

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Patient safety**

###### **a. Pengertian patient safety**

Keselamatan (safety) telah menjadi isu global termasuk dunia perumahsakitannya. Ada lima hal yang terkait dengan keselamatan rumah sakit (hospital safety) antara lain keselamatan pasien (patient safety), keselamatan petugas kesehatan, keselamatan bangunan, dan peralatan yang bisa berdampak pada keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (green productivity) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan bisnis rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan rumah sakit itu sendiri. (Depkes RI, 2006)

Budaya keselamatan pasien rumah sakit adalah sebuah sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien menjadi lebih aman. Sistem keselamatan pasien meliputi asesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan resiko, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan jalan keluarnya serta penerapan solusi guna meminimalkan timbulnya resiko. Sehingga diharapkan budaya keselamatan pasien ini dapat mencegah terjadinya hal yang tidak

diinginkan sebagai akibat melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. (Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit, Depkes RI, 2006)

World Health Organization *Health Assembly* ke-55 menetapkan resolusi yang mendorong negara-negara untuk memberikan perhatian terhadap *patient safety* serta meningkatkan keselamatan pasien dan system monitoring. Oktober 2004 WHO dan berbagai lembaga mendirikan “*World Alliance for Patient Safety*” dengan tujuan mengangkat *Patient Safety Goal* “*First do no harm*” dan menurunkan morbiditas, cedera dan kematian yang diderita pasien. (WHO: *World Alliance for Patient Safety, Forward Programme*, 2004)

Menurut (*Joint Commission International*) terdapat enam tujuan keselamatan pasien yakni identifikasi pasien dengan baik dan benar, meningkatkan komunikasi secara efektif, meningkatkan keamanan pemberian *high-alert medications*, memastikan benar tempat, benar prosedur, dan benar pembedahan pasien, mengurangi resiko infeksi dari pekerja kesehatan dengan *hand-hygiene* serta mengurangi resiko jatuh.

#### **b. Tujuan Keselamatan Pasien**

Dibawah ini merupakan tujuan dari keselamatan pasien :

- i. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit

- ii. Menurunkan kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit
- iii. Pelaksanaan program-program pencegahan kejadian tidak diharapkan.

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) menajak seluruh rumah sakit di Indonesia untuk mengaplikasikan sembilan solusi keselamatan rumah sakit yang telah disusun oleh WHO Collaborating Center For Patient Safety baik. Sembilan solusi keselamatan pasien tersebut adalah:

- i. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (Look-Alike, Sound-Alike Medication Names).

Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM), adalah salah satu penyebab yang paling sering terjadi dalam kesalahan pemberian obat (*medication error*). Dengan ada banyaknya jenis dan macam obat maka hal ini sangat berpotensi untu mengakibatkan kesalahan. Solusi NORUM diutamakan pada penggunaan protokol untuk pengurangan risiko dan memastikan resep, lebel, atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dulu, maupun pembuatan resep secara elektronik.

- ii. Memastikan Identifikasi Pasien.

Kegagalan melakukan identifikasi pasien secara benar sering mengakibatkan kesalahan pengobatan, transfusi dan

pemeriksaan; pelaksanaan prosedur pada orang yang salah; penyerahan bayi kepada yang bukan keluarganya, dsb. Arahan ini ditekankan pada metode untuk melakukan pengecekan terhadap identitas pasien dan turut serta dalam melibatkan pasien dalam proses ini; membentuk protokol atau kebijakan identifikasi pasien; dan partisipasi pasien dalam proses identifikasi; serta pembentukan protokol untuk melakukan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

- iii. Komunikasi dengan benar saat melakukan serah terima pasien.

Rekomendasi ditujukan untuk memperbaiki prosedur serah terima pasien termasuk penggunaan protokol atau kebijakakn yang sudah disusun untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis; memberikan kesempatan bagi tenaga medis lain untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan.

- iv. Memastikan indakan yang benar pada sisi dan area tubuh yang benar.

Kesalahan pada proses ini seharusnya dapat dicegah. Kasus-yang menyebabkan prosedur yang salah atau pembedahan pada sisi tubuh yang salah sebagian besar akibat dari miskomunikasi dan tidak adanya informasi yang benar. Faktor yang paling utama adalah tidak ada atau kurangnya proses pra-

bedah yang sesuai standar. Rekomendasi pada permasalahan ini adalah pelaksanaan proses verifikasi prapembedahan; memberikan tanda pada sisi yang akan dibedah oleh petugas yang akan melakukan prosedur; keterlibatan tim dalam prosedur, konfirmasikan identitas pasien sebelum prosedur.

v. Pengendalian cairan elektrolit pekat (*concentrated*)

Cairan elektrolit pekat terutama yang penggunaannya melalui injeksi sangat berbahaya. Rekomendasi yang diberikan adalah membuat protokol atau kebijakan dari dosis, unit ukuran dan istilah serta standarisasi dalam proses pembuatan campuran larutan saat penggunaan.

vi. Memastikan akurasi pemberian obat.

Rekomendasinya adalah membuat daftar "*home medication list*" atau daftar obat yang sedang didapatkan oleh pasien, sebagai perbandingan dengan daftar obat saat administrasi, penyerahan dan/ atau perintah pemulangan dan komunikasikan daftar tersebut kepada setiap petugas pelayanan berikutnya pada saat transisi atau oper pasien.

vii. Menghindari salah kateter dan salah sambung selang (*tube*).

Selang, kateter, dan spuit (*syringe*) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya

KTD (Kejadian Tidak Diharapkan). Rekomendasinya adalah memberikan perhatian yang seksama saat memberikan perawatan melalui selang, kateteter dll dan memastikan sambungan yang benar pada pasien.

viii. Menggunakan alat injeksi *single use*.

Salah satu keprihatinan global yang terbesar adalah penyebaran HIV, HBV, dan HCV sebagai akibat penggunaan jarum suntik ulang bekas pakai. Rekomendasinya adalah perlunya pelarangan penggunaan jarum suntik ulang; pelatihan periodik prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mereka mengenai penularan infeksi melalui darah; dan praktek jarum suntik sekali pakai yang aman.

## **2. Kepuasan Pasien**

### **a. Definisi Kepuasan**

Kepuasan pasien merupakan salah satu indikator dalam menilai mutu pelayanan di rumah sakit. Adanya kepuasan yang tinggi menggambarkan bahwa rumah sakit berhasil memberikan pelayanan yang bermutu.

Pasien atau klien merupakan objek yang paling penting di rumah sakit sebagai pengguna jasa utama. Pada saat mendapatkan pelayanan jasa pasien akan mengevaluasi pelayanan yang diterimanya sehingga hasilnya dari proses evaluasi itu akan menghasilkan perasaan

puas atau tidak puas.

Menurut Kotler (2000), kepuasan adalah tingkat kepuasan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya.

Kepuasan pasien adalah suatu kondisi saat keinginan, harapan dan kebutuhan pasien dapat dipenuhi. Suatu pelayanan dinilai memuaskan bila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pasien. Sehingga kepuasan ataupun ketidakpuasan merupakan hasil perbandingan antara ekspektasi atau harapan dan pengalaman pelayanan yang diterima.

Guna meningkatkan kepuasan pasien, rumah sakit harus mampu menciptakan dan mengelola sebuah sistem untuk memperoleh pasien yang lebih banyak dan kemampuan untuk mempertahankan pasiennya.

#### **b. Aspek - Aspek Kepuasan Pasien**

Menurut Lupiyoadi yang dikutip dari Hendroyono mengemukakan bahwa pasien dalam mengevaluasi kepuasan terhadap jasa pelayanan yang diterima berdasarkan pada beberapa aspek yakni:

##### **i. Kualitas produk atau jasa**

Pasien akan merasa puas bila produk atau jasa yang digunakan berkualitas.

ii. Kualitas pelayanan

Pasien akan merasa puas jika mereka memperoleh pelayanan yang baik atau sesuai dengan yang diharapkan.

iii. Faktor emosional

Pasien yang memilih rumah sakit dengan kategori rumah sakit mahal cenderung memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi.

iv. Harga

Harga merupakan poin penting. Semakin banyak biaya perawatan yang dikeluarkan oleh pasien maka semakin tinggi harapan pasien terhadap kualitas jasa pelayanan yang diberikan.

v. Biaya

Pada saat pasien melakukan perawatan tidak mengeluarkan biaya tambahan akan meningkatkan kepuasan pasien.

c. **Tingkat Kepuasan Pasien**

Menurut Utama, Untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan diklasifikasikan dalam beberapa tingkatan sebagai berikut:

i. Sangat puas



Kategori sangat puas merupakan ukuran subjektif pasien yang menggambarkan pelayanan kesehatan sepenuhnya atau sebagian besar sesuai kebutuhan atau keinginan pasien yang seluruhnya menggambarkan tingkat kualitas yang paling tinggi.

ii. Agak puas

Kategori agak puas merupakan ukuran subjektif yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sepenuhnya atau sebagian sesuai kebutuhan atau keinginan. hal ini menggambarkan tingkat kualitas yang kategori sedang.

iii. Tidak puas

Kategori tidak puas merupakan ukuran subjektif yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sesuai kebutuhan atau keinginan dan menggambarkan tingkat kualitas yang kategori paling rendah.

Berpedoman pada skala pengukuran yang dikembangkan Likert yang dikenal dengan istilah skala Likert, kepuasan pasien dikategorikan menjadi sangat puas, puas, cukup puas, tidak puas dan sangat tidak puas.

### **3. Pendidikan profesi dokter**

#### **a. Pendidikan Profesi Dokter di Indonesia**

Pendidikan Dokter adalah pendidikan yang diselenggarakan untuk menghasilkan dokter yang memiliki kompetensi untuk melaksanakan pelayanan kesehatan primer pada tingkat pendidikan universitas. Pendidikan kedokteran dasar terdiri dari 2 tahap, yaitu tahap sarjana kedokteran dan tahap profesi dokter.

Pendidikan dokter boleh dikatakan hampir semuanya diarahkan kepada penguasaan ilmu dan keterampilan membuat diagnosis, serta mengambil keputusan ilmiah. Pendidikan formal dan latihan dalam pengambilan keputusan serta penilaian etik agar dapat dipertanggungjawabkan sangat sedikit, bahkan banyak yang tidak mendapatkannya. Oleh karena itu, pengambilan keputusan etik perlu dibiasakan, dan harus ada dalam proses pendidikan formal di Fakultas Kedokteran, dengan suatu metode yang menggunakan jalur penalaran rasional.

Untuk menghasilkan lulusan dokter yang profesional, kompeten, beretika, berkemampuan manajerial kesehatan serta mempunyai sikap kepemimpinan yang diharapkan, agar dapat memberikan kepastian dan pelayanan yang standar dalam bidang kedokteran, perlu dibuat buku standar pendidikan profesi dokter Indonesia.

Penyusunan Standar Pendidikan Profesi Dokter SPPD saat itu telah memperhatikan Global Standard for Medical Education yang

disusun oleh World Federation for Medical Education (WFME). SPPD tersebut telah digunakan oleh seluruh institusi pendidikan kedokteran untuk melakukan evaluasi diri dan mengembangkan sistem penjaminan mutu internal. KKI bersama-sama dengan BAN PT telah membentuk Komite Bersama Akreditasi yang mengembangkan instrumen akreditasi memperhatikan SPPD tersebut. SPPD tersebut juga merupakan bagian dari akuntabilitas publik pengelolaan pendidikan dokter di Indonesia.

#### **b. Standar Kompetensi Dokter Indonesia**

Dalam SKDI juga telah disusun daftar penyakit dengan tujuan untuk menjadi acuan bagi institusi pendidikan dokter agar dokter yang dihasilkan memiliki kompetensi yang memadai untuk membuat diagnosis yang tepat, memberi penanganan awal dan tuntas, dan melakukan rujukan secara tepat dalam rangka penatalaksanaan pasien. Tingkat kompetensi setiap penyakit merupakan kemampuan yang harus dicapai pada akhir pendidikan dokter. Berikut adalah keterangan tingkat kemampuan yang harus dicapai pada akhir masa pendidikan :

##### **1. Tingkat kemampuan 1 : mampu mengenali dan menjelaskan**

Lulusan dokter mampu mengenali dan menjelaskan gambaran klinik penyakit dan mengetahui cara yang paling tepat untuk mendapatkan informasi lebih lanjut mengenai penyakit tersebut, selanjutnya menentukan rujukan yang paling tepat bagi

pasien. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti setelah kembali dari rujukan.

2. Tingkat kemampuan 2 : mendiagnosis dan merujuk

Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik terhadap penyakit tersebut dan menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.

3. Tingkat kemampuan 3 : mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, dan merujuk

a. 3A. Bukan gawat darurat

Lulusan dokter diharapkan mampu membuat diagnose klinik yang tepat dan terpai pendahuluan pada kondisi pasien non gawat darurat. Lulusan dokter mampu menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.

b. 3B. Gawat darurat

Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan gawat darurat demi menyelamatkan nyawa atau mencegah keparahan dan atau kecacatan pada pasien. Lulusan dokter mampu menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien

selanjutnya. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.

4. Tingkat kemampuan 4 : mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas

Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit tersebut secara mandiri dan tuntas.

- a. 4A. Kompetensi yang dicapai pada saat lulus dokter
- b. 4B. Profisiensi (kemahiran) yang dicapai setelah selesai internship dan/atau Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB).

Dengan demikian didalam SKDI ini kompetensi tertinggi adalah 4A. Dalam SKDI pada bab lain-lain poin 92 disebutkan secara jelas bahwa kemampuan menerapkan 7 (tujuh) langkah keselamatan pasien termasuk dalam kompetensi 4A sehingga dapat disimpulkan bahwa setiap mahasiswa profesi kedokteran harus mampu menerapkan 7 (tujuh) langkah keselamatan pasien. Dalam proses pencapaian kemampuan kompetensi telah dijabarkan dalam SKDI dalam tabel matrix tingkat ketrampilan klinis, metode pembelajaran dan metode penilaian untuk setiap tingkat kemampuan.

#### **4. Rumah Sakit Pendidikan**

- a. **Definisi Rumah Sakit Pendidikan**

Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran dan/atau kedokteran gigi, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi (PP nomor 93 tahun 2015)

Memperhatikan uraian tersebut diatas dan berdasarkan fungsi Rumah Sakit dalam proses pendidikan profesi kedokteran, dapat dirumuskan RS Pendidikan di Indonesia adalah Rumah Sakit yang merupakan jejaring Institusi Pendidikan Kedokteran dan digunakan sebagai wahana pembelajaran klinik untuk memenuhi modul pendidikan dalam rangka mencapai kompetensi berdasarkan Standar Pendidikan Profesi Kedokteran.

RS Pendidikan diharapkan memiliki kemampuan pelayanan yang lebih dari Rumah Sakit non Pendidikan terutama meliputi:

- i. Penjaminan mutu pelayanan dan keselamatan pasien serta kedokteran berbasis bukti.
- ii. Penerapan Metode Penatalaksanaan Terapi terbaru.
- iii. Teknologi Kedokteran yang tepat guna.
- iv. Hari rawat yang lebih pendek untuk penyakit yang sama.
- v. Hasil pengobatan dan survival rate yang lebih baik.
- vi. Tersedianya konsultasi dari Staf Medis Pendidikan, selama 24 jam.

Peran RS Pendidikan dalam menyediakan pengalaman belajar klinik memegang peran penting dalam pencapaian kompetensi. RS Pendidikan bersama-sama dengan Institusi Pendidikan Kedokteran perlu merencanakan program pembelajaran klinik yang telah disesuaikan dengan konteks pelayanan medis. Program pendidikan klinik akan berhasil bila semua unsur dibagian yang bersangkutan memiliki perhatian dan komitmen terhadap pendidikan, memiliki target pembelajaran yang jelas, memiliki kegiatan yang terstruktur dan berimbang serta memiliki sistem evaluasi yang jelas dan objektif.

## B. Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No	Judul	Peneliti	Hasil	Perbedaan Penelitian
1	<i>The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care</i>	Leonard, M., dkk. 2004	Keselamatan pasien meningkat pada penggunaan komunikasi efektif	Subjek penelitian ini adalah perawat sedangkan pada penelitian yang saya lakukan subjek penelitian adalah dokter muda.

2	<i>The relationship between patient perception patient safety and quality healthcare</i>	Kaldenberg, D. 2007	Terdapat peningkatan kepuasan pasien pada penerapan budaya keselamatan pasien	Variabel yang digunakan pada penelitian ini adalah persepsi keselamatan pasien dan kualitas pelayanan, pada penelitian kami variabel yang digunakan adalah persepsi keselamatan pasien dan kepuasan pasien.
3	Perbandingan Tingkat Pencapaian Kompetensi Dokter Muda di Rumah Sakit dengan Standar Kompetensi Dokter Indonesia	Widyandara 2009	Dibandingkan dengan rumah sakit non-pendidikan, kompetensi dokter muda lebih baik di rumah sakit terakreditasi pendidikan	Variabel yang digunakan pada penelitian ini adalah kompetensi dokter muda sesuai dengan SKDI sedangkan pada penelitian saya adalah budaya patient safety dokter muda dan kepuasan pasien.

### C. Landasan Teori

#### 1. Kepuasan Pasien

##### a. Teori kepuasan

Pasien atau klien merupakan individu terpenting di rumah sakit sebagai konsumen sekaligus sasaran produk rumah sakit. Dalam mengambil keputusan, konsumen yaitu pasien, tidak akan berhenti hanya sampai pada proses penerimaan pelayanan. Pasien akan



mengevaluasi pelayanan yang diterimanya tersebut. Hasil dari proses evaluasi itu akan menghasilkan perasaan puas atau tidak puas.

Kepuasan menurut Kamus Bahasa Indonesia adalah puas; merasa senang; perihal (hal yang bersifat puas, kesenangan, kelegaan dan sebagainya). Kepuasan dapat diartikan sebagai perasaan puas, rasa senang dan kelegaan seseorang karena mengonsumsi suatu produk atau jasa untuk mendapatkan pelayanan suatu jasa.

Menurut Kotler, kepuasan adalah tingkat kepuasan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya

Menurut Philip Kotler (1995) dalam J. Supranto (1997) terdapat 5 determinan kualitas jasa yang mempengaruhi kepuasan, yaitu:

- i. Keandalan (reliability), yaitu kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat, segera dan terpercaya
- ii. Keresponsifan (responsiveness), yaitu kemampuan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat atau ketanggapan
- iii. Keyakinan (confidence), yaitu pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan
- iv. Empati (emphaty), yaitu kemauan untuk peduli, memberi perhatian pribadi kepada pelanggan

- v. Berwujud (tangible), yaitu penampilan fasilitas fisik, peralatan, personel, dan media komunikasi

#### **b. Pengukuran Kepuasan Pasien**

Pada hakikatnya pengukuran kualitas suatu jasa hampir sama dengan pengukuran kepuasan pelanggan / pasien, yaitu ditentukan oleh kinerja yang dirasakan atau *perceived performance*. Parasuraman (1985) merumuskan model kualitas jasa yang menyoroti persyaratan-persyaratan utama untuk memberikan kualitas jasa yang diharapkan.

Agar rumah sakit dapat bertahan maka harus melakukan pelayanan berkualitas melebihi dari target kualitas pelayanan yang diharapkan oleh konsumennya (pasien dan keluarganya). Jika pasien dan keluarganya setelah menerima pelayanan yang diharapkan (*expected service*), maka pasien itu puas, tetapi jika tidak maka akan terjadi hal yang sebaliknya.

Menurut Kotler (1995), ada beberapa macam metode dalam pengukuran kepuasan pelanggan, yaitu sebagai berikut:

##### 1) Sistem Keluhan dan Saran

Organisasi yang berpusat pada pelanggan memberikan kesempatan yang luas kepada pelanggannya untuk dapat menyampaikan keluhan dan saran. Misalnya dengan menyediakan kotak saran, kartu komentar, *customer hot lines*, dan lain – lain. Informasi – informasi ini dapat memberikan ide – ide cemerlang bagi perusahaan dan

memungkinkannya bereaksi secara cepat tanggap mengatasi masalah yang timbul.

## 2) Ghost Shopping

Salah satu cara untuk memperoleh gambaran mengenai kepuasan pelanggan adalah dengan mempekerjakan beberapa orang untuk berperan atau bersikap sebagai pembeli potensial, kemudian melaporkan temuan – temuannya mengenai kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka dalam pembelian produk – produk tersebut. Selain itu, para ghost shopper juga dapat mengamati cara penanganan setiap keluhan.

## 3) Analisis Pelanggan yang Beralih (Lost Customer Analysis)

Perusahaan menghubungi para pelanggan yang telah berhenti membeli atau yang telah pindah pemasok agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi. Bukan hanya exit interview saja yang perlu, tetapi pemantauan customer loss rate juga penting. Paeningkatan customer loss rate menunjukkan kegagalan perusahaan dalam memuaskan pelanggannya.

## 4) Survei Kepuasan Pelanggan

Umumnya penelitian kepuasan pelanggan dilakukan

dengan cara penelitian survei, baik melalui pos, telepon, maupun wawancara langsung. Melalui survei, perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan juga memberikan tanda positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap pelanggannya.

Organisasi yang responsif akan melakukan survei kepuasan pelanggan secara berkala. Cara pengukuran survei antara lain: pengukuran secara langsung dimana pelanggan diberi pertanyaan dan dibuat skala untuk pertanyaannya; Derived Satisfaction dimana pelanggan diberi pertanyaan mengenai seberapa besar mereka mengharapkan suatu pelayanan tertentu dan seberapa besar yang mereka rasakan; Problem Analysis dengan meminta pelanggan menuliskan masalah yang mereka hadapi dan perbaikan yang mereka sarankan; Importance – Performance Rating dengan meminta pelanggan membuat peringkat dari berbagai elemen pelayanan didasari oleh kepentingan elemen di mata pelanggan serta seberapa jauh rumah sakit memenuhi elemen tersebut.

#### 5) Importance – Performance Analysis

Salah satu metoda analisis data menggunakan Importance – Performance Analysis dari Martila dan James, 1997 (dalam Supranto, 1997) atau analisa tingkat kesesuaian antara harapan /

kepentingan pelanggan dan kinerja / kenyataan yang diterima pelanggan. Prof. J. Supranto, M.A. menyampaikan dalam bukunya Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Menaikkan Pangsa Pasar bahwa jasa akan menjadi sesuatu yang bermanfaat apabila didasarkan pada kepentingan pelanggan dan kinerjanya bagi perusahaan. Artinya perusahaan seharusnya mencurahkan perhatiannya pada hal – hal yang memang dianggap penting oleh para pelanggan.

Berdasarkan hasil penilaian tingkat kepentingan dan hasil penilaian kinerja / penampilan maka akan dihasilkan suatu perhitungan mengenai tingkat kesesuaian antara tingkat kepentingan dan tingkat pelaksanaannya.

Tingkat kesesuaian adalah hasil perbandingan skor kinerja dengan skor harapan yang akan menentukan urutan prioritas peningkatan faktor – faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan.

#### 6) Pentingnya Pengukuran Tingkat Kepuasan

Menurut Jenberg (1988), yang dikutip Budihardjo (2001), ada 5 alasan penting yang mendasari perlunya pengukuran kepuasan pasien / pelanggan:

- a. Hanya 4% pelanggan/pasien yang tidak puas yang menyampaikan keluhannya pada provider.

- b. Seorang pelanggan/pasien yang tidak puas akan menceritakan kekecewaannya kepada 11 orang temannya.
- c. Rendahnya mutu pelayanan akan mengakibatkan 68% pelanggan/pasien akan pindah ke tempat pelayanan lain.
- d. Sebanyak 50% pelanggan memilih tempat pelayanan berdasarkan rekomendasi teman atau relasi.
- e. Untuk mengembalikan kepercayaan pelanggan/pasien akibat suatu pelayanan yang buruk dibutuhkan 12 kali pelayanan memuaskan.

Menurut Supranto (1997), pengukuran tingkat kepuasan erat hubungannya dengan mutu produk (barang atau jasa), pengukuran aspek mutu bermanfaat bagi pimpinan bisnis, yaitu:

- a. Mengetahui dengan baik bagaimana jalannya atau bekerjanya proses bisnis.
- b. Mengetahui dimana harus melakukan perubahan dalam upaya melakukan perbaikan secara terus – menerus untuk memuaskan pelanggan terutama untuk hal – hal yang dianggap penting oleh pelanggan.
- c. Menentukan apakah perubahan yang dilakukan mengarah ke perbaikan (*improvement*).

## **2. Keselamatan Pasien**

### **a. Sasaran Keselamatan Pasien**

Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus para ahli atas permasalahan ini. Diakui bahwa desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum, difokuskan pada solusi-solusi sistem yang menyeluruh

Enam sasaran keselamatan pasien adalah sebagai berikut :

- i. Ketepatan identifikasi pasien
- ii. Peningkatan komunikasi yang efektif
- iii. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*)
- iv. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi
- v. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- vi. Pengurangan risiko pasien jatuh

**b. Sasaran V Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan**

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para

profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (blood stream infections) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis).

Pokok eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (hand hygiene) yang tepat. Pedoman hand hygiene bisa di baca di kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional.

Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk hand hygiene yang sudah diterima secara umum untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

### **c. Hand Hygiene**

Standar JCI meliputi standar yang berfokus pasien dan standar manajemen organisasi pelayanan kesehatan. Dalam standar manajemen organisasi pelayanan kesehatan, terdapat 6 standar yang salah satunya adalah pencegahan dan pengendalian infeksi (*prevention and control of infections*) yang bertujuan untuk mengurangi risiko penularan diantara pasien, staf, profesional kesehatan, pekerja kontrak, relawan, mahasiswa dan pengunjung.

Program pencegahan dan pengendalian infeksi harus dilakukan dengan pendekatan berbasis risiko infeksi yang ada di rumah sakit,



sehingga tiap rumah sakit akan memiliki program pencegahan dan pengendalian infeksi yang berbeda tergantung dari risiko infeksinya karena memiliki perbedaan layanan klinis, populasi pasien yang dilayani, lokasi geografis, volume pasien dan jumlah pegawai rumah sakit.

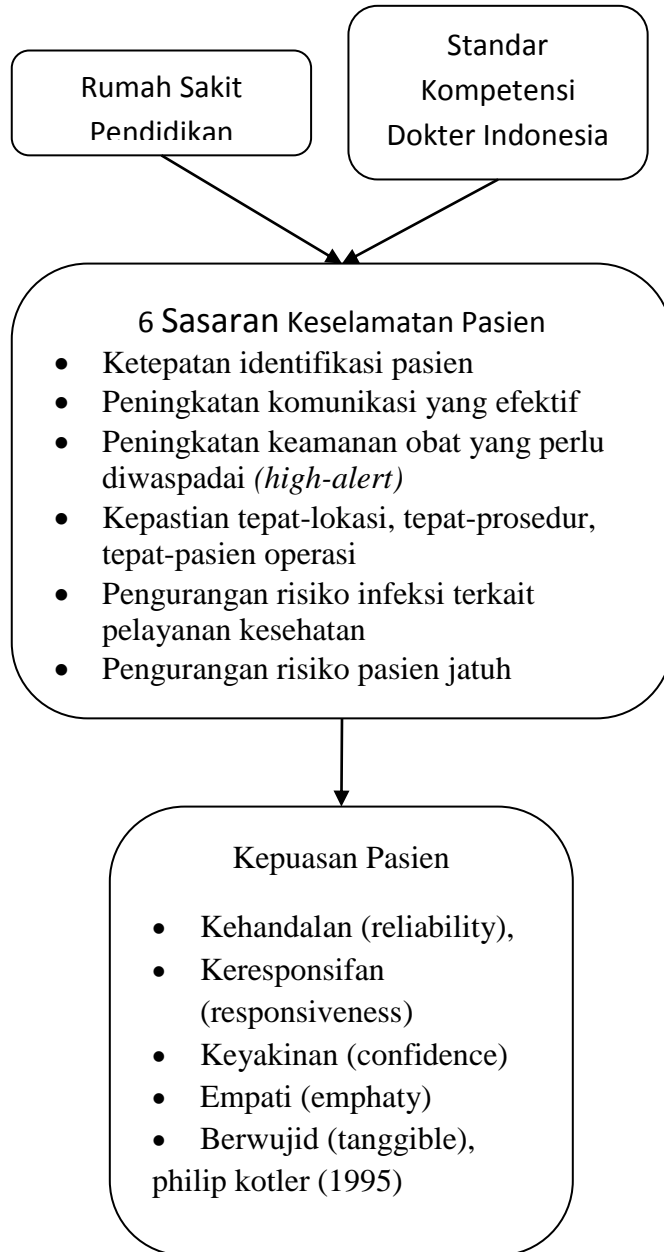
*Hand hygiene* merupakan salah satu cara untuk mengurangi infeksi yang berkaitan dengan perawatan kesehatan. Penelitian menjelaskan bahwa *hand hygiene* yang dilakukan oleh semua pegawai rumah sakit dapat mencegah terjadinya *hospital acquired infections* (HAIs) sebesar 15-30 % (Grol R, 2003 & Lautenbach, 2001). Banyak upaya dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* namun umumnya tidak efektif dan berjangka pendek. Sehingga penting untuk mencari strategi berbasis bukti yang jelas untuk meningkatkan kebiasaan *hand hygiene*.

Huis, A *et al* (2012) mencoba menggambarkan secara berurutan mengenai strategi meningkatkan kepatuhan *hand hygiene* yang baik seperti dalam langkah-langkah seperti dibawah ini.

- i. Mendeskripsikan *Hand Hygiene* yang baik
- ii. Memperkirakan pemenuhan *hand hygiene* saat ini
- iii. Memperkirakan berbagai penghambat dan fasilitator yang berkaitan dengan pemenuhan *hand hygiene*

- iv. Merancang strategi peningkatan *hand hygiene* dan menghubungkan aktivitas implementasi dengan faktor pengaruhnya
- v. Menguji dan mengeksekusi strategi peningkatan *hand hygiene*
- vi. Menguji keefektivan biaya dalam strategi peningkatan *hand hygiene*
- vii. Menilai dan menetapkan kembali strategi peningkatan *hand hygiene*.

Gambar 2.1 Kerangka Teori



### E. Kerangka Konsep

Kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan dengan harapannya (Kotler, 1995). Selain itu kepuasan

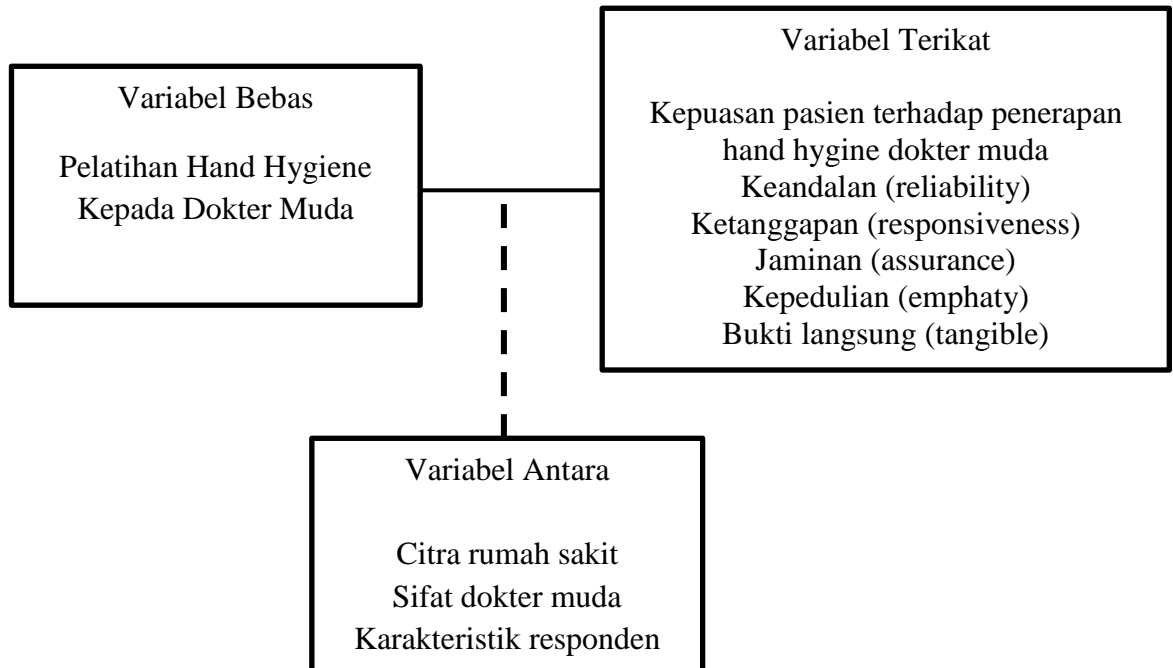
pasien juga mencerminkan jenis pelayanan yang dirasakan pasien selama dirawat atau adanya hubungan antara pelayanan yang mereka terima baik teknis dan psikologis, dimana peningkatan hubungan antara pelayanan yang dikehendaki dan benar-benar diterima oleh pasien akan meningkatkan kepuasan pasien (Kasim, 2002). Freddy Rangkuti (2002) menyampaikan bahwa *desired service* maupun *adequate service* dipengaruhi oleh beberapa faktor. *Desired service* dipengaruhi oleh faktor keinginan untuk dilayani dengan baik dan benar, kebutuhan perorangan, janji secara langsung, janji tidak langsung, komunikasi dari mulut ke mulut dan pengalaman masa lalu.

Menurut Philip Kotler (1995) terdapat 5 (lima) determinan kualitas jasa yang mempengaruhi kepuasan pasien, yaitu :

- 1) Keandalan (*Reability*), yaitu kemampuan untuk melaksanakan jasa yang diberikan dengan tepat, segera dan terpercaya.
- 2) Keresponsifan (*Responsiveness*), yaitu kemampuan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat atau ketanggapan.
- 3) Keyakinan (*Confidence*), yaitu pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan (*assurance*).
- 4) Empati (*Emphaty*), yaitu kemauan untuk peduli, memberi perhatian pribadi kepada pelanggan.

- 5) Berwujud (*Tangible*), yaitu penampilan fasilitas fisik, peralatan, personel dan media komunikasi.

Gambar 2.2 Kerangka Konsep



## F. HIPOTESIS

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

- $H_0$  : Pelatihan *Hand hygiene* oleh dokter muda tidak mempengaruhi kepuasan pasien
- $H_1$  : Pelatihan *Hand Hygiene* pada dokter muda berpengaruh terhadap kepuasan pasien