

KESELAMATAN PASIEN DAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN: MENUJU KEMANA?

Keselamatan pasien dan mutu pelayanan kesehatan yang tinggi adalah tujuan akhir yang selalu diharapkan oleh rumah sakit, manajer, tim penyedia pelayanan kesehatan, pihak jaminan kesehatan, serta pasien, keluarga dan masyarakat. Namun demikian, prinsip “*First, do no harm*” tidak cukup kuat untuk mencegah berkembangnya masalah keselamatan pasien. Hal ini tercermin dari tingkat dan skala masalah keselamatan pasien sejak terbitnya publikasi “*To Err is Human*” pada tahun 2000.¹ Hingga studi-studi terkini. Di Amerika, hasil studi keselamatan pasien pada akhir tahun 1990-an menemukan angka 3,9% dan 2,7% angka kejadian yang tidak diinginkan (KTD) pada pasien rawat inap.^{2,3} Dua puluh tahun kemudian, pengukuran dengan *Global Trigger Tool* menunjukkan bahwa KTD meningkat 10 kali lipat (menjadi 32%).⁴

Di Indonesia, isu keselamatan pasien mulai dibahas pada tahun 2000, diikuti dengan studi pertama di 15 rumah sakit dengan 4500 rekam medik. Hasilnya menunjukkan bahwa angka KTD sangat bervariasi, yaitu 8,0%-98,2% untuk kesalahan diagnosis dan 4,1%-91,6% untuk kesalahan pengobatan.⁵ Sejak itu, bukti-bukti tentang keselamatan pasien di Indonesia pun merebak, meskipun belum ada studi nasional hingga saat ini. Kita patut merasa iri dengan negara-negara di Amerika Latin yang telah mempunyai studi *Iberoamerican study of adverse events* (IBEAS) di 58 rumah sakit dari 5 negara.^{6,7}

Edisi khusus ini menyajikan berbagai studi mengenai keselamatan pasien dan mutu pelayanan yang dilakukan oleh berbagai pusat pendidikan manajemen rumah sakit di Indonesia. Dengan berkembangnya pemahaman dan standar mengenai keselamatan pasien dan mutu pelayanan kesehatan, riset mengenai topik ini pun semakin bervariasi. Prinsip enam tujuan internasional keselamatan pasien digunakan dalam riset operasional peningkatan kinerja tim di rumah sakit di salah satu publikasi. Lokasi berisiko tinggi di rumah sakit (seperti unit gawat darurat, unit perawatan intensif dan kamar operasi) senantiasa menjadi perhatian dalam studi keselamatan pasien, seperti yang diangkat dalam tiga publikasi di edisi ini. Demikian pula piranti mutu yang relatif baru untuk pengukuran mutu pelayanan pada penyakit yang spesifik (misalnya QUOTE-*Quality*

of Care as seen through the Eyes of the Patient dalam pelayanan Tuberkulosis) dan *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis* (HFMEA) disajikan dalam dua publikasi. Terkait biaya pelayanan, edisi ini menyajikan dua publikasi, yaitu tentang analisis biaya mutu pelayanan di fasilitas pelayanan primer Puskesmas dan dampak Jaminan Persalinan terhadap beban tenaga kesehatan dan keluaran klinisnya.

Selain memanfaatkan fakta yang dihasilkan dari berbagai studi, implementasi keselamatan pasien dan mutu pelayanan kesehatan diharapkan dapat didorong oleh data keselamatan pasien yang rutin dilaporkan oleh rumah sakit ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Indonesia. Sebenarnya Indonesia mempunyai potensi untuk menghasilkan laporan serupa, akan tetapi dari data sekunder. KARS sejak tahun 2005 telah membentuk Komite Keselamatan Pasien (KKP) di Rumah Sakit. Komite ini telah menerima laporan KTD dari berbagai rumah sakit, namun sayangnya hingga saat ini belum menghasilkan laporan resmi mengenai hal tersebut. Pada saat ini peran KKP-RS PERSI akan digantikan oleh KNKP-RS (Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit) yang langsung berada di bawah Menteri Kesehatan RI. Diharapkan dengan perubahan ini Indonesia dapat menghasilkan studi atau laporan serupa.

Pembelajaran penting di Amerika menyatakan bahwa kebijakan dan aksi keselamatan pasien ternyata memerlukan implementasi yang simultan dan terpimpin, serta sistem monitoring dan sistem pelaporan keselamatan pasien rumah sakit yang lebih tepat di tingkat nasional.^{8,9} Oleh karenanya, upaya kolektif di tingkat regional atau nasional untuk menguatkan budaya keselamatan pasien, regulasi makro untuk keselamatan pasien dan mutu pelayanan kesehatan, serta pengembangan sistem monitoring data rumah sakit sangat prioritas. Salah satu perubahan di tingkat makro yang terjadi di Indonesia adalah peningkatan upaya keselamatan pasien dan mutu pelayanan melalui akreditasi internasional JCI dan akreditasi nasional menggunakan standar baru yang dikembangkan dari JCI. Perkembangan ini diharapkan membuka harapan baru. Program akreditasi rumah sakit yang semula cenderung berfokus pada proses manajerial daripada pelayanan

klinis, partisipasi yang wajib serta keterlibatan klinisi yang minimal¹⁰, diharapkan secara bertahap dapat berkembang menjadi program akreditasi yang bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan klinis, serta bagi pasien dan masyarakat luas. Upaya kolektif seperti ini akan mempercepat terciptanya atmosfer yang lebih positif untuk mendorong upaya peningkatan keselamatan pasien dan mutu pelayanan di tingkat rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Upaya lain di tingkat makro telah dilakukan oleh PERSI untuk mendorong rumah sakit melakukan berbagai inovasi yaitu melalui program pemberian penghargaan kepada rumah sakit (PERSI Award) dimana salah satu jenis penghargaannya adalah untuk keselamatan pasien.

Di masa mendatang, studi keselamatan pasien yang melibatkan banyak rumah sakit ataupun pada kelompok rumah sakit tertentu (misalnya rumah sakit daerah, rumah sakit khusus dan sebagainya) sangat diperlukan mengingat studi di tingkat provinsi masih jarang. Studi nasional potensial dilakukan bila dapat diintegrasikan dalam Riset Fasilitas Kesehatan yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan.

Adi Utarini

Pimpinan Editor, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan

Hanevi Djasri

Koordinator, *Indonesian Healthcare Quality Network* (IHQN)

REFERENSI

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (eds), Committee in Health Care Quality in America, Institute of Medicine. *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC, National Academy Press.2000.
2. Brennan TA. and Leape LL. Adverse events, negligence in hospitalized patients: Results from the Harvard Medical Practice Study. *Perspect Healthc Risk Manag*, 1991;11(2): 2-8.
3. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*,2000;38(3):261-71.
4. Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, et al. 'Global Trigger Tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Affairs*, 2001;30(4):581-9.
5. Utarini A, Koentjoro T, At Thobari J. Accreditation of health care organization, health professional and higher education institution for health personnel, Health Project V, Central Java Province. Centre for Health Service Managment, Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta, 2000.
6. Aranaz-Andre's JM, Aibar-Remo'n C, Limo'n-Rami'rez R, Restrepo FR, Urroz O, Sarabia O, Garci's-Corcuera LV, Terol-Garci'a E, Agra-Varela Y, Gonseth-Garci'a J, Bates DW, Larizgoitia, I and IBEAS team. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf*, 2011;20:1043e1051.doi:10.1136/bmjqs.2011.051284
7. World Health Organization. BEAS: a pioneer study on patient safety in Latin America; Towards safer hospital care. World Health Organization, Geneva, 2011
8. The Lancet. Medical errors in the USA: human or systemic? (Editorial). *The Lancet*, 2011;377:1289.
9. Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med*, 2010;363: 2124-34.
10. Hort K, Djasri H, Utarini A. Regulating the quality of health care: Lessons from hospital accreditation in Australia and Indonesia. Working paper series no. 28. The Nossal Institute for Global Health, University of Melbourne.2013.