

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perhatian tentang keselamatan pasien tersebut telah tersirat dalam fatwa Hipocrates sejak kurang lebih 2.400 tahun yang telah silam yang berbunyi "*primum, non nocere*" (*first, do no harm*). Fatwa tersebut mengandung makna bahwa keselamatan pasien harus diutamakan serta harus melekat dalam proses pengobatan dan pelayanan kesehatan. *International Of Medicine* (IOM) menjelaskan bahwa *patient safety* adalah "*the prevention of harm to patients.*" dengan penekanan pada pencegahan terhadap kesalahan (*error*), belajar dari kesalahan yang terjadi dan membangun budaya keselamatan pasien. *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) menambahkan bahwa yang dimaksud *prevention of harm* adalah bebas dari kejadian atau kecelakaan yang dapat dicegah (*preventable injuries*) yang ditimbulkan oleh pelayanan kesehatan (Michell, 2008).

Publikasi dari laporan *Institute of Medecine* (IOM) USA pada tahun 2000 tentang "*to err is human, building a safer health system*", mengagetkan dunia dengan kenyataan bahwa cukup banyak kasus *adverse event* (AE) atau kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi di rumah sakit. Laporan itu mengemukakan hasil penelitian di rumah sakit di Utah dan Colorado serta New York. Di Utah dan Colorado ditemukan *adverse event* sebesar 2,9%, dengan angka kematian 6,6%. Sedangkan di New York, *adverse event* 3,7% dengan angka kematian 13,6%. Jumlah kematian akibat *adverse event* di rumah sakit seluruh Amerika berkisar antara 44.000 – 98.000 orang dari 33.600.000 orang pasien rawat inap per tahun.

WHO (2004) mengumpulkan hasil penelitian rumah sakit bahwa 3,2% - 16,6% *adverse event* terjadi di berbagai negara antara lain Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia. *Department of Health and Human Services* dalam hal ini *Office of*

Inspector General melaporkan bahwa pada tahun 2008 klien yang mengalami *adverse events* dan *temporary harm events* selama dirawat di RS adalah sebesar 13,5% (Daniel, 2010). Dari angka kejadian *adverse events* dan *temporary harm events* tersebut, 44% dapat dicegah (*preventable events*), 51% tidak dapat dicegah (*not preventable*) dan 5% tidak ditentukan. Biaya atas kejadian *adverse* dan *temporary harm events* di atas diperkirakan 324 juta dolar.

Tabel 1.1 Angka Kejadian *Adverse* dan *Temporary Harm Events* (Levinson, 2010)

Category	Per 1000 Pasien/hari	Per 100 admissions
1. <i>Adverse events</i>	29	15
2. <i>Temporary harm events</i>	40	21
3. <i>Adverse events and temporary harm events combined</i>	69	36

Sumber : Levinson, (2010) Office of Inspector General analysis of hospital in October 2008.

Data lain yang dilaporkan *Office of Inspector General* (OIG) yang dikategorikan berdasarkan laporan forum mutu nasional (*National Quality Forum*), *Hospital-Acquired Conditions* serta konsil *medical errors* dan pencegahan *adverse events* seperti dalam Tabel 1.2. di bawah ini.

Tabel 1.2. Estimasi Insidens Nasional *Adverse Events* Pada Pasien.

Kategori <i>adverse events</i>	Prosentase pasien	Perkiraan jumlah pasien
<i>National Quality Forum (NQF) Serious Reportable Events</i>	0.6%	6,367
<i>Medicare Hospital-acquired conditions (HACs)</i>	1.0%	10,187
<i>National Coordinating Council for Medication Errors Reporting and Prevention (NCC MERP) Level Events</i>	13.1%	129,890
(Overlap)	(1.3%)	(12,734)
Total	13.5%	133,710

Sumber : Levinson (2010) OIG analysis of hospital in October 2008

Berbagai studi juga mempublikasikan bahwa kejadian *adverse event* di rumah sakit berkisar 3 – 16% (Depkes RI, 2006) yang terjadi sejak beberapa tahun silam.

Adverse events yang dianggap paling krusial dan menjadi perhatian terutama di negara berkembang adalah infeksi silang atau infeksi nosokomial. Ada beberapa jenis infeksi nosokomial yang dipublikasikan antara lain flebitis, infeksi luka operasi, pneumonia, infeksi saluran kemih dan lain sebagainya. Kejadian flebitis pada *peripheral intravenous catheters* (PIVCs) mencapai 3.7% - 67.24% (Oliveira and Parreira 2010). Kejadian flebitis pada rumah sakit di Indonesia diperkirakan lebih tinggi dari data di atas.

Adverse events di Indonesia belum banyak dilaporkan tetapi diperkirakan kejadiannya cukup tinggi karena banyak faktor risiko di rumah sakit belum dikelola dengan baik. Kondisi itu ditunjukkan oleh banyaknya rumah sakit yang belum memenuhi standar akreditasi rumah sakit termasuk di dalamnya standar keselamatan pasien yaitu 54,48% dari 2.010 RS (Kemenkes RI, 2012). Secara khusus di Provinsi NTB sendiri jumlah RS yang telah terakreditasi oleh KARS Kemenkes RI hanya 59% dari 22 buah RS yang ada. Standar akreditasi yang digunakan untuk RS yang dilaporkan terakreditasi tersebut sampai akhir tahun 2012 belum menggunakan standar *Joint Commission International* (JCI).

Data *adverse events* yang ada di Indonesia yang disajikan dalam Tabel 1.3 adalah hasil penelitian Utarini (2001) di beberapa rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah memberikan informasi bahwa insidens *adverse event* bervariasi meliputi aspek diagnostik, tindakan medik dan asuhan keperawatan.

Tabel 1.3. Kejadian *Adverse Event* Pada RS di Jawa Tengah Tahun (Utarini. 2001)

No	Jenis Tindakan	<i>Adverse Event</i>	Kejadian(%)
1.	Penanganan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA)	a) <i>Inappropriate</i> diagnose dengan jenis obat	88.84
		b) Dosis obat	48.69
2.	Pemberian antibiotik profilaksis pada operasi <i>sectio caesarea</i>	a) <i>Timing error</i>	33
		b) dosis	24.9
		c) frekwensi	52.7
		d) durasi	62,1
3.	Apendiktomi	a) Tanpa pemeriksaan patologi anatomi	84.4
		b) Kesalahan dosis anti biotik	48.6;
		c) Frekwensi	65.9
4.	Perawatan ICU/ ICCU	Pasien mengalami dekubitus	37.3%

Sumber: Utarini, 2001.

Walaupun data dalam Tabel 1.3 di atas bersifat terbatas dan sudah cukup lama tetapi berdasarkan informasi itu dapat diprediksi bahwa di rumah sakit lain di luar Jawa Tengah juga terjadi *adverse events* yang hampir sama mengingat situasi dan kondisi rumah sakit yang ada tidak jauh berbeda. Kondisi itu sejalan dengan pemberitaan media masa baik cetak maupun elektronik yang banyak memuat informasi tentang keluhan pasien serta berita tentang kejadian yang tidak diharapkan.

Dampak dari *adverse event* cukup kompleks termasuk dampak ekonomi yang tinggi, misalnya di Inggris sudah mengeluarkan biaya tambahan akibat perpanjangan lama rawat inap pada penderita yang mengalami *adverse event* sekitar £200 juta setiap tahun di tambah biaya ganti rugi yang diklaim ke *National Health Service* (NHS) mendekati angka £400 juta setiap tahunnya serta ditambah biaya lainnya. Di Amerika Serikat perkiraan biaya nasional yang harus ditanggung akibat *preventable adverse event* lebih tinggi termasuk hilangnya penghasilan akibat kecacatan, biaya medik tambahan dan perawatan pasca *adverse event*.

Komplikasi yang dialami pasien dapat bersifat ringan hingga berat. Hal itu menimbulkan berbagai dampak negatif, antara lain memperpanjang *length of stay*. Semakin lama *length of stay* akibat dari adanya komplikasi di rumah sakit maka akan berdampak lebih jauh terhadap sosial ekonomi dan memperbesar kemungkinan terjadinya risiko klinik yang lain. Karena hampir setiap tindakan yang dilakukan kepada pasien pada saat dirawat di rumah sakit memiliki potensi untuk menimbulkan *adverse event* baik untuk pasien sendiri maupun untuk petugas (Dwiprahasto, 2005)

Pelayanan di rumah sakit yang belum terakreditasi dapat dipastikan terdapat layanan yang belum memenuhi standar sehingga di rumah sakit yang bersangkutan terdapat banyak risiko klinik yang menyebabkan *adverse events*. Kenyataan itu diperkuat oleh adanya peningkatan tuduhan “mal praktek”. Oleh karena itu setiap tindakan harus *safe care* yaitu tindakan yang didasarkan pada bukti ilmiah yang terbaru dan valid serta dilaksanakan menurut standard yang terbaik dan menjamin pasien terhindar dari risiko klinik. Untuk itu diperlukan sistem manajemen risiko klinik (MRK) yang berfokus pada budaya keselamatan agar *adverse event* atau kejadian tidak diharapkan tidak terjadi (Guwandi, 2005). Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran berkembang cukup pesat baik teknologi bidang diagnostik maupun kuratif yang bervariasi mulai dari yang sederhana sampai yang canggih belum diikuti oleh budaya pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keselamatan pasien maupun pemberi layanan. Pasien sering kali menjadi korban walaupun dalam kenyataannya tidak ada unsur kesengajaan.

Di negara berkembang teridentifikasi banyak faktor risiko yang dapat menimbulkan *adverse event*, antara lain infrastruktur dan fasilitas kesehatan yang kurang memadai, keterbatasan obat, minimnya upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial dan rendahnya kompetensi dan kinerja petugas akibat sistem

penggajian dan penghargaan yang tidak memadai serta kurangnya pendidikan dan pelatihan. Di samping itu sistem *credentialing* yang tidak berjalan dengan baik turut mempengaruhi kinerja individu maupun kinerja rumah sakit.

Beberapa faktor tersebut di atas, faktor kompetensi dan kinerja petugas (*provider*) perlu diprioritaskan karena tanpa kinerja dan kompetensi sumber daya manusia yang baik sumber daya lain tidak dapat menjadi *in put* yang efektif dalam proses manajemen risiko klinik. Misalnya untuk menggunakan *endoscopy*, *ventilator* dan peralatan lain memerlukan keterampilan khusus dari tenaga yang terlatih. Pengelolaan *hazard* yang ada di ruang rawat inap memerlukan kemampuan dan kepedulian dari Kepala Bangsal (Ruang Perawatan) agar *hazard* tersebut tidak membahayakan keselamatan pasien maupun perawat. Terutama pada unit yang tergolong padat dengan risiko misalnya di Instalasi *Loundry* dan *Linen*, Ruang ICU, Instalasi *Radiology* dan Laboratorium.

Sumber daya manusia dalam hal ini tenaga kesehatan yang paling banyak di rumah sakit adalah Perawat. Keberadaannya di rumah sakit dibutuhkan untuk melaksanakan *caring* selama 24 jam/hari, 7 hari/minggu dan 365 hari/tahun. Perawat paling banyak berinteraksi dengan pasien sehingga mutu asuhan keperawatan (*quality of caring*) perlu terus ditingkatkan dalam rangka keselamatan pasien dan mencegah *adverse event*. Hal ini dikemukakan oleh Carolyn M. Clancy selaku Direktur *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dan Risa Lavizzo-Mourey, President and CEO dari *Robert Wood Johnson Foundation* (2008):

.....that nurses are at the center of patient care and therefore are essential drivers of quality improvement. .. we know that patient safety remains one of the most critical issues facing health care today and that nurses are the health care professionals most likely to intercept errors and prevent harm to patients. ...

Aplikasi tentang *caring* seperti yang dikemukakan AHRQ di atas belum terwujud yang diketahui dari hasil penelitian yang dilaporkan oleh *Directorate of Chief Nursing Officer, Patients, Publica and Health Professions* (2011), bahwa hampir 50% keluhan (*complaints*) dari klien berkaitan dengan komunikasi, sikap dan perilaku. Keadaan itu disebabkan oleh profil organisasi dicatat tidak kondusif dalam mendukung terselenggaranya layanan yang baik yang ditandai oleh kurangnya rasa kasih dan peduli (*lack of compassion*) dan sikap staf yang *uncaring*.

Realita tentang kurangnya kinerja layanan kesehatan tersebut di atas juga disampaikan Duffy (2009): "*the reality today is that nursing is in crisis*". Padahal yang paling menjadi inti (*essence*) dari keperawatan (*caring*) menurut Watson (2006) adalah aktifitas profesional keperawatan dan bukan sebuah rutinitas. Perawat harus secara profesional menggali alasan utama pasien ke rumah sakit, kemudian mengkaji pasien secara komprehensif, dilanjutkan dengan *monitoring*, membuat keputusan klinik, memberikan rasa nyaman, mendidik pasien dan keluarganya tentang penyakitnya, menjaga keselamatan serta terapi lingkungan yang terbaik.

Penerapan *good patient care* yang meliputi monitoring, membuat keputusan klinik, memberikan rasa nyaman, mendidik pasien dan keluarganya tentang penyakitnya, menjaga keselamatan serta terapi lingkungan yang terbaik secara umum di Indonesia belum dijalankan. Menurut kaca mata Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan menggunakan standar akreditasi RS versi 2007, profil manajemen dan kinerja layanan sebagian besar RS belum memenuhi standar mutu atau tidak terakreditasi (54,48%), sedangkan rumah sakit yang sudah terakreditasi dengan standar akreditasi KARS versi 2007 adalah 45,52% (Kemenkes, 2012). Informasi tentang profil mutu rumah sakit di Indonesia berdasarkan standar akreditasi JCI versi 2011 sampai saat ini belum tersedia, hanya ada beberapa rumah sakit baik rumah sakit

pusat, rumah sakit daerah maupun rumah sakit swasta yang sedang dalam proses pelaksanaan akreditasi.

Demikian juga rumah sakit yang ada di Propinsi Nusa Tenggara Barat masa berlaku status akreditasinya telah berakhir. Status akreditasi 12 pelayanan menurut standar akreditasi KARS versi 2007 masa berlakunya telah berakhir dan saat ini dalam proses akreditasi ulang. Pengelolaan *patient safety* (keselamatan pasien) belum dijalankan sesuai dengan standar akreditasi yang berlaku berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011.

Organisasi mutu yang menangani akreditasi dan keselamatan pasien belum berjalan secara efektif. Sistem pengelolaan faktor risiko klinik untuk mendukung keselamatan pasien belum berjalan secara optimal, misalnya pengelolaan limbah medis, pencegahan infeksi nosokomial, pengelolaan *laundry* dan kondisi gedung tempat pelayanan belum menjamin pasien tidak *injury* (jatuh). Standar prosedur operasional (SPO) yang ada belum lengkap termasuk SPO *credentialing* dan beberapa SPO yang sudah ada tidak disosialisasikan dengan baik.

Hasil survei kepuasan pasien di RSUP NTB dan di beberapa RSUD yang ada di NTB tahun 2010, diperoleh angka kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan hanya 65% (RSUP NTB, 2011), lebih rendah dari standar minimal kepuasan pasien yaitu 80% (Kemenkes, 2010). Aspek yang rendah berdasarkan tingkat kepuasan pasien tersebut adalah aspek sikap dan perilaku yang berkaitan dengan kepatuhan terhadap standar prosedur operasional. Hal itu berkaitan erat dengan kurangnya sosialisasi, jam pelatihan tenaga, dan penerapan Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP). Kondisi lain adalah terdapat sejumlah tindakan dilakukan oleh perawat yang kurang kompetens dengan sarana yang terbatas dan lingkungan kerja yang kurang terapiutik.

Kondisi tersebut di atas berpotensi menimbulkan *adverse event* maupun nyaris cedra (*near miss*) mengingat rumah sakit memiliki karakteristik yang padat masalah, padat profesi, padat modal/aset, padat aktivitas, padat transaksi dan padat teknologi sehingga *adverse events* tersebut sering kali sulit dihindari. Semakin kompleksnya manajemen RS sekarang ini juga menyebabkan semakin banyak timbul faktor risiko keselamatan pasien. Beberapa faktor risiko klinik yang teridentifikasi di rumah sakit yang berhubungan dengan keselamatan pasien antara lain penugasan tidak jelas, waktu terbatas, hubungan antar manusia dan komunikasi yang kurang baik, terlalu banyak informasi, *negative transfer between task*, salah persepsi terhadap risiko, tidak ada *feedback* dari sistem, kurang pengalaman, prosedur/instruksi yang buruk dan lain sebagainya (Dwiprahasto, 2005). Kondisi tersebut menjadi bukti bahwa pelayanan kesehatan memiliki potensi tersembunyi untuk menimbulkan *adverse event* mulai dari yang ringan dan *reversible* hingga berat dan menimbulkan kecacatan tetap (*permanent disability*) bahkan berakhir dengan kematian.

Menyikapi semua isu global tentang keselamatan pasien yang telah diuraikan di atas, WHO mencanangkan *global alliance for patient safety* pada tahun 2004 dengan mengangkat fatwa Hipocrates. Beberapa negara juga mulai giat melakukan penelitian dan mengembangkan sistem keselamatan pasien. Indonesia sendiri memberlakukan sistem keselamatan pasien dengan mengembangkan sistem yang telah ada antara lain K3RS dan kewaspadaan bencana, standar pengendalian infeksi nosokomial yang diintegrasikan dalam Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang baru dan komprehensif.

Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit diawali dengan membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) pada bulan Juni 2005 sebagai hasil rapat kerja Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) pada bulan Maret

2005 di Surabaya. Kementerian Kesehatan (2011) merubah KKP-RS menjadi Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KNKP-RS). Pencanaan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit dilakukan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia pada tanggal 21 Agustus 2005 dan diikuti dengan penetapan Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Upaya tersebut merupakan salah satu bentuk kesungguhan *stakeholder* bahwa masalah keselamatan pasien di rumah sakit sudah disadari menjadi isu yang mendesak dan menjadi kebutuhan masyarakat pengguna rumah sakit.

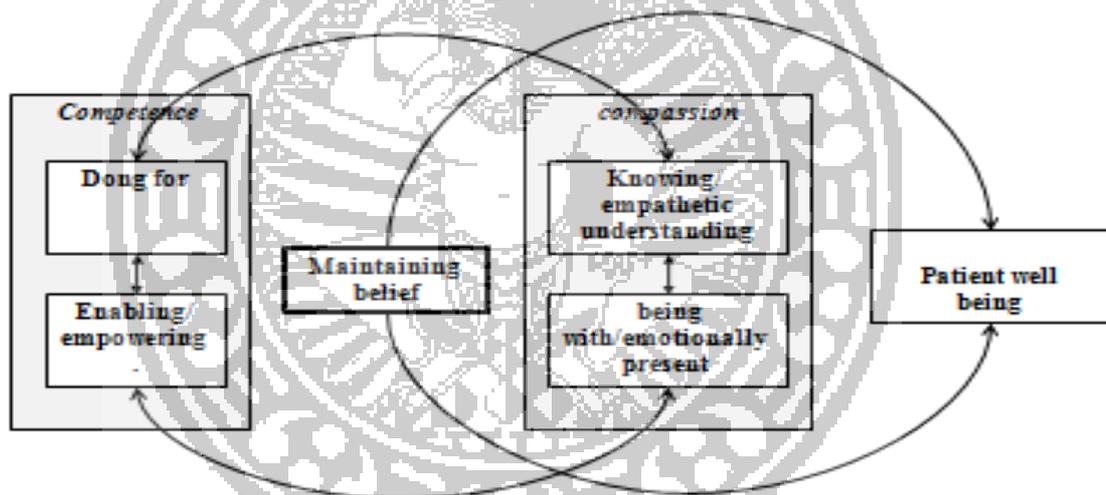
Mulai tahun 2012, perbaikan mutu layanan melalui akreditasi RS beralih dan berorientasi kepada paradigma baru yaitu pelayanan berfokus pada pasien. *Patient safety* menjadi indikator utama penilaian akreditasi yang baru. Standar Akreditasi RS versi 2012 telah mengacu kepada *Joint Commission International* (JCI) yaitu mencakup standar pelayanan berfokus pada pasien, standar manajemen rumah sakit, dan *international patient safety goals* (sasaran keselamatan pasien). Untuk memenuhi *patient safety* (keselamatan pasien) itu, Kementerian Kesehatan mengeluarkan peraturan nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 yang mengatur tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Komitmen dari jajaran manajemen maupun pelaksana teknis pelayanan untuk melakukan *quality planning*, *quality control* dan *quality improvement* sangat diperlukan untuk dapat mewujudkan *patient safety* di RS. Unsur pelaksana teknis layanan yang paling lama bersentuhan langsung dengan pasien adalah perawat dan sekaligus menjadi sumber daya manusia yang paling banyak jumlahnya di RS.

Keberadaan perawat di RS dibutuhkan untuk melaksanakan *caring* selama 24 jam/hari. Perawat berinteraksi dan melakukan hubungan interpersonal dengan pasien dan keluarganya selama 24 jam/hari dalam rangka menolong pasien untuk memenuhi

kebutuhan dasarnya. Oleh sebab itu perlu adanya mutu asuhan keperawatan (*quality of caring*) yang baik agar kepuasan pasien dan *patient safety* semakin meningkat. Penjelasan tersebut mengarahkan bahwa *caring* yang merupakan *core* dari Ilmu Keperawatan dapat dikembangkan menjadi basis dari sasaran keselamatan pasien (SKP) di rumah sakit.

Konsep *caring* yang menjadi bahan kajian dalam penelitian ini adalah *Swanson's Caring Theory*. Konsep dasar dari *Swanson's Caring* adalah suatu proses dari *maintaining belief*, *compassion* (*being with* dan *knowing*), *competence* (*doing for* dan *enabling*) untuk mencapai *patient well being* (Caroline, 2011). Secara skematis digambarkan sebagai berikut.



Gambar 1.1 *The Swanson's Caring Theory* (Caroline, 2011)

Sasaran keselamatan pasien (SKP) RS meliputi pengidentifikasian pasien secara tepat, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*), kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko pasien jatuh (JCI, 2011). Model sasaran keselamatan pasien (SKP) berbasis *caring* merupakan sebuah model dalam asuhan keperawatan yang

mengandung variabel *caring* dan indikatornya, variabel *patient safety* dan indikatornya seperti tersebut di atas serta faktor karakteristik perawat.

2.2 Identifikasi Masalah

- a. Isu tentang *patient safety* mulai mencuat setelah diketahui banyaknya kejadian *adverse events* yang dialami pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit. WHO menginformasikan bahwa angka kejadian *adverse events* yang terjadi di berbagai rumah sakit di dunia adalah 3% - 16% dan angka kejadian tersebut dapat merepresentasikan angka kejadian di RS di Indonesia termasuk di RSUD di Lombok, Provinsi Nusa Tenggara Barat.
- b. Dampak dari *adverse event* cukup kompleks termasuk dampak ekonomi yang tinggi, misalnya pengeluaran biaya tambahan akibat perpanjangan lama rawat inap, klaim biaya ganti rugi, biaya medik tambahan, perawatan pasca *adverse events* dan yang cukup memberatkan adalah hilangnya penghasilan akibat kecacatan, rumah sakit akan menerima banyak komplain dari masyarakat pengguna dan menurunnya kepercayaan masyarakat pada rumah sakit yang bersangkutan.
- c. Komplikasi yang dialami pasien baik yang bersifat ringan hingga yang berat menimbulkan berbagai dampak negatif, antara lain memperpanjang *length of stay* membawa dampak lebih jauh terhadap sosial ekonomi dan memperbesar kemungkinan terjadinya risiko klinik yang lain.
- d. Pemerintah, pengelola rumah sakit maupun masyarakat pemerhati rumah sakit di seluruh dunia mulai banyak memusatkan perhatiannya terhadap *patient safety*, akan tetapi pengelolaan *patient safety* di rumah sakit belum optimal termasuk di RSUD di Lombok, terutama menyangkut manajemen risiko klinik yang berorientasi dan berfokus pada *patient safety* sebagai salah satu bagian dari

quality improvement di rumah sakit yang telah ditentukan indikatornya oleh *Joint Commission International* (JCI, 2011).

- e. Sebagaimana besar rumah sakit di Indonesia dan seluruh RS di NTB belum menerapkan standar mutu dan standar *patient safety* JCI, dan hanya 45,52% RS di Indonesia dan 49% RS di NTB yang telah memenuhi standar mutu Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) versi 2007.
- f. Layanan keperawatan masih dikeluhkan oleh pasien yaitu hampir 50% keluhan (*complaints*) dari klien berkaitan dengan komunikasi, sikap dan perilaku perawat. Survei di beberapa RSUD di NTB tahun 2010, diperoleh angka kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan rata-rata 65% (RSUP NTB, 2011) sedangkan standar minimal kepuasan pasien adalah 80% (Kemenkes, 2010). Keadaan itu dipengaruhi oleh profil dari sistem mutu kurang kondusif dalam mendukung terselenggaranya layanan yang baik yang ditandai oleh kurangnya rasa kasih dan peduli (*lack of compassion*) dan sikap staf yang *uncaring*. Realita tentang kurangnya kinerja layanan kesehatan tersebut di atas juga disampaikan Duffy (2009): "*the reality today is that nursing is in crisis*".
- g. Sistem pengelolaan faktor risiko klinik untuk mendukung keselamatan pasien belum terstruktur dengan baik, misalnya pengelolaan limbah medis, perlindungan pasien agar terhindar infeksi nosokomial, pengelolaan *laundry* dan kondisi sarana gedung yang belum sepenuhnya menjamin pasien tidak *injury* akibat jatuh.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan fakta empiris dan kajian teoritis yang telah diuraikan di atas maka rumusan masalah atau pertanyaan penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimanakah model keselamatan pasien berbasis *caring* dalam keperawatan;

2. Bagaimanakah efektivitas model tersebut dalam meningkatkan keselamatan pasien yang diukur dari penurunan *adverse event* (AE)

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menyusun Model Keselamatan Pasien Berbasis *Caring* (*Patient Safety Based on Caring*) dalam keperawatan dan menguji efektivitas model tersebut terhadap penurunan *adverse event* (AE) di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Lombok Timur dan RSUD Kabupaten Lombok Barat, Provinsi Nusa Tenggara Barat.

1.4.2 Tujuan khusus

Tahap I :

Menyusun model keselamatan pasien berbasis *caring* dalam keperawatan di RS.

1. Menganalisis pengaruh pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan *caring*.
2. Menganalisis pengaruh sikap perawat terhadap *caring*.
3. Menganalisis pengaruh pengalaman perawat terhadap *caring*.
4. Menganalisis pengaruh pengetahuan perawat terhadap sasaran keselamatan pasien (SKP)
5. Menganalisis pengaruh sikap perawat terhadap SKP.
6. Menganalisis pengaruh pengalaman perawat terhadap SKP.
7. Menganalisis pengaruh *caring* terhadap sasaran keselamatan pasien (SKP)
8. Menyusun model keselamatan pasien berbasis *caring*

Tahap II :

Menguji efektivitas penerapan model keselamatan pasien berbasis *caring* terhadap penurunan *adverse event* (AE)

- 1 Mengevaluasi pengetahuan perawat tentang model keselamatan pasien berbasis *caring* sebelum dan sesudah pelatihan di RS A dan B.

- 2 Mengevaluasi penerapan model keselamatan pasien berbasis *caring* sebelum dan sesudah pelatihan di RS A dan B.
- 3 Mengevaluasi kejadian AE sebelum dan sesudah penerapan model keselamatan pasien berbasis *caring* di RS A dan B
- 4 Menganalisis efektivitas penerapan model terhadap penurunan AE

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Teoritis

1. Menambah dan melengkapi teori Manajemen RS khususnya tentang Manajemen Mutu Klinik Keperawatan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien.
2. Konsep *Caring* dalam Ilmu Keperawatan telah dapat dikembangkan menjadi Model Keselamatan Pasien dalam Ilmu Keperawatan.
3. Menjadi referensi bagi penelitian lebih lanjut tentang *patient safety* dan Keperawatan
4. Menambah dan melengkapi teori manajemen sumber daya manusia khususnya konsep peningkatan kinerja *caring* perawat.

1.5.2 Praktis

1. Menjadi acuan bagi Manajer dan Praktisi RS pada umumnya dan manajer dan praktisi Keperawatan dalam mengelola dan melaksanakan Manajemen Bangsal Keperawatan.
2. Mencegah *adverse events* dan meningkatkan keselamatan pasien khususnya yang berkaitan dengan dekubitus, flebitis, pasien jaruh, infeksi daerah operasi dan *medication error* dalam keperawatan.
3. Menghindari praktisi keperawatan dari komplain dan klaim dari pasien yang mengalami *adverse event*.