

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Keselamatan Pasien

The Institute of Medicine (IOM) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai freedom from accidental injury. Seperti yang disebutkan dalam Depkes (2008) keselamatan pasien (*Patient Safety*) adalah pencegahan dan perbaikan dari kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera dari proses pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien rumah sakit adalah sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pelayanan kesehatan pasien lebih aman dan diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. Hal ini mencakup assesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan, dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindaklanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit).

Sir Liam Donaldson sebagai ketua *WHO World Alliance for Patient Safety, Forward Programme*, 2006-2007 menyatakan bahwa “*Safe care is not*

an option. It is the right of every patient who entrusts their care to our health care system” yaitu pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien bukan sebuah pilihan melainkan merupakan sebuah hak pasien untuk percaya pada pelayanan yang diberikan oleh suatu sistem pelayanan kesehatan.

Tujuan keselamatan pasien menurut Depkes (2009), tujuan keselamatan pasien adalah terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya Kejadian Tak Diharapkan (KTD), dan terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD.

Berbagai upaya dilakukan untuk menjamin asuhan yang diberikan lebih aman dan terhindar dari kesalahan dan cedera yang dapat merugikan pasien dan keluarganya. Upaya untuk menjamin keselamatan pasien di Indonesia dilakukan dengan mengeluarkan Panduan Nasional Keselamatan Pasien yang meliputi standar keselamatan pasien rumah sakit, tujuh langkah menuju keselamatan pasien dan 6 sasaran keselamatan pasien yang mengacu pada *Hospital Patient Safety Standards* (JCHO, 2002). Jika seluruh upaya dilakukan secara optimal, kemungkinan terjadinya KNC dan KTD sangat kecil bahkan dapat dicegah. Selain itu, keselamatan pasien pun dapat tercapai.

a. Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien meliputi Hak Pasien dengan memperhatikan pemberian informasi terkait rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya cedera, mendidik pasien dan keluarga mengenai kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan keperawatan, keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan koordinasi antar tenaga dan unit pelayanan, penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, mendidik staf tentang keselamatan pasien, peningkatan komunikasi bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien (KKPRS, 2008).

b. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Langkah menuju keselamatan pasien bagi staf rumah sakit dilakukan dengan tujuh langkah, yaitu membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, mengembangkan sistem pelaporan, melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, dan mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

c. Enam sasaran keselamatan pasien

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) yang penyusunannya mengacu pada *Nine Life Saving Patient Safety Solutions* dari *World Health Organization (WHO) Patient Safety* (2007). Tujuannya adalah untuk mendorong adanya perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien

menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan memaparkan bukti serta solusi berbasis bukti keahlian. Sasaran Keselamatan Pasien meliputi tercapainya 6 (enam) hal sebagai berikut 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, dan pengurangan risiko pasien jatuh.

2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

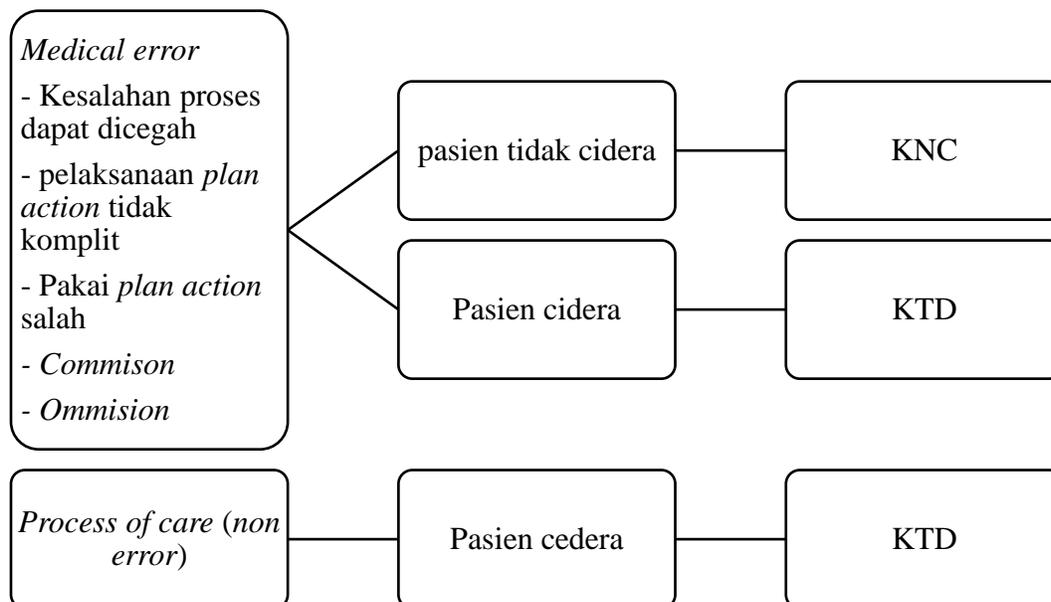
Kejadian Nyaris Cedera (KNC) merupakan kejadian akibat melakukan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mencederaikan pasien tetapi cedera serius tidak terjadi karena keberuntungan (misal pasien menerima suatu obat kontraindikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), pencegahan (suatu obat dengan *overdosis lethal* akan diberikan tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), peringatan (suatu obat dengan *overdosis lethal* diberikan, diketahui secara dini dan diberikan antidotumnya) (KKP-RS, 2008).

Frekuensi terjadinya KNC lebih sering terjadi daripada KTD. KNC juga berperan sebagai kejadian awal sebelum terjadinya KTD. Penyebab KNC terdiri dari kegagalan teknis (*technical failure*), kegagalan manusia (*human operator failure*), dan kegagalan organisasi (*organizational failure*).

Pada awalnya, kegagalan yang terjadi akibat kegagalan teknis, kegagalan manusia, kegagalan organisasi atau kombinasinya keduanya. Jika tidak dapat dicegah, kondisi tersebut akan memasuki kondisi yang berbahaya. Jika pertahanan cukup, kondisi kembali normal. Jika pertahanan tidak cukup, kegagalan pertahanan (contohnya prosedur pengecekan ulang, penggantian peralatan siap pakai) dapat berubah menjadi insiden.

Pengembangan ke arah insiden melalui tahap pemulihan, yaitu pertahanan informal dengan menemukan situasi yang beresiko terjadinya insiden. Pertahanan tersebut berfungsi untuk mencegah terjadinya insiden atau membiarkan insiden menjadi KTD (Van der Schaaff, 1992 dalam *Patient Safety: Archieving a new Standard for care*, 2004).

Faktor penyebab KNC sulit ditemukan tanpa adanya dokumentasi yang baik. Oleh karena itu, keselamatan pasien dapat terwujud jika didukung oleh sistem pelaporan yang baik. Selain itu, sistem pelaporan yang baik dapat mempermudah penentuan langkah pencegahan dan implementasi perbaikan (Cahyono, 2008).



Gambar 2. 1 Proses terjadinya KTD dan KNC (Yahya, 2006)

3. Faktor-Faktor yang Berkontribusi terhadap KNC

KNC dan KTD terjadi karena interaksi atau kecenderungan dari beberapa faktor yang diperlukan kecuali beberapa faktor yang tidak sesuai. Kekurangan faktor-faktor tersebut terlihat pada sistem, telah lama ada sebelum terjadinya suatu insiden. Oleh karena itu,

kebutuhan mengenai kesadaran dan pemahaman fungsi banyaknya sistem yang berkaitan dengan setiap penyedia layanan kesehatan, adanya kebijakan serta tindakan yang diambil pada suatu sistem akan berpengaruh terhadap keamanan, kualitas dan efisiensi pada sistem yang lain.

Setiap sistem secara sempurna dirancang untuk meraih hasil yang didapatkan (Henriksen et al, 2008). Dengan merancang fokus pada dasar sistem, maka interaksi dan kebergantungan yang terjadi tidak hanya pada isi sistem tetapi juga pada komponen yang membentuk sistem.

Tabel 2. 1 Faktor-faktor penyebab KNC dan KTD (Mulyana, 2013)

Penulis	Faktor-faktor pada system
Henriksen, Kaye, Morisseau 1993	<ol style="list-style-type: none"> 1. Karakteristik individu 2. Sifat dasar pekerjaan 3. Interaksi antara sistem dan manusia 4. Lingkungan fisik 5. Lingkungan social/ organisasi 6. Manajemen 7. Lingkungan eksternal
Vincent 1998	<ol style="list-style-type: none"> 1. Karakteristik pasien 2. Faktor pekerjaan 3. Faktor individu 4. Lingkungan kerja 5. Faktor manajemen dan organisasi
Carayon, Smith 2000	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manusia 2. Teknologi dan perangkat 3. Lingkungan fisik 4. Target organisasi 5. Proses pelayanan

Pelayanan sistem memberikan perspektif yang luas dalam mencari solusi dalam lingkungan secara fisik dan budaya. Sebagai contoh yaitu bagaimana pengaturan unit, prosedur pelayanan kesehatan, transfer pengetahuan oleh organisasi, kesalahan teknis, kurangnya

kebijakan dan prosedur, komunikasi antartim, dan isu dalam ketenagaan mempengaruhi seorang individu dalam memberikan layanan yang aman dan berkualitas. Apabila hal tersebut tidak terpenuhi maka akan menghasilkan *error* atau kesalahan (Carayon, 2003).

Menurut Carayon (2003) tipe eror dan bahaya dapat terklarifikasi menurut domain atau kejadian dalam spectrum pelayanan kesehatan. Akar permasalahan dari bahaya teridentifikasi menurut definisi berikut, yaitu:

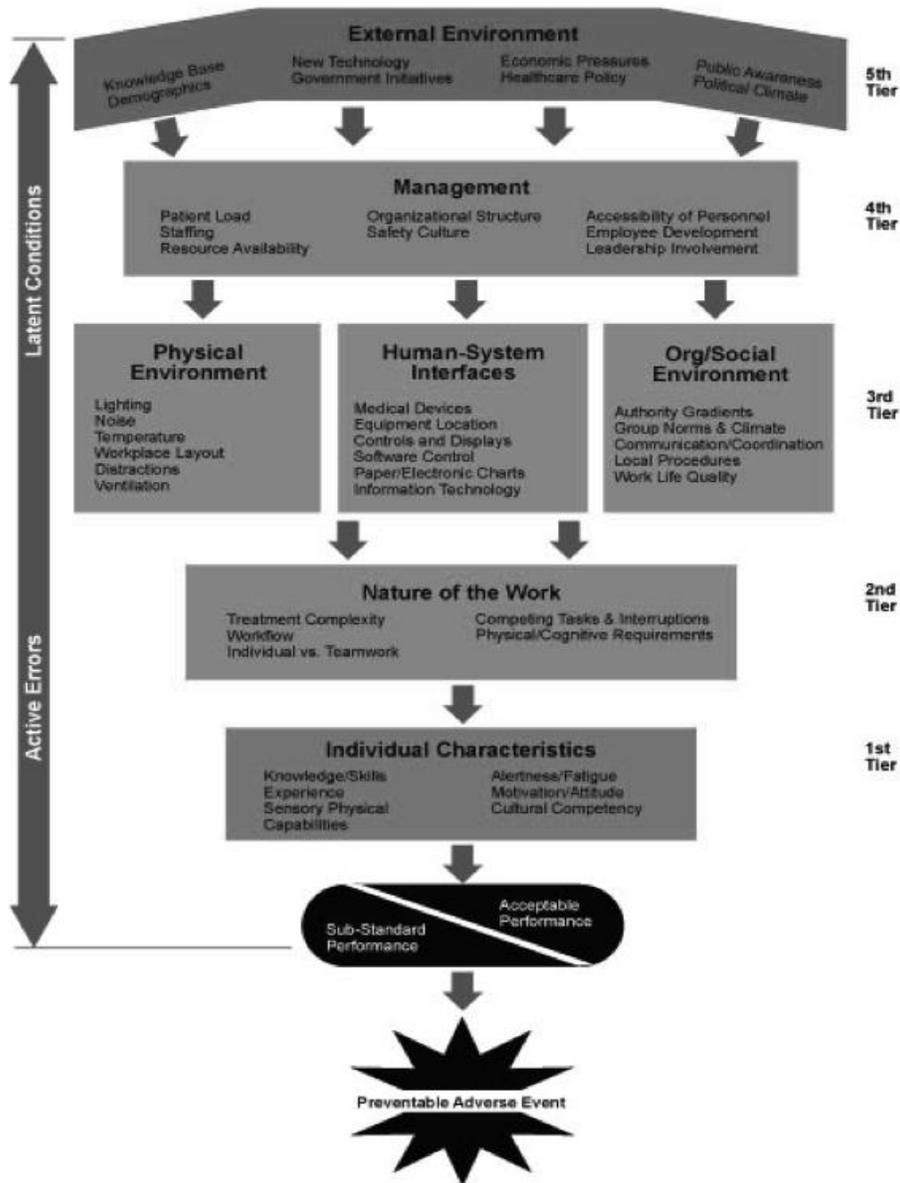
- a. *Latent failure*, yaitu melibatkan pengambilan keputusan yang mempengaruhi kebijakan, prosedur organisasi dan alokasi sumber daya
- b. *Active failure*, yaitu kontak langsung dengan pasien
- c. *Organizational failure*, yaitu kegagalan secara tidak langsung yang melibatkan manajemen, budaya, organisasi, proses/protokol, transfer pengetahuan dan faktor eksternal.
- d. *Technical failure*, yaitu kegagalan secara tidak langsung dari fasilitas atau sumber daya eksternal.

Depkes (2008) mengungkapkan bahwa faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien adalah faktor eksternal/luar rumah sakit, faktor organisasi dan manajemen, faktor lingkungan kerja, faktor tim, faktor petugas dan kinerja, faktor tugas, faktor pasien, dan faktor komunikasi.

Sementara itu *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* (2003) mengatakan bahwa faktor yang dapat menimbulkan insiden keselamatan pasien adalah komunikasi, arus informasi yang tidak adekuat, masalah SDM, hal-hal yang berhubungan dengan pasien, transfer

pengetahuan di rumah sakit, alur kerja, kegagalan teknis, kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat.

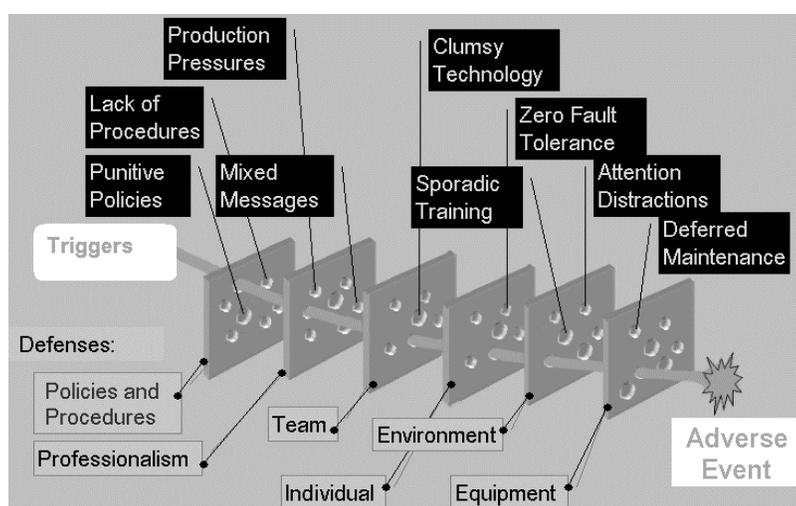
Gambar 2.2 menunjukkan faktor-faktor yang perlu dipahami tentang dasar terjadinya KNC. Gambar tersebut menunjukkan bagaimana setiap faktor berinteraksi satu sama lain. Ketika faktor-faktor tersebut berfungsi secara bersamaan akan terbentuk sistem pertahanan terhadap KNC yang biasanya bisa dicegah. Namun apabila terdapat kekurangan atau ketidaksesuaian pada komponen-komponen tersebut dan satu sama lain bergerak terpisah maka hal itulah yang menjadi kekurangan sistem sehingga KTD dapat terjadi (Henriksen et al, 2008). Gambar 2.2 juga menunjukkan akar permasalahan sampai penyebab langsung terjadinya KNC.



Gambar 2. 2 Faktor-faktor yang berpengaruh pada KNC dan KTD di pelayanan kesehatan (Henriksen Kerm et al, 2008 dalam Mulyana, 2013)

Kekurangan terjadi akibat tidak berfungsinya komponen-komponen sistem pertahanan tersebut menggambarkan lubang-lubang pada tiap lapisan pertahanan sehingga kondisi yang demikian dikenal sebagai model *Swiss Cheese Theory*.

Pada pelayanan kesehatan, kesalahan aktif dapat disebabkan oleh beberapa pelaku pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat, teknisi dan lain-lain yang berada pada pelaksanaan atau tindakan, bertanggung jawab pada pasien hingga pada ujung tajam (Cook R et al, 1994). Kondisi laten adalah faktor potensial yang tersembunyi dan tertidur dalam sistem pelayanan kesehatan, faktor potensial ini terdapat atau terjadi pada hukum di tingkatan yang lebih terpendam, jauh dari ujung aktif (Henriksen et al, 2008).



Gambar 2. 3 Multi-causal Theory Swiss Cheese Diagram (Reason, 1991)

Kondisi laten semacam ini lebih terorganisir, kontekstual, dan berdifusi pada dasar bagan atau sistem yang terkait disebut “ujung tumpul”. Penampakan antara kondisi laten dan kesalahan aktif pada gambar diatas menunjukkan bahwa dokter, yang merupakan pemberi pelayanan kesehatan yang akhir berinteraksi dengan pasien (*medical error*). Dengan demikian, dokter dapat mewarisi kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*ommission*) oleh petugas lain yang berperan dalam sistem pelayanan kesehatan (Reason, 1990).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa potensi yang menyebabkan KNC sebenarnya sudah ada atau terjadi jauh sebelum dilakukannya pelayanan kesehatan pada pasien dan dokter merupakan barrier dari terjadinya KNC pada pasien.

4. Sifat Dasar Pekerjaan

Sifat dasar pekerjaan merujuk pada karakteristik pekerjaan dan mencakup kompleksitas pengobatan, kemampuan kognitif, alur pekerjaan, beban pekerjaan, kehadiran staf, fungsi peralatan, kerjasama tim, tugas yang bersaing, hambatan, kebutuhan yang disyaratkan organisasi.

a. Kompleksitas pengobatan

Setiap pasien memiliki kompleksitas pengobatan yang berbeda-beda. Untuk menghindari kesalahan, pasien yang kompleks membutuhkan ketelitian dan kewaspadaan yang lebih terkait rencana pengobatan dan asuhan pasien. Berdasarkan penelitian oleh AHRQ (2007), pasien dikatakan kompleks apabila memiliki 2 atau lebih kondisi penyakit yang meliputi sakit fisik, sakit mental atau keduanya, pasien dengan perawatan yang baru atau kambuh dalam satu tahun, berkontribusi terhadap peningkatan resiko kematian dan pasien dengan suatu kondisi yang dapat mempengaruhi kondisi yang lain seperti perubahan angka ekspektasi harapan hidup, interaksi antara pengobatan yang digunakan dan atau kontraindikasi terapi.

b. Kemampuan kognitif

Kognitif berhubungan dengan atau melibatkan kognisi. Kognisi adalah kegiatan atau proses memperoleh pengetahuan atau usaha mengenali sesuatu melalui pengalaman sendiri. Kemampuan kognitif adalah penampilan-penampilan yang dapat

diamati sebagai hasil kegiatan atau proses memperoleh pengetahuan melalui pengalaman sendiri (Sudijono, 2001).

c. Kerjasama tim

Dalam suatu tim diperlukan kekompakan antar anggota kelompok, saling melengkapi dan berkomitmen pada tujuan bersama dan sasaran kinerja dijadikan tanggung jawab bersama (Katzenbach & Douglas, dalam Cahyono, 2008). Setiap individu saling mengingatkan, mengoreksi dan berkomunikasi agar terjadinya kesalahan dapat dihindari. Kerjasama tim juga dapat mempermudah terlaksananya suatu program kerja dan pelaksanaan hasil tindak lanjut (Apriningsing, et al, 2013).

d. Beban pekerjaan

Beban kerja yang tinggi dapat menyebabkan penurunan kinerja personel rumah sakit. Minarsih (2011) menunjukkan bahwa ada hubungan beban kerja dengan produktivitas kerja perawat di IRNA non bedah RSUP dr. M. Djamil Padang.

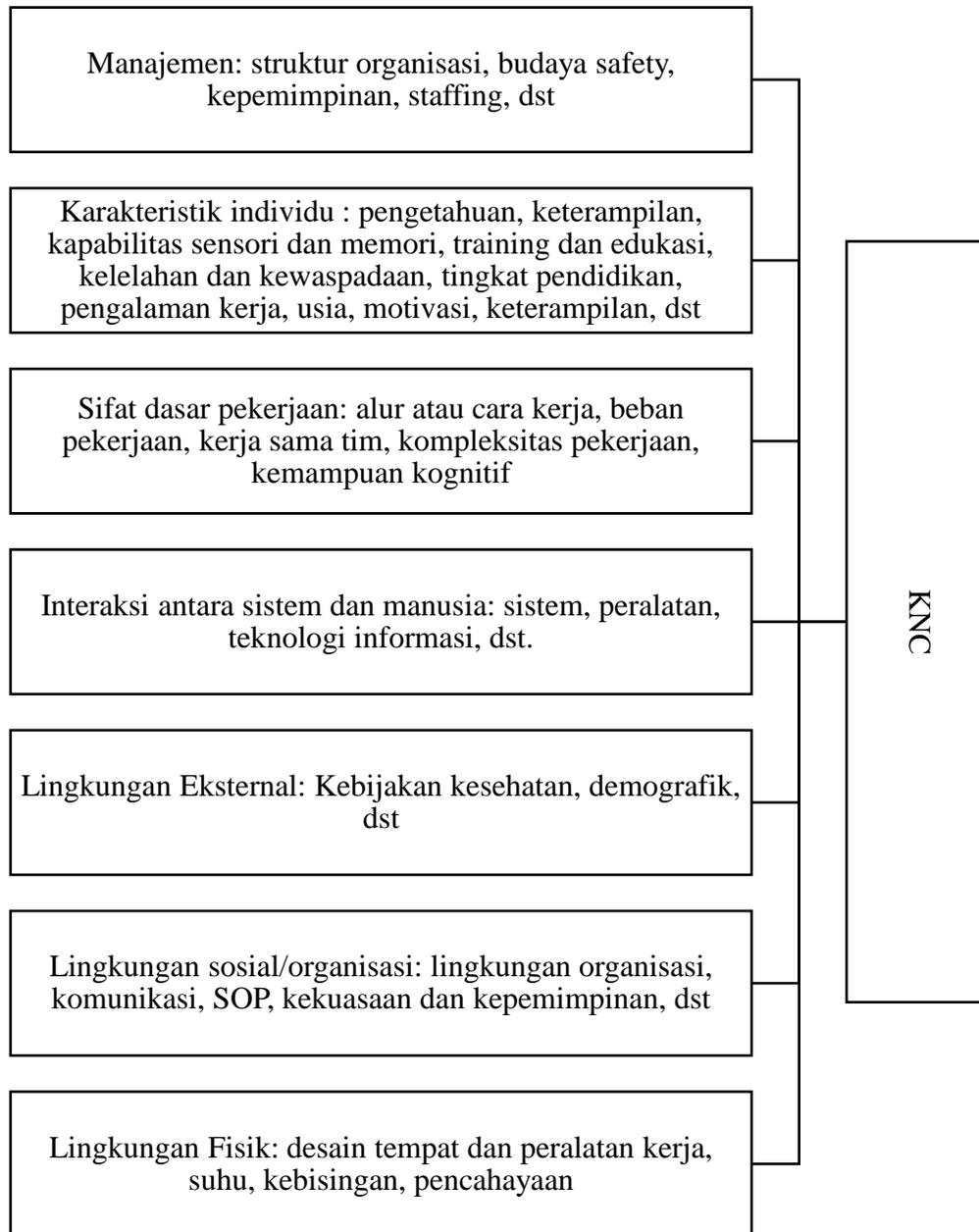
e. Kehadiran atau ketidakhadiran staf

Kebutuhan tenaga dalam setiap unit sudah disiapkan berdasarkan penghitungan ketenagaan. Namun, karena hal yang berhubungan dengan kebutuhan pribadi, jumlah tenaga khususnya perawat menjadi berkurang karena ketidakhadiran staf. Hal tersebut dapat menyebabkan staf yang lain bekerja lebih lama. Jumlah jam kerja perawat yang panjang di sebuah rumah sakit akan meningkatkan kelalaian kerja. Shekelle (2013) menyatakan bahwa rasio kecukupan perawat memiliki hubungan yang erat dengan penurunan kematian di rumah sakit. Penelitian Aiken, et al (2002) menjelaskan beberapa fakta bahwa rasio pasien-perawat, jika digabung dengan keterampilan staf bisa meningkatkan penjagaan yang lebih baik.

B. Landasan Teori

Merujuk pada model sistem milik Henriskey, Kaye, Morriseau (1993) dalam Henriksen, Kerm, et al., (2008) bahwa elemen-elemen yang terkait pada kejadian insiden keselamatan pasien faktor karakteristik individu, faktor sifat dasar pekerjaan, faktor lingkungan fisik, interaksi sistem dan manusia, faktor lingkungan organisasi dan lingkungan sosial, faktor manajemen, faktor lingkungan eksternal, dan faktor pasien.

Di dalam penelitian ini, variabel independen dibatasi sifat dasar pekerjaan dengan sub variabel kompleksitas pengobatan, alur pekerjaan, kehadiran dan ketidakhadiran staf. Pemilihan ketiga subvariabel ini adalah mengingat subvariabel tersebut ini yang memungkinkan dapat diukur dengan indikator yang lebih jelas dan mengingat pembuat konsep tidak membatasi variabel apa yang termasuk variabel utama. Namun demikian, penentuan variabel-variabel pendukung tersebut sesuai dengan apa yang tertera dalam penjelasan dari pembuat konsep (Henriskey, et al., 1993 dalam Henriksen et al., 2008) tersebut. Sementara variabel dependen yang diteliti difokuskan pada KNC.



Gambar 2 4 Kerangka Teori Faktor-faktor Penyebab KNC (Henriskey, et al, 1993 dalam Henriksen et al., 2008)

C. Penelitian Terdahulu

1. Qomariyah & Lidiyah (2015) dalam penelitiannya yang berjudul “Hubungan Faktor Komunikasi dengan Insiden Keselamatan Pasien”. Desain penelitian ini adalah *cross*

sectional. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan komunikasi antar perawat, komunikasi perawat dan dokter, komunikasi perawat dan Departemen Penunjang Medis, komunikasi perawat dan Pasien. Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah variabel yang akan digunakan adalah sifat dasar pekerjaan dengan desain penelitian kuantitatif deskriptif menggunakan data sekunder berupa laporan kejadian.

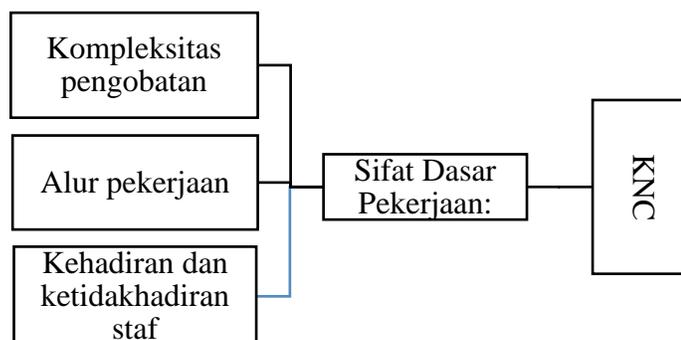
2. Mulyana (2013) dalam penelitiannya yang berjudul “Analisis Penyebab Insiden Keselamatan Pasien oleh Perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta”. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan identifikasi penyebab Insiden Keselamatan Pasien dan menggunakan metode penelitian *cross sectional*. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa faktor karakteristik individu merupakan faktor paling berpengaruh terhadap insiden keselamatan pasien.
3. Wasliyah (2012) dalam penelitiannya yang berjudul “Analisis Faktor-Faktor yang Berkontribusi Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan pada Pasien Kritis Selama Menjalani Transportasi Intra Rumah Sakit Di Rsup dr. Hasan Sadikin Bandung”. Tujuan penelitian adalah mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap KTD pada pasien kritis selama menjalani transportasi intra rumah sakit di RSHS Bandung. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan studi potong lintang. Hasil penelitiannya adalah terdapat hubungan antara faktor pasien dengan KTD selama menjalani transportasi intra rumah sakit di RSHS Bandung.
4. Mustikawati (2011) dalam penelitiannya yang berjudul “Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta”. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang

berhubungan dengan kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian tidak diharapkan dengan responden penelitian perawat. Hasil penelitiannya adalah terdapat hubungan antara masa kerja, umur perawat dan umur pasien terhadap KNC dan KTD.

5. Yulia (2010) yang berjudul Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di RS Tugu Ibu Depok. Penelitian ini menggunakan metode quasi eksperiment. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan signifikan pemahaman perawat pelaksana sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan.

D. Kerangka Konsep

Peneliti ingin menganalisis antara variabel sifat dasar pekerjaan dengan subvariabel kompleksitas pengobatan, alur pekerjaan, dan kehadiran dan ketidakhadiran staf dengan variabel



KNC.

Gambar 2. 5 Kerangka konsep penelitian faktor-faktor yang berhubungan dengan KNC

E. Pertanyaan Penelitian

- a. Bagaimana analisis kompleksitas pengobatan terhadap KNC di unit perawatan RSUD Cimacan?
- b. Bagaimana analisis alur pekerjaan terhadap KNC di unit perawatan RSUD Cimacan?
- c. Bagaimana analisis kehadiran dan ketidakhadiran perawat terhadap KNC di unit perawatan RSUD Cimacan?