

Budaya Patient Safety dan Karakteristik Kesalahan Pelayanan: Implikasi Kebijakan di Salah Satu Rumah Sakit di Kota Jambi

Patient Safety Culture and Healthcare Error Characteristics: Implication of Policy at A Hospital in Jambi

Solha Elrifda

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Jambi

Abstrak

Patient safety adalah salah satu komponen kritis dari mutu pelayanan kesehatan. Banyak kesalahan pelayanan dikaitkan dengan budaya *patient safety*. Catatan tentang kesalahan pelayanan di berbagai negara menunjukkan angka yang mengkhawatirkan, sementara di Indonesia belum ada catatan resmi. Demikian halnya dengan budaya *patient safety* dan kesalahan pelayanan di rumah sakit Kota Jambi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui budaya *patient safety* dan karakteristik kesalahan pelayanan di salah satu rumah sakit di Kota Jambi. Desain penelitian ialah *cross sectional* dan kualitatif. Populasi dan sampel adalah petugas yang melayani pasien secara langsung di ruang rawat inap rumah sakit yang diteliti (dokter, perawat, dokter gigi, dan bidan) dengan jumlah sampel 191 orang. Data dikumpulkan dengan teknik wawancara tidak langsung dengan menyebarkan angket yang diadopsi dari kuesioner yang telah distandardisasi oleh *Agency for Healthcare Research and Quality* dengan penambahan untuk pertanyaan tentang kesalahan pelayanan secara kualitatif. Analisis data dilakukan secara univariat dan kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan budaya *patient safety* secara umum merespons positif hanya 14,7% responden pada tingkat unit dan 26,2% pada tingkat rumah sakit. Variasi kesalahan pelayanan menyangkut disiplin, komunikasi, dan kesalahan teknis yang disebabkan oleh faktor manusia dan kegagalan sistem. Kesimpulan dari hasil penelitian ini adalah budaya *patient safety* di salah satu rumah sakit di kota Jambi kurang baik dan ditemukan berbagai kesalahan pelayanan. Saran kepada pihak manajemen untuk menetapkan kebijakan pelaksanaan standar keselamatan pasien sesegera mungkin.

Kata kunci: *Patient safety*, pelayanan kesehatan, rumah sakit

Abstract

Patient safety is one of critical component in healthcare quality. There are so many healthcare errors associated to patient safety culture. Healthcare errors in various countries have shown an alarming rate, but there is no for-

mal record of event in Indonesia including in Jambi. One hundred and ninety one respondent, who served patients directly (physicians, nurses, dentists, and midwives) participated in this survey. Data collected by self administered questionnaire. The standardized questionnaire Agency for Healthcare and Quality used in this survey combined with open ended questions about healthcare error characteristics. The result is 14,7% of respondent gave a positive response on patient safety culture in the unit level and 26,2% of respondents gave a positive response on hospital level. Variation of healthcare errors found include the discipline, communication, and technical errors caused by human factors and system failure. Suggestions for the management of the hospital to implement the patient safety standard as soon as possible.

Key words: Patient safety, healthcare, hospital

Pendahuluan

Patient safety adalah konsep pasien yang sedang dalam pelayanan kesehatan dapat mencapai dampak yang diharapkan. Dalam hal *injury*, *patient safety* didefinisikan sebagai terbebas dari *accidental injury* dengan menjamin keselamatan pasien melalui penetapan sistem operasional, meminimalisasi kemungkinan kesalahan, dan meningkatkan pencegahan agar kecelakaan tidak terjadi dalam proses pelayanan.¹

Berbagai penelitian di dunia membuktikan banyak kejadian yang membahayakan pasien terjadi akibat kelalaian dalam proses pelayanan kesehatan, mulai dari kesalahan, kealpaan, dan kecelakaan yang menimbulkan dampak merugikan bagi pasien. *Institute of*

Alamat Korespondensi: Solha Elrifda, Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Jambi, Jl. Dr. Tazar No. 05 Buluran Kenali Jambi 36123, Hp. 081366632800, e-mail: selrifda@yahoo.com

Medicine melaporkan 44.000-98.000 orang Amerika meninggal karena kesalahan. Kesalahan medis (*medical error*) menjadi penyebab utama disusul kealpaan dan komplikasi. Lebih banyak warga Amerika yang meninggal karena kesalahan medis daripada kanker payudara, *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS), atau kecelakaan. Sebanyak 2% dari pasien yang dirawat mengalami kejadian merugikan karena obat sehingga memperpanjang hari rawat dan penambahan biaya \$4.700 per kejadian, 7% pasien yang dirawat mengalami kesalahan medis yang serius, dan secara nasional kerugian diperkirakan menjadi \$8,5 juta hingga \$29 juta.² Tingkat kesalahan pengobatan (*medication error*) di Indonesia cukup tinggi. Studi yang dilakukan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada antara tahun 2001-2003 menunjukkan bahwa kesalahan pengobatan mencapai angka 5,07%, sebanyak 0,25% berakhir fatal hingga kematian. Kesalahan pengobatan dan efek samping obat terjadi pada rata-rata 6,7% pasien yang masuk rumah sakit, diantara kesalahan tersebut 25%-50% dapat dicegah.³

Patient safety adalah komponen kritis dari mutu pelayanan. Banyak kesalahan medis dikaitkan dengan budaya *patient safety*. Sebagai organisasi pelayanan kesehatan yang secara kontinyu memperbaiki pelayanannya, penting bagi rumah sakit untuk menumbuhkan budaya *safety* (*culture of safety*). Untuk mencapai budaya *safety* dibutuhkan pemahaman tentang nilai, kepercayaan, norma penting dalam organisasi, dan sikap serta perilaku yang terkait *patient safety*. Berbagai penelitian tentang budaya *patient safety* dan alokasi biaya telah dilakukan di 40 rumah sakit di Indonesia. Hasil sementara (setelah mengumpulkan 148 kuesioner dari 2 rumah sakit) ditemukan bahwa 45% responden menunjukkan respons positif terhadap persepsi umum *patient safety*, hanya 30% jawaban menyatakan “sering” atau “selalu” melaporkan kejadian, 75% menjawab kurang dari 6 kejadian tiap tahun. Hanya 15% responden menjawab bahwa kualitas *patient safety* secara keseluruhan “sangat baik”, 50% menjawab “sedang”, selebihnya menjawab “buruk” dan “gagal”. Kedua rumah sakit yang telah diteliti tidak memiliki alokasi dana khusus untuk program yang berhubungan dengan *patient safety*.⁴

Kota Jambi memiliki 9 rumah sakit dengan berbagai tipe, dua diantaranya adalah rumah sakit pemerintah dan selebihnya rumah sakit swasta. Belum ada catatan resmi tentang kejadian merugikan pasien atau menyangkut *patient safety*. Berbagai kasus yang berisiko atau merugikan keselamatan pasien yang pernah terjadi pada pasien yang sedang dalam perawatan atau pengobatan di rumah sakit antara lain *decubitus ulcer*, infeksi nosokomial, efek samping transfusi darah, kesalahan diagnosa,

serta risiko dan efek alergi obat atau syok anafilaktik. Namun, belum ada pencatatan dan pelaporan secara resmi. Sepanjang pengetahuan penulis, studi tentang budaya *patient safety* di rumah sakit di Kota Jambi belum pernah dilakukan. Demikian halnya dengan implikasi terhadap kebijakan kesehatan di institusi (rumah sakit) belum diketahui.

Secara umum, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui budaya *patient safety* dan karakteristik kesalahan pelayanan di salah satu rumah sakit di Kota Jambi. Secara khusus, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ukuran dampak budaya *patient safety*, budaya *patient safety* di tingkat unit kerja rumah sakit, budaya *patient safety* di tingkat rumah sakit, dan karakteristik kesalahan pelayanan.

Metode

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan desain *cross sectional* untuk mempelajari budaya *patient safety* dan kualitatif untuk meneliti karakteristik kesalahan pelayanan. Populasi penelitian ini adalah petugas (perawat, bidan, dokter, dan dokter gigi) yang melayani pasien secara langsung di ruang rawat inap, instalasi gawat darurat (IGD), *intensive care unit* (ICU), instalasi bedah sentral, dan poliklinik rawat jalan di salah satu rumah sakit di Kota Jambi yang berjumlah 798 orang, populasi studi berjumlah 402 orang.⁵ Sampel penelitian ini adalah petugas (perawat, bidan, dokter, dokter gigi) yang melayani pasien secara langsung di ruang rawat inap IGD, ICU, instalasi bedah sentral, dan poliklinik rawat jalan di rumah sakit tersebut yang berjumlah 191 orang. Sampel dipilih dengan teknik *simple random sampling* dengan kriteria inklusi yaitu masa kerja minimal 6 bulan, tidak sedang cuti, dan bersedia menjadi responden. Responden penelitian sekaligus menjadi informan untuk desain kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara tidak langsung menggunakan kuesioner budaya *patient safety* di rumah sakit yang sudah distandardisasi. Kuesioner diadopsi dari *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) yang telah diuji validitas dan reliabilitas dengan modifikasi penambahan pertanyaan terbuka sebagai alat untuk melakukan wawancara terstruktur untuk mengidentifikasi kesalahan pelayanan yang dilakukan petugas.

Kuesioner budaya *patient safety* terdiri dari 61 pertanyaan. Bagian A terdiri dari 19 pertanyaan: 1 pertanyaan pekerjaan utama dan 18 pertanyaan tentang bagian di rumah sakit antara lain mengenai dimensi persepsi budaya *patient safety* (4), *organizational learning* (3), *teamwork* (4), *non punitive respons to error* (3), *staffing* (4). Bagian B mengenai *supervisor and manager*, dimensi *expectation and actions promoting safety* (4). Bagian C terdiri dari 6 pertanyaan mengenai

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	Kategori	Frekuensi	%
Lama kerja di unit	< 1 tahun	14	7,4
	1-5 tahun	74	38,7
	6-10 tahun	59	30,9
	11-15 tahun	17	8,9
	16-20 tahun	18	9,4
	≥ 21 tahun	9	4,7
Jam kerja per minggu	< 20 jam per minggu	8	4,2
	20-39 jam per minggu	66	34,6
	40-59 jam per minggu	107	56,0
	60-79 jam per minggu	7	3,7
	80-99 jam per minggu	2	1,0
	≥ 100 jam per minggu	1	0,5
Posisi responden di unit	Dokter spesialis	3	1,6
	Kepala ruangan	18	9,5
	Dokter umum di ruangan	35	18,3
	Ketua tim perawatan	19	9,9
	Perawat pelaksana	103	53,9
	Bidan	12	6,3
Lama berada di posisi saat ini	Dokter gigi	1	0,5
	< 1 tahun	9	4,7
	1-5 tahun	35	18,3
	6-10 tahun	51	26,7
	11-15 tahun	31	16,2
	16-20 tahun	39	20,5
	≥ 21 tahun	26	13,6

communications dengan dimensi antara lain *communication openness* (3) dan *feedback and communication about error* (3). Bagian D yaitu *frequency of events reported* (3). Bagian E yaitu *patient safety grade* (1); bagian F mengenai *our hospital*, dimensi *hospital management support for patient safety* (3), *teamwork across hospital units* (4), dan *hospital handoffs and transitions* (4). Bagian G yaitu *number of events reported* (1). Bagian H mengenai *background information* (6). Bagian I berisi 10 pertanyaan tentang kesalahan pelayanan oleh petugas. Terakhir bagian J adalah tempat menuliskan komentar responden tentang keselamatan pasien, kesalahan, dan pelaporan.

Pengolahan data kuantitatif dilakukan melalui proses *editing, coding, entry*, dan *cleaning* data dengan bantuan komputer. Analisis univariat dilakukan untuk menghitung distribusi frekuensi atau proporsi dari budaya *patient safety*. Budaya *patient safety* diukur dari proporsi respons positif antara lain setuju, sangat setuju atau selalu, dan sering untuk pernyataan positif, sedangkan untuk pernyataan negatif respons dihitung dari pernyataan ragu-ragu, tidak setuju, dan sangat tidak setuju atau kadang-kadang, jarang, dan tidak pernah. Budaya *patient safety* di tingkat unit kerja di rumah sakit didefinisikan dengan menjumlahkan dimensi, harapan, tindakan supervisor dan manajer dalam meningkatkan *patient safety*, upaya belajar dan peningkatan mutu di

organisasi, keterbukaan komunikasi, umpan balik dan komunikasi pada kesalahan, respons tidak menghukum pada kesalahan, penyusunan staf serta dukungan manajemen rumah sakit untuk *patient safety*. Pengolahan data karakteristik kesalahan pelayanan secara kualitatif dengan analisis taksonomi yaitu dengan menyusun satu-an temuan ke dalam kelompok atau kategori untuk diinterpretasi.

Hasil

Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa lama kerja responden di unit antara lain sebagian responden (38,7%) bekerja selama 1-5 tahun di unit kerja saat ini, 30,0% bekerja antara 6-10 tahun, dan yang paling lama bekerja selama ≥ 21 tahun sebanyak 4,7% responden.

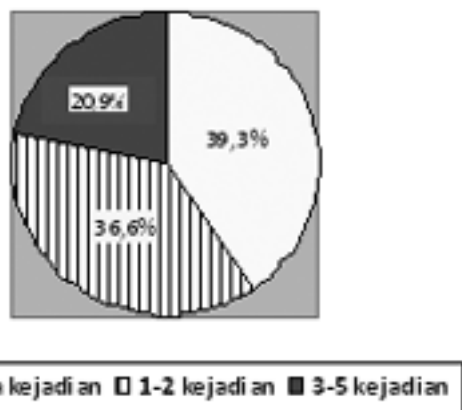
Untuk jam kerja per minggu, sebagian responden (56,0%) menjawab mereka bekerja 40-59 jam per minggu. Hal yang menarik yaitu ada 1% responden yang bekerja 80-99 jam per minggu, dan 4,2% responden bekerja < 20 jam per minggu. Untuk posisi responden di unit, 53,9% responden adalah perawat pelaksana, namun demikian variasi responden cukup baik karena ada responden dokter umum (18,35%), dokter spesialis (1,6%), dokter gigi (0,5%), dan bidan (6,3%). Untuk lama berada di posisi saat ini, 26,7% responden

Tabel 2. Frekuensi Pelaporan Berdasarkan Tingkat Kesalahan

Tingkat Kesalahan	Tidak Pernah		Jarang		Kadang-kadang		Sering		Selalu	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%	Frekuensi	%	Frekuensi	%	Frekuensi	%
Kesalahan dapat diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien	15	7,9	33	17,3	54	28,3	72	37,7	17	8,9
Kesalahan terjadi tapi tidak mengancam pasien	14	7,3	43	22,5	50	26,2	64	33,5	20	10,5
Kesalahan berpotensi membahayakan pasien tapi dapat dicegah	29	15,2	27	14,1	36	18,8	70	36,6	29	15,2

Tabel 3. Tingkatan Keselamatan Pasien Secara Umum

Tingkat Keselamatan Pasien	Frekuensi	%
Buruk	13	6,8
Cukup	93	48,7
Baik	83	43,5
Baik sekali	2	1,0
Jumlah	191	100



Gambar 1. Jumlah Kejadian Dilaporkan Petugas dalam 12 Bulan Terakhir

menyatakan sudah 6-10 tahun berada pada posisi tersebut, ada yang sudah sangat lama (≥ 21 tahun) sebanyak 13,65%, dan ada juga yang baru (< 1 tahun) sebanyak 4,7% (Lihat Tabel 1).

Ukuran Dampak Budaya Patient Safety

Ukuran dampak budaya *patient safety* di rumah sakit digali dengan meminta tanggapan responden tentang frekuensi pelaporan kejadian atau kesalahan, pendapat tentang *patient safety* secara umum,

tingkatan *patient safety* secara umum, dan jumlah kejadian yang dilaporkan. Hasil penelitian mengenai frekuensi pelaporan tentang kejadian atau kesalahan menunjukkan rata-rata hanya 35% responden yang mengatakan "selalu" dan "sering" melaporkan kesalahan, baik kesalahan yang dapat diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien, kesalahan yang sudah terjadi tapi tidak mengancam pasien maupun kesalahan yang berpotensi membahayakan pasien (Lihat Tabel 2).

Berdasarkan hasil analisis mengenai pendapat secara umum tentang *patient safety* dapat dilihat bahwa 47,1% responden memberikan respons positif tentang *patient safety* di rumah sakit ini. Tingkatan *patient safety* di unit kerja masing-masing ditanggapi "baik" oleh 43,5% responden dan "baik sekali" sebesar 1%. Selebihnya, ada yang menanggapi "cukup" sebesar 48,7% responden bahkan ada yang menganggap "buruk" (6,8%) (Lihat Tabel 3). Untuk jumlah kejadian dilaporkan dalam 12 bulan terakhir, 39,3% petugas mengatakan tidak ada kejadian yang dilaporkan, 36,6% mengatakan ada 1-2 kejadian yang dilaporkan, dan sebagian petugas (20,9%) mengatakan ada 3-5 kejadian yang dilaporkan dalam 12 bulan terakhir (Lihat Gambar 1).

Budaya Patient Safety di Tingkat Unit Kerja Rumah Sakit

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa hanya 14,7% responden memberikan respons positif pada budaya *patient safety* di unit rumah sakit. Bila dicermati lebih teliti, budaya *patient safety* berdasarkan tiap dimensinya dapat dilihat bahwa respons positif yang paling besar (81,7%) diberikan pada kerja sama tim di tingkat unit, sedangkan respons positif paling kecil (10,5%) diberikan pada dimensi penyusunan staf (Lihat Tabel 4).

Budaya Patient Safety di Tingkat Rumah Sakit

Budaya *patient safety* di tingkat rumah sakit

Tabel 4. Distribusi Responden Berdasarkan Respon pada Budaya *Patient Safety* di Unit Kerja

Dimensi Budaya/Jenis Respons	Respons Negatif		Respons Positif	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%
Budaya <i>patient safety</i> di tingkat unit	163	85,3	28	14,7
Harapan dan tindakan supervisor/ manajer untuk peningkatan <i>patient safety</i>	88	46,1	103	53,9
Upaya belajar dan peningkatan mutu di dalam organisasi	94	49,2	97	50,8
Kerja sama tim di tingkat unit	35	18,3	156	81,7
Keterbukaan komunikasi	103	53,9	88	46,1
Komunikasi dan umpan balik terhadap kesalahan	97	50,8	94	49,2
Respon tidak menghukum kesalahan	132	69,1	59	30,9
Penyusunan staf	171	89,5	20	10,5
Dukungan manajemen rumah sakit terhadap <i>patient safety</i>	122	63,9	69	36,1

Tabel 5. Distribusi Responden Berdasarkan Respons terhadap Budaya *Patient Safety* di Tingkat Rumah Sakit

Jenis Respons	Respons Negatif		Respons Positif	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%
Budaya <i>patient safety</i> di tingkat rumah sakit	141	73,8	50	26,2
Kerja sama antarunit kerja di rumah sakit	122	63,9	69	36,1
Pergantian petugas dan perpindahan pasien di rumah sakit	138	72,3	53	27,7

didefinisikan dengan menjumlahkan dimensi kerja sama antarunit di rumah sakit dan pergantian petugas atau perpindahan pasien di rumah sakit. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa 26,2% responden memberikan respons positif terhadap budaya *patient safety* di tingkat rumah sakit. Respons positif untuk kerja sama antarunit kerja di rumah sakit sebesar 35,8% sedangkan respons positif untuk pergantian petugas dan perpindahan pasien antarunit sebesar 27,7% (Lihat Tabel 5).

Karakteristik Kesalahan Pelayanan di Rumah Sakit

Melalui penelitian ini ditanyakan kepada para responden, jenis kesalahan yang pernah dilakukan, waktu melakukan, tempat, kemungkinan bahaya, penyebab kesalahan, kemungkinan kerugian bagi pasien, dan komentar pasien. Berdasarkan hasil penelitian secara semi kualitatif diketahui bahwa dari 191 responden, hanya 34 orang (17,8%) yang menyatakan pernah melakukan kesalahan pelayanan. Jenis kesalahan pelayanan yang dilakukan oleh petugas di rumah sakit meliputi kesalahan dalam kedisiplinan, komunikasi, hingga kesalahan teknis. Jenis kesalahan tersebut adalah salah komunikasi (1 orang), salah menjahit luka (1 orang), salah paham (4 orang), salah menulis tanggal (1 orang), salah menegakkan diagnosis

(1 orang), tidak melakukan observasi terhadap persalinan (1 orang), tidak mengukur tanda vital (1 orang), hematoma (bengkak) pada bekas suntikan (1 orang), terlambat melakukan injeksi (1 orang), salah infus (3 orang), salah memberikan obat makan (1 orang), salah dalam melakukan elektrokardiogram (4 orang), salah dalam melakukan ganti perban (1 orang), lupa mengantar pasien untuk rontgen (1 orang), lupa menulis status pasien (2 orang), terlambat memberikan obat (4 orang), salah memberikan obat (1 orang), tidak memberikan pendidikan kesehatan (1 orang), salah melakukan tindakan (1 orang), terlambat datang ke rumah sakit (1 orang), memberikan informasi tidak jelas (1 orang), dan salah dalam pencabutan gigi (1 orang).

Petugas yang menyatakan pernah melakukan kesalahan adalah dokter umum, kepala ruangan, ketua tim perawatan, perawat pelaksana, dan bidan. Sementara itu, kemungkinan penyebab kesalahan menurut responden adalah tidak memahami informasi, volume kerja tinggi, kurang pengetahuan, kurang tidur/istirahat, kurang hati-hati, salah informasi, adanya aktivitas lain, kurangnya sarana, dan sebagian lupa penyebabnya.

Waktu melakukan kesalahan pelayanan bervariasi. Ada yang dilakukan baru 2 hari yang lalu,

ada yang seminggu lalu, dua minggu lalu, 1 bulan lalu, 4 bulan lalu, 1 tahun lalu, 2-5 tahun lalu, bahkan ada yang 10 tahun lalu, dan sebagian ada yang lupa kapan melakukannya. Sedangkan, tempat melakukan kesalahan di tempat tugasnya masing-masing.

Menurut penjelasan responden tentang kemungkinan bahaya bagi pasien sebagai dampak kesalahan pelayanan yang dilakukan pada pasien, sebagian tidak ada bahaya, hanya sebagian kecil yang menimbulkan bahaya ringan berupa nyeri yang diderita pasien, selebihnya bahaya tidak langsung (*near miss*) dan tidak ada bahaya.

Pembahasan

Karakteristik Responden

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya 4,7% responden yang memiliki lama kerja kurang dari 1 tahun dan 15,7% memiliki lama kerja di unit kerja 1-5 tahun. Sementara itu, sebagian responden berada pada posisi saat ini di unit masing-masing 6-10 tahun bahkan ada yang sudah sangat lama yaitu ≥ 21 tahun. Pengalaman kerja seseorang dapat mempengaruhi kinerja dalam melakukan tugasnya, demikian pula halnya dalam menjaga keselamatan pasien. Idealnya, seseorang yang telah berpengalaman akan lebih baik dalam melaksanakan tugas karena lebih terlatih. Namun demikian, tetap harus dibarengi dengan upaya meningkatkan diri secara terus-menerus agar dapat menyesuaikan dengan kemajuan dan kompleksitas perkembangan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sebaliknya, lama kerja di suatu posisi dapat mempengaruhi pengalaman dan kemampuan, keadaan psikologis petugas, serta kepentingan publik. Apabila seorang petugas terlalu lama di suatu posisi, dikhawatirkan akan menimbulkan kejenuhan, depresi, serta kurang pengalaman dan kemampuan di bidang lain.⁶ Hal ini memungkinkan dampak yang tidak diinginkan, misalnya kurangnya produktivitas atau bahkan kurangnya kualitas layanan sehingga mengganggu kepentingan publik yang dilayani (dalam hal ini keselamatan pasien).

Salah satu upaya yang dapat dilakukan pihak manajemen adalah melakukan evaluasi struktur dan penempatan petugas di suatu unit serta tetap mempertimbangkan adanya rotasi kerja berkala dengan tidak mengabaikan spesifikasi profesi masing-masing. Dengan adanya rotasi kerja diharapkan akan memberikan pengalaman baru yang lebih menantang dan dapat mengatasi kejenuhan kerja sehingga dapat meningkatkan produktivitas serta kepuasan kerja dan akhirnya dapat membantu meningkatkan keselamatan pasien.

Sebagian responden (56,0%) bekerja selama 40-

59 jam per minggu, ada yang bekerja 80-99 jam per minggu, dan ada juga yang bekerja < 20 jam per minggu. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian *International Labour Organization* bahwa 22% jam kerja karyawan diatas standar (48 jam per minggu).⁷ Hal ini dikhawatirkan menimbulkan konsekuensi negatif seperti mengganggu kesehatan karyawan, kemungkinan menimbulkan kecelakaan kerja, mengurangi produktivitas, dan sehubungan dengan penelitian ini dikhawatirkan menimbulkan gangguan keselamatan pasien. Sebagaimana dikemukakan Landrigan CP et al,⁸ dan Barger LK et al,⁹ bahwa diantara penyebab kesalahan pelayanan kesehatan (*healthcare error*) adalah faktor manusia, salah satunya adalah kelelahan.

Hasil penelitian ini memberikan implikasi pada pihak manajemen rumah sakit untuk dapat menetapkan aturan jam kerja sesuai standar (maksimal 48 jam per minggu), sehingga tidak menimbulkan kelelahan pada petugas.⁷ Apabila terpaksa harus menetapkan jam kerja yang lebih panjang karena suatu alasan (misalnya keterbatasan jumlah petugas atau volume kerja bertambah) maka pihak manajemen harus menanggung biaya konsumsi dan memberikan kompensasi (jasa lembur).

Ukuran Dampak Budaya Patient Safety

Hanya sebagian kecil responden yang "sering" atau "selalu" melaporkan kesalahan yang terjadi. Penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian Permanasari,⁴ yang meneliti tentang budaya *patient safety* dan alokasi biaya di Indonesia yang menunjukkan hasil 30% jawaban responden mengatakan "selalu" atau "sering" melaporkan kejadian atau kesalahan. Pelaporan tiap kesalahan yang dibuat oleh petugas adalah suatu hal yang ditanggapi berbeda oleh petugas. Hal ini ditunjukkan oleh kecilnya jumlah petugas yang selalu atau sering melaporkan kejadian atau kesalahan. Petugas yang melaporkan kejadian atau kesalahan adalah petugas yang telah menyadari pentingnya melaporkan kesalahan agar dapat ditindaklanjuti dan diatasi di masa yang akan datang. Sementara, petugas lainnya belum memahami pentingnya melaporkan kejadian atau karena sebab-sebab lain (misalnya takut, merasa malu atau mendapat sanksi). Kenyataan ini menunjukkan fakta bahwa diperlukan sosialisasi kepada petugas tentang pentingnya *patient safety* dan pelaporan kejadian kesalahan untuk upaya mengatasi masalah dan memperbaiki mutu pelayanan di masa yang akan datang.

Berdasarkan hasil analisis dapat dilihat bahwa 47,1% responden memberikan respons positif tentang *patient safety* dan sebagian besar petugas menganggap tingkat keselamatan pasien di unit kerjanya "cukup" (48,7%),

bahkan ada yang menganggap "buruk" (6,8%). Terlepas dari subjektivitas yang mungkin terjadi dalam penilaian ini, namun hasil survei membuktikan bahwa sebenarnya keselamatan pasien belum baik. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian Permanasari,⁴ yang menemukan 50% responden menjawab bahwa tingkat keselamatan pasien secara umum dalam kategori "cukup". Kondisi ini memerlukan perhatian pihak manajemen dan petugas sendiri agar di masa yang akan datang keselamatan pasien lebih ditingkatkan karena keselamatan pasien bukan hanya penting bagi pasien atau keluarganya, tetapi juga mempengaruhi eksistensi institusi dalam jangka panjang.

Keselamatan pasien merupakan salah satu indikator mutu pelayanan dari suatu unit atau rumah sakit. Bila keselamatan pasien kurang diperhatikan sehingga menyebabkan kejadian tidak diinginkan dan merugikan pasien (*adverse event*) maka reputasi mutu institusi (dalam hal ini rumah sakit) di mata masyarakat akan "turun". Efek domino dari permasalahan ini adalah promosi dari mulut ke mulut tentang kurangnya mutu pelayanan dikalangan masyarakat yang akan memperberat reputasi institusi hingga akhirnya masyarakat akan memilih institusi lain untuk melayaninya.

Jumlah kejadian atau kesalahan pelayanan yang dilaporkan dalam 12 bulan terakhir berkisar antara 1-5 kejadian. Penelitian ini hampir sama dengan hasil penelitian Permanasari yang menemukan 75% petugas melaporkan < 6 kejadian dalam tahun terakhir.⁴ Berbeda dengan hasil penelitian ini, laporan *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ),¹⁰ menunjukkan dari hasil riset terhadap 622 rumah sakit dengan melibatkan 196.462 responden menemukan bahwa 52% responden mengatakan tidak ada kejadian dilaporkan dalam 12 bulan terakhir. Berdasarkan hasil penelitian ini, ada kemungkinan bahwa kecilnya jumlah kejadian atau kesalahan merupakan kejadian "*under-reporting*" tentang *patient safety* dan menjadi sasaran area yang perlu diperbaiki di masa yang akan datang. Sistem pelaporan adalah salah satu upaya yang dapat memberikan 2 fungsi potensial yaitu upaya antisipasi agar petugas dapat bertanggung jawab pada kinerjanya dan sebagai alternatif dalam penyediaan informasi untuk meningkatkan keselamatan pasien.¹¹ Implikasi bagi pihak manajemen adalah mendukung dan melaksanakan sistem pelaporan secara rutin.

Ada beberapa jenis sistem pelaporan yang dapat dilakukan, yaitu *mandatory reporting system* dan *voluntary reporting system*. *Mandatory reporting system* adalah sistem pelaporan yang bertujuan membuat petugas menjaga dan bertanggung jawab terhadap kinerjanya. Sistem pelaporan ini difokuskan pada kesalahan yang berhubungan dengan cedera serius atau kematian.

Biasanya pelaporan ini dilaksanakan oleh pemerintah yang berwenang melakukan investigasi kasus khusus dan memberikan hukuman tertentu. *Voluntary reporting system* adalah sistem pelaporan yang difokuskan pada peningkatan sistem keselamatan pasien dan bertujuan mengidentifikasi serta memperbaiki sistem yang buruk sebelum bahaya terjadi pada pasien. Pelaporan ditujukan pada kesalahan yang sifatnya tidak menyebabkan bahaya pada pasien atau kejadian yang menyebabkan bahaya yang sangat kecil. Laporan dikirimkan secara rahasia dan tanpa hukuman. Sistem pelaporan ini sangat bermanfaat untuk menganalisis jenis kesalahan yang sering terjadi pada institusi pelayanan kesehatan agar lebih siap melakukan deteksi berdasarkan data yang dimiliki.¹¹

Budaya Patient Safety

Hasil penelitian menunjukkan bahwa budaya *patient safety* di tingkat unit hanya direspons positif oleh 14,7% responden, sedangkan budaya *patient safety* di tingkat rumah sakit direspons positif oleh 26,2% responden. Sedikit berbeda dengan hasil penelitian ini, Permanasari,⁴ menemukan 48% responden memberikan respons positif pada budaya *patient safety* secara umum. Berdasarkan 10 dimensi budaya *patient safety* yang diteliti, hanya kerja sama tim di tingkat unit yang dapat dijadikan area kekuatan bagi rumah sakit yang perlu dipertahankan karena merupakan temuan positif dan dapat dijadikan modal dasar utama dalam menyelesaikan tugas-tugas. Kerja sama tim dalam penelitian ini digali dengan 4 pertanyaan meliputi dukungan petugas satu sama lain di unit, kerja sama dalam menyelesaikan tugas, penghargaan petugas satu sama lain, dan kerja sama antarbagian di unit. Respons positif yang paling tinggi (97,3%) diberikan responden pada pernyataan: "*Bila banyak tugas yang harus diselesaikan, kami bekerja sama sebagai tim dalam menyelesaikan tugas.*"

Hasil penelitian ini selaras dengan laporan AHRQ,¹⁰ tentang *Hospital Survey on Patient Safety Culture* tahun 2009 *Comparative Databased Report* bahwa *team work* pada tingkat unit di rumah sakit yang diteliti sebagai salah satu area kekuatan dalam *patient safety culture*. Hal ini ditunjukkan dengan rata-rata respons positif responden sebesar 79% dan respons paling tinggi (86%) pada pernyataan yang sama.¹⁰

Kerja sama dalam tim adalah salah satu pilar mutu selain *scientific approach* dan *continuous quality improvement* dalam memberikan pelayanan yang bersifat *customer focus*, termasuk dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien. Pekerjaan yang besar dan berat dapat diselesaikan dengan baik bila ada kerja sama dalam tim. Oleh karena itu, budaya ini harus dipupuk dan dilestarikan dengan berbagai upaya, antara lain

dengan memberikan *reward* pada tim yang dapat menyelesaikan tugasnya dengan baik dan memberikan sanksi pada tim yang tidak dapat menyelesaikan tugasnya dengan baik. Pola *reward and punishment* yang konsisten dan berbasis kinerja dapat memberikan harapan pada petugas dan meningkatkan motivasi kerjanya.¹²

Dimensi lainnya dari budaya *patient safety* masuk dalam area *potential to improvement* adalah harapan dan tindakan supervisor/manajer pada peningkatan *patient safety* (respons positif 55,3%), upaya belajar dan meningkatkan mutu di organisasi (50,8%) dan komunikasi/umpan balik terhadap kesalahan (49,25%). Fakta ini berbeda dengan temuan AHRQ,¹⁰ dalam penelitiannya yang menunjukkan area *improvement* yaitu respons tidak menghukum, pergantian petugas dan perpindahan pasien antar unit di rumah sakit serta jumlah kejadian yang dilaporkan.

Kesalahan Pelayanan

Jenis kesalahan pelayanan yang dilakukan oleh petugas di rumah sakit meliputi kesalahan dalam kedisiplinan, komunikasi, hingga kesalahan teknis. Penyebab kesalahan yang paling banyak dikemukakan responden adalah salah informasi. Kesalahan informasi dimungkinkan salah satunya oleh komunikasi yang buruk sehingga petugas tidak memahami dengan jelas apa yang dibicarakan atau pesan yang disampaikan. Hasil penelitian ini selaras dengan penjelasan dalam *Journal of the Royal Society of Medicine* bahwa penyebab kesalahan pelayanan adalah kegagalan sistem, dalam hal ini berupa komunikasi yang buruk.¹³ Selain itu, penyebab kesalahan pelayanan oleh petugas adalah kurang pengetahuan sehingga petugas tidak dapat melakukan tugasnya dengan baik. Kesalahan pelayanan kesehatan dapat disebabkan oleh faktor manusia, seperti variasi pendidikan, *training*, dan pengalaman petugas yang memberikan pelayanan kesehatan.¹⁴ Penyebab lain yang banyak dikemukakan oleh responden adalah kelalaian karena kurang hati-hati, tertidur, atau karena aktivitas lain. Kelalaian petugas dimungkinkan oleh berbagai hal, antara lain karena volume kerja yang tinggi atau karena tekanan waktu sehingga mengurangi konsentrasi petugas atau dapat mengakibatkan kelelahan.⁸ Salah satu sebab kesalahan pelayanan yang dikemukakan oleh 2 dari 34 responden yang mengaku melakukan kesalahan adalah faktor sarana atau peralatan. Kurangnya peralatan dapat membatasi tindakan yang harus dilakukan oleh petugas, sementara petugas dituntut melakukan tindakan tertentu. Sebagaimana dikemukakan oleh *World Health Organization* (WHO) bahwa kegagalan sistem (salah satunya infrastruktur) dapat menyebabkan tindakan yang tidak

tepat.¹⁵

Berbagai penyebab kesalahan pelayanan yang dilakukan petugas tersebut, dapat diringkas menjadi 2 hal, yaitu faktor manusia dan kegagalan sistem. Kedua area ini dapat diperbaiki dengan beberapa langkah. Langkah pertama yaitu melakukan analisis kebijakan yang ada, apakah perlu diubah atau ditingkatkan. Langkah kedua yaitu intervensi pada tingkat pimpinan, intervensi pada tingkat petugas, dan pada tingkat pasien serta keluarganya. Dalam menerapkan *patient safety* di rumah sakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah menerbitkan Panduan Nasional Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) di Rumah Sakit tahun 2008 yang terdiri dari 7 standar, yaitu: 1) hak pasien, 2) mendidik pasien dan keluarga, 3) keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, 4) penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program, 5) peningkatan keselamatan pasien, 6) mendidik staf tentang keselamatan kerja, dan 7) komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.¹⁶

Untuk mencapai ketujuh standar tersebut, Panduan Nasional menganjurkan 7 Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit, yaitu: 1) bangun kesadaran akan keselamatan pasien, 2) pimpin staf, 3) integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, 4) kembangkan sistem pelaporan, 5) libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, 6) belajar dari berbagai pengalaman tentang keselamatan pasien, dan 7) cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien. Ketujuh langkah tersebut dibuat dalam 2 tingkat dalam penerapan yaitu untuk tingkat rumah sakit dan tingkat unit/tim melalui 3 fase antara lain fase persiapan, pelaksanaan, dan evaluasi.^{16,17}

Kesimpulan

Sebagian besar responden sudah lama bertugas di unit masing-masing pada posisi saat ini. Jam kerja sebagian responden melebihi standar jam kerja. Hanya sebagian kecil responden yang "sering" atau "selalu" melaporkan kesalahan yang terjadi. Sebagian responden memberikan respons positif tentang *patient safety* di rumah sakit ini. Tingkatan *patient safety* di unit kerja masing-masing ditanggapi "baik" oleh hampir separuh responden. Jumlah kejadian yang dilaporkan dalam 12 bulan terakhir antara 1-6 kejadian. Secara umum, budaya *patient safety* di salah satu rumah sakit di Kota Jambi kurang baik karena dari 10 budaya *patient safety* hanya kerja sama tim di tingkat unit yang masuk area kekuatan bagi rumah sakit. Sementara, dimensi harapan dan tindakan supervisor/manajer pada peningkatan *patient safety*, upaya belajar, dan meningkatkan mutu di organisasi serta komunikasi/umpan balik terhadap kesalahan masuk area *potential to impro-*

vement. Sebanyak 34 dari 191 orang responden menyatakan pernah melakukan kesalahan dengan variasi kesalahan berupa kesalahan dalam kedisiplinan, berkomunikasi hingga kesalahan teknis. Penyebab berbagai kesalahan tersebut dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu faktor manusia (kurang hati-hati, kelelahan, dan kurang pengetahuan) serta kegagalan sistem (komunikasi yang buruk di tingkat unit/antarunit, ketidakjelasan informasi, volume kerja tinggi, dan kekurangan sarana).

Saran

Pihak manajemen rumah sakit hendaknya dapat melakukan evaluasi kebijakan penempatan petugas dan melakukan rotasi berkala agar memberikan peluang berkembang bagi petugas dan mencegah kejenuhan. Selain itu, pihak manajemen sebaiknya menetapkan dan melaksanakan kebijakan jam kerja tertulis sesuai dengan standar yang berlaku, demikian pula dengan penetapan kompensasi bagi petugas yang bekerja melebihi jam kerja (*over time*). Upaya penting lain yang perlu dilakukan adalah melaksanakan sistem pelaporan, minimal *voluntary reporting system*. Secara spesifik, pihak manajemen juga meningkatkan sosialisasi serta menerapkan secara nyata standar keselamatan pasien di rumah sakit, minimal melaksanakan 7 standar antara lain: 1) hak pasien; 2) mendidik pasien dan keluarga; 3) keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan; 4) penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program; 5) peningkatan keselamatan pasien; 6) mendidik staf tentang keselamatan kerja; dan 7) komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Para petugas juga diharapkan selalu berupaya belajar untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan, dan keterampilan maupun belajar dari kesalahan yang telah terjadi agar tidak terulang di masa yang akan datang. Pihak pemerintah atau badan akreditasi diharapkan memberikan *reward* bagi institusi pelayanan kesehatan yang telah melaksanakan pemantauan *patient safety* (termasuk bagi institusi pelayanan yang telah berupaya melakukan *voluntary reporting system*). Pemerintah juga diharapkan menyelenggarakan program pelaporan *mandatory reporting system* bagi semua institusi pelayanan kesehatan agar menjaga dan meningkatkan tanggung jawab petugas terhadap kinerjanya, khususnya dalam hal keselamatan pasien. Peneliti lain diharapkan melakukan penelitian lanjutan dengan ruang lingkup yang lebih luas tentang budaya *patient safety* dan faktor yang mempengaruhinya atau hubungannya dengan kesalahan pelayanan dengan desain yang berbeda.

Daftar Pustaka

1. Interns Patient Safety Workshop. Definition of patient safety calling for

- help. 2006. [cited 2009 July]. Available from: <http://www.angel.med.miami.edu>.
2. Institute of Medicine. Definition of patient safety calling for help. In Interns Patient Safety Workshop (2006). 2001 [cited 2009 July]. Available from: <http://www.angel.med.miami.edu>.
3. Gustina Y. Analisis pelayanan informasi obat terhadap pasien di puskesmas Kota Jambi tahun 2008 [skripsi]. Jambi: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi; 2008.
4. Permanasari VY, Thabrani H, Darmawan ES. 2008. Patient safety culture and budget allocation for patient safety [cited Juli 2009]. Available from: congress@healthconomics.org.
5. _____. Laporan tahunan rumah sakit "X" provinsi Jambi. Jambi; 2009.
6. Sumarwoto. Rotasi dan mutasi pejabat sebagai sarana pembinaan dan pengembangan karir pegawai. Jakarta: Sekretariat Negara Republik Indonesia; 2006.
7. International Labour Organization. Working time around the world: trends in working hours, laws, and policies in a global comparative perspective. 2005 [cited 2010 November 10]. Available from: <http://www.portalhr.com>.
8. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N. Engl. J. Med.* 351 (18): 1838–48. 2004 [cited 2009 July]. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa041406#figure=t4&t=article>.
9. Barger LK, Ayas NT, Cade BE, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, Czeisler CA. Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. *PLoS Med.* 3 (12): e487. 2006 [cited 2009 July]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194188> 2009.
10. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital survey on safety culture. U.S. Department of Health and Human Services. 540 Gaither Road Rockville, MD 20850. 2004 [cited 2009 July]. Available from: <http://www.ahrq.gov>.
11. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC: Institute of Medicine National Academy Press; 2000.
12. Robbins S. Perilaku organisasi Jilid 1: konsep, kontroversi, aplikasi. Hadyana P, penerjemah. Jakarta: Prenhallindo; 1996.
13. Graham N, Maria W, Charles V. Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. *Journal of the Royal Society of Medicine* 94 (7): 322–30. 2001 [cited 2009 July]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1281594>.
14. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *Qual Saf Health Care.* 2005 Jun [cited 2009 July]; 12 (5): 221–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743709/?tool=pubmed>.
15. World Health Organization. 10 facts on patient safety. 2008 [cited 2009 July]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index.html.
16. Firmanda D. Penerapan pelaksanaan patient safety di rumah sakit. [cited 2009 July]. Available from: <http://www.scribd.com/doc/15211420/Dody-Firmanda-2009-Penerapan-Pelaksanaan-Patient-Safety-di-RS-Dinkes-Jawa-Timur>.

17. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ana acts in an advisory role. *Am J Nurs* [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited

2002 Aug 12]; 102 (6): [about 5 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>.