

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan salah satu bagian terpenting dalam sistem pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah untuk menyelamatkan pasien sesuai dengan yang diucapkan Hipocrates sekitar 2400 tahun yang lalu yaitu "*Primum, non nocere*" (*First, do no harm*). Namun diakui dengan semakin berkembangnya ilmu dan teknologi pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit, menjadi semakin kompleks dan berpotensi terjadinya kejadian tidak diharapkan (*adverse event*) apabila tidak dilakukan dengan hati-hati (Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2008).

Berdasarkan hasil studi *Institute of Medicine* di rumah sakit di New York pada tahun 1984 didapatkan data cedera akibat kesalahan medis sebanyak 2,9%, sementara studi serupa di rumah sakit Colorado dan Utah pada tahun 1992 didapatkan hasil sebanyak 3,7%. Dari jumlah tersebut sebanyak 58% di New York dan 53% di Colorado dan Utah adalah kejadian tak diharapkan yang sesungguhnya dapat dicegah. Kejadian tak diharapkan yang sesungguhnya dapat dicegah adalah penyebab kematian tertinggi di Amerika Serikat. Apabila diproyeksikan pada jumlah admisi rumah sakit sebanyak 33,6 juta orang di seluruh rumah sakit di Amerika Serikat pada tahun 1997, maka didapatkan angka sebesar 44.000-98.000 warga Amerika meninggal dunia di rumah sakit akibat dari kesalahan medis. Angka ini lebih tinggi daripada angka kematian akibat

kecelakaan lalu lintas sebanyak 43.458 kejadian, kanker payudara sebanyak 42.297 kejadian, atau AIDS sebanyak 16.516 kejadian (Kohn, 2000). Publikasi WHO pada tahun 2004, mengumpulkan angka penelitian rumah sakit di berbagai Negara yaitu Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan hasil kejadian tidak diharapkan dengan rentang 3,2 – 16,6 %. Dengan data-data tersebut, berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan Sistem Keselamatan Pasien (Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2008).

Untuk memperbaiki kondisi ini diperlukan kerjasama antara profesional kesehatan, organisasi pelayanan kesehatan (dalam hal ini rumah sakit), kastemer atau pasien serta pembuat kebijakan. Kebiasaan pelayanan yang tradisional dan budaya saling menyalahkan harus dihilangkan. Namun yang terpenting adalah menyusun desain keselamatan yang sistematis dalam proses pelayanan kesehatan. Membentuk sistem pelayanan kesehatan yang lebih aman artinya mendesain proses layanan yang memastikan pasien aman dari cedera yang tak disengaja. Ketika seorang pasien sudah setuju mendapatkan perawatan medis, maka pasien harus mendapat jaminan bahwa layanan tersebut akan dilaksanakan dengan benar dan aman sehingga mereka berkesempatan mendapatkan hasil terbaik yang diharapkan (Kohn, 2000).

Oleh karena itu sejak dilaporkannya hasil studi *Institut of Medicine* tersebut, berbagai negara mulai mengembangkan suatu sistem keselamatan pasien untuk menciptakan layanan kesehatan yang lebih aman. *World Health Organization* (WHO) mendirikan lembaga *World Alliance for Patient Safety* pada tahun 2004

sedangkan Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) mendirikan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang selanjutnya disebut KKPRS pada tahun 2005. Hal ini untuk mempersiapkan pelaksanaan keselamatan pasien rumah sakit.

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes no 1691 tahun 2011).

Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Potensial Cedera (KPC) dan Kejadian Sentinel (KS). (Permenkes no 1691 tahun 2011). Di Indonesia data tentang KTD, KNC, KTC, KPC maupun KS masih sangat kurang. Data insiden keselamatan pasien yang masuk pada tim KKPRS belum mencerminkan kejadian yang sesungguhnya terjadi di rumah sakit.

Rumah sakit Petrokimia Gresik merupakan salah satu grup rumah sakit dibawah PT Petro Graha Medika. Pangsa pasar terbesar dari RS Petrokimia Gresik adalah peserta BPJS Kesehatan yang mencapai 60% dari total kastemer.

Oleh karena itu RS perlu mengembangkan pola pelayanan yang efisien namun tidak mengesampingkan keselamatan pasien. Rumah Sakit Petrokimia Gresik telah memiliki program keselamatan pasien, namun belum berjalan dengan optimal dan belum sesuai dengan standar yang diminta dalam Permenkes no 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Sistem pencatatan dan pelaporan serta analisis insiden keselamatan pasien juga belum berjalan dengan baik, sehingga upaya pembelajaran dari hasil analisis insiden belum berjalan.

Tabel 1.1 Insiden Keselamatan Pasien Bulan Januari 2013 sampai dengan Oktober 2014 di RS Petrokimia Gresik

No	NAMA	KATEGORI	KETERANGAN	TANGGAL	LOKASI
1	Ny. A	Sentinel	Bayi tertukar	13/02/2013	Rawat bersalin
2	Ny. F	Sentinel	<i>Medication error</i>	06/08/2014	IGD
3	Nn. M	KTD	Misdiagnosa sehingga operasi 2 kali	20/05/2013	Rawat inap Lantai 1
4	Tn. B	KTD	<i>Medication error</i>	10/09/2013	Rawat inap Lantai 3
5	Tn. G	KTD	Kesalahan hasil lab	19/06/2013	Unit Laboratorium
6	An.U	KTD	Pasien jatuh	01/03/2014	Rawat inap Lantai 2
7	Ny. H	KNC	<i>Medication error</i>	17/03/2014	Rawat inap Lantai 3

Sumber : Laporan Insiden Keselamatan Pasien RS Petrokimia Gresik Tahun 2013-2014

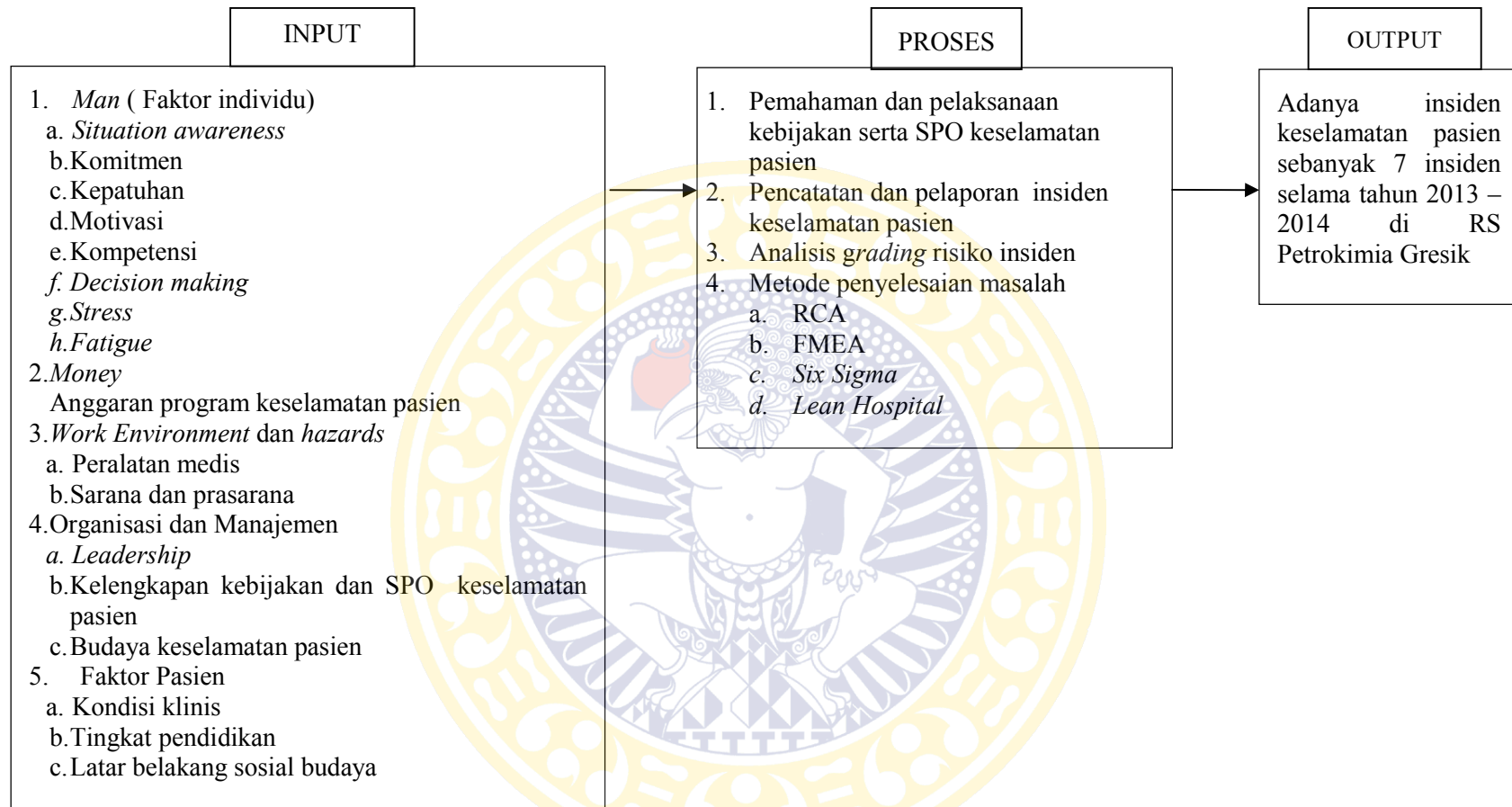
Tabel 1.1 memperlihatkan bahwa selama kurun waktu Januari 2013 sampai dengan Oktober 2014 terdapat 7 insiden keselamatan pasien yang dilaporkan. Dari 7 insiden tersebut, dua diantaranya adalah kejadian sentinel. Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak kekurangan dalam proses layanan terkait keselamatan pasien. Dan sesungguhnya masih banyak kejadian di lapangan yang tidak dilaporkan secara tertulis. Pelaporan insiden hanya dilakukan pada kasus yang cukup berat atau menimbulkan komplain pasien dan keluarga, dan dibuat atas permintaan

manajemen. Belum ada kesadaran dari petugas pelayanan untuk membuat laporan secara aktif segera setelah terjadinya insiden. Dan insiden yang tidak menimbulkan cedera serius atau komplain pasien, tidak dilaporkan kepada manajemen.

Berdasarkan data yang ada maka masalah penelitian yang dijadikan dasar penelitian ini adalah adanya insiden keselamatan pasien sebanyak 7 insiden selama tahun 2013 – 2014 di RS Petrokimia Gresik.

1.2 Kajian Masalah

Berdasarkan masalah tersebut, maka dilakukan identifikasi faktor yang dapat menyebabkan terjadinya insiden keselamatan pasien. Faktor yang kemungkinan dapat menyebabkan terjadinya insiden keselamatan pasien sebanyak 7 insiden pada tahun 2013 – 2014 di RS Petrokimia Gresik tersaji pada Gambar 1.1.



Gambar 1.1 Kajian Masalah Terjadinya Insiden Keselamatan Pasien

Pada pendekatan sistem keselamatan pasien, terdapat beberapa hal pada faktor input yang mempengaruhi terjadinya insiden keselamatan pasien. Beberapa faktor tersebut antara lain:

1) *Man* (Faktor Individu)

Terdapat berbagai faktor fisik dan psikologis individu yang dapat mempengaruhi perilaku pekerja yang berkaitan dengan keselamatan pasien, termasuk disini adalah:

a. *Situation awareness*

Situation awareness adalah persepsi individual mengenai lingkungan sekitarnya, arti situasi tersebut dan proyeksi situasi tersebut di masa mendatang. Pekerja perlu memiliki '*mental model*' (gambaran dalam benaknya) tentang status pekerjaannya, risiko yang terdapat dalam lingkungan kerjanya dan saat dibutuhkan suatu tindakan (WHO, 2009). Dalam mengupayakan keselamatan pasien, pemberi layanan perlu memiliki *awareness* mengenai tanda kritis yang terjadi di lingkungan kerjanya, interpretasi tanda kritis tersebut dan memproyeksikan tanda kritis tersebut terhadap keselamatan pasien yang dirawat. Di RS Petrokimia Gresik, *situation awareness* petugas pemberi layanan masih rendah, sehingga kurang siap menghadapi kemungkinan kejadian yang memerlukan suatu tindakan segera. Hal ini dapat memicu terjadinya insiden keselamatan pasien.

b. Komitmen terhadap pelayanan berorientasi keselamatan pasien.

Komitmen adalah kemauan seseorang untuk berusaha maksimal demi organisasi dan memiliki penerimaan penuh terhadap nilai dan tujuan

organisasi (Cooper, 2001). Seseorang dengan komitmen yang kuat akan memberikan yang terbaik untuk pekerjaannya. Kebijakan pimpinan mengenai pelayanan berorientasi keselamatan pasien, tidak akan berjalan baik apabila tidak disertai dengan komitmen para pemberi layanan. Komitmen terhadap keselamatan pasien tidak hanya perlu dimiliki oleh perawat saja namun termasuk juga dokter spesialis dan seluruh karyawan lain. Komitmen petugas terhadap keselamatan pasien di RS Petrokimia Gresik masih kurang, hal ini nampak dari belum maksimalnya pelaksanaan program keselamatan pasien, sehingga sangat rentan terjadi insiden terkait keselamatan pasien.

c. Kepatuhan

Kepatuhan petugas pemberi pelayanan kesehatan sangat berpengaruh terhadap munculnya insiden keselamatan pasien. Terutama adalah kepatuhan terhadap pelaksanaan Standar Prosedur Operasional (SPO) dan kepatuhan untuk melaporkan insiden keselamatan pasien. Dalam pelaksanaan program keselamatan pasien harus dikembangkan budaya melaporkan (*reporting culture*), dimana setiap petugas, baik yang terlibat langsung dengan pasien maupun yang tidak terlibat langsung, melaporkan setiap insiden terkait keselamatan pasien kepada Tim Keselamatan Pasien RS. Laporan tersebut kemudian dianalisis penyebabnya dan dimanfaatkan sebagai media pembelajaran bagi semua unit kerja sehingga insiden tersebut tidak terulang lagi. Kepatuhan dalam melaporkan insiden terkait keselamatan pasien belum membudaya dalam diri petugas pemberi pelayanan di RS Petrokimia Gresik.

d. Motivasi

Motivasi adalah hasrat dalam diri seseorang yang mendasari seseorang melakukan suatu perbuatan. Seseorang biasanya berbuat untuk suatu alasan yaitu mencapai tujuan (Mathis, 2008). Motivasi staf yang rendah dapat menjadi faktor kontribusi utama pada rendahnya kualitas pelayanan kesehatan. Beban kerja juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi motivasi, terutama di negara berkembang dimana sumber daya terbatas, sehingga setiap staf dibebani dengan jumlah pasien yang dirawat melebihi kapasitas kemampuannya. Hal ini juga terjadi di RS Petrokimia Gresik dimana keterbatasan jumlah petugas menyebabkan beban kerja yang tinggi sehingga meskipun didukung dengan insentif finansial yang memadai, motivasi karyawan untuk memberikan pelayanan terbaik masih kurang optimal.

e. Kompetensi

Kompetensi adalah *skill* dan *behaviour* yang diharapkan oleh organisasi untuk diterapkan oleh staf dalam pekerjaannya (Armstrong, 2009). Kompetensi seseorang meliputi *knowledge*, *skill* dan *attitude*. Kompetensi seorang staf sangat mempengaruhi keputusan dan tindakan yang diambilnya. Apabila seorang staf kurang kompeten dalam bidangnya, maka sangat dimungkinkan terjadi hal yang tidak diharapkan sehingga membahayakan keselamatan pasien. Belum semua petugas di RS Petrokimia Gresik memiliki standar kompetensi yang sama terutama dalam hal kegawat-daruratan. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya insiden keselamatan pasien.

f. Decision Making

Decision making adalah proses membuat keputusan atau menentukan pilihan, terkadang diperlukan suatu tindakan tertentu sesuai situasi yang ada (WHO, 2009). *Decision making* adalah kunci utama bagi profesi kesehatan, karena keputusan yang diambil oleh pemberi layanan sangat mempengaruhi *outcome*, baik dari segi keselamatan maupun kualitas hasil akhir perawatan pasien. Kurangnya kemampuan petugas untuk mengambil keputusan dengan benar terkait tindakan yang perlu dilakukan, dapat menyebabkan terjadinya insiden keselamatan pasien.

g. Stress

Stress adalah reaksi yang tidak diharapkan dari seseorang akibat mendapatkan tekanan berlebihan atau permintaan yang berlebihan. Penelitian telah membuktikan bahwa masalah yang berkaitan dengan beban kerja, waktu istirahat yang kurang, pembatasan otonomi dapat menyebabkan kelelahan emosional dan berefek kepada pasien (Biaggi, 2003). Kondisi *stress* yang dialami petugas pemberi layanan di RS Petrokimia Gresik terkait dengan beban kerja dan kondisi pasien, hal ini dapat mempengaruhi terjadinya insiden keselamatan pasien.

h. Fatigue

Fatigue adalah kondisi kelelahan yang diakibatkan oleh jam kerja yang panjang, periode tanpa tidur yang lama, atau bekerja berkepanjangan diluar irama biologis tubuh (*circadian rhythm*). Kekurangan tidur adalah penyebab utama kelelahan atau *fatigue*. Khususnya bagi pekerja kesehatan, *shift* kerja

yang panjang dan sistem *oncall* dapat menyebabkan kondisi *fatigue* dan berisiko membahayakan pasien. Hal ini juga terjadi di RS Petrokimia Gresik, terutama ketika jumlah BOR (*Bed Occupancy Rate*) tinggi. Kondisi petugas yang *fatigue* sangat rawan memicu terjadinya insiden keselamatan pasien.

2) *Money*

Komitmen manajemen rumah sakit dalam memprioritaskan keselamatan pasien, salah satunya dinilai dari anggaran biaya yang dialokasikan untuk program keselamatan pasien. Tanpa anggaran yang memadai, maka standar keselamatan pasien akan sulit untuk diwujudkan. Anggaran biaya ini diperlukan untuk keperluan sebagai berikut:

- a. Pelatihan staf dalam rangka meningkatkan kompetensinya terkait dengan keselamatan pasien
- b. Pengadaan peralatan medis yang memadai dan sesuai standar keselamatan pasien
- c. Pembuatan sarana dan prasarana yang sesuai dengan standar keselamatan pasien
- d. Biaya pemeliharaan alat dan sarana prasarana agar terjaga selalu kualitasnya.

Terbatasnya anggaran di RS Petrokimia Gresik menyebabkan kurang optimalnya upaya untuk mewujudkan keselamatan pasien rumah sakit, hal ini terutama terkait dengan fasilitas dan sarana prasarana yang belum memenuhi standar.

3) *Work Environment* dan *Hazards*

Work environment (lingkungan kerja) adalah salah satu faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien. Lingkungan kerja disini meliputi kondisi alat kesehatan, sarana dan prasarana serta sistem penunjang lainnya. *Workplace hazards* adalah suatu kondisi lingkungan atau situasi yang dapat membahayakan kesehatan atau kesejahteraan seseorang (Croskerry, 2008).

a. Peralatan Medis

Peralatan medis yang digunakan di rumah sakit harus memadai jumlahnya sesuai dengan kebutuhan pasien. Selain itu peralatan harus terkalibrasi secara berkala, dan beberapa alat membutuhkan perijinan khusus. Peralatan medis yang tidak terstandarisasi dengan baik dapat berisiko membahayakan pasien, misalnya hasil laboratorium yang ditunjukkan kurang akurat, atau alat pengaman tempat tidur yang tidak berfungsi baik. Peralatan medis di RS Petrokimia Gresik beberapa belum terpenuhi kecukupan jumlahnya terkait dengan terbatasnya anggaran. Kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya insiden keselamatan pasien.

b. Sarana dan Prasarana

Desain perlengkapan adalah area yang penting diperhatikan dalam keselamatan pasien. Termasuk disini adalah desain bangunan, penilaian ergonomik, serta manajemen pemeliharaan. Sarana adalah segala sesuatu benda fisik yang dapat tervisualisasi mata maupun teraba oleh panca indra dan dengan mudah dapat dikenali oleh pasien dan (umumnya) merupakan bagian dari suatu gedung ataupun bangunan gedung itu sendiri. Prasarana

adalah benda maupun jaringan atau instalasi yang membuat suatu sarana yang ada bisa berfungsi sesuai dengan tujuan yang diharapkan (Depkes, 2007). Belum seluruh sarana dan prasarana di RS Petrokimia Gresik sesuai dengan standar Depkes, hal ini merupakan *hazard* yang bisa menyebabkan insiden keselamatan pasien.

4) Organisasi dan Manajemen

Ada beberapa faktor organisasi dan manajemen yang mempengaruhi terjadinya keselamatan pasien, faktor tersebut adalah:

a. *Leadership*

Kepemimpinan (*leadership*) adalah proses mempengaruhi orang lain untuk mencapai tujuan organisasi (Naylor, 2004). Dalam mencapai manajemen keselamatan yang efektif, kepemimpinan memiliki peran yang sangat penting pada setiap level manajemen, mulai dari supervisor dan *middle* manajemen (contohnya kepala unit) hingga top manajemen (direktur rumah sakit). Tanpa dukungan dari pemimpin, maka program keselamatan pasien yang disusun tidak akan dapat berjalan dengan baik. Di RS Petrokimia Gresik, peran kepemimpinan kepala unit kerja dalam mengupayakan tercapainya keselamatan pasien, masih kurang sehingga pelaksanaan program keselamatan pasien belum optimal.

b. Kelengkapan kebijakan dan SPO keselamatan pasien

Dalam mencapai sasaran keselamatan pasien, manajemen rumah sakit perlu menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO) mengenai keselamatan pasien serta dipayungi oleh kebijakan direktur rumah sakit agar seluruh staf

melaksanakan SPO tersebut. Kebijakan dan SPO tersebut mengacu pada standar akreditasi rumah sakit versi 2012 tentang sasaran keselamatan pasien. Dengan diberlakukannya SPO tersebut diharapkan dapat menjadi pedoman staf dalam memberikan pelayanan. RS Petrokimia Gresik telah memiliki kebijakan dan SPO mengenai keselamatan pasien, namun jumlah dan isinya belum benar-benar sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit versi 2012.

c. Budaya keselamatan pasien

Budaya keselamatan pasien dalam suatu organisasi adalah suatu produk dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi dan pola kebiasaan baik individu maupun kelompok, yang menentukan komitmen, gaya dan kecakapan suatu organisasi pada manajemen kesehatan dan keselamatan (Christine E. Sammer, 2010). Budaya keselamatan mempengaruhi kebiasaan para pekerja sehari-hari dalam memberikan layanan kesehatan. Apabila seluruh staf memiliki budaya yang mengutamakan keselamatan pasien maka kemungkinan terjadinya insiden keselamatan pasien akan berkurang. Budaya keselamatan pasien ini belum terbentuk di antara petugas di RS Petrokimia Gresik.

5) Pasien

Selain dari faktor provider layanan kesehatan, faktor pasien juga dapat mempengaruhi terjadinya insiden keselamatan pasien. Faktor tersebut antara lain:

a. Kondisi klinis

Kondisi klinis pasien sesuai tingkat keparahan penyakitnya akan membawa dampak pada perbedaan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Semakin parah penyakit semakin tinggi tingkat ketergantungan pasien terhadap petugas. Semakin besar ketergantungan pasien terhadap petugas, maka semakin tinggi kemungkinan terjadinya insiden keselamatan pasien selama proses pelayanan. Jumlah petugas yang terbatas di RS Petrokimia Gresik ketika kondisi banyak pasien dengan tingkat ketergantungan tinggi juga berpengaruh terhadap timbulnya insiden keselamatan pasien.

b. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan pasien di RS Petrokimia Gresik sangat bervariasi mulai dari tidak bersekolah hingga sarjana. Tingkat pendidikan pasien yang rendah berpengaruh terhadap pemahaman pasien mengenai edukasi yang diberikan mengenai kondisi penyakitnya dan upaya mencapai keselamatan pasien.

c. Latar belakang sosial budaya

Latar belakang sosial budaya seorang pasien dapat berpengaruh terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien. Misalnya adanya perbedaan bahasa yang menyebabkan kesulitan berkomunikasi dengan pasien, atau adanya *health belief* yang dianut pasien namun tidak mendukung petugas dalam mengupayakan keselamatan pasien. Kondisi pasien di RS Petrokimia Gresik terdiri dari latar belakang sosial budaya yang bervariasi sehingga menjadi tugas bagi pemberi layanan untuk dapat mengedukasi pasien dan keluarga mengenai keselamatan pasien.

Pada pendekatan proses dalam sistem keselamatan pasien, terdapat beberapa hal yang mempengaruhi terjadinya insiden keselamatan pasien, yaitu:

1. Pemahaman dan pelaksanaan kebijakan serta SPO keselamatan pasien.

Kebijakan dan SPO keselamatan pasien yang telah ada seharusnya dijadikan panduan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Apabila SPO tersebut tidak dijalankan maka kemungkinan disebabkan karena sosialisasi SPO tersebut kurang atau SPO sulit dimengerti sehingga staf kurang memahami tentang tujuan SPO dan apa yang harus dilakukan dalam SPO tersebut. Oleh karena itu perlu dilakukan sosialisasi terus menerus mengenai SPO keselamatan pasien agar pemahaman staf semakin baik sehingga pelaksanaannya pun semakin sesuai dengan standar yang diharapkan.

2. Pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien

Tujuan utama pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien adalah menurunkan jumlah insiden dan meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya atau potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya *error* sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi lebih lanjut (KKP-RS, 2007). Sistem pencatatan dan pelaporan insiden di RS Petrokimia Gresik belum berjalan dengan baik, sehingga insiden yang pernah terjadi belum menjadi pembelajaran agar tidak terulang di kemudian hari.

3. Analisis *grading* risiko insiden

Penilaian *grading* risiko adalah suatu metode analisis kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya. Dampak (*consequences*) suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dapat dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal. Probabilitas atau frekuensi (*likelihood*) risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi. Semakin besar *grade* risiko insiden, maka makin besar penanganan yang diperlukan. Setiap laporan insiden seharusnya ditindaklanjuti dengan penilaian *grading* risiko insiden, namun hal ini belum berjalan di RS Petrokimia Gresik.

4. Metode penyelesaian masalah

Keselamatan pasien merupakan integrasi dari *clinical governance*, manajemen risiko dan *quality assurance*. Beberapa metode pemecahan masalah yang dapat digunakan sebagai *tools* untuk *quality improvement* keselamatan pasien adalah sebagai berikut: *Root Cause Analysis* (RCA), *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA), *Six sigma* dan *Lean Hospitals*. Beberapa metode pemecahan masalah ini digunakan dalam analisis insiden keselamatan pasien yang telah terjadi. Masing-masing memiliki pendekatan yang berbeda namun semuanya dapat digunakan sebagai metode pencegahan terulangnya insiden tersebut di kemudian hari.

Saat ini di RS Petrokimia Gresik belum menerapkan dengan sistematis salah satu dari beberapa proses penyelesaian masalah yang ada. Sehingga program keselamatan pasien belum berjalan sesuai dengan harapan.

1.3 Pembatasan Masalah

Berdasarkan kajian masalah tentang adanya insiden keselamatan pasien di RS Petrokimia Gresik, maka penelitian ini difokuskan pada upaya perbaikan proses terkait keselamatan pasien melalui pendekatan *Lean hospital* sebagai metode penyelesaian masalah dan *quality improvement*. Metode ini dipilih karena dinilai paling sesuai untuk diterapkan di RS Petrokimia Gresik yang memiliki pangsa pasar terbesar adalah peserta BPJS Kesehatan. *Lean hospital* menekankan perbaikan proses dengan mengurangi tahap yang *non value*. Sehingga layanan yang diberikan menjadi lebih efisien namun tidak mengurangi tujuan utama mencapai keselamatan pasien. Diharapkan penelitian ini dapat memberikan daya ungkit yang tinggi terhadap peningkatan kualitas layanan dan keselamatan pasien di RS Petrokimia Gresik.

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan kajian masalah penelitian, maka dapat diajukan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana melakukan pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien?
2. Bagaimana melakukan analisis *grading* risiko insiden keselamatan pasien?
3. Bagaimana menentukan *waste* pada alur proses terjadinya insiden keselamatan pasien?
4. Bagaimana cara mencari penyebab *waste* dan menyusun solusinya?
5. Bagaimana menyusun alur proses baru?
6. Bagaimana standarisasi proses layanan terkait insiden keselamatan pasien?

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan umum

Menyusun standarisasi proses layanan terkait keselamatan pasien melalui pendekatan *Lean Hospital* di Rumah Sakit Petrokimia Gresik.

1.5.2 Tujuan khusus

1. Melakukan pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien.
2. Melakukan analisis *grading* risiko insiden keselamatan pasien.
3. Menentukan *waste* pada alur proses terjadinya insiden keselamatan pasien.
4. *Brainstorming* mencari penyebab *waste* dan menyusun solusinya
5. Menyusun alur proses baru.
6. Menyusun standarisasi proses layanan terkait insiden keselamatan pasien.

1.6 Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Pendidikan:
Dapat dijadikan acuan dalam mengembangkan modul pembelajaran terkait dengan keselamatan pasien.
2. Bagi rumah sakit:
Mendapatkan dokumen standarisasi proses layanan terkait keselamatan pasien sebagai upaya peningkatan mutu layanan.
3. Bagi mahasiswa:
Dalam rangka menuntaskan studi pada Pendidikan Pasca Sarjana Manajemen Administrasi Rumah Sakit AKK Fakultas Kesehatan Masyarakat Unair Surabaya.