

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Keselamatan pasien merupakan salah satu isu global dalam pelayanan kesehatan. *World Health Organization* (WHO) melaporkan jutaan pasien diseluruh dunia yang terancam mendapatkan cedera, bahkan kematian setiap tahunnya terkait dengan kesalahan praktik kesehatan. Oleh karena itu, WHO mendekralasikan lembaga *World Alliance for Patient Safety* sebagai bentuk perhatian dunia terhadap keselamatan pasien di berbagai negara (*World Health Organization*, 2016). Lebih lanjut, *World Alliance for Patient Safety* ini bertujuan untuk mengkoordinasikan aksi-aksi global terkait dengan keselamatan pasien dan melawan permasalahan-permasalahan kerugian pasien yang semakin banyak dilaporkan (Donaldson & Fletcher, 2006). Keselamatan pasien didefinisikan sebagai perilaku keseluruhan individu dan organisasi berdasarkan seperangkat keyakinan dan nilai-nilai yang ditujukan untuk mengurangi peluang pasien mengalami cedera (Ronald, 2005).

Laporan dari *Institute of Medicine* (IOM) pada tahun 2000 menyebutkan terdapat 44.000 sampai dengan 98.000 kematian akibat kesalahan medis (*medical error*) yang terjadi di Amerika Serikat (IOM, 2000). Laporan tersebut telah menggerakkan sistem kesehatan dunia untuk merubah paradigma pelayanan kesehatan akan pentingnya keselamatan pasien (*patient safety*).

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (*safety*) di rumah sakit yaitu: keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan rumah sakit yang berdampak terhadap keselamatan pencemaran lingkungan dan keselamatan “bisnis” rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Kelima

aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit. Namun harus diakui kegiatan institusi rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan dan hal tersebut terkait mutu dan citra perumahsakit (Depkes RI, 2008).

Pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah untuk menyelamatkan pasien. Di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, dan alat-alat dengan teknologinya. Sementara itu, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat menimbulkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) (Saint et.al., 2011), bahkan menimbulkan “*never event*” atau kejadian yang seharusnya tidak terjadi seperti operasi pada pasien yang salah dan salah melakukan amputasi.

Di Indonesia Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (GKPRS) telah dicanangkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia pada tanggal 21 Agustus 2005, dimana setiap rumah sakit dapat membentuk tim keselamatan pasien rumah sakit. Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah suatu sistem yang mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) (Depkes RI, 2008). Hal ini selaras dengan kebijakan WHO (2004) bahwa pelayanan kesehatan wajib memberikan pelayanan yang aman dan nyaman bagi pasien.

Fokus terhadap keselamatan pasien ini didorong oleh masih tingginya angka Kejadian Tak Diinginkan (KTD) atau *Adverse Event/AE* di RS secara global maupun nasional (Shojania & Thomas, 2013). WHO mendefinisikan Kejadian Tidak Diinginkan sebagai suatu proses atau tindakan kelalaian yang mengakibatkan kondisi bahaya bagi kesehatan dan/atau kerusakan yang tidak diinginkan oleh pasien sehingga mengakibatkan kerugian bagi pasien (WHO, 2006).

Sementara itu, menurut IOM (2000) Kejadian tidak diharapkan merupakan suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commision*) atau karena tidak bertindak (*ommision*), dan bukan karena "*underlying disease*" atau kondisi pasien. KTD yang mengakibatkan cedera pada pasien bisa dikarenakan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis yang tidak dapat dicegah (Depkes RI, 2008).

KTD yang terjadi di berbagai negara diperkirakan sekitar 4-16,6% (Vincent, 2005 dalam Raleigh, 2009), dimana hampir 50% di antaranya diperkirakan merupakan kejadian yang dapat dicegah (Smith, Tawiah, & Badasu, 2012). Akibat dari KTD ini, terdapat indikasi biaya yang sangat mahal baik bagi pasien maupun sistem layanan kesehatan (Flin, 2007).

Pada tahun 2007 Komisi Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) melaporkan adanya insiden keselamatan pasien sebanyak 145 insiden yang terdiri dari KTD 46%, Kejadian Nyaris Cedera (KNC) 48% dan lain-lain 6%. Berdasarkan lokasi kejadian, KTD tertinggi ditemukan di DKI Jakarta yaitu 37,9%, diikuti Jawa Tengah 15,9%, DI Yogyakarta 13,8%, Jawa timur 11,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Sulawesi Selatan 0,69%, dan Aceh 0,68%. Berdasarkan Laporan Peta Nasional Insiden Keselamatan Pasien, kesalahan dalam pemberian obat menduduki peringkat pertama (24,8%) dari 10 besar insiden yang dilaporkan (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2005).

Terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit memberikan dampak yang merugikan tidak hanya bagi pihak rumah sakit tetapi juga bagi pasien sebagai penerima pelayanan. Adapun dampak lain yang di timbulkan adalah menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini akan berdampak kepada rendahnya kualitas atau mutu asuhan yang diberikan, karena keselamatan pasien merupakan bagian dari mutu (Flin, 2007).

Isu tentang keselamatan pasien mendapatkan perhatian pemerintah seperti yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Rumah sakit melaksanakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif, dengan mengutamakan kepentingan pasien. Rumah sakit juga wajib memenuhi hak pasien untuk memperoleh keamanan dan keselamatan selama dalam perawatan di rumah sakit. Acuan bagi rumah sakit untuk pelaksanaan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai standar yang ditetapkan, tertuang dalam Permenkes RI Nomor 1691/Menkes/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Keselamatan pasien merupakan konsep yang menarik dan umumnya menjadi penting dan mendasar untuk suatu organisasi dalam mengatur operasional keselamatan pasien (Walshe and Borden 2006). Budaya keselamatan pasien juga dapat mengurangi *financial* yang diakibatkan oleh kejadian keselamatan pasien (Carthey & Clarke, 2010; Jeff, Law, & Baker, 2007; *National Patient Safety Agency*, 2004).

Enam sasaran penanganan keselamatan pasien menurut *Joint Commission International* antara lain: (1) ketepatan identifikasi pasien, (2) meningkatkan komunikasi secara efektif, (3) meningkatkan keamanan dari *high-alert medications*, (4) memastikan benar tempat, benar prosedur, dan benar pembedahan pasien, (5) mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, (6) mengurangi risiko pasien jatuh (Depkes RI, 2008).

Beberapa hasil penelitian yang terkait dengan keselamatan pasien antara lain (1) Bahrami, Chalak, Montazeralfaraj, and Tafti (2014) melaporkan bahwa budaya keselamatan pasien di RS pendidikan masih lemah, diperlukan inisiatif yang kompleks untuk mengatasi masalah keselamatan pasien (Ridelberg, Roback, & Nilsen, 2014), (2) keselamatan pasien memburuk akibat jumlah jam kerja yang panjang (Wu et.al., 2013), (3) keberhasilan menentukan perilaku

untuk memperbaiki keselamatan pasien sulit dilakukan, bahkan di negara berpenghasilan tinggi (Benning et.al., 2011), (4) tingkat pelaksanaan pelayanan yang berkaitan dengan keselamatan pasien akan berdampak langsung pada output keselamatan pasien berupa frekuensi kejadian insiden persepsi dan kewaspadaan terhadap keselamatan pasien (Mc Fadden, Henagan, & Gowen, 2009).

Lebih jauh Park and Kim (2013) melaporkan bahwa insiden keselamatan pasien dipengaruhi oleh kerja shift, kegagalan kognitif, dan stres kerja. Beberapa hal perlu direncanakan untuk mengurangi insiden yang disebabkan oleh kerja *shift*, mengurangi stres kerja dan mengurangi kegagalan kognitif. Selain itu, diperlukan keadaan yang lebih baik untuk mengurangi ketidakstabilan kerja dan kewenangan tugas yang secara langsung terkait dengan keselamatan pasien.

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi *asesment* risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Depkes RI, 2008).

Sebagai salah satu pelayanan kesehatan primer yang paling dekat dengan masyarakat adalah Bidan. Berdasarkan data Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI) Kemenkes RI per November 2015, jumlah tenaga Bidan adalah 353.003 orang yang tersebar di berbagai tatanan pelayanan kesehatan, sebagian besar bidan memberikan pelayanan kebidanan secara mandiri di rumah (BPM) dan di daerah pedesaan (bidan di desa).

Riset Kesehatan Dasar 2013 melaporkan bahwa sebagian besar persalinan di Indonesia (68,6%) ditolong oleh bidan (Kemenkes RI, 2015). Di negara berkembang lainnya, seperti Filipina, jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan hampir sama dengan di Indonesia (Joseph, 2016). Sementara itu di Belanda, persalinan yang ditolong oleh Bidan hanya sebesar 20% (Christiaens, Nieuwenhuijze, de Vries, R. 2013).

Terkait dengan pelayanan kesehatan ibu, menurut Profil Kesehatan Indonesia 2015, lebih dari 50% pelayanan kesehatan ibu dan anak serta KB diberikan oleh bidan, baik di Puskesmas, Rumah Bersalin, Bidan Praktik Mandiri maupun Bidan di desa. Saat ini masalah kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia adalah terkait masih tingginya angka kematian ibu di Indonesia yaitu 305/100.000 kelahiran hidup dengan penyebab kematian tertinggi adalah perdarahan, hipertensi dalam kehamilan dan infeksi (Survey Penduduk Antar Sensus, 2015). Berdasarkan hasil analisis lanjut, lebih dari 50% kematian ibu dapat dicegah dengan teknologi yang ada dan biaya relatif rendah (Saifuddin, 2012). Sedangkan menurut SDKI, 2012, lebih dari 40% kematian ibu di RS rujukan berasal dari rujukan bidan dan Puskesmas.

Jumlah bidan praktik mandiri di Indonesia adalah 32.650 BPM (IBI, 2012). Provinsi Jawa Barat memiliki jumlah BPM tertinggi di seluruh Indonesia dengan 12.654 bidan yang terdiri dari jumlah bidan praktik murni sebanyak 1.776 bidan dan bidan praktik mandiri non murni sebanyak 10.878 (IBI, 2012). Namun, di sisi lain angka kematian ibu di provinsi Jawa Barat juga tertinggi di Indonesia dengan 249 kasus. Hal ini menunjukkan adanya permasalahan dan kesenjangan peran bidan selaku tenaga pelayanan kesehatan dalam melakukan manajemen risiko yang ada di pelayanan BPM. Keadaan tersebut kemungkinan terkait dengan kejadian yang tidak diharapkan (KTD) dalam pelayanan praktik bidan, dimana kondisi ini menimbulkan rasa tidak

nyaman, tidak sembuh, kecacatan bahkan kematian. Sayangnya hingga saat ini belum ada regulasi/kebijakan/peraturan yang menjamin keselamatan pasien di BPM.

Selain penerapan asuhan kebidanan (pelayanan kebidanan) yang berkualitas, BPM juga perlu menerapkan *patient safety* untuk menjaga keselamatan pasien. Pasien sebagai pengguna layanan BPM memiliki hak atas diberikannya pelayanan yang berkualitas dan aman, mengingat bidan bekerja sendiri sehingga dibutuhkan standar pelayanan yang tinggi dalam mencegah terjadinya kejadian yang tidak diinginkan dalam memberikan pelayanan kebidanan.

Kompleksitas dalam pelayanan kebidanan yang diberikan dapat menimbulkan kerawanan kesalahan medik yang dapat menyebabkan kesalahan atau kelalaian manusia. Kelalaian medis bisa berupa ketidaksengajaan bidan dalam tindakan pelayanan yang sering disebut juga *medical error*. Pada dasarnya kelalaian terjadi apabila seseorang dengan tidak sengaja melakukan suatu yang seharusnya tidak dilakukan (*commission*) atau tidak melakukan sesuatu (*omission*) yang seharusnya dilakukan oleh orang lain dengan kualifikasi yang sama pada suatu keadaan dalam kondisi serta situasi yang sama pula. Praktik kebidanan merupakan suatu praktik yang penuh dengan risiko. Tindakan diagnostik maupun terapeutik tidak pernah lepas dari kemungkinan cedera, syok sampai meninggal. Selain itu, pada umumnya hasil suatu pengobatan tidak dapat diramalkan secara pasti. Seorang bidan dikatakan melakukan malpraktik jika ia melakukan praktik kebidanan sedemikian buruknya, misalnya kelalaian, kecerobohan yang nyata atau kesengajaan yang tidak mungkin dilakukan oleh bidan pada umumnya, yang bertentangan dengan standar pelayanan, sehingga pasien mengalami kerugian.

Selama ini konsep keselamatan pasien telah dilaksanakan di tingkat pelayanan sekunder yaitu rumah sakit. Namun belum dilaksanakan di tingkat pelayanan primer termasuk pelayanan di BPM. Praktik bidan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan

oleh bidan kepada pasien (individu, keluarga, dan masyarakat) sesuai dengan kewenangan dan kemampuannya.

Tingginya permintaan masyarakat terhadap peran aktif bidan dalam memberikan pelayanan terus meningkat. Ini merupakan bukti bahwa eksistensi bidan di tengah masyarakat semakin memperoleh kepercayaan, pengakuan dan penghargaan. Berdasarkan hal inilah, bidan dituntut untuk selalu berusaha meningkatkan kemampuan sekaligus mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanannya termasuk pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. Melalui pelayanan berkualitas pelayanan yang terbaik dan terjangkau yang diberikan oleh bidan, kepuasan pelanggan baik kepada individu, keluarga dan masyarakat dapat tercapai (Ambarwati, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian pendahuluan yang dilaksanakan di wilayah Jakarta timur pada bulan Agustus 2015, sebanyak 30 responden bidan yang terbagi dalam tiga kelompok forum grup *discussion* (FGD) mengenai Identifikasi Kejadian Tidak Diinginkan pada Pelayanan Bidan Praktik Mandiri didapatkan 70% responden menyatakan pernah mengalami kejadian tidak diinginkan diantaranya pasien jatuh 50%, abses paska penyuntikan 20%, bayi jatuh 1%, tertusuk jarum suntik 1%, pasien mengalami alergi obat yang tidak teridentifikasi 1%, pasien bersalin di kamar mandi 1%.

Untuk itu perlunya penerapan perilaku keselamatan pasien dalam pelayanan BPM yang dilakukan sebagai upaya untuk mencegah KTD dan meningkatkan kualitas pelayanan. Berdasarkan latar belakang di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang **Pengembangan Model Keselamatan Pasien sebagai Strategi Implementasi di Bidan Praktik Mandiri Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat.**

1.2.Rumusan Masalah

Di Indonesia model penerapan keselamatan pasien bidan mandiri belum ada di pelayanan BPM. Berdasarkan uraian dalam latar belakang dan identifikasi masalah maka rumusan masalah penelitian ini adalah:

1. Bagaimanakah konstruksi sasaran keselamatan pasien di BPM?
2. Bagaimanakah pengembangan Model Keselamatan Pasien sebagai strategi implementasi di BPM?
3. Bagaimanakah pengaruh penerapan Model Keselamatan Pasien sebagai strategi implementasi di BPM?

1.3.Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengembangkan Model Keselamatan Pasien sebagai strategi implementasi di BPM.

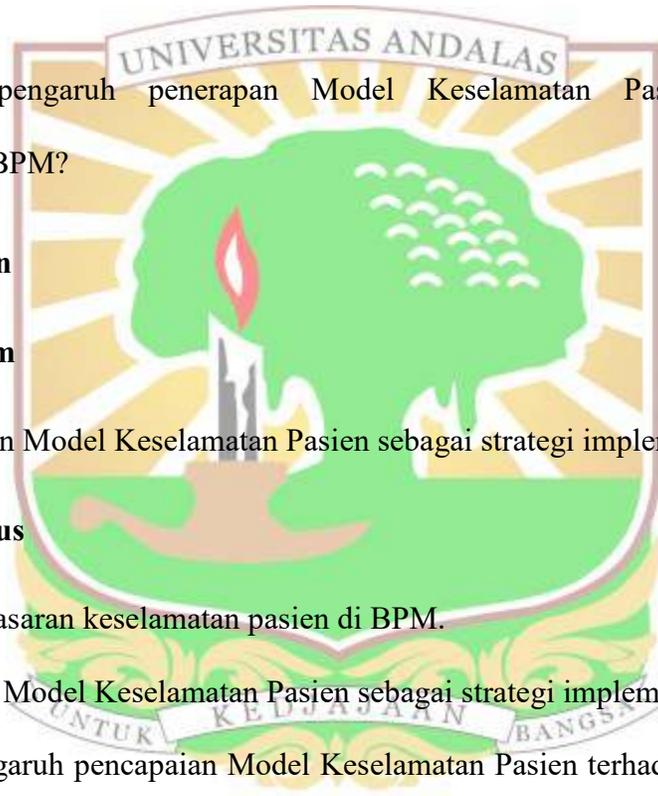
1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengkonstruksi sasaran keselamatan pasien di BPM.
2. Mengembangkan Model Keselamatan Pasien sebagai strategi implementasi di BPM.
3. Menganalisis pengaruh pencapaian Model Keselamatan Pasien terhadap pengetahuan, sikap, motivasi dan perilaku keselamatan pasien sebagai strategi implementasi di BPM.

1.4.Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi ilmiah bagi peneliti selanjutnya. Model Keselamatan Pasien di BPM agar dapat menjadi acuan bagi pengembangan



ilmu pengetahuan tentang keselamatan pasien sebagai strategi implementasi model keselamatan pasien di pelayanan kesehatan primer.

1.4.2. Bagi Pembuat Kebijakan

Model Keselamatan Pasien di BPM dari hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai proyek percontohan (*pilot project*) penerapan keselamatan pasien di BPM. Hasil penelitian ini dapat dijadikan rekomendasi bagi Kementerian Kesehatan dan organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) agar membuat kebijakan untuk meningkatkan kompetensi penunjang tentang keselamatan pasien di BPM.

1.4.3. Bagi Praktisi

Insiden keselamatan pasien merupakan salah satu indikator dalam mengukur mutu layanan fasilitas kesehatan. Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi bidan pada pelayanan bidan praktik mandiri dalam rangka memberikan pelayanan yang aman, nyaman dan berkualitas. Dengan dilaksanakannya model keselamatan pasien diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan praktik bidan mandiri, meningkatkan kepercayaan masyarakat serta citra BPM.

1.4.4. Potensi Jurnal Nasional dan Internasional

1. Konferensi Internasional *Asia Pacific Academic Consortium for Public Health Conference* (APACPH) Bandung 21-23 Oktober 2015, Judul “Identifikasi Budaya Keselamatan Pasien di BPM”, *Accepted for Poster Presentation*, status sudah dipresentasikan (Dokumen Terlampir).
2. Jurnal Ilmiah Internasional *World Journal Of Medical Science*, 28 Januari 2017. Terindeks Scopus. Judul “*Phenomenon of Independent Midwifery Practice in Bogor Distric, West Java Indonesia*” (*Accepted*).



3. Konferensi Internasional *Asia Pacific Academic Consortium for Public Health Confrence* (APACPH) Korea 17-19 Agustus 2017, Judul “*Patient Safety As Implementation Strategy In Midwife Clinic West Java Province*” (Submission).

1.5. Karya Cipta

- a. ISBN Modul Nomor : 978-602-74650-4-6 untuk Modul Pelatihan Keselamatan Pasien di BPM.
- b. Penelitian SKP PD IBI Nomor : 612/SKP-PD.IBI/Jabar/VIII/2016 untuk pelatihan keselamatan pasien di BPM.
- c. Penelitian ini menghasilkan Hak atas Kekayaan Intelektual (HKI), yaitu Modul Pelatihan Keselamatan Pasien di BPM dengan No. 082648

