

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Mutu Pelayanan Kesehatan

1. Definisi Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu dapat berarti suatu cara yang sederhana untuk meraih tujuan yang diinginkan dengan cara yang paling efisien dan efektif, dengan penekanan untuk memuaskan pembeli atau konsumen. Mutu layanan merupakan hal yang penting dalam layanan kesehatan. Mutu merupakan hasil dari perhatian yang tinggi, upaya yang sungguh-sungguh, pengarahannya yang cerdas dan pelaksanaan yang terampil (Al-Assaf, 2009).

Mutu dalam layanan kesehatan adalah sebuah konsep manajemen yang berfokus pada konsumen yang inovatif dan partisipatif yang mempengaruhi setiap individu dalam organisasi dan mutu dapat bertahan melalui transformasi budaya dengan tujuan utamanya adalah terwujudnya pelaksanaan proses perbaikan yang akan berdampak positif pada *outcome* layanan kesehatan (Al-Assaf, 2009). Mutu pelayanan kesehatan adalah *outcome* kesehatan pasien, organisasi dan komunitas yang dihasilkan dari interaksi struktur dan proses yang relevan untuk memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan internal dan eksternal (Duncan, Ginter & Swyne, 1998).

2. Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan

Peningkatan *outcome* pasien menjadi tujuan utama dalam manajemen mutu sejak 100 tahun lalu. Institute of Medicine (IOM) mendefinisikan bahwa kualitas pelayanan kesehatan yang meningkat dengan meningkatkan pengetahuan professional akan diikuti dengan peningkatan *outcome* pasien. Dengan meningkatnya focus pada *medical error*, *cost-effective* pengobatan, performa pemberi pelayanan kesehatan merupakan strategi dan kerangka kerja yang harus diterapkan pada sistem pelayanan kesehatan (Varkey, 2010).

Upaya peningkatan pelayanan berkembang seiring dengan seringnya kejadian tidak diharapkan pada pasien atau keluhan pasien terhadap pelayanan yang diberikan. Peningkatan mutu pelayanan bertujuan untuk menerapkan dasar keilmuan kedokteran dalam praktek klinis dan untuk mengukur mutu dari proses penerapan dasar keilmuan kedokteran tersebut yang berhubungan dengan *outcome* pasien (Varkey, 2010).

Peningkatan mutu yang berkesinambungan sangat diperlukan dalam pelayanan kesehatan. hal ini termasuk didalamnya adalah manajemen, staf dan seluruh professional kesehatan harus meningkatkan proses kerja untuk peningkatan pelayanan kepada pasien. Dasar untuk menentukan peningkatan mutu yang berkesinambungan adalah dengan meningkatkan performa individu dan

proses serta sistem organisasi. Komponen dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan antara lain (Harris, 2006):

- a. Pastikan kerangka kerja yang aman dan bermutu
- b. Meningkatkan pelayanan akses data
- c. Meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan
- d. Pendidikan keselamatan dan mutu pelayanan
- e. Respon terhadap masalah dan risiko

Pelayanan kesehatan merupakan sebuah industri yang didalamnya banyak mengandung risiko, baik risiko terhadap pasien maupun pemberi pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, dikembangkanlah budaya *safety*. Manajemen risiko harus dikembangkan untuk menentukan, identifikasi, analisis, evaluasi dan memberikan solusi terhadap semua risiko yang ada. Tujuannya adalah untuk meningkatkan keselamatan dan mutu pelayanan kesehatan (Harris, 2006).

B. *Patient Safety*

1. Definisi *Patients Safety*

Patient safety (keselamatan pasien) adalah pasien bebas dari *harm* (cedera) yang termasuk didalamnya adalah penyakit, cedera fisik, psikologis, sosial, penderitaan, cacat, kematian, dan lain-lain yang seharusnya tidak seharusnya

terjadi atau cedera yang potensial, terkait dengan pelayanan kesehatan (KKP-RS, 2007).

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi penilaian 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 R.I. 2006)

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan salah satu dimensi mutu yang saat ini menjadi pusat perhatian para praktisi pelayanan kesehatan dalam skala nasional maupun global. Hal ini tercermin dengan diangkatnya *patient safety* sebagai isu utama pada konferensi ISQua yang diselenggarakan di Vancouver Canada pada bulan Oktober 2005, sementara di Indonesia *patient safety* juga merupakan salah satu isu utama yang melatar belakangi diberlakukannya Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 yang juga mulai berlaku pada bulan tersebut. Ketepatan (*appropriateness*) dalam pelayanan kesehatan, kecepatan (*timeliness*), dan bebas dari bahaya dan kesalahan (*free from harm and error*) merupakan tiga unsur utama dari keselamatan pasien yang dapat terwujud dengan adanya regulasi pelayanan kesehatan, sistem informasi yang memadai, sumber daya manusia

kesehatan yang professional, dan pengelolaan sumber daya kesehatan lain (Marseno, 2011).

2. Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) terdiri dari sistem pelaporan insiden, analisis, belajar dan riset dari insiden yang timbul, pengembangan dan penerapan solusi untuk menekan kesalahan, penetapan berbagai pedoman, standar, indikator keselamatan pasien berdasarkan pengetahuan dan riset, keterlibatan dan pemberdayaan pasien, pengembangan toksonomi: konsep, klasifikasi, norma, istilah dan sebagainya. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (DepKes RI, 2006).

Hampir setiap tindakan medis menyimpan potensi resiko. Banyaknya jenis obat, jenis pemeriksaan dan prosedur, serta jumlah pasien dan staf rumah sakit yang cukup besar, merupakan hal yang potensial bagi terjadinya kesalahan medis (*medical errors*). Menurut *Institute of Medicine* (1999), *medical error* didefinisikan sebagai: *The failure of a planned action to be completed as intended (i.e., error of execution) or the use of a wrong plan to achieve an aim (i.e., error of planning)*. Artinya kesalahan medis didefinisikan sebagai suatu kegagalan tindakan medis yang telah direncanakan untuk diselesaikan tidak seperti yang

diharapkan (kesalahan tindakan) atau perencanaan yang salah untuk mencapai suatu tujuan (kesalahan perencanaan). Kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis ini akan mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien, bisa berupa *Near Miss* atau *Adverse Event* (Kejadian Tidak Diharapkan/KTD) (Marseno, 2011).

- a. *Near Miss* atau Nyaris Cedera (NC) merupakan suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena keberuntungan (pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), pencegahan (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), dan peringatan (suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan anti-dotnya) (KKP-RS, 2007).
- b. *Adverse Event* atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), dan bukan karena “*underlying disease*” atau kondisi pasien (KKP-RS, 2007). Kesalahan tersebut bisa terjadi dalam tahap diagnosis seperti kesalahan atau keterlambatan diagnosis, tidak menerapkan pemeriksaan yang sesuai, menggunakan cara pemeriksaan yang sudah tidak

dipakai atau tidak bertindak atas hasil pemeriksaan atau observasi; tahap pengobatan seperti kesalahan pada prosedur pengobatan, pelaksanaan terapi, metode penggunaan obat, dan keterlambatan merespon hasil pemeriksaan asuhan yang tidak layak; tahap preventif seperti tidak memberikan terapi profilaksis serta monitor dan *follow up* yang tidak adekuat; atau pada hal teknis yang lain seperti kegagalan berkomunikasi, kegagalan alat atau sistem yang lain.

Dalam kenyataannya masalah *medical error* dalam sistem pelayanan kesehatan mencerminkan fenomena gunung es, karena yang terdeteksi umumnya adalah *adverse event* yang ditemukan secara kebetulan saja. Sebagian besar yang lain cenderung tidak dilaporkan, tidak dicatat, atau justru luput dari perhatian kita semua.

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya *medical error* adalah sebagai berikut (Varkey, 2010):

- a. Institusi
 - 1) Regulasi.
 - 2) Lingkungan medikolegal.
- b. Organisasi dan manajemen
 - 1) Sumber daya keuangan.
 - 2) Standar dan tujuan kebijakan.

3) *Safety culture.*

c. Lingkungan kerja

- 1) Kualifikasi staff dan tingkat keahlian.
- 2) Beban kerja dan pola shift.
- 3) Desain, ketersediaan dan pemeliharaan alat kesehatan.
- 4) Dukungan administrasi dan manajerial.

d. Tim

- 1) Komunikasi verbal.
- 2) Komunikasi tulis.
- 3) Supervise dan pemanduan.
- 4) Kepemimpinan tim.

e. Individu petugas medis

- 1) Pengetahuan dan keterampilan.
- 2) Motivasi dan sikap.
- 3) Kesehatan mental dan fisik.

f. Tugas

- 1) Ketersediaan dan kepatuhan terhadap standar operasional prosedur.
- 2) Ketersediaan dan akurasi hasil tes.

g. Pasien

- 1) Kompleksitas dan kondisi keparahan pasien.
- 2) Bahasa dan komunikasi.

3) Faktor sosial dan personal.

Faktor-faktor diatas masing-masing mempunyai peran terhadap timbulnya *medical error*. Pada faktor institusi, salah satu contohnya rendahnya prioritas oleh pembuat kebijakan terhadap *patient safety* sehingga rendahnya pencegahan terhadap terjadinya *medical error*. Faktor manajemen antara lain keterbatasan keuangan dan kurangnya kesadaran tentang isu *patient safety* dalam jajaran senior manajemen. Pada faktor lingkungan kerja seperti beban kerja yang terlalu tinggi sehingga menyebabkan kelelahan, keterbatasan peralatan medis, kurangnya dukungan administrasi yang dapat mengurangi waktu pelayanan terhadap pasien (Varkey, 2010).

Pada faktor tim yang dapat menyebabkan *medical error* seperti rendahnya supervisi petugas junior dan rendahnya komunikasi lintas profesi. Pada faktor tim, kurangnya pengetahuan dan pengalaman serta kelelahan dan stress kerja akan meningkatkan *medical error*. Pada faktor tugas yaitu kurang jelasnya standar operasional prosedur serta *guideline*. Pada faktor pasien, keterbatasan bahasa antara pasien dan petugas dapat menyebabkan *medical error* (Varkey, 2010).

Pada November 1999, *the American Hospital Association (AHA) Board of Trustees* mengidentifikasi bahwa keselamatan dan keamanan pasien (*patient safety*) merupakan sebuah prioritas strategik. Mereka juga menetapkan capaian-capaian peningkatan yang terukur untuk *medication safety* sebagai target

utamanya. Tahun 2000, *Institute of Medicine*, Amerika Serikat dalam “*TO ERR IS HUMAN, Building a Safer Health System*” melaporkan bahwa dalam pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit ada sekitar 3-16% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/*Adverse Event*). Menindaklanjuti penemuan ini, tahun 2004, WHO mencanangkan *World Alliance for Patient Safety*, program bersama dengan berbagai negara untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit (DepKes RI, 2006).

Di Indonesia, telah dikeluarkan pula Kepmen nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit, yang tujuan utamanya adalah untuk tercapainya pelayanan medis prima di rumah sakit yang jauh dari *medical error* dan memberikan keselamatan bagi pasien. Perkembangan ini diikuti oleh Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) yang berinisiatif melakukan pertemuan dan mengajak semua *stakeholder* rumah sakit untuk lebih memperhatikan keselamatan pasien di rumah sakit (Marseno, 2011).

Mempertimbangkan betapa pentingnya misi rumah sakit untuk mampu memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik terhadap pasien mengharuskan rumah sakit untuk berusaha mengurangi *medical error* sebagai bagian dari penghargaan terhadap kemanusiaan, maka dikembangkan system *patient safety* yang dirancang mampu menjawab permasalahan yang ada (Marseno, 2011).

3. Faktor-Faktor *Patient Safety*

Rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang professional harus berkomitmen yang dituangkan dalam visinya adalah memberikan pelayanan yang aman dan berkualitas dengan mengembangkan inovasi-inovasi, yang didalamnya memuat kebijakan baru dan prosedur rutin yang yang lebih baik dalam proses pemberian pelayanan. Walaupun rumah sakit harus berhadapan langsung dengan pasien, kombinasi semua komponen organisasi menentukan seberapa baik performa institusi tersebut (Kovner dan Neuhauser, 2004).

Faktor-faktor yang mempengaruhi performa dan penerapan *patient safety* di rumah sakit adalah sebagai berikut:

a. Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah diakui sebagai hal penting dalam menentukan arah organisasi, mengembangkan budaya, memastikan pelayanan dan mempertahankan organisasi yang efektif. Pemimpin mengubah keadaan dengan terlebih dahulu memeriksa situasi saat ini, melihat ke depan untuk kemungkinan masa depan dan mengenali area untuk perbaikan. Mereka kemudian menciptakan sistem baru atau mengubah sistem dalam hal perbaikan. Kebanyakan sistem yang sistematis membahas masalah keselamatan pasien dan peningkatan kualitas telah mengidentifikasi peran penting bagi kepemimpinan di bidang keselamatan pasien dan kualitas

pelayanan. Kunci peran kepemimpinan di tingkat nasional untuk keselamatan pasien adalah pengetahuan, pengembangan dan pembelajaran dan promosi praktek yang baik yang telah ditugaskan, baik dalam lembaga nasional atau sebuah rumah sakit (*The Commission on Patient Safety and Quality Assurance of Irelandia*, 2008).

Dasar dari perubahan organisasi untuk budaya *patient safety*, komitmen pemimpin merupakan elemen yang sangat penting dalam usaha untuk meningkatkan mutu dan *safety*. Pemimpin harus mempromosikan *patient safety* sebagai inti dari partisipasi pada aktivitas *patient safety*. Pemimpin harus melakukan perubahan seperti melakukan perubahan seperti kebijakan melaporkan tindakan kesalahan tanpa hukuman dan merahasiakan pelapor (Bates, Gandhi & Frankel, 2003).

Jajaran direksi, manajer, dan ketua pelayanan klinis bersama-sama dengan serius, *visible* dan komitmen tinggi harus membuat sistem pelayanan yang konsisten bermutu tinggi. Komitmen tersebut dapat dimulai membuat tujuan dan misi rumah sakit serta strategi yang diterapkan sesuai dengan peningkatan kualitas dan *safety* (Kovner dan Neuhauser, 2004).

Komitmen juga harus diikuti dengan aksi pada performa pelayanan. Manajemen harus dapat mengirimkan pesan yang kuat tentang pentingnya *patient safety* dan peningkatan mutu pelayanan dengan mengembangkan

program *patient safety* di institusinya. Hal tersebut juga harus didukung dengan alokasi sumber daya manusia dan sumber daya keuangan. Untuk *patient safety*, pimpinan harus mengembangkan sistem yang berorientasi pada *safety*, dimana orientasi tersebut adalah menemukan dan *blame reporting* individu (Kovner dan Neuhauser, 2004).

b. Individu

Ada tiga dimensi penting tenaga kesehatan professional yang harus dinilai dalam organisasi untuk meningkatkan *safety* dan mutu. Pertama, pemimpin harus memastikan bahwa menempatkan pekerja dengan benar agar performa kerja yang dihasilkan sesuai dengan tujuan. Kedua, pemimpin harus memastikan pekerja yang dimiliki mempunyai keterampilan untuk menjalankan fungsinya sehingga pelayanan yang diberikan bermutu dan *safety*. Rumah sakit harus dapat mengadakan pendidikan berkelanjutan untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan para staf. Ketiga, rumah sakit membutuhkan tim yang dapat bekerja secara efektif. Kerjasama tim berarti setiap anggota mengetahui bahwa dirinya adalah tim, mengetahui tugas dan tanggungjawabnya dalam tim, dan dapat saling membantu dalam tim (Kovner dan Neuhauser, 2004).

Pendidikan, pelatihan dan penelitian tentang keselamatan pasien harus dikembangkan. Interaksi antara pasien dan petugas kesehatan merupakan inti

pelayanan kesehatan. Jelas keamanan dan kualitas kesehatan tergantung pada pengetahuan dan kompetensi dari orang yang memberikan itu. Pelatihan yang efektif, rekrutmen, retensi dan pengembangan profesional kesehatan merupakan elemen kunci dari *patient safety*, sistem kesehatan berkualitas tinggi. *Evidence based* sangat penting untuk perbaikan pada keselamatan pasien, tetapi ada kelangkaan penelitian tentang isu-isu keselamatan pasien. Kesehatan modern adalah sangat kompleks berubah secara dinamis. Hal ini menyajikan tantangan di setiap tingkat dalam sistem untuk memastikan bahwa tenaga kerja kesehatan yang kompeten yang sesuai dengan tujuan dan memastikan pasien dengan perawatan yang tepat, diberikan oleh orang yang benar dalam lingkungan yang benar (*The Commission on Patient Safety and Quality Assurance of Ireland, 2008*).

1) Pengetahuan Perawat tentang *Patient Safety*

Menurut Notoatmodjo, (2003) pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan tentang *patients safety* atau kognitif tentang *patients safety* mencakup ingatan mengenai hal-hal yang pernah dipelajari dan disimpan dalam ingatan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*).

Pengetahuan perawat tentang *patient safety* sangat penting untuk mendorong pelaksanaan program *patient safety*. perawat harus mengetahui pengertian *patient safety*, unsur-unsur yang ada dalam *patient safety*, tujuan *patient safety*, upaya *patient safety* serta perlindungan diri selama kerja. Program *patient safety* merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Di dalam sistem tersebut meliputi penilaian risiko seperti risiko jatuh atau infeksi silang, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden atau kejadian tidak diharapkan, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko (DepKes RI, 2006).

Peran perawat dalam upaya *patient safety* di rumah sakit adalah (Prayetni, 2009):

- a) Sebagai pemberi pelayanan keperawatan, perawat mematuhi standar pelayanan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang telah ditetapkan.
- b) Menerapkan prinsip-prinsip etik dalam pemberian pelayanan keperawatan.
- c) Memberikan pendidikan kepada pasien dan keluarga tentang asuhan yang diberikan.

- d) Menerapkan kerjasama tim kesehatan yang handal dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- e) Menerapkan komunikasi yang baik terhadap pasien dan keluarganya
- f) Peka, proaktif dan melakukan penyelesaian masalah terhadap kejadian tidak diharapkan.
- g) Mendokumentasikan dengan benar semua asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga.

Perawat juga harus mengetahui bahwa dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien juga harus memperhatikan perlindungan terhadap dirinya sendiri. Setiap akan melakukan tindakan, kontak dengan pasien, kontak dengan cairan pasien maka perawat juga harus melindungi dirinya dengan memakai alat pelindung diri seperti masker dan sarung tangan. Selain itu, cuci tangan juga harus dilakukan pada sebelum dan setelah melakukan tindakan untuk mencegah infeksi silang. Cuci tangan dapat menggunakan air mengalir dengan sabun, handuk *single* atau *alcohol-based hand rub* (WHO, 2007)

Program *patient safety* tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan dan meningkatkan pertanggungjawaban rumah sakit terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien (DepKes RI, 2006).

2) Sikap Perawat tentang *Patient Safety*

Sikap dapat dianggap suatu predisposisi umum untuk berespon atau bertindak secara positif atau negatif terhadap suatu obyek atau orang disertai emosi positif atau negatif. Dengan kata lain, sikap perlu penilaian, ada penilaian positif, negatif dan netral tanpa reaksi afektif apapun (Maramis, 2009).

Berkaitan dengan pengertian diatas pada umumnya pendapat yang banyak diikuti ialah bahwa sikap itu mengandung tiga komponen yang membentuk struktur sikap, yaitu komponen kognitif, yaitu komponen yang berisikan informasi yang dimiliki seseorang tentang orang lain atau benda (objek dari sikapnya); komponen afektif, yaitu komponen yang berisikan perasaan-perasaan seseorang terhadap suatu objek; dan komponen perilaku, yaitu komponen yang berisikan cara yang direncanakan seseorang untuk bertindak atau berperilaku terhadap objek (Muchlas, 2008).

Perawat harus menunjukkan sikap yang positif dalam mendukung program *patient safety* sehingga melaksanakan praktik keperawatan secara aman. Sikap mendukung pencegahan penularan penyakit. Mencuci tangan adalah salah satu komponen *precaution standard* yang efektif dalam mencegah transmisi infeksi. Selain itu penggunaan alat pelindung

diri seperti sarung tangan dan masker untuk mencegah risiko kontak dengan *pathogen* (WHO, 2007).

Identifikasi risiko pada pasien sangat penting untuk mencegah terjadinya kesalahan. Pastikan ada penilaian risiko pada pasien dalam proses asesmen risiko rumah sakit. Proses penilaian risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko, dan mencari solusi atau langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut. Penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses penilaian dan pencatatan risiko rumah sakit (DepKes, 2006).

Kerja sama tim sangat dibutuhkan dalam peningkatan keselamatan pasien. Prinsip komunikasi terbuka antar tenaga kesehatan dalam praktik profesional. Adanya mekanisme monitor dan evaluasi terhadap implementasi pelayanan yang diberikan kepada pasien. Prinsip komunikasi terbuka tenaga kesehatan juga dengan pasien dan keluarganya bila ada risiko atau kejadian yang tidak diharapkan. Pasien berhak mendapat dukungan dan perlindungan bila terjadi kejadian tidak diharapkan. Rumah sakit harus memastikan ada program konseling kepada pasien dan juga keluarganya setelah terjadi kejadian tidak diharapkan (*The Commission on Patient Safety and Quality Assurance of Ireland*, 2008).

Perawat juga harus mengembangkan pengetahuan dan keterampilannya dalam mendukung program *patient safety*. Pengetahuan tentang *patient safety* termasuk bagaimana cara pelaporan KTD harus dipahami oleh tenaga kesehatan. Dasar pengetahuan yang kuat tentang *patient safety* mempunyai hubungan yang kuat terhadap pelaksanaan program *patient safety*. Pelatihan dan pendidikan tentang *patient safety* harus dilakukan secara berkesinambungan oleh rumah sakit (*The Commission on Patient Safety and Quality Assurance of Irelandia, 2008*).

c. Budaya

Perubahan budaya adalah semboyan baru dalam *patient safety*. Tujuan utama dalam perubahan budaya adalah transparansi sistem, yang didefinisikan sebagai kesediaan penyedia dan pasien untuk secara terbuka dan nyaman mengekspresikan keprihatinan mereka tentang pemberian perawatan dengan cara mengidentifikasi kekurangan dan mengarah ke penghapusan kesalahan, mitigasi, atau manajemen yang tepat. Perubahan budaya, dan peningkatan dalam identifikasi hal itu penting dalam rangka untuk kemudian dapat mengidentifikasi dan memperbaiki sistem perawatan (Bates, Gandhi & Frankel, 2003).

Dalam arti negatif masalah budaya merujuk pada profesional dan sikap dan perilaku yang organisasi biasanya ditandai dengan resistensi terhadap

intervensi dengan otonomi klinis dan kemampuan manajerial, dan antipati terhadap perubahan. Sebaliknya, budaya keselamatan suatu organisasi dapat digambarkan sebagai produk dari nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku yang menentukan komitmen untuk, dan gaya dan kemampuan dari suatu organisasi manajemen kesehatan dan manajemen keselamatan. Organisasi dengan budaya keselamatan yang positif dicirikan oleh komunikasi saling percaya, oleh persepsi bersama pentingnya keselamatan, dan oleh kepercayaan dalam keberhasilan langkah-langkah pencegahan (*The Commission on Patient Safety and Quality Assurance of Ireland*, 2008).

Program *patient safety* dengan jelas didefinisikan dalam tujuan, personel rumah sakit, dan anggaran. Yang melatarbelakangi budaya *patient safety* adalah pembelajaran lingkungan tentang masalah kualitas dan *safety* pelayanan. Pembelajaran lingkungan ini harus didukung oleh semua sumber daya yang ada untuk memonitor dan mengevaluasi *error* atau ketidaksesuaian dalam pemberian pelayanan. Hal ini akan memerlukan komunikasi antar staf, termasuk pelaporan *error* atau kesalahan, kondisi bahaya, atau kendala lain dalam mutu pelayanan. Hal ini juga akan memunculkan inovasi dan pembelajaran bersama melalui kolaborasi dan perbandingan (Kovner dan Neuhauser, 2004).

Budaya keselamatan pasien membutuhkan situasi lingkungan terbuka, bebas, tanpa hukuman di mana profesional kesehatan dapat merasa aman untuk melaporkan kejadian tidak diharapkan dan *near misses*. Budaya menyalahkan adalah penghalang utama keterbukaan, diperlukan jika kejadian sentinel harus dilaporkan, pembelajaran dan peningkatan keselamatan. Sistem kelalaian klinis adalah bagian dari budaya menyalahkan. Hal itu harus dihapus dan diganti dengan sistem yang efektif untuk mengidentifikasi, menganalisis, belajar dari dan mencegah kesalahan dan peristiwa sentinel lainnya. Sebuah kelompok ahli harus mempertimbangkan alternatif untuk kelalaian klinis, termasuk sistem administrasi alternatif kompensasi mereka yang menderita kerugian yang timbul dari perawatan medis. Pelaporan rahasia harus disediakan untuk melindungi pelapor. Kegagalan untuk melaporkan akan memungkinkan tindakan tersebut terulang (*The Commission on Patient Safety and Quality Assurance of Irelandia, 2008*).

d. Infrastruktur

Dua elemen penting untuk peningkatan *safety* dan mutu adalah disain proses pelayanan dan ketersediaan infrastruktur informasi. Pekerjaan dapat dirancang untuk menghindari ketergantungan pada memori dengan menggunakan fungsi yang memandu pengguna untuk tindakan yang tepat atau keputusan berikutnya, penataan tugas penting sehingga kesalahan tidak dapat

dibuat, menyederhanakan proses dan standarisasi proses kerja di seluruh unit yang ada (Kovner dan Neuhauser, 2004).

Infrastruktur teknologi informasi mendukung petugas kesehatan dan pasien dengan memfasilitasi komunikasi, mengurangi potensi *error*, membuat staf lebih efisien dan dapat meningkatkan ketersediaan klinisi kesehatan terhadap pasien dengan konsultasi elektronik (Kovner dan Neuhauser, 2004).

Informasi berkualitas tinggi harus menjadi inti dari pengambilan keputusan kesehatan di semua tingkat, dari perawatan pasien individu untuk perencanaan dan pengelolaan pelayanan di tingkat lokal dan nasional. Namun, akses ke informasi dalam kesehatan sering terbatas dan terfragmentasi. Catatan pasien di banyak daerah perawatan yang berbasis kertas atau, jika komputerisasi, yang dalam format yang tidak dapat dibagi dengan mudah antara penyedia layanan. Informasi manajemen dikumpulkan dalam kesehatan biasanya untuk tujuan keuangan atau administrasi bukannya diarahkan pada hasil perawatan klinis dan keselamatan dan kualitas pelayanan (*The Commission on Patient Safety and Quality Assurance of Ireland, 2008*).

Oleh karena itu diperlukan sistem informasi komunikasi, sangat penting untuk mendukung sistem kesehatan modern dan untuk mendukung penyediaan dan aksesibilitas yang akurat dan bermakna. Teknologi Informasi Kesehatan (TIK) dianggap penting untuk transformasi kesehatan.

Namun, sektor ini telah tertinggal di belakang sektor lain dalam adopsi teknologi, dan dasar-dasar fondasi dari infrastruktur TIK yang efektif dalam perawatan kesehatan sering dilihat sebagai prioritas rendah, terutama bila keputusan untuk berinvestasi di bidang TIK untuk meningkatkan keselamatan pasien dengan prioritas pelayanan lainnya. Akibatnya, informasi yang tersedia cenderung lebih terbatas pada informasi keuangan dan administratif daripada dampak perawatan pada pasien (*The Commission on Patient Safety and Quality Assurance of Irelandia, 2008*).

e. Lingkungan

Tidak mungkin untuk mempertimbangkan konsep perawatan yang aman dan efektif yang diberikan oleh tenaga kesehatan profesional dalam isolasi dari lingkungan fisik dan pengaturan di mana perawatan diberikan. Dalam pencegahan infeksi, desain lingkungan perawatan pasien harus memenuhi persyaratan aman, perawatan berkualitas tinggi dengan mempertimbangkan hal berikut (*The Commission on Patient Safety and Quality Assurance of Irelandia, 2008*):

- 1) Memaksimalkan kenyamanan dan martabat pasien.
- 2) Menjamin kemudahan pelaksanaan perawatan profesional.
- 3) Membuat ketentuan yang sesuai untuk anggota keluarga dan pengunjung.

- 4) Meminimalkan risiko infeksi.
- 5) Meminimalkan risiko efek samping lain seperti jatuh atau kesalahan pengobatan.
- 6) Mengelola transportasi pasien.
- 7) Memungkinkan untuk fleksibilitas penggunaan dari waktu ke waktu dan persyaratan perencanaan pelayanan selanjutnya.

4. Tujuan *Patient Safety*

Tujuan *patient safety* adalah (DepKes RI, 2006):

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di RS
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya KTD di RS
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD.

5. Langkah-Langkah *Patient Safety*

Pelaksanaan *patient safety* meliputi:

- a. Sembilan solusi keselamatan Pasien di RS yaitu (Daud, 2007):
 - 1) Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*).

Nama obat yang mirip dan membingungkan merupakan salah satu penyebab terjadinya kesalahan obat. Rekomendasinya adalah memperbaiki penulisan resep dengan cara memperbaiki tulisan tangan atau membuat resep elektronik. Obat yang ditulis adalah nama dagang dan nama generik, dosis, kekuatan, petunjuk pemakaian, dan indikasinya untuk membedakan nama obat yang terdengar atau terlihat mirip.

2) Pastikan identifikasi pasien.

Cek ulang secara detail identifikasi pasien untuk memastikan pasien yang benar sebelum dilakukan tindakan. Libatkan pasien dalam proses identifikasi. Pada pasien koma, kembangkan Standar Prosedur Operasional (SPO) pendekatan *non-verbal biometric*.

3) Komunikasi secara benar saat serah terima pasien.

Alokasi waktu yang cukup pada petugas untuk bertanya dan memberi respon. *Repeat back* dan *read back* yaitu penerima informasi membacakan ulang informasi yang telah ditulisnya untuk memastikan bahwa informasi telah diterima secara benar.

4) Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar.

Verifikasi pada tahap pre-prosedur untuk pasien yang dimaksud, prosedur, sisi dan jika ada *implant* atau *protesis*. Tugas petugas dalam

memberikan tanda agar tidak terjadi salah persepsi serta harus melibatkan pasien. Melakukan *time out* pada semua petugas sebelum memulai prosedur.

5) Kendalikan cairan elektrolit pekat.

Memonitor, meresepkan, menyiapkan, mendistribusi, memverifikasi, dan memberikan cairan pekat seperti *Potassium Chloride* (KCL) sesuai rencana agar tidak terjadi KTD. Standarisasi dosis, unit pengukuran, dan *terminology* merupakan hal yang penting dalam penggunaan cairan pekat. Hindari pencampuran antar cairan pekat.

6) Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan.

Kesalahan yang sering timbul adalah saat peresepan dan pemberian obat. Rekonsiliasi obat adalah salah satu proses yang dirancang untuk mencegah kesalahan pemberian obat saat pengalihan pasien.

7) Hindari salah kateter dan salah sambung slang.

Solusi terbaik adalah mendesain alat yang mencegah salah sambung dan tepat digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang baik.

8) Gunakan alat injeksi sekali pakai.

Salah satu kekhawatiran adalah tersebarnya virus HIV, virus hepatitis B, virus hepatitis C akibat penggunaan jarum suntik yang

berulang. Kembangkan program pelatihan untuk petugas kesehatan mengenai prinsip pengendalian infeksi, penyuntikan yang aman, dan manajemen limbah benda tajam.

9) Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

Bukti nyata bahwa kebersihan tangan dapat menurunkan insiden infeksi nosokomial. Kebijakan yang mendukung adalah tersedianya air secara terus menerus dan tersedianya cairan cuci tangan yang mengandung alkohol pada titik-titik pelayanan pasien.

b. Tujuh Standar Keselamatan Pasien (DepKes, 2006):

1) Hak pasien.

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

2) Mendidik pasien dan keluarga.

RS harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien adalah partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di RS harus ada

sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.

RS menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

4) Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.

RS harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program *patient safety* melalui penerapan "7 Langkah Menuju KP RS". Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko keselamatan pasien dan program mengurangi KTD.

6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien.

RS memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara

jelas. RS menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

- 7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

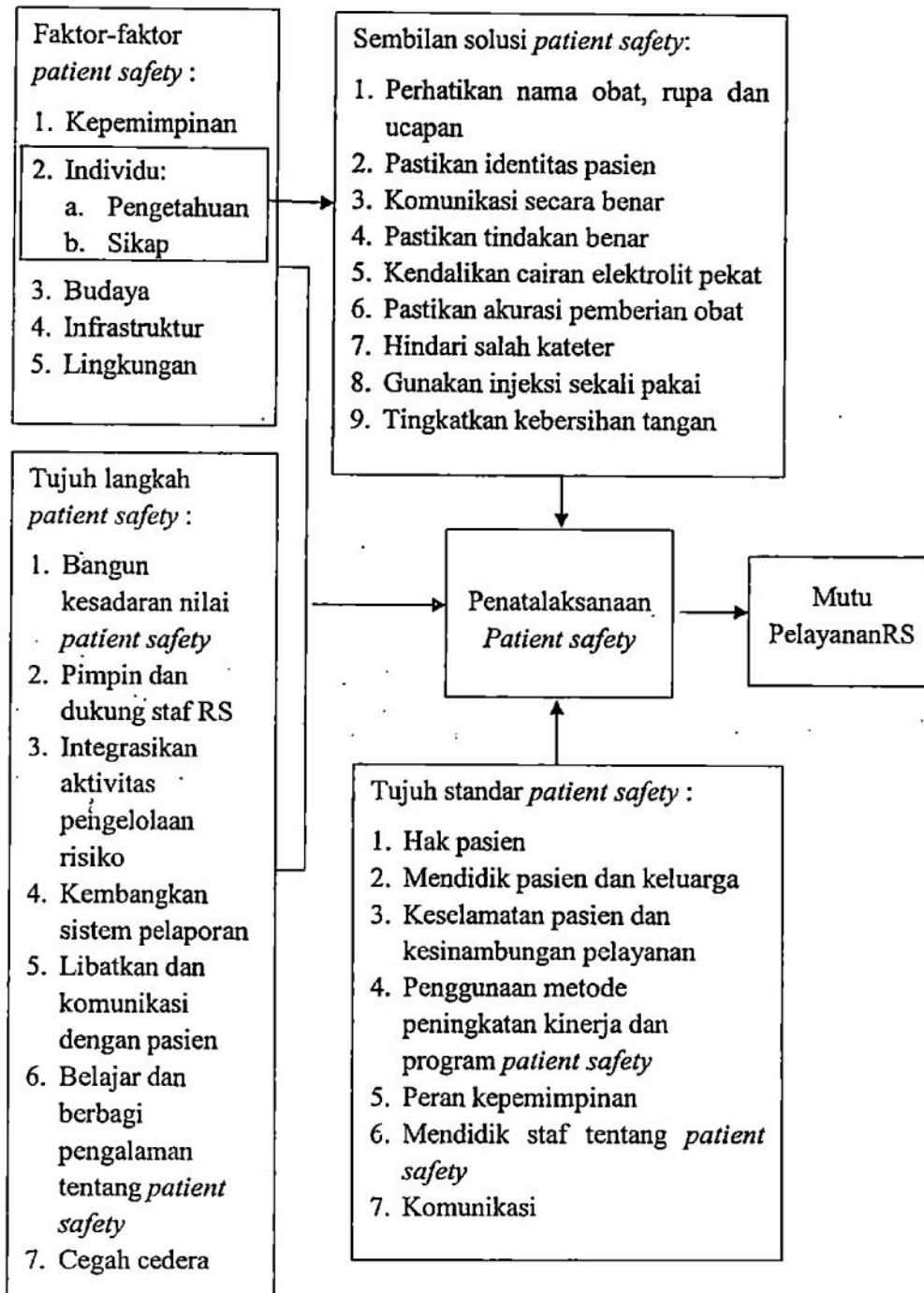
RS merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

- c. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien RS sebagai panduan bagi staf Rumah Sakit (DepKes RI, 2006):

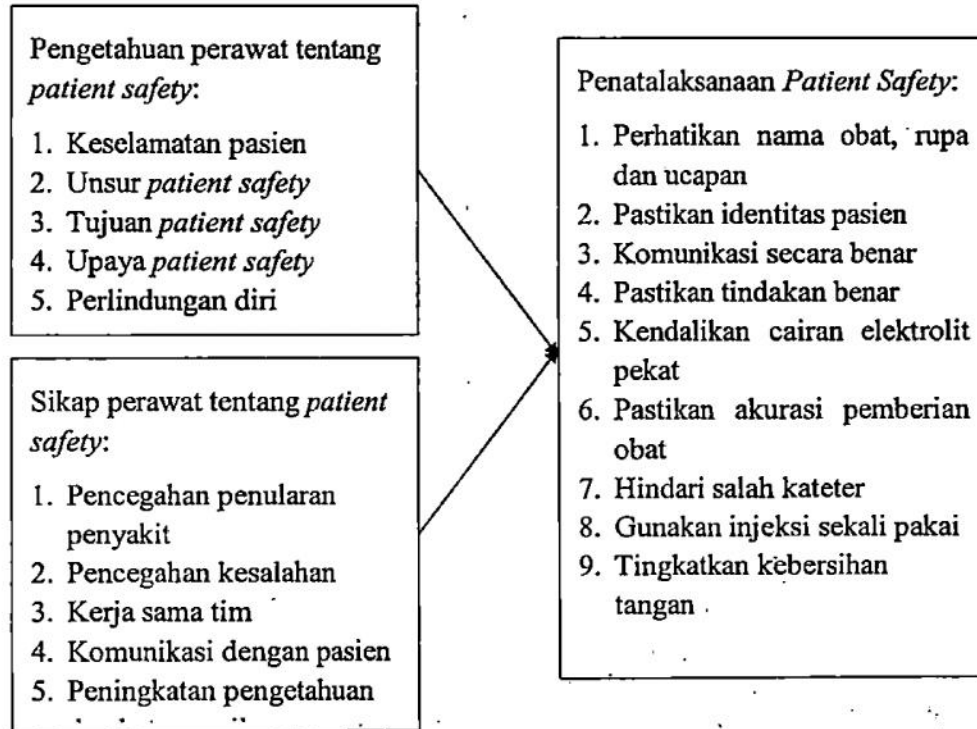
- 1) Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- 2) Pimpin dan dukung staf RS, bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di RS.
- 3) Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan penilaian hal yang potensial bermasalah.

- 4) Kembangkan sistem pelaporan, pastikan staf dapat dengan mudah melaporkan kejadian/insiden, serta RS mengatur pelaporan kepada KKP-RS.
- 5) Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
- 6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, dorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.
- 7) Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien, gunakan informasi yang ada tentang kejadian/ masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

C. Kerangka Teori



D. Kerangka Konsep



E. Hipotesis

Berdasarkan kerangka teori dan kerangka konsep diatas, maka hipotesis penelitian adalah:

Ho:

1. Ada pengaruh pengetahuan perawat terhadap penatalaksanaan *patient safety* di rumah sakit.

2. Ada pengaruh sikap perawat terhadap penatalaksanaan *patient safety* di rumah sakit.
3. Ada pengaruh pengetahuan dan sikap perawat secara bersama-sama terhadap penatalaksanaan *patient safety* di rumah sakit.

Ha:

1. Tidak ada pengaruh pengetahuan perawat terhadap penatalaksanaan *patient safety* di rumah sakit.
2. Tidak ada pengaruh sikap perawat terhadap penatalaksanaan *patient safety* di rumah sakit.
3. Tidak ada pengaruh pengetahuan dan sikap perawat secara bersama-sama terhadap penatalaksanaan *patient safety* di rumah sakit.