon and Junior, 2014, Pittet and Donaldson, 2005) Kebijakan ini didasari laporan “*To err is human, building a safer system*” dari Institute of Medicine (IOM) yang menemukan KTD di Rumah Sakit di Utah sebesar 2,9% dengan 6,6% diantaranya meninggal. Sedangkan di New York sebesar 3,7% dengan angka kematian 13,6%.(Kohn et al., 2000)

Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap diseluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta jiwa per tahun atau berkisar antara 44.000-98.000.(Kohn et al., 2000) Laporan WHO dari hasil penelitian pada rumah sakit di Amerika, Inggris, Denmark dan Australia menemukan kejadian KTD di rumah sakit sebesar 3,2% - 16,6%. (World Health Organization, 2005) Data KTD rumah sakit Indonesia sampai Februari 2016 mencapai 289 laporan. KTD terbanyak terjadi pada laki-laki, umur >30-65 tahun. Terbanyak jenisnya berupa 69 kejadian (43,67%) Kejadian Nyaris Cedera (KNC), pada pasien rawat inap, berbentuk salah pemberian obat (29,2%), pasien jatuh (23,4%), batal operasi (14,3%), dan kesalahan identifikasi pasien (11%).(Subdit Pelayanan Medis dan Keperawatan Kementerian Kesehatan RI, 2016)

Penelitian KTD di pelayanan primer masih terbatas. Diperkirakan KTD sebesar 0,004 sampai 240 per 1000 konsultasi pasien terjadi di pelayanan primer dengan 45% sampai 76% diantaranya bisa dicegah.(Makeham et al., 2008) Dari review artikel tentang keselamatan pasien di pelayanan primer, dilaporkan angka yang bervariasi. Mahekam (2008) melaporkan

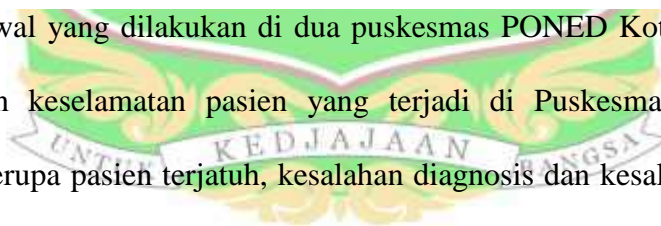
antara 7% sampai 52%, sedangkan Marchon (2012) melaporkan 12,4% sampai 83%. Jenis insiden paling umum meliputi kesalahan diagnostik (26%-57%), kesalahan pengobatan (7%-52%), kesalahan pemeriksaan (13%-47%), kesalahan administrasi (9%-56%) dan kesalahan komunikasi (5%-72%).(Makeham et al., 2008, Marchon and Junior, 2014)

Di Indonesia, KTD terdeteksi apabila melibatkan proses hukum atau dipublikasikan di media massa. Tampak adanya trend yang meningkat bersamaan meningkatnya kesadaran dan tuntutan pasien. Diasumsikan dengan masih adanya berbagai kelemahan pada pelayanan kesehatan di Indonesia sehingga permasalahan keselamatan pasien mungkin lebih berat daripada di negara maju.



Penelitian Tana dkk (2013) pada puskesmas di 3 propinsi di Indonesia melaporkan bahwa pelaksanaan keselamatan pasien dalam pencegahan penyalit TB belum dilaksanakan secara sempurna. Baru 56 % dilakukan skrining, kesediaan alat pelindung diri seperti sarung tangan dan masker sudah hampir semuanya tersedia di puskesmas (98%) namun penggunaannya masih kurang. Lebih dari separoh (68%) sarana prasarana masih kurang, dan 40% sarana prasarana laboratorium di puskesmas masih kurang. (Tana et al., 2013)

Penelitian awal yang dilakukan di dua puskesmas PONEB Kota Padang tahun 2016 menemukan insiden keselamatan pasien yang terjadi di Puskesmas Lubuk Buaya dan Seberang Padang berupa pasien terjatuh, kesalahan diagnosis dan kesalahan pemberian obat. Insiden yang terjadi diselesaikan secara kekeluargaan tanpa adanya pelaporan secara tertulis kepada Dinas Kesehatan Kota Padang. Pelaksanaan keselamatan pasien secara komprehensif belum terlaksana yang salah satunya disebabkan karena belum ada pedoman tentang pelaksanaan dan pelaporan keselamatan pasien di puskesmas PONEB.(Nursal et al., 2016)



Pelayanan kesehatan dimulai dari pelayanan primer. Perawatan primer yang tidak aman dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian yang sebenarnya dapat dicegah, dan menurunkan kunjungan pasien ke rumah sakit. Perawatan primer yang aman juga penting

untuk Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals*) dari Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). Kurangnya informasi keselamatan pasien di pelayanan primer menginisiasi WHO untuk membentuk Kelompok Pakar Keselamatan Pasien di Pelayanan Primer (*Safer Primary Care Expert Working Group*) dan menerbitkan Seri Teknis Keselamatan Pasien di Pelayanan Primer. (Rees et al., 2017)

Puskesmas PONED merupakan Puskesmas rawat inap yang mampu menyelenggarakan pelayanan obstetri ginekologi emergensi/ komplikasi tingkat dasar dalam 24 jam sehari dan 7 hari seminggu. (Kementerian Kesehatan RI, 2013b, Kementerian Kesehatan RI, 2013c). Tim pelayanan kesehatan di Puskesmas PONED melibatkan berbagai staf puskesmas seperti dokter, perawat, bidan, analis laboratorium, petugas administrasi, penjaga malam, petugas kebersihan dan sopir ambulan. Jumlah staf puskesmas dan sopir ambulan di puskesmas memang tidak sekompleks di RS, namun cakupan pelayanan puskesmas lebih luas dari RS karena mencakup pelayanan kesehatan masyarakat dan perseorangan. Sementara dari sisi ketersediaan sarana prasarana, terdapat keterbatasan di puskesmas dibandingkan RS. Karena itu, potensi terjadinya insiden keselamatan pasien juga menjadi masalah di Puskesmas PONED. (Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia, 2015, Kementerian Kesehatan RI, 2013b)

Kesiapan pelayanan umum di Puskesmas baru mencapai 71%, pelayanan di Puskesmas PONED sebesar 62%. Kekurangsiapan tersebut terutama karena kurangnya fasilitas yang tersedia; kurang lengkapnya obat, sarana, dan alat kesehatan; kurangnya staf puskesmas; dan belum memadainya kualitas pelayanan. Di Puskesmas, kesiapan peralatan dasar memang cukup tinggi (84%), tetapi kemampuan menegakkan diagnosis ternyata masih rendah (61%). Di antara kemampuan menegakkan diagnosis yang rendah tersebut adalah tes kehamilan (47%), tes glukosa urin (47%), dan tes glukosa darah (54%). Hanya 24% Puskesmas yang mampu melaksanakan seluruh komponen diagnosis. (Kemenkes, 2015)

Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar akreditasi. Puskesmas wajib untuk diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali. Akreditasi merupakan salah satu persyaratan kredensialing fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2015)

Tujuan akreditasi Puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan dan program, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi. Pendekatan yang dipakai dalam akreditasi Puskesmas adalah keselamatan dan hak pasien dan keluarga, dengan tetap memperhatikan hak petugas. Prinsip ini ditegakkan sebagai upaya meningkatkan kualitas dan keselamatan pelayanan. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2015)

Sampai akhir tahun 2016 terdapat sudah 1.469 (15%) dari 9.754 puskesmas terakreditasi. Masih 8.285 (85%) puskesmas yang dalam proses akreditasi sebelum akhir tahun 2019. (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2017) Di Kota Padang dari 6 Puskesmas PONEB, dua puskesmas yaitu Puskesmas Lubuk Buaya dan Puskesmas Padang Pasir sudah terakreditasi. Empat puskesmas lain pada saat penelitian sedang dalam tahap persiapan akreditasi dan dua puskesmas yang sudah terakreditasi juga dalam proses persiapan reakreditasi belum ada metoda penilaian yang komprehensif yang bisa digunakan oleh puskesmas melakukan penilaian diri dalam persiapan reakreditasi. (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2017)

Semua pemberi layanan kesehatan berusaha meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan berbagai program dan cara. Untuk memberikan layanan kesehatan berkualitas tinggi dan dapat bersaing di pasar global, dapat menggunakan berbagai model peningkatan kinerja organisasi. Diantaranya adalah Model Kriteria *Malcolm Baldrige*

*Healthcare Criteria for Performance (MBHCP)*. *Malcolm Baldrige Healthcare Criteria for Performance Excellence* atau Kriteria Baldrige merupakan penuntun bagi suatu perusahaan untuk mencapai kinerja bermutu tinggi yang terdiri dari 7 kriteria yaitu Kepemimpinan; Perencanaan Strategis; Fokus pada Pelanggan; Pengukuran, Analisis dan Manajemen Pengetahuan; Fokus pada Tenaga Kerja; Manajemen Proses; dan Hasil. Kriteria *Baldrige Assessment* merupakan dasar dalam melakukan *self-assessment* sebuah perusahaan atau organisasi dalam memberikan penghargaan dan memberikan umpan balik kepada perusahaan atau organisasi dalam upaya menciptakan kinerja yang bermutu tinggi. Keunggulan dari Kriteria *Malcolm Baldrige* adalah kemampuannya untuk memberikan penilaian secara menyeluruh dan terpadu. (Diane L, 2002)

*Malcolm Baldrige Assessment* digunakan karena mampu untuk mengidentifikasi kekuatan dan kesempatan untuk perbaikan, memberikan kerangka kerja untuk peningkatan keunggulan kinerja dengan memberikan kebebasan kepada manajemen untuk melaksanakan strategi manajemennya, kerangka manajemen berintegrasi mencakup semua faktor yang mendefinisikan organisasi, proses operasional dan hasil kerja yang jelas dan terukur, meningkatkan kecepatan proses dan kualitas kerja, membangun sistem kerja yang tinggi, menerjemahkan visi dan misi kedalam strategi dan membangun kesetiaan konsumen (pasien). (Diane L, 2002)

Walson et al (2008) menemukan bahwa dukungan dari manajemen, sistem pelaporan yang tepat dan sumber daya yang memadai ditemukan mempengaruhi iklim keselamatan pasien rumah sakit. Molloy (2012) melakukan analisa multivariat dan menemukan bahwa empat dari lima variabel independen: kerja sama tim, dukungan manajemen, komunikasi, dan staf secara signifikan positif terkait dengan yang dirasakan nilai keselamatan pasien setelah mengontrol variable lain. Penelitian Marchon dan Junior tahun 2014 menemukan faktor yang berkontribusi paling relevan pada keselamatan pasien adalah kegagalan komunikasi antara

anggota tim pelayanan kesehatan. Verbacel et all (2014) melakukan tinjauan sistematis terhadap 2 artikel penelitian intervensi tentang budaya keselamatan pasien di pelayanan primer mendapatkan efek intervensi yang dilakukan dapat merubah budaya keselamatan pasien di pelayanan primer, namun tidak bisa dibuktikan intervensi yang mana dapat membantu staf puskesmas untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien.

Hasil analisis akar penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien di Minnesota tahun 2017 didapatkan sebanyak 41% disebabkan karena peraturan ataupun prosedur yang kurang tepat, sebanyak 18% karena kesalahan lingkungan fisik dan peralatan, sebanyak 17 % karena kesalahan komunikasi, kesalahan pada manusia (human errors) sebanyak 11 % dan 10 % karena pendidikan yang rendah serta 3 % karena budaya organisasi.(Division of Health Policy, 2017)

Untuk itu, perlunya disusun suatu Model Keselamatan Pasien berdasarkan Malcolm Baldrige di Puskesmas Poned sebagai pedoman dan pelaksanaan keselamatan pasien terutama keselamatan ibu dan anak dan juga sebagai upaya untuk mencegah insiden dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan terutama keselamatan ibu dan anak di Puskesmas Poned model ini juga dapat berguna untuk puskesmas untuk evaluasi diri dalam rangka persiapan akreditasi dan reakreditasi. Berdasarkan latar belakang di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang **Pengembangan Model Keselamatan Pasien Berdasarkan Malcolm Baldrige di Puskesmas Poned Dalam Implementasi Keselamatan Ibu dan Anak.**

### **Perumusan Masalah**

Di Indonesia, belum ada model keselamatan pasien di Puskesmas Poned dan modul pelatihan untuk peningkatan pengetahuan staf di Puskesmas Poned. Berdasarkan uraian dalam latar belakang dan identifikasi masalah, maka rumusan masalah penelitian ini adalah:



Apakah kriteria Malcolm Bladridge dapat dijadikan variabel untuk konstruksi Model Keselamatan Pasien di Puskesmas Poned sebagai implementasi keselamatan ibu dan anak?

Apakah kriteria dalam Malcolm Baldrige dapat diterapkan sebagai variabel untuk Pengembangan Model Keselamatan Pasien di Puskesmas Poned sebagai implementasi keselamatan ibu dan anak.

Bagaimana pengaruh pelatihan Model Keselamatan Pasien berdasarkan Malcolm Baldrige terhadap Pengetahuan Staff tentang keselamatan pasien di Puskesmas Poned sebagai implementasi keselamatan ibu dan anak

## **Tujuan Penelitian**

### **Tujuan Umum**

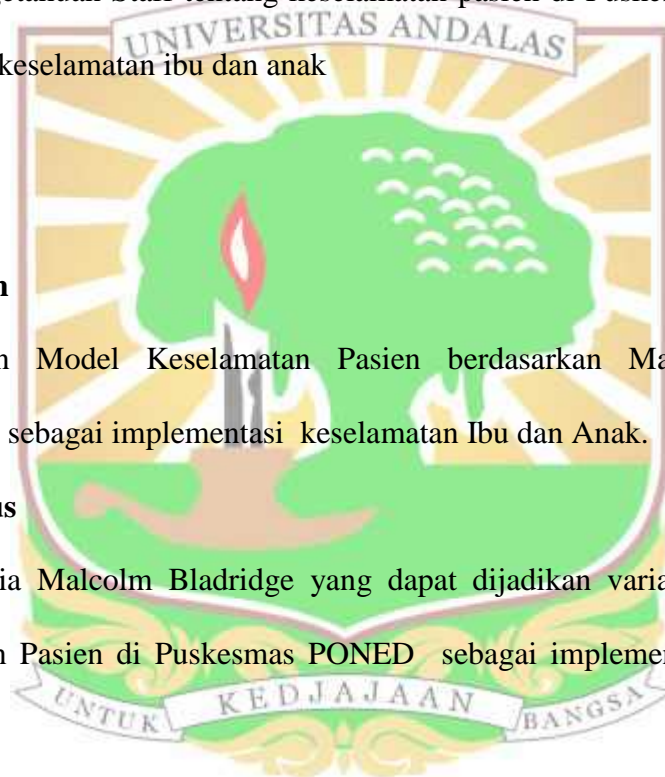
Merumuskan Model Keselamatan Pasien berdasarkan Malcolm Baldrige di Puskesmas Poned sebagai implementasi keselamatan Ibu dan Anak.

### **Tujuan Khusus**

Merumuskan kriteria Malcolm Bladridge yang dapat dijadikan variabel untuk konstruksi Model Keselamatan Pasien di Puskesmas Poned sebagai implementasi keselamatan ibu dan anak?

Menganalisa kriteria dalam Malcolm Baldrige yang dapat diterapkan sebagai variabel untuk Pengembangan Model Keselamatan Pasien di Puskesmas Poned sebagai implementasi keselamatan ibu dan anak.

Menganalisa pengaruh pelatihan Model Keselamatan Pasien berdasarkan Malcolm Baldrige terhadap Pengetahuan Staff tentang keselamatan pasien di Puskesmas Poned sebagai implementasi keselamatan ibu dan anak.



## Manfaat Penelitian

Manfaat yang didapat dari penelitian ini berupa manfaat teoritis dan manfaat aplikatif.

### Manfaat Teoritis

1. Memperoleh variabel konstruksi Model Keselamatan Pasien berdasarkan Malcolm Baldrige di Puskesmas Poned sebagai implementasi keselamatan ibu dan anak
2. Memperoleh Model Keselamatan Pasien sebagai teori baru yang dapat dijadikan rujukan dalam pengembangan keselamatan pasien berdasarkan Malcolm Baldrige di Puskesmas Poned sebagai implementasi keselamatan ibu dan anak
3. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi ilmiah dan rujukan bagi peneliti selanjutnya khususnya tentang Model Keselamatan Pasien di Puskesmas Poned berdasarkan Malcolm Baldrige di Puskesmas Poned sebagai implementasi keselamatan ibu dan anak



## **Manfaat Aplikatif**

### **Tingkat Pengambil Kebijakan**

1. Temuan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai rujukan dalam menyusun perencanaan strategis dan kebijakan kesehatan untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak.
2. Temuan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai rujukan dalam menyusun perencanaan strategis dan kebijakan kesehatan khususnya tentang Keselamatan Pasien di Puskesmas PONED.
3. Temuan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai rujukan dalam revisi dan perbaikan instrumen akreditasi Puskesmas.
4. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai proyek percontohan (*pilot project*), serta rekomendasi bagi Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan keselamatan pasien di Puskesmas PONED

### **Tingkat Puskesmas**

1. Hasil penelitian ini dapat digunakan puskesmas PONED sebagai dasar dalam memperbaiki kepemimpinan dan merumuskan kebijakan di tingkat puskesmas khususnya tentang keselamatan pasien.
2. Hasil penelitian ini dapat digunakan puskesmas PONED sebagai dasar dan pedoman dalam membangun dan menerapkan budaya keselamatan pasien di Puskesmas

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk membantu puskesmas melakukan evaluasi diri dalam mempersiapkan akreditasi atau reakreditasi Puskesmas