

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Dalam beberapa tahun terakhir, banyak negara semakin menyadari pentingnya peningkatan keselamatan pasien. Diperkirakan 1 dari 10 pasien dirugikan saat mendapatkan pelayanan. Ratusan juta pasien terkena dampak setiap tahunnya baik di negara maju maupun berkembang (WHO, 2012). Tahun 2011 publikasi dari Amerika menunjukkan bahwa 1 dari 3 pasien yang telah menjalani perawatan di rumah sakit mengalami Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Jenis yang paling banyak adalah infeksi dari rumah sakit ke pasien (nosokomial), kesalahan pemberian terapi, serta kesalahan dalam prosedur dan operasi (Clasen, 2011). Menurut *The National Patient Safety Agency*, untuk meningkatkan keselamatan pasien perlu diciptakan sistem agar pasien lebih aman, di antaranya adalah penilaian dan pengurangan risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pada pasien, pelaporan dan analisis insiden, untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan kesalahan saat melakukan tindakan dan tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (NPSA, 2007/08).

Budaya keselamatan kerja menjadi sangat penting terutama di dunia kesehatan karena dapat berakibat langsung kepada pasien dan tenaga

kesehatan. Dampak yang dapat terjadi pada pasien di antaranya; bertambah panjangnya masa pengobatan, biaya yang terus bertambah, cacat seumur hidup, bahkan sampai berakibat pada kematian (Fischer, 1997 dan Force, 2001). Sedangkan risiko bagi tenaga kesehatan antara lain terinfeksi penyakit dari pasien dan kecelakaan saat bekerja. Hal ini tentu saja berdampak langsung pada tempat kerja baik rumah sakit, Puskesmas, dan klinik kesehatan tempat tenaga kesehatan bekerja, selain dapat menjadi konflik antar sesama tenaga kesehatan yang sedang bekerja dan juga dapat terjadi tuntutan hukum dari pasien akibat kelalaian tenaga kesehatan (Depkes RI, 2006).

Salah satu cara meningkatkan mutu di fasilitas kesehatan adalah dengan menjalankan program *patient safety*. Rumah sakit atau sarana kesehatan yang lain harus terus meningkatkan mutu pelayanannya. Ketentuan ini sesuai dengan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 40 Ayat 1 yang berbunyi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali. Akreditasi pada Rumah Sakit dan Klinik harus-lah dilakukan oleh suatu lembaga independen dalam atau luar negeri berdasarkan standar akreditasi yang berlaku (Permenkes No 9 Tentang Klinik, 2014).

Tahun 2004 WHO membentuk *world alliance for patient safety* sebagai bentuk upaya meningkatkan keselamatan pasien berskala internasional. Tahun 2007 United State JCAHO (*Joint Commission on Hospital Accreditation*) setiap tahunnya menerapkan *National Patient Safety Goals* (NPSG) berisi tentang kriteria, panduan untuk mencapai tujuan keselamatan pasien. Sedangkan di Indonesia adalah Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) yang memiliki tugas pokok mendorong dan membina gerakan *Patient safety* di seluruh fasilitas kesehatan di Indonesia (KKPRS, 2007).

Institute of Medicine (IOM), To Err is Human yang di publikasikan oleh Kohn (2000) menyoroti risiko perawatan medis di Amerika Serikat, di mana sebuah penelitian yang memperkirakan bahwa sekitar 44.000 sampai 98.000 orang Amerika meninggal setiap tahunnya diakibatkan dari kesalahan medis yang dapat dicegah. Kesalahan medis yang dapat dicegah di rumah sakit melebihi kematian akibat kecelakaan lalu lintas, kanker payudara, dan AIDS. Dalam studi yang dilakukan oleh Brennan (1991) di New York menemukan bahwa di antara 30.121 pasien yang dirawat di 51 rumah sakit, sekitar 3,7% mengalami kecacatan yang diakibatkan efek samping selama menjalani terapi. Analisis lebih jauh memperlihatkan 69% dari efek samping tersebut terjadi karena *medical error*. Wilson (1995) melaporkan angka yang lebih tinggi di Australia,

menemukan bahwa efek samping medical error terjadi pada 16,6% pasien, yang mengalami dampak *permanent disability* 13,7% dan 4,9% bahkan berakhir dengan kematian. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa dari separuh efek samping tersebut sebenarnya dapat dicegah.

Pada tahun 2006, kesalahan pemberian terapi obat sering menjadi pemicu terjadinya KTD (Depkes RI, 2006). Prevalensi *adverse event* adalah 3,7 per 100.000 kunjungan klinik selama periode 5 1/2 tahun. Sebanyak 29 dari 35 (83%) mengalami *adverse event* disebabkan *medical error* yang sebenarnya dapat dicegah. Penyebab dari *adverse event* meliputi; 9 *diagnostic errors* (26%), 11 *treatment errors* (31%), dan 9 kesalahan lainnya (26%). Dari *adverse event* yang disebabkan kesalahan medis, 4 (14%) mengakibatkan cedera permanen dan kelumpuhan dan 1 (3%) mengakibatkan kematian (Fischer, 1997). Dalam praktik sehari-hari setiap KTD yang terjadi dianggap sebagai kesalahan dari petugas kesehatan dan kemungkinan kesalahan tersebut berkaitan dengan organisasi atau sistem yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut (Conelly dan Powers, 2005).

Patient safety juga merupakan *issue* yang menonjol dalam pelayanan primer (Gandhy, 2010). Perawatan primer mencakup semua orang di masyarakat banyak domain klinis dan kelompok pasien yang berbeda, yang berarti bahwa keselamatan pasien dalam perawatan primer mungkin

sama luasnya. Dipelayanan kesehatan primer juga terjadi kontak pertama dengan pasien, namun karena kasus yang parah dan rumit membutuhkan pelayanan khusus di Rumah Sakit. Baik penyedia dan masyarakat sering meremehkan pentingnya layanan kesehatan primer. Pelayanan kesehatan primer rentan terjadi kesalahan, dan kesalahan dalam pelayanan primer dapat menyebabkan konsekuensi serius (Kuzel, 2004). Meskipun *adverse event* yang serius jarang terjadi pada praktik rawat jalan di *primary care*, akan tetapi dibutuhkan sistem yang lebih baik untuk mengenali, melacaknya dan menilai penyebabnya, sehingga dapat mengurangi atau mencegah terjadinya efek samping pada *primary care* (Fischer G, 1997)

Hasil penelitian Sing (2013) menemukan kesalahan diagnosis pada pelayanan primer sangat umum terjadi, dan berpotensi kerusakan sedang hingga parah. Sebagian besar kesalahan terkait dengan proses seperti mengambil riwayat medis, melakukan pemeriksaan fisik, dan tes laboratorium. Kesalahan diagnostik dapat sangat mempengaruhi pasien, profesional kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan. Kondisi penyakit ganas atau yang sedang berkembang cepat dapat menyebabkan bahaya besar jika tidak terdiagnosis (Kostopoulo, 2008). Hal ini dapat menyebabkan terlambatnya penanganan atas keselamatan pasien.

Informasi yang dipublikasikan mengenai kesalahan medis rawat jalan di pelayanan primer masih sangat terbatas (Kuzel, 2004). Di *primary care*,

merupakan pintu masuk pertama pasien ke pelayanan kesehatan, sehingga mengakibatkan kurangnya informasi yang cukup dan tersedia di pelayanan primer salah satu diantaranya adalah catatan yang tidak lengkap (Beasley, 2011).

Pada studi pendahuluan dilakukan wawancara kepada salah satu dokter Klinik Pratama 24 jam Firdaus pada bulan November 2016, setiap bulannya kunjungan pasien di klinik Pratama 24 Jam Firdaus diperkirakan sekitar 5000 pasien, dengan kunjungan sebesar ini di klinik potensi kesalahan yang terjadi cukup besar. Dengan bertambah banyaknya pasien maka bertambah pula risiko terjadinya kesalahan dalam pelayanan kesehatan. Sehingga peningkatan mutu dan kualitas pelayanan serta keselamatan pasien menjadi prioritas utama. Klinik Pratama Firdaus 24 jam merupakan klinik pelayanan kesehatan yang baru beroperasi pada tahun 2015. Klinik Pratama 24 jam Firdaus belum terakreditasi namun sedang dalam persiapan akreditasi dan juga dijadikan sebagai lahan percontohan dan pendidikan bagi Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Beberapa kali pernah terjadi kesalahan identifikasi namun tidak sampai menciderai pasien, karena sudah dilakukan identifikasi lagi sebelum dokter melakukan tindakan, namun mengenai jumlah laporannya belum ada. Dukungan dari manajemen untuk keselamatan pasien sudah ada terbukti dengan sudah dibentuknya tim keselamatan pasien, namun

struktur anggotanya belum lengkap. Belum banyaknya penelitian mengenai *patient safety* di klinik dibandingkan di rumah sakit, hal ini sangat menarik untuk dilakukan penelitian bagaimana Klinik menjaga mutu pelayanan meskipun belum terakreditasi, dan bagaimana *start up* klinik dalam membentuk tim *patient safety*. Hal inilah menjadi landasan peneliti untuk menganalisis budaya keselamatan atau *safety culture* pada klinik Pratama 24 jam Firdaus di Yogyakarta.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang di atas dapat dirumuskan masalah sebagai berikut: “Bagaimana *safety culture* Klinik Pratama 24 jam Firdaus Yogyakarta?” .

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengevaluasi *safety culture* Klinik Pratama 24 jam Firdaus Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengeksplorasi peran manajemen dan petugas kesehatan terhadap *safety culture*
- b. Untuk mengeksplorasi hambatan-hambatan *safety culture* Klinik Pratama 24 Jam Firdaus Yogyakarta.

- c. Untuk mengeksplorasi hal-hal yang dapat memperkuat penerapan *safety culuture* Klinik Pratama 24 Jam Firdaus Yogyakarta.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Teoritis

Untuk menambah keilmuan di bidang kesehatan terutama mengenai *patient safety* di *primary care*.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat antara lain meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam melakukan penelitian, dan dapat dijadikan rujukan untuk pembelajaran yang akan datang.

- b. Bagi Klinik Pratama.

Penelitian ini dapat dijadikan bahan evaluasi kualitas dan mutu penerapan *Safety Culture* Klinik Pratama 24 Jam Firdaus Yogyakarta.