

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LatarBelakang

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017, Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sedangkan, *Canadian Nursing Association* (2004) dalam (Emma et.al, 2017) menyatakan bahwa keselamatan pasien (*patient safety*) adalah bebas dari cedera fisik dan psikologis yang menjamin keselamatan pasien, melalui penetapan sistem operasional, meminimalkan terjadinya kesalahan, mengurangi rasa tidak aman pasien dalam sistem perawatan kesehatan dan meningkatkan pelayanan yang optimal. Adapun upaya penyelenggaraan *patient safety* di rumah sakit diharapkan dapat meminimalkan risiko Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), mengurangi konflik antara petugas kesehatan dan pasien, mengurangi timbulnya sengketa medis, mengurangi tuntutan dan proses hukum serta menepis tuduhan mal praktek yang makin marak terhadap rumah sakit (JCAHO, 2002 dalam Hetty Ismainar, 2019:1). Dalam hal ini, sebuah keselamatan pasien merupakan faktor penting yang menjadi kebutuhan dasar dalam aspek pelayanan kesehatan di Indonesia. Salah satu

program yang menjadi dasar keselamatan pasien adalah menurunkan angka Kejadian Nyaris Cedera (*near miss*) dan Kejadian Tidak Diharapkan (*adverse event*) serta pelaporan insiden dan tindak lanjutnya (Dharma & Rachmawati, 2016:59). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan 1691/MENKES/PER/VIII/ 2011) tentang keselamatan pasien rumah sakit, bahwa Kejadian Nyaris Cedera (KNC) merupakan terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Sedangkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Dalam hal ini, tujuan keselamatan pasien yakni dapat meminimalkan risiko KNC dan KTD dengan aman, tepat tindakan, serta terlaksana program pencegahan agar tidak ada kejadian berulang. Dengan berbagai cara menurunkan insiden keselamatan pasien menjadi penjelasan bahwa KNC dan KTD harus dilakukan analisa sehingga kondisi ini dapat dicegah dan diadakan perbaikan sistem agar cedera aktual tidak dilakukan kembali oleh penyedia pelayanan kesehatan.

Pada era globalisasi saat ini, upaya peningkatan keselamatan pasien harus terus dilakukan oleh rumah sakit. Dilihat dari laporan rumah sakit oleh “*To Err Is Human*” dalam buku penilaian teknologi kesehatan, 2017) menyebutkan bahwa terjadi *adverse events*/Kejadian Tidak Diharapkan berturut-turut sebesar 2,9% dan 3,7% dari pasien yang di rawat inap, dengan angka kematian sebesar 6,6% dan 13,6% dari total *adverse events*. Bila di ekstrapolasi ke 33 juta pasien rawat inap di seluruh Amerika Serikat per tahun, maka setiap tahun terjadi 44.000-98.000

pasien meninggal akibat kesalahan medis. Dari data tersebut terlihat bahwa masalah keselamatan pasien telah menjadi perhatian dunia termasuk Indonesia. Dalam upaya pencegahan, Indonesia telah menetapkan bahwa keselamatan pasien telah menjadi item akreditasi rumah sakit dan harus diterapkan pada semua pelayanan kesehatan dengan menciptakan sebuah peraturanperundang-undangan. Seperti halnya pada (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 12 Tahun 2020) menyebutkan bahwa pengaturan akreditasi bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkelanjutan dan melindungi keselamatan pasien rumah sakit. Oleh karena itu, rumah sakit wajib melakukan akreditasi untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan dan standar akreditasi secara berkesinambungan dan berkelanjutan.

Berdasarkan hasil dari penelitian di Indonesia terdapat beberapa faktor penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien khususnya pada KNC dan KTD. Faktor penyebab menurut ICN (*International Council of Nursing*), 2002 seperti di kutip (Mustikawati, 2011:3) yang mengemukakan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap KNC dan KTD melibatkan faktor manusia dan sistem. Faktor manusia meliputi pengetahuan, ketrampilan, lama kerja sedangkan faktor sistem meliputi standar, kebijakan, dan aturan organisasi. Studi yang dilakukan oleh Vincent (2010) yang dikutip oleh Bahan Ajar Keperawatan Keselamatan Pasien (2017) dalam buku mengemukakan tujuh elemen yang mempengaruhi keselamatan pasien yaitu faktor organisasi dan manajemen, faktor lingkungan kerja, faktor tim, faktor individu, karakteristik

pasien dan faktor lingkungan eksternal. Menurut teori Burke dan Litwin dalam Cahyono (2008) mengungkapkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap KNC dan KTD adalah lingkungan eksternal, kepemimpinan, budaya organisasi, manajemen, struktur dan sistem serta tugas dan ketrampilan individu. Berdasarkan Depkes (2008) menyatakan bahwa faktor yang berkontribusi terhadap KNC dan KTD meliputi faktor eksternal rumah sakit, faktor organisasi dan manajemen, faktor lingkungan kerja, faktor kerjasama tim, faktor petugas, faktor beban kerja atau tugas, faktor pasien dan faktor komunikasi. Dari sebuah sumber yang telah disebutkan, penulis akan menganalisa faktor keselamatan pasien terkait insiden KNC dan KTD menurut Vincent, 2011 tentang faktor organisasi manajemen, faktor lingkungan kerja, faktor tim, faktor individu, faktor karakteristik pasien, dan faktor lingkungan eksternal untuk dijadikan faktor dalam penelitian ini.

Berdasarkan uraian diatas menunjukkan bahwa penerapan keselamatan pasien menjadi suatu tuntutan kebutuhan yang wajib dicegah secara tepat agar dapat menjadikan pelayanan kesehatan yang aman dan sesuai dengan harapan pelanggan. Dan karena belum diketahuinya secara rinci terkait faktor yang berpengaruh terhadap Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan, maka penulis tertarik untuk melakukan karya tulis ilmiah tentang Analisis Faktor Yang Penyebab Terjadinya Insiden Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan Dalam Penerapan Program Keselamatan Pasien. Hasil dari penelitian ini dapat digunakan oleh

penyedia pelayanan kesehatan dalam menyusun strategi peningkatan keselamatan pasien.

1.2. Rumusan Masalah

Dalam merumuskan pertanyaan masalah dapat berdasarkan PICOS *framework* yang kemudian disebut PICO(S) yang didasarkan pada topik atau masalah yang diangkat. PICO(S) *framework* adalah akronim dari :

1. **Population/Problem** yaitu populasi atau masalah yang akan dianalisis sesuai dengan tema yang telah ditentukan dalam *literature review*
2. **Intervention/Indicators** yaitu suatu tindakan atau indikator dari masalah sesuai dengan tema yang diangkat dalam *literature review*
3. **Comparison** yaitu intervensi yang digunakan sebagai pembanding. Jika tidak ada dapat menggunakan kelompok kontrol dalam studi yang terpilih
4. **Outcome** yaitu hasil atau luaran yang diperoleh pada studi terdahulu yang sesuai dengan tema dalam *literature review*
5. **Study design** yaitu desain penelitian yang digunakan dalam artikel yang akan direview.

Dalam penyusunan rumusan masalah / pertanyaan penelitian dapat didasarkan dari komponen **PICO(S)**. sebelum membuat rumusan masalah, peneliti harus memilih topik penelitian. Dalam hal ini, topik yang dipilih adalah faktor penyebab KNC dan KTD. Serta penulis ingin memfokuskan kajian tentang program keselamatan pasien di rumah sakit, maka deskripsi pada PICO(S) dapat digambarkan seperti berikut:

Table 1.1 Rumusan masalah berdasarkan PICO(S)

PICO(S)	Alternatif 1	Alternatif 2	Alternatif 3
Population	Tenaga Kesehatan	Perawat	Formulir laporan insiden
Intervention	Program keselamatan pasien	-	-
Comparison	-	-	-
Outcome	Peningkatan KNC dan KTD	Faktor penyebab KNC dan KTD	
Study Design	Semua Studi		

Berdasarkan tabel diatas, dalam penentuan rumusan masalah ini berdasarkan topik yang telah didapatkan adalah :

“Apakah Faktor Organisasi, Lingkungan Kerja, *Team Work*, Individu, Lingkungan Eksternal Dan Karakteristik Pasien Berhubungan Dengan Insiden Kejadian Nyaris Cedera Dan Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit?”

1.3. Tujuan Penelitian

I.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi faktor penyebab terjadinya insiden Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan dalam penerapan program keselamatan pasien di rumah sakit

I.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi faktor penyebab terjadinya insiden Kejadian Nyaris Cedera
2. Mengidentifikasi faktor penyebab terjadinya insiden Kejadian Tidak Diharapkan
3. Mengidentifikasi faktor yang dapat meningkatkan upaya pelaksanaan program Keselamatan Pasien

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Praktis

1. Bagi Responden

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dan evaluasi yang dibutuhkan dalam melakukan penerapan program keselamatan pasien khususnya tentang penyebab terjadinya insiden Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan di sebuah rumah sakit

2. Bagi Petugas Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat dan dapat dijadikan sebagai bahan acuan bagi petugas dalam memberikan sebuah pelayanan kesehatan yang sesuai dengan harapan pelanggan.

1.4.2 Manfaat Teoritis

1. Institusi Pendidikan

Hasil riset ini dapat digunakan sebagai masukan dan arahan dalam memberikan kegiatan belajar mengajar tentang Penerapan program

keselamatan pasien terhadap insiden Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan sebagai acuan bagi mahasiswa administrasi rumah sakit

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil riset ini dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran bagi peneliti lain yang ingin meningkatkan pengetahuan dan memperluas penelitian dengan tema keselamatan pasien terkait insiden Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan dalam program Keselamatan pasien