

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan (Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit).

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga rumah sakit. Isu keselamatan pasien ini melahirkan paradigma baru tentang mutu pelayanan. Mutu pelayanan yang baik saja tidak cukup berarti bagi pasien tanpa memperhatikan bagaimana derajat unsur resiko dan keselamatan yang diterima oleh pasien. Tinggi rendahnya mutu sebanding dengan tingkat ketersediaan fasilitas pelayanan, untuk mencapai keseimbangan terbaik antara risiko dan manfaat keselamatan yang diterima oleh pasien (Widayat, 2009).

Isu ini praktis mulai dibicarakan kembali pada tahun 2000an, sejak laporan dari *Institute of Medicine* (IOM) yang menerbitkan laporan: *To Err Is Human, Building A Safer Health System* dan memuat data menarik tentang Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Laporan itu mengemukakan penelitian di rumah sakit di Utah dan Colorado serta New York. Kejadian Tidak Diharapkan ditemukan sebesar 2,9% di Utah dan Colorado, dimana 6,6% diantaranya meninggal. Sedangkan di New York ditemukan KTD sebesar 3,7% dengan angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000-98.000 per tahun. Publikasi WHO pada tahun 2004, mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit berbagai Negara: Amerika, Inggris, Denmark dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang 3,2 - 16,6%. Dengan adanya data-data tersebut, berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan sistem keselamatan pasien (Depkes RI, 2006).

World Health Organization (WHO) menyatakan keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan masyarakat global yang serius. Kesalahan medis

dapat disebabkan oleh faktor sistem dan faktor manusia. Insiden keselamatan pasien yang merugikan adalah terkait dengan prosedur bedah (27%), kesalahan pengobatan (18,3%) dan kesehatan infeksi terkait perawatan (12,2%) (WHO, 2017). Sedangkan di Eropa, kejadian pasien dengan risiko infeksi sebanyak 83,5% dan bukti kesalahan medis menunjukkan 50-72,3% (Lombogia, *et al*, 2016).

National Patient Safety Agency, 2017 melaporkan dalam rentang waktu Januari-Desember 2016 angka kejadian insiden keselamatan pasien yang dilaporkan dari Negara Inggris adalah sebanyak 1.879.822 kejadian. *Ministry of Health* Malaysia melaporkan angka insiden keselamatan pasien dalam rentang waktu Januari- Desember 2013 sebanyak 2.769 kejadian. Dan untuk Negara Indonesia dalam rentang waktu 2006-2011 Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) melaporkan terdapat 877 kejadian insiden yang tidak diharapkan.

Laporan insiden keselamatan pasien di Indonesia berdasarkan propinsi menunjukkan bahwa dari 145 insiden yang dilaporkan terdapat 55 kasus (37,9%) terjadi di wilayah DKI Jakarta. Sedangkan berdasarkan jenisnya didapatkan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sebanyak 69 kasus (47,6%), KTD sebanyak 67 kasus (46,2%) dan lain-lain sebanyak 9 kasus (6,2%) (Lumenta dalam Efendi, 2013). Walaupun data ini telah ada secara umum di Indonesia, pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit belum dikembangkan secara menyeluruh oleh semua rumah sakit sehingga perhitungan kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien masih sangat terbatas.

Institusi rumah sakit selalu meningkatkan mutu pada 3 (tiga) elemen yaitu struktur, proses dan outcome (Bustami, 2011), dengan bermacam-macam konsep dasar, program regulasi yang berwenang misalnya antara lain penerapan standar pelayanan rumah sakit, penerapan *Quality Assurance*, *Total Quality Management*, *Continuos Quality Improvement*, Perizinan, Akreditasi, Kredensialing, Audit Medis, Indikator Klinis, *Clinical Governance*, *International Organization for Standarization* (ISO) dan lain sebagainya (Depkes RI, 2006). Harus diakui pada pelayanan yang telah berkualitas tersebut masih terjadi KTD yang tidak jarang berakhir dengan tuntutan hukum. Oleh sebab itu perlu program untuk lebih memperbaiki proses pelayanan, karena KTD sebagian dapat merupakan kesalahan dalam proses pelayanan yang sebetulnya dapat dicegah melalui rencana pelayanan

yang komprehensif dengan melibatkan pasien berdasarkan haknya. Program tersebut yang kemudian dikenal dengan istilah Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) (Depkes RI, 2006).

Tujuan pengaturan keselamatan pasien adalah untuk peningkatan mutu pelayanan dengan menerapkan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit. Data mengenai *adverse event* di Indonesia masih sangat langka, tetapi yang pasti tuduhan malpraktek terhadap dokter dan rumah sakit makin lama makin sering dijumpai. Hal yang menjadi masalah di lapangan ialah secara keseluruhan program *patient safety* sudah diterapkan dan sudah pernah mengikuti sosialisasi, tetapi masih ada pasien cedera, resiko jatuh, resiko salah pengobatan, pendelegasian yang tidak akurat saat overan pasien yang mengakibatkan keselamatan pasien menjadi kurang maksimal (Bawelle, 2013).

Memenuhi tuntutan Undang-Undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang mewajibkan seluruh Rumah Sakit di Indonesia untuk meningkatkan mutu pelayanannya melalui akreditasi. Pada tahun 2017 Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) mengeluarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS). Dengan masuknya program keselamatan pasien ke dalam standar akreditasi maka rumah sakit yang akan melaksanakan akreditasi harus melaksanakan program keselamatan pasien ini.

Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien. Hal ini telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 11 tahun 2017. Penyusunan sasaran ini mengacu pada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari *World Health Organization* (WHO), yang juga digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) dan *Joint Commisions International* (JCI). Sasaran keselamatan pasien meliputi tercapainya hal-hal sebagai berikut: 1) ketepatan identifikasi pasien; 2) peningkatan komunikasi yang efektif; 3) peningkatan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai; 4) kepastian lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar dan pembedahan pada pasien yang benar; 5) pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; 6) pengurangan risiko cedera pasien akibat terjatuh. Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien yang menyoroti bidang-bidang bermasalah dalam perawatan

kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan nasihat para pakar. (Kemenkes RI, 2017).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Padang Pariaman beroperasi sejak tahun 2009 dan baru pada tahun 2012 ditetapkan sebagai Rumah Sakit kelas C berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK.03.05/I/153/2012. Sampai saat ini RSUD Padang Pariaman masih dalam tahap pengembangan (penambahan fisik bangunan) dan baru terakreditasi tingkat dasar pada akhir tahun 2017. Upaya-upaya perbaikan telah dilakukan oleh pihak manajemen namun masih diperlukan monitoring dan evaluasi dalam hal keselamatan pasien di RSUD Padang Pariaman.

Berdasarkan survey dokumen dari kelompok kerja (pokja) akreditasi, penerapan 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) di RSUD Padang Pariaman belum optimal. Dari hasil evaluasi pada periode akhir tahun 2017, penerapan enam indikator sasaran keselamatan pasien baru mencapai 82,63%. Angka tersebut belum mencapai target dimana standar dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) adalah 100% (Sumber data : dokumen Monitoring dan Evaluasi tentang 6 Indikator SKP RSUD Padang Pariaman, 2017).

Hasil wawancara dengan kepala seksi pelayanan medik di RSUD Padang Pariaman, menyatakan bahwa pada tahun 2017 telah dibentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS). Namun rencana kerja program keselamatan pasien sampai saat ini belum dirumuskan. Hal ini menyebabkan kegiatan TKPRS belum berjalan sebagaimana mestinya.

Hasil wawancara dengan perawat pelaksana di rawat inap RSUD Padang Pariaman, menyatakan bahwa telah terjadi 7 insiden pasien jatuh di rawat inap dalam 2 (dua) tahun terakhir, diantaranya 5 orang pasien jatuh di kamar mandi dan 2 orang pasien jatuh dari tempat tidur. Kondisi ini belum menggambarkan kejadian secara keseluruhan, karena pelaporan insiden di rumah sakit ini belum pernah terlaksana. Selain itu, berdasarkan laporan dan analisa data *Healthcare Associated Infections* (HAIs) di RSUD Padang Pariaman, angka kejadian infeksi Flebitis pada tahun 2017 masih tinggi yaitu 12,01%. Sementara standar pelayanan minimal rumah sakit pada indikator angka kejadian infeksi nosokomial menetapkan standar $\leq 1,5\%$ (Kemenkes, 2008). Hal ini menunjukkan masih

rendahnya penerapan sasaran 5 yaitu pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

Sesuai dengan teori sistem dalam Azwar (2010) untuk mengetahui proses pelaksanaan dari suatu kegiatan dapat dilihat dari ketersediaan input, dan pelaksanaan proses. Ketersediaan input mencakup kebijakan tertulis tentang program keselamatan pasien, Standar Prosedur Operasional (SPO) dari masing-masing sasaran keselamatan pasien, tenaga, metode, dana dan sarana yang terkait dengan keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman. Sedangkan tahap proses meliputi pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman.

Berdasarkan pemaparan permasalahan di atas bahwa masih kurangnya pencapaian penerapan enam indikator sasaran keselamatan pasien dan dengan adanya kejadian insiden pasien jatuh serta masih tingginya angka infeksi terkait perawatan kesehatan di rawat inap, maka penulis tertarik untuk meneliti pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman tahun 2018. Penelitian ini berdasarkan kepada pendekatan sistem yang meliputi aspek masukan (*input*), proses dan keluaran (*output*).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas dapat dibuat rumusan permasalahan sebagai berikut :

1. Bagaimana *input* pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman?
2. Bagaimana proses pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman?
3. Bagaimana *output* pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Padang Pariaman.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui *input* pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman
- b. Mengetahui proses pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman
- c. Mengetahui *output* pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Praktis

- a. Diharapkan dapat menjadi masukan bagi instansi terkait dalam pengambilan keputusan dan penyusunan rencana strategis penyelenggaraan program keselamatan pasien dalam rangka peningkatan mutu layanan di rumah sakit.
- b. Sebagai bahan referensi bagi penelitian selanjutnya, guna pengembangan penelitian terkait program keselamatan pasien di rumah sakit.

2. Aspek Akademis

Penelitian ini sebagai bahan masukan dan sumbangan pemikiran bagi akademisi dan pengembangan ilmu manajemen rumah sakit dalam teori tentang program keselamatan pasien di rumah sakit.

