

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menyelamatkan pasien. Untuk menjalankan tujuannya ini, rumah sakit terdiri atas kegiatan asuhan pasien yang begitu kompleks. Kompleksitasnya terlihat dari berbagai jenis obat, jenis pemeriksaan dan prosedur, berbagai jenis interaksi serta jumlah pasien dan staf rumah sakit yang cukup besar. Patut diketahui bahwa hal-hal tersebut sangat berpotensi untuk timbulnya kesalahan.

Dalam proses asuhan pasien, kesalahan yang terjadi dapat berupa: kesalahan diagnosis, pengobatan, pencegahan, sampai kesalahan sistem lainnya (Leape et al, 1993 dalam Kohn et al, 2000). Seperti contoh, kesalahan tes-tes misalnya tes laboratorium atau X-Ray, kesalahan pemberian obat, kesalahan sistem komunikasi, dan sebagainya. Reason dalam Kohn et al (2000) mendefinisikan kesalahan sebagai kegagalan dari tindakan yang sudah direncanakan (kesalahan pelaksanaan) atau menggunakan perencanaan yang salah untuk mencapai suatu tujuan (kesalahan perencanaan). Definisi ini menyiratkan bahwa kesalahan dapat terjadi dalam proses apapun di rumah sakit yang membutuhkan suatu perencanaan baik itu yang bersifat medis maupun non medis.

Berbagai kesalahan tersebut pada akhirnya berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Hal ini berarti bahwa kesalahan dapat mengakibatkan cedera dan dapat pula tidak mengakibatkan cedera pasien. Kondisi pasien yang tidak mengalami cedera, meskipun terjadi kesalahan dikenal dengan istilah Kejadian Nyaris Cedera

(*Near Miss*). Sedangkan kondisi pasien yang mengalami cedera karena kesalahan disebut dengan Kejadian Tidak Diharapkan-KTD (*Adverse Event*).

Pada dasarnya, KTD ada yang dapat dicegah dan ada yang tidak dapat dicegah. KTD yang dapat dicegah (*preventable adverse event*) inilah berasal dari kesalahan dalam proses asuhan pasien. Brennan et al (1991) mendefinisikan KTD sebagai suatu cedera yang dialami pasien yang lebih disebabkan oleh manajemen medis daripada kondisi yang dialami oleh pasien itu sendiri. Definisi ini menjelaskan KTD yang dapat dicegah.

Kasus KTD sebagai dampak dari kesalahan dalam proses asuhan pasien sudah banyak dilaporkan di seluruh dunia terutama di negara-negara maju. Pada tahun 2000 *Institute of Medicine* (IOM) di Amerika Serikat menerbitkan laporan yang mengguncang dunia berjudul "*To Err is Human, Building a Safer Health System.*" Laporan itu mengemukakan dua penelitian besar di Utah dan Colorado serta New York. Penelitian di Utah dan Colorado ditemukan kasus KTD sebesar 2,9 % dimana 6,6 % diantaranya meninggal. Sedangkan di New York kasus KTD dilaporkan mencapai 3,7 % dengan angka kematian 13,6 %. Dari kedua penelitian ini, lebih dari separuh kasus KTD berasal dari kesalahan medis (*medical errors*) dan sebenarnya dapat dicegah. Bila diekstrapolasi ke seluruh Amerika, angka kematian akibat kesalahan medis ini mencapai 44.000 sampai 98.000 setiap tahunnya. Hal ini menyimpulkan bahwa kematian karena kesalahan medis termasuk urutan ke delapan penyebab kematian di Amerika.

Masih penelitian di Amerika, Forster AJ et al (2003) mengestimasi 19 % pasien mengalami KTD setelah keluar dari rumah sakit. Dari angka ini, 6 % merupakan KTD yang dapat dicegah. Kasus yang sama juga dilaporkan oleh Vincent

et al (2004) dalam sebuah penelitian yang berjudul “*Adverse Event In British Hospitals,*” 10,8 % pasien di dua rumah sakit besar di Greater London pernah mengalami KTD dengan total keseluruhan 11,7 % termasuk yang mengalami KTD berkali-kali. Sekitar separuh dari angka ini telah diperkirakan dapat dicegah.

Di Indonesia, Departemen Kesehatan RI (2006) menyatakan data tentang KTD apalagi Kejadian Nyaris Cedera (*Near Miss*) masih sangat langka, namun terjadi peningkatan tuduhan mal praktek. Jika dibandingkan dengan negara-negara lain seperti Amerika dan Inggris yang memiliki standar pelayanan kesehatan yang lebih baik dari Indonesia, bisa dibayangkan angka KTD dan kesalahan medis di Indonesia bisa lebih besar pula.

Setelah laporan dari berbagai negara mengenai KTD maupun kesalahan medis, berbagai negara tersebut di dahului oleh Amerika Serikat mulai mengembangkan sistem keselamatan pasien (*patient safety*). Tak berdiam diri, Indonesia pun juga mengembangkan sistem tersebut dan telah mencanangkan “Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit” sejak tahun 2005. Sebenarnya, *patient safety* ini sudah dijalankan oleh rumah sakit di Indonesia, namun belum berjalan secara komprehensif (PERSI, 2006).

Patient safety pada dasarnya bertujuan meningkatkan keselamatan pada pasien melalui pengurangan KTD. Fokus utama *patient safety* adalah upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya kesalahan. Cooper et al (2000) mendefinisikan *patient safety* sebagai penghindaran, pencegahan, dan perbaikan dari KTD; atau mengatasi cedera-cedera dari proses pelayanan kesehatan.

Banyak literatur yang menjelaskan *patient safety* merujuk kepada “budaya *safety*” dengan pasien sebagai objeknya. Budaya ini digunakan di rumah sakit untuk

mendorong dalam: pengumpulan data dan pelaporan, mengurangi kesalahan individu, keterlibatan kepemimpinan, dan fokus pada sistem yang digunakan. Penekanannya tidak hanya pada level mikro di dalam unit-unit seperti: meminimalkan kesalahan medis, meningkatkan aspek pelayanan, dan mengurangi kesalahan diagnosis dan penanganan. Tetapi, perhatian juga ditujukan pada level makro yaitu rumah sakit itu sendiri seperti pada saat pemindahan pasien ke unit lain. (Scherer et al, 2008).

Budaya *patient safety* sebagai budaya dari organisasi menunjukkan persepsi bersama yang dianut oleh anggota-anggota organisasi itu mengenai *patient safety*. Konsep ini sangat terlihat ketika kita mendefinisikan budaya sebagai sistem makna yang dianut mereka. Oleh karena itu, dapat diharapkan bahwa individu-individu dengan latar belakang yang berlainan dalam organisasi akan cenderung mendeskripsikan budaya organisasi dalam istilah-istilah yang serupa. Dengan kata lain budaya organisasi berkaitan dengan cara karyawan mempersepsikan karakteristik dari budaya organisasi itu (Robbins, 2002).

Budaya organisasi menunjukkan persepsi bersama. Persepsi adalah proses yang digunakan individu mengelola dan menafsirkan kesan indera mereka dalam rangka memberikan makna kepada lingkungan mereka. Persepsi antara setiap orang dapat berbeda dari kenyataan obyektif. Namun seringkali tidak harus selalu berbeda, melainkan terjadi ketidaksepakatan (Robbins, 2002).

Perbedaan persepsi diantara masing-masing individu disebabkan oleh berbagai faktor. Faktor yang mempengaruhinya bisa berasal dari individu pelaku persepsi (pemersepsi), situasi di mana persepsi itu dibuat, dan target yang dipersepsikan (Robbins, 2002).

Pada faktor pemersepsi, perbedaan persepsi dipengaruhi oleh sikap, motif, kepentingan, pengalaman masa lalu, dan harapan (Robbins, 2002). Menurut Potter dan Perry (2001) faktor pemersepsi meliputi tingkat pendidikan, tingkat perkembangan, latarbelakang sosiokultural, serta peran. Sedangkan Koziar (2004) membedakan faktor yang mempengaruhi persepsi yang berasal dari variabel demografi individu, meliputi: umur, jenis kelamin, ras, dan suku bangsa.

Singer et al (2003) dalam penelitiannya mengenai persepsi budaya *patient safety* di 15 negara di California, menemukan adanya perbedaan yang signifikan diantara masing-masing personal (staf rumah sakit) sebagai individu pelaku persepsi mengenai persepsi mereka terhadap *patient safety*. Mereka mengemukakan bahwa petugas klinis terutama perawat memberikan respon yang negatif daripada petugas non klinis. Selain itu, manajer senior memberikan sedikit respon negatif daripada staf rumah sakitnya. Singer et al juga menemukan perbedaan persepsi pada masing-masing rumah sakit. Hal ini erat kaitannya dengan faktor situasi sebagai faktor yang mempengaruhi persepsi. Hasil penelitian ini menunjukkan fakta bahwa *patient safety* ternyata belum konsisten dan belum sesuai yang diharapkan.

1.2. Rumusan Masalah

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Fatmawati merupakan salah satu rumah sakit di Indonesia yang mengutamakan *patient safety*. Hal ini terlihat dari salah satu misinya yaitu “mengutamakan *patient safety* dan menciptakan lingkungan sehat.” Misi ini merupakan upaya yang dilakukan untuk mencegah cedera pasien akibat dari kesalahan proses asuhan pasien. Hal ini dilakukan, selain untuk kepentingan pasien itu sendiri, juga karena pelayanan kesehatan di RSUP Fatmawati memiliki kegiatan

proses asuhan pasien yang begitu kompleks dan menyimpan banyak risiko. Oleh karena itu, *patient safety* sudah seharusnya diutamakan apalagi pada unit yang memiliki risiko tinggi mengalami KTD.

Salah satu unit yang memiliki risiko tinggi yang dapat merugikan pasien adalah IRD (Instalansi Rawat Darurat/Unit Emergensi). Penelitian oleh Thomas et al (2000) menemukan bahwa lokasi rumah sakit yang memiliki proporsi tertinggi mengalami KTD adalah unit emergensi yaitu 52,6 %. Mereka mencatat kompleksitas melekat pada pelayanan emergensi dan poin penting untuk meningkatkan kerja tim dan prosedur-prosedur kerja.

Berdasarkan observasi yang penulis lakukan di IRD RSUP Fatmawati, KTD memang belum pernah dilaporkan. Hal ini karena IRD merupakan area transit pasien di mana jika terjadi KTD belum dapat terdeteksi. Namun, mengingat kompleksnya pelayanan di IRD dan risiko yang cukup tinggi, di mana ada tekanan untuk bekerja cepat memungkinkan terjadinya kelalaian atau kesalahan yang sebenarnya tidak dicatat. Oleh karena itu, peneliti ingin melihat situasi *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati melalui persepsi mereka mengenai *patient safety* di sana. Apakah persepsi diantara mereka sama terhadap *patient safety* atau tidak.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana karakteristik individu (umur, pendidikan, masa kerja, dan posisi kerja) pada staf IRD RSUP Fatmawati?
2. Bagaimana persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati?
3. Bagaimana hubungan antara umur dengan persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati?

4. Bagaimana hubungan antara pendidikan dengan persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati?
5. Bagaimana hubungan antara masa kerja dengan persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati?
6. Bagaimana hubungan antara posisi kerja dengan persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Mengetahui persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati Tahun 2008.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik individu (umur, pendidikan, masa kerja, dan posisi kerja) pada staf IRD RSUP Fatmawati.
2. Mengetahui persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati.
3. Mengetahui hubungan antara umur dengan persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati.
4. Mengetahui hubungan antara pendidikan dengan persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati.
5. Mengetahui hubungan antara masa kerja dengan persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati.
6. Mengetahui hubungan antara posisi kerja dengan persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi RSUP Fatmawati

1. Melalui penelitian ini, pihak rumah sakit dapat melihat sejauh mana *patient safety* diinterpretasikan atau dinilai oleh staf khususnya di IRD.
2. Hasil penelitian ini dapat dikombinasikan dengan informasi mengenai *patient safety* lainnya untuk membuat keputusan tentang cara yang dapat digunakan untuk meningkatkan *patient safety*.
3. Penelitian ini dapat dijadikan pengantar untuk melakukan survey yang lebih besar guna melihat situasi *patient safety* di seluruh unit rumah sakit.

1.5.2. Bagi Departemen Kesehatan

Menjadi salah satu bahan acuan bagi pemerintah untuk mengembangkan dan meningkatkan program “Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit” yang telah dicanangkan oleh Menteri Kesehatan RI pada Tahun 2005.

1.5.3. Bagi Peneliti

Mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku perkuliahan dalam hal menganalisis masalah mengenai *patient safety* di rumah sakit.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati tahun 2008. Penelitian ini dilakukan karena melihat penelitian sebelumnya yang menunjukkan *patient safety* ternyata diinterpretasikan secara berbeda oleh staf rumah sakit di 15 rumah sakit California. Seharusnya, *patient safety* sebagai budaya organisasi itu diharapkan dinilai secara sama oleh mereka.

Penelitian ini ingin melihat bagaimana masalah tersebut terjadi di Indonesia khususnya di IRD RSUP Fatmawati. Pemilihan lokasi penelitian di IRD RSUP Fatmawati dikarenakan kompleksnya pelayanan pasien di IRD yang memiliki risiko yang cukup tinggi mengalami KTD. Oleh karena itu, peneliti ingin meneliti bagaimana persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati.

Penelitian ini menggunakan desain survey. Pengumpulan data dilakukan dengan cara menggunakan kuesioner yang diberikan kepada staf (dokter, perawat, pekarya kesehatan) IRD RSUP Fatmawati, tahun 2008. Penelitian dibatasi hanya pada bulan Mei 2008.