

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Keselamatan merupakan suatu prioritas dalam pelayanan kesehatan. Berdasarkan Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit bagian kelima menjelaskan tentang Keselamatan Pasien yaitu pasal 43 ayat 1 Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien melalui pelaporan insiden, menganalisis dan menerapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan. Sebagai komitmen terhadap peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien, pada tahun 2005 WHO dan JCI sepakat untuk membuat tujuan bersama yaitu mengurangi angka kejadian *medication error* yang hampir setiap hari terjadi di dunia.

*Medication error* atau kesalahan pelayanan obat menurut *The National Coordinating Council for Medication error Reporting and Prevention (NCC MERP)* yaitu setiap kejadian yang dapat dihindari yang menyebabkan atau berakibat pada pelayanan obat yang tidak tepat atau membahayakan pasien sementara obat berada dalam pengawasan tenaga kesehatan atau pasien. *Medication error* adalah jenis *medical error* yang paling umum terjadi di berbagai rumah sakit. Diperkirakan 7000 orang meninggal pertahun (*The Business Case for Medication safety, February 2003*).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit bahwa angka insiden seharusnya sebesar 0% atau *zero accident*. Saat ini *medication error* masih sering terjadi di Rumah Sakit Islam Surabaya (RSIS). Berikut data *medication error* di RSIS tahun 2015, 2016 dan 2017:

Tabel 1.1 Insiden *Medication error* di RSIS tahun 2016- 2018

<b>Insiden <i>Medication error</i></b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Duplikasi Terapi	17	64	56
Salah Aturan Pakai obat	4	44	39
Salah Dosis/kekuatan obat	38	45	23
Salah Identitas pasien	6	3	3
Salah Sediaan obat	1	6	6
Salah jumlah obat	2	2	2
Salah Obat	22	8	6
Obat Kadaluarsa	0	0	0
Pasien Tidak Mendapat Obat	1	0	0
Ketidak lengkapan penulisan resep	336	44	207
<b>Total Insiden <i>Medication error</i></b>	<b>427</b>	<b>216</b>	<b>342</b>

Sumber : Komite PMKP Rumah Sakit Islam Surabaya 2019

Berdasarkan Tabel 1.1 dapat terlihat tingginya angka *medication error* yang terjadi di RSIS, sedangkan standar dari kejadian *medication error* adalah 0 (nol). Pada tahun 2017 angka *medication error* mengalami penurunan dan kemudian meningkat lagi di tahun 2018. Penurunan di tahun 2017 salah satunya disebabkan oleh prosedur terjadi pelayanan medikasi yang diperbaiki pada akhir Desember 2016, perbaikan yang terjadi berkaitan dengan akreditasi RS sehingga semua prosedur disesuaikan dengan standar. Pada tahun 2018 terjadi peningkatan angka *medication error* salah satunya disebabkan oleh mulai diberlakukannya budaya “*no blame culture*” sehingga tenaga kesehatan menjadi lebih terbuka dalam menyampaikan adanya insiden dan *medication error* yang terjadi. Oleh

karena itu, digunakanlah Konsep *High Reliability Organization* sebagai upaya untuk menurunkan *medication error* di RSIS.

Konsep *High Reliability Organization* (HRO) semakin banyak dimanfaatkan oleh institusi pelayanan kesehatan untuk membantu mencapai keselamatan, kualitas, dan tujuan efisiensi. Konsep ini merupakan pemikiran mengenai bagaimana memikirkan dan mengubah kualitas serta masalah keselamatan yang dihadapi. Tujuan HRO adalah menciptakan budaya dan proses yang secara radikal mengurangi kegagalan sistem dan efektif merespon ketika kegagalan terjadi (Hines *et al.*, 2008).

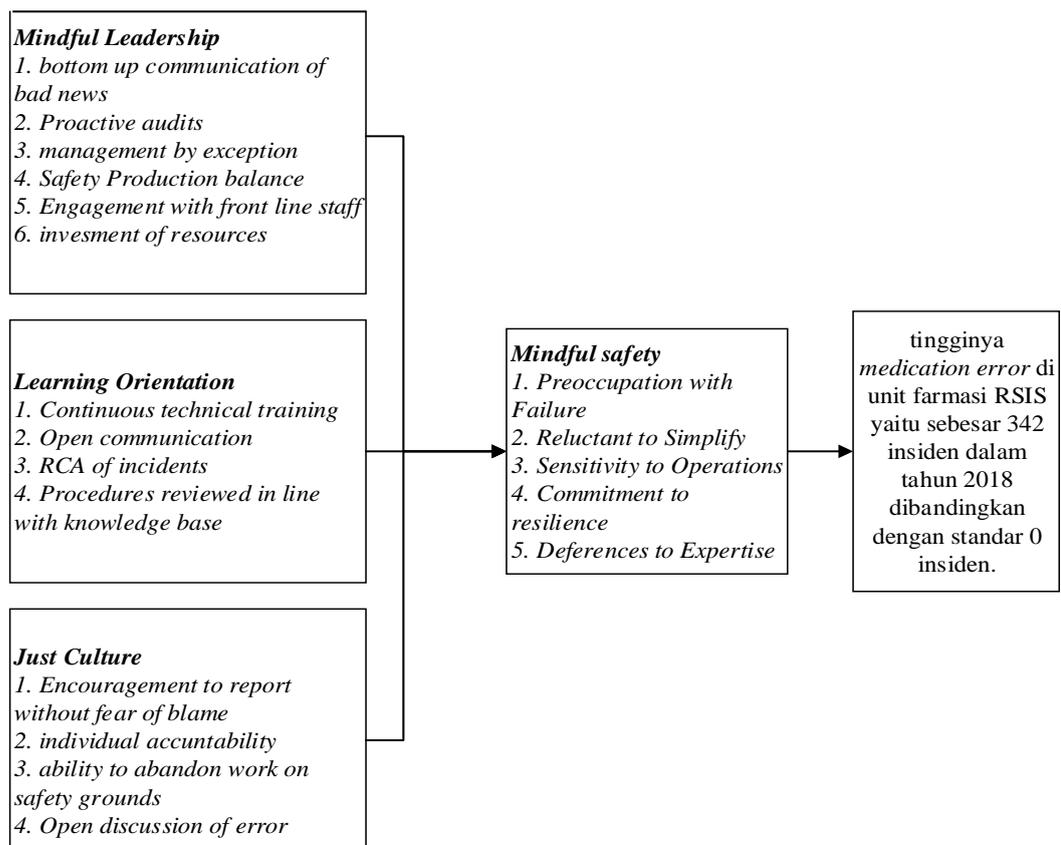
*High Reliability Organization* memiliki lima karakteristik kunci yaitu penuh perhatian terhadap kegagalan (*preoccupation with failure*), tidak mengganggalkan (*reluctance to simplify*), peka terhadap yang dikerjakan (*sensitivity to operation*), menghormati keahlian (*deference to expertise*), dan ketangguhan (*commitment to resilience*) (Weick and Sutcliffe, 2006). Pengembangan lebih lanjut konsep HRO terkait aspek dan proses yang menjadi karakteristiknya meliputi: aspek *mindful leadership*, *just culture*, dan *learning orientation*, mampu mengantisipasi secara efektif potensi kegagalan, serta memiliki kemampuan mencegah perluasan kejadian tidak diharapkan yang dialami oleh pasien (Lekka 2011).

Berdasarkan data pada Tabel 1.1, dapat diketahui bahwa kinerja unit belum optimal, hal ini terlihat dari masih adanya *medication error* yang terjadi. Tabel 1.1 menunjukkan tingginya angka *medication error* yang terjadi di RSIS pada tahun 2018 yaitu 342 insiden sedangkan standar yang ditentukan adalah 0 (nol).

Angka *medication error* yang terjadi pada tahun 2018 juga mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan tahun 2016 dan 2017. Masalah yang diangkat dan diteliti dalam penelitian ini adalah tingginya *medication error* di unit farmasi RSIS yaitu sebesar 342 insiden dalam tahun 2018 dibandingkan dengan standar 0 insiden.

## 1.2 Kajian Masalah

Berdasarkan masalah penelitian yang diangkat terdapat beberapa faktor yang kemungkinan dapat menyebabkan terjadinya *medication error* di RSIS ditunjukkan pada Gambar 1.1



Gambar 1.1 Faktor yang Berpengaruh Terhadap Adanya Angka *Medication error* di RSIS

Berdasarkan Gambar 1.1, terdapat faktor yang menyebabkan angka *medication error* di RSIS yaitu variabel *mindful leadership* (kepemimpinan siaga), *just culture* (budaya adil) dan *learning orientation* (budaya adil), serta variabel peningkatan keandalan (*reliability-enhancing factors*) untuk membentuk *mindful safety* (*mindful safety*). *Mindful safety* memiliki lima dimensi, yaitu perhatian yang lebih pada kegagalan (*Preoccupation with Failure*), tidak mengganggalkan (*Reluctant to Simplify*), peka terhadap yang dikerjakan (*Sensitivity to Operation*), menghormati keahlian (*Deference to Expertise*), ketangguhan (*Commitment to Resilience*).

### 1.3 Batasan Masalah

Berdasarkan kajian masalah yang ada, penelitian ini dibatasi pada beberapa aspek:

1. *Mindful leadership* hanya dibatasi pada aspek *bottom up communication of bad news*, *proactive audit* dan *management by exception*. *Safety production balance* di penelitian ini tidak diteliti karena RSIS telah menerapkan *clinical pathway* yang telah sesuai dengan PPK (Panduan Praktik Klinis) yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, Akreditasi Rumah Sakit dan peraturan BPJS. *Engagement with front staff* di RSIS sudah baik, hal ini terlihat dari sudah adanya komunikasi terbuka pada seluruh karyawan. *investment of resources* juga tidak diteliti dalam penelitian ini karena RSIS

telah memiliki sumber daya yang sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan untuk Rumah Sakit Tipe B.

2. *Learning orientation* dibatasi pada aspek *RCA of incidents dan procedures reviews in line with knowledge base*. *Continuous technical training* tidak diteliti pada penelitian ini karena RSIS sudah melakukan *technical training* secara berkala dan terjadwal. Sedangkan *Open communication* juga tidak diteliti karena RSIS telah menerapkan *no-blame culture* dan menjadikan komunikasi terbuka untuk seluruh karyawan salah satu contoh dari *open communication* yang telah berjalan di RSIS adalah karyawan berani melaporkan *medication error* yang terjadi tanpa merasa takut.

#### **1.4 Rumusan Masalah**

Berdasarkan kajian masalah yang telah diuraikan, dapat dirumuskan beberapa pertanyaan penelitian berikut:

1. Bagaimana kondisi *mindful leadership* di Rumah Sakit Islam Surabaya?
2. Bagaimana kondisi *learning orientation* di Rumah Sakit Islam Surabaya?
3. Bagaimana kondisi *just culture* di Rumah Sakit Islam Surabaya?
4. Bagaimana kondisi *mindful safety* di Rumah Sakit Islam Surabaya?
5. Bagaimana pengaruh *mindful leadership*, *learning orientation* dan *just culture* terhadap *mindful safety* di Rumah Sakit Islam Surabaya?
6. Adakah pengaruh *mindful safety* terhadap *medication safety* di Rumah Sakit Islam Surabaya?
7. Bagaimana rekomendasi upaya meningkatkan *medication safety*

berdasarkan analisis *mindful leadership*, *learning orientation*, *just culture* dan *mindful safety* di Rumah Sakit Islam Surabaya?

## **1.5 Tujuan Penelitian**

### **1.5.1 Tujuan umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah menyusun rekomendasi untuk meningkatkan *medication safety* berdasarkan model *high reliability organization* yang mencakup analisis *mindful leadership*, *learning orientation*, *just culture* dan *mindful safety* di Rumah Sakit Islam Surabaya.

### **1.5.2 Tujuan khusus**

Berdasarkan rumusan masalah yang telah dijelaskan sebelumnya, tujuan khusus yang diteliti sebagai berikut:

- a. Menganalisis kondisi *mindful leadership* di Rumah Sakit Islam Surabaya.
- b. Menganalisis kondisi *learning orientation* di Rumah Sakit Islam Surabaya.
- c. Menganalisis kondisi *just culture* di Rumah Sakit Islam Surabaya..
- d. Menganalisis kondisi *mindful safety* di Rumah Sakit Islam Surabaya.
- e. Menganalisis pengaruh *mindful leadership*, *learning orientation* dan *just culture* terhadap *mindful safety* di Rumah Sakit Islam Surabaya.
- f. Menganalisis pengaruh *mindful safety* terhadap *medication safety* di Rumah Sakit Islam Surabaya.
- g. Menyusun rekomendasi untuk meningkatkan *medication safety* berdasarkan analisis *mindful leadership*, *learning orientation*, *just culture* dan *mindful safety* di Rumah Sakit Islam Surabaya.

## **1.6 Manfaat Penelitian**

Penelitian mengenai *medication safety* dengan menggunakan model *High Reliability Organization* di Rumah Sakit Islam Surabaya ini diharapkan memberikan manfaat baik bagi institusi pendidikan, rumah sakit, dan peneliti sendiri.

### **1.6.1 Bagi Institusi Rumah Sakit**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dan masukan dalam pengembangan program peningkatan *medication safety* serta meningkatkan mutu rumah sakit dengan menggunakan model *high reliability organization*.

### **1.6.2 Bagi Peneliti**

1. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memecahkan masalah terkait *medication error* di rumah sakit.
2. Meningkatkan keterampilan dalam mengembangkan program *medication safety* di rumah sakit.

### **1.6.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan program *medication safety* dengan menggunakan konsep *high reliability organization*.