

**HUBUNGAN PATIENT SAFETY DENGAN MUTU PELAYANAN
DI RUANG RAWAT INAP RSUD DR. WAHIDIN SUDIRO HUSODO
KOTA MOJOKERTO**

Dwi Helynarti Syurandhari

Pengajar di Program Studi S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit Mojokerto

ABSTRACT

Patient safety is part of quality and safety is a goal that most can be felt by the patient. Quality services certainly will not injure the patient. Service quality is definitely safe. Instead, the service quality is not necessarily safe and error-free. The purpose of this research to determined the relationship of patient safety with the service quality inpatient hospital Dr wahidin sudiro husodo mojokerto. This research is an analytic correlation with cross sectional approach. The population in this study were all inpatient hospital Dr wahidin sudiro husodo mojokerto taken from the average number of patients in the first month that as many as 156 patients. Sampling technique using Proporsionate Stratified Random Sampling and obtained a sample of 61 respondents. The independent variables in this study is patient safety and and the dependent variable in this study is the quality of sevice. Data analysis using chi-square test. Statistically, there is a relationship of patient safety with quality of care in inpatient hospital Dr wahidin sudiro husodo mojokerto. with ρ value (0.008) $<\alpha$ (0.05). The importance of promoting a culture of patient safety as one of the main issues on hospital accreditation standards closely related to quality of care. In line with this important also improved the quality of service on tangible indicators (direct evidence), considering the quality of service on tangible indicators and empathy are still valued less by respondents.

Keywords: Patient Safety, Quality of Service, Hospital

A. PENDAHULUAN

Program keselamatan pasien (*patient safety*) dapat meningkatkan kepercayaan dan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit. Selain itu keselamatan pasien juga dapat mengurangi Kejadian Tidak Terduga (KTD), yang selain berdampak terhadap peningkatan biaya pelayanan juga dapat membawa rumah sakit ke arena *blaming*, menimbulkan konflik antara dokter/petugas kesehatan dan pasien, menimbulkan sengketa medis, tuntutan dan proses hukum, tuduhan malpraktek, *blow-up* ke mass media yang akhirnya menimbulkan opini negatif terhadap pelayanan rumah sakit. Dampak dari kurangnya penerapan patient safety di rumah sakit dapat meningkatkan risiko Kejadian Tidak Terduga (KTD). KTD sebagian besar terjadi karena kesalahan dalam proses pelayanan yang sebetulnya dapat dicegah melalui rencana pelayanan yang komprehensif dengan melibatkan pasien berdasarkan hak-nya. Institusi rumah sakit diharapkan dapat menerapkan *patient safety* demi meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit baik pada aspek struktur, proses maupun *output* dan *outcome* (Depkes RI, 2008).

Pada tahun 2000 *Institute Of Medicine* di Amerika Serikat menerbitkan laporan yang mengagarkan banyak pihak : “*To Err is human*”, *building a safer health system*. Laporan itu mengemukakan penelitian di rumah sakit di Utah dan Colorado serta New York. Di Utah dan Colorado ditemukan KTD sebesar 2,9 % dimana 6,6 % diantaranya meninggal. Sedangkan di New York KTD adalah sebesar 3,7 % dengan angka kematian 13,6 %. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 – 98.000 per tahun. Publikasi WHO pada tahun 2004, mengumpulkan angka – angka penelitian rumah sakit di berbagai negara : Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia,

ditemukan KTD dengan rentang 3,2 – 16,6 %. Dengan data – data tersebut, berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan Sistem Keselamatan Pasien (Depkes RI, 2008).

Di Indonesia berdasarkan data Insiden Keselamatan Pasien yang diterbitkan KKPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit) terdapat 114 laporan insiden keselamatan pasien pada tahun 2009, 103 laporan pada tahun 2010 dan 34 laporan di tahun 2011. Berdasarkan laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) tahun 2011, jumlah laporan pelanggaran *patient safety* sebesar 11,23% dilakukan di unit keperawatan, sebesar 6,17% di unit farmasi dan 4,12% oleh dokter (KPPRS, 2012). Hasil studi pendahuluan pada tanggal 12 Mei 2016 di RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto, berdasarkan hasil wawancara kepada kepala ruangan, diketahui bahwa kepala ruangan belum menyusun perencanaan terkait dengan pelaksanaan keselamatan pasien, dikarenakan lemahnya budaya pelaporan kejadian keselamatan pasien. Apabila terjadi kejadian yang tidak diharapkan, kepala ruangan cukup melaporkan kepada panitia keselamatan pasien RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto.

Implementasi keselamatan pasien lebih spesifik dirumuskan pada tahun 2011 (Permenkes 1691/2011 tentang Keselamatan Pasien). Hal ini dipengaruhi juga oleh mulai dikenalnya Standar Akreditasi Rumah Sakit Internasional yang mengedepankan *Patient Safety* (keselamatan pasien) sebagai konsep dasarnya. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) mengadopsi isu keselamatan pasien di Indonesia sejak penerbitan Standar Akreditasi KARS versi 2012. Sejak itu, implementasi keselamatan pasien menjadi salah satu isu utama. Perkembangan tersebut menyebabkan gelombang pergerakan paradigma terhadap keselamatan pasien. Banyak Rumah Sakit dan tenaga profesional kesehatan yang berada di dalamnya, bekerja keras mempelajari dan mengimplementasikan keselamatan pasien di Rumah Sakit. Beberapa masalah muncul, terutama disebabkan karena belum mendapatkan pemahaman yang sama. Akibatnya, tidak jarang terjadi perdebatan di antara para pemberi pelayanan di Rumah Sakit itu sendiri (Ristekdikti, 2015).

Sejak dimulainya Jaminan Kesehatan Nasional 1 Januari 2014, berbagai masalah dan hambatan dihadapi oleh rumah sakit, baik dari aspek regulasi, pelaksanaan JKN, peran komite medis maupun pola remunerasi dokter dalam melaksanakan tugas profesinya. Pelaksanaan JKN dengan pola bayar *prospective payment* sesuai tarif INA-CBG kurang dipahami para manajemen rumah sakit, terlebih para staf medis. Manajemen rumah sakit selain khawatir akan terjadinya penurunan mutu pelayanan, di sisi lain juga dihantui ketakutan terhadap defisit *cash flow* rumah sakit dengan sistem pembayaran yang baru ini, apabila harus membayar jasa staf klinis dengan cara lama (*fee for service*). Memang sistem pembayaran yang dilakukan dalam JKN ini (*prospective payment*) tidak bisa tidak harus diikuti dengan sistem pembayaran jasa dengan sistem total remunerasi kepada seluruh karyawan. Tantangan Rumah Sakit menjadi berat karena ada tuntutan dari berbagai sudut (Ristekdikti, 2015).

Upaya dalam mencegah penurunan mutu pelayanan diperlukan pengelolaan keselamatan pasien. Setiap Rumah Sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien. Sasaran Keselamatan Pasien meliputi tercapainya hal-hal sebagai berikut: ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif; peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai; kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi; pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; dan pengurangan risiko pasien jatuh (Permenkes RI, 2011).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan Hubungan *Patient Safety* dengan Mutu Pelayanan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto.

B. TINJAUAN PUSTAKA**1. Patient Safety****a. Definisi Patient Safety**

Patient safety adalah sebagai suatu keadaan pasien yang bebas dari cidera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cidera yang berisiko dapat terjadi (KPP-RS, 2008). Pengertian lainnya menurut CNA (2009) menyatakan bahwa keselamatan pasien adalah mengurangi dan meringankan tindakan-tindakan yang tidak aman dalam sistem pelayanan kesehatan dengan sebaik mungkin melalui penggunaan penampilan praktik yang baik untuk mengoptimalkan *outcome* pasien.

Patient safety 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 RI, 2011).

b. Tujuan Patient Safety

Tujuan *patient safety* meliputi: terciptanya budaya *patient safety* di rumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit, terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (Depkes RI, 2008).

Masalah *patient safety* di rumah sakit merupakan masalah yang perlu ditangani dengan segera. Kegiatan program *patient safety* di rumah sakit terdiri dari: standar *patient safety*, tujuh langkah menuju *patient safety* rumah sakit, sembilan solusi *patient safety* di rumah sakit, dan sasaran keselamatan rumah sakit (Permenkes RI, 2011).

c. Sasaran Patient Safety

Sasaran *Patient safety* merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO *Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh Komite *Patient safety* Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International* (JCI). Enam sasaran *patient safety* adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut:

- 1) Ketepatan identifikasi pasien
- 2) Peningkatan komunikasi yang efektif
- 3) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
- 4) Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
- 5) Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- 6) Pengurangan risiko pasien jatuh

Permenkes RI (2011)

d. Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Patient Safety

Pelaksanaan *patient safety* sering mengalami kesalahan. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *patient safety* yaitu faktor organisasi dan manajemen. Faktor-faktor tersebut adalah menurut Bennett & Brachman's (2007) adalah :

1) Budaya keselamatan

Budaya keselamatan merupakan nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku berkomitmen untuk mendukung manajemen dan program *patient safety* (WHO, 2009).

2) Manajer/pemimpin

Manajer/pemimpin memainkan peran penting dalam mengembangkan program keselamatan pasien. Manajer memimpin perubahan dan bertanggung jawab untuk menetapkan arah bagi suatu unit yang dipimpinnya. Manajer/pemimpin berkomitmen dan memberikan contoh yang dinyatakan dalam tindakan untuk keberhasilan program keselamatan pasien.

3) Komunikasi

Menurut Permenkes RI (2011), komunikasi yang efektif masuk dalam sasaran keselamatan pasien pada sasaran II peningkatan komunikasi yang efektif yaitu komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien.

4) Petugas Kesehatan

Petugas kesehatan memiliki kemampuan untuk perduli dan perhatian bagi *patient safety*. Terkait dengan *patient safety* yang paling mudah dilakukan oleh petugas kesehatan adalah menjaga kebersihan tangan, untuk membatasi penularan patogen. Kepatuhan menjaga kebersihan tangan merupakan perubahan perilaku yang mendasar bagi petugas kesehatan.

2. Mutu Pelayanan

a. Definisi Mutu Pelayanan

Menurut IBM (1982) mutu adalah memenuhi persyaratan yang diminta konsumen, baik konsumen internal maupun eksternal, dalam hal layanan dan produk yang bebas cacat, sedangkan menurut Xerox (1983) mutu adalah menyediakan konsumen kita dengan produk yang inovatif dan layanan yang sepenuhnya memuaskan permintaan mereka (Al-Assaf, 2009).

Menurut Depkes RI mutu pelayanan kesehatan adalah kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tetapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan (Muninjaya, 2010).

b. Manfaat Mutu Pelayanan Kesehatan

Manfaat dari program jaminan mutu pelayanan kesehatan menurut Herlambang (2016) adalah:

- 1) Dapat meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan. Peningkatan efektivitas pelayanan kesehatan ini erat hubungannya dengan dapat diatasnya masalah kesehatan secara tepat, karena pelayanan kesehatan yang diselenggarakan telah sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi dan ataupun standar yang telah ditetapkan.
- 2) Dapat meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan. Peningkatan efisiensi yang dimaksudkan ini erat hubungannya dengan dapat dicegahnya pelayanan kesehatan yang dibawah standar dan ataupun yang berlebihan.
- 3) Dapat meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Peningkatan penerimaan ini erat hubungannya dengan telah sesuainya pelayanan kesehatan dengan kebutuhan dan tuntutan pemakai jasa pelayanan. Apabila peningkatan penerimaan ini dapat diwujudkan, pada

gilirannya pasti akan berperan besar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

- 4) Dapat melindungi penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan kemungkinan timbulnya gugatan hukum. Pada saat ini sebagai akibat makin baiknya tingkat pendidikan masyarakat, maka kesadaran hukum masyarakat juga telah semakin meningkat. Untuk mencegahnya kemungkinan gugatan hukum terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan, antara lain karena ketidakpuasan terhadap pelayanan keehatan, perlulah diselenggarakan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya.

c. Prinsip Peningkatan Mutu Pelayanan

Menurut Wijoyo (2008) ada 5 prinsip dalam peningkatan mutu pelayanan, yaitu:

- 1) Memenuhi kebutuhan pasien
 - a) Memenuhi pelayanan yang di inginkan pasien.
 - b) Memenuhi apa yang dipikirkan pasien tentang pelayanan yang anda berikan.
 - c) Membangun kebersamaan antara pasien dan petugas terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan.
- 2) Mengukur dan menilai pelayanan yang diberikan
 - a) Mengukur dan menilai apa yang dilakukan.
 - b) Mengukur pengaruh pelayanan yang diberikan terhadap kepuasan pasien.
 - c) Mengukur dan menilai variable yang penting guna perbaikan.
- 3) Memperbaiki proses pelayanan
 - a) Menyederhanakan memperbaiki proses terus menerus, sesuai standar pelayanan.
 - b) Mengurangi kesalahan dan hasil yang buruk.
- 4) Meningkatkan mutu pemberi pelayanan
 - a) Integrasi tim untuk mengurangiduplikasi hasil pekerjaan dan pemborosan sumberdaya.
 - b) Memberikan penghargaan, meningkatkan tanggung jawab, dan kerjasama dalam pelayanan kesehatan.
 - c) Membentuk dan memberdayakan Gugus Kendali Mutu (GKM) atau kelompok budaya kerja.
- 5) Memenuhi (kuantitas) dan kualitas sarana dan prasarana yang digunakan untuk melakukan pelayanan kesehatan.

d. Indikator penilaian mutu pelayanan kesehatan

Beberapa indikator mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah sebagai berikut (Satrianegara, 2009):

- 1) Indikator yang mengacu pada aspek medis yaitu komponen yang menyangkut pelayanan dokter, perawat dan terkait dengan teknis medis.
- 2) Indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi Rumah Sakit yaitu pelayanan yang diberikan murah, tepat guna, tidak ada diagnosa dan terapi yang berlebihan.
- 3) Indikator mutu yang mengacu pada keselamatan pasien yaitu upaya perlindungan pasien dari hal-hal yang dapat membahayakan keselamatan pasien seperti jatuh, kebakaran, dan lain-lain.
- 4) Indikator mutu yang berkaitan dengan tingkat kepuasaan pasien yaitu merupakan indikator yang berhubungan dengan kenyamanan, keramahan dan kecepatan pelayanan terhadap pasien.

e. Dimensi Mutu Pelayanan

Lima dimensi mutu pelayanan (Service Quality), terdiri dari (Lupiyoadi, 2009) :

1) Daya tanggap (*Responsiveness*)

Setiap pegawai dalam memberikan bentuk pelayanan, mengutamakan aspek pelayanan yang sangat memengaruhi perilaku orang yang mendapat pelayanan, sehingga diperlukan kemampuan daya tanggap dari pegawai untuk melayani masyarakat sesuai dengan tingkat penyerapan, pengertian, ketidaksesuaian atas berbagai hal bentuk pelayanan yang tidak diketahuinya. Hal ini memerlukan adanya penjelasan yang bijaksana, mendetail, membina, mengarahkan dan membujuk agar menyikapi segala bentuk-bentuk prosedur dan mekanisme kerja yang berlaku dalam suatu organisasi, sehingga bentuk pelayanan mendapat respons positif.

2) Jaminan (*Assurance*)

Setiap bentuk pelayanan memerlukan adanya kepastian atas pelayanan yang diberikan. Bentuk kepastian dari suatu pelayanan sangat ditentukan oleh jaminan dari pegawai yang memberikan pelayanan, sehingga orang yang menerima pelayanan merasa puas dan yakin bahwa segala bentuk urusan pelayanan yang dilakukan atas tuntas dan selesai sesuai dengan kecepatan, ketepatan, kemudahan, kelancaran dan kualitas layanan yang diberikan.

3) Bukti Fisik (*Tangible*)

Pengertian bukti fisik dalam kualitas layanan adalah bentuk aktualisasi nyata secara fisik dapat terlihat atau digunakan oleh pegawai sesuai dengan penggunaan dan pemanfaatannya yang dapat dirasakan membantu pelayanan yang diterima oleh orang yang menginginkan pelayanan, sehingga puas atas pelayanan yang dirasakan, yang sekaligus menunjukkan prestasi kerja atas pemberian pelayanan yang diberikan.

4) Empati (*Empathy*)

Setiap kegiatan atau aktivitas pelayanan memerlukan adanya pemahaman dan pengertian dalam kebersamaan asumsi atau kepentingan terhadap suatu hal yang berkaitan dengan pelayanan. Pelayanan akan berjalan dengan lancar dan berkualitas apabila setiap pihak yang berkepentingan dengan pelayanan memiliki adanya rasa empati (*empathy*) dalam menyelesaikan atau mengurus atau memiliki komitmen yang sama terhadap pelayanan.

5) Keandalan (*Reliability*)

Setiap pelayanan memerlukan bentuk pelayanan yang handal, artinya memberikan pelayanan, setiap pegawai diharapkan memiliki kemampuan pengetahuan, keahlian, kemandirian, penguasaan dan profesionalisme kerja tinggi, sehingga aktivitas kerja yang dikerjakan menghasilkan bentuk pelayanan yang memuaskan, tanpa ada keluhan dan kesan yang berlebihan atas pelayanan diterima oleh masyarakat. Kaitan dimensi pelayanan *reliability* (kehandalan) merupakan suatu yang penting dalam dinamika kerja suatu organisasi. Kehandalan merupakan bentuk ciri khas atau karakteristik dari pegawai yang memiliki prestasi kerja tinggi.

3. Hubungan *Patient Safety* Dengan Mutu Pelayanan Rumah Sakit

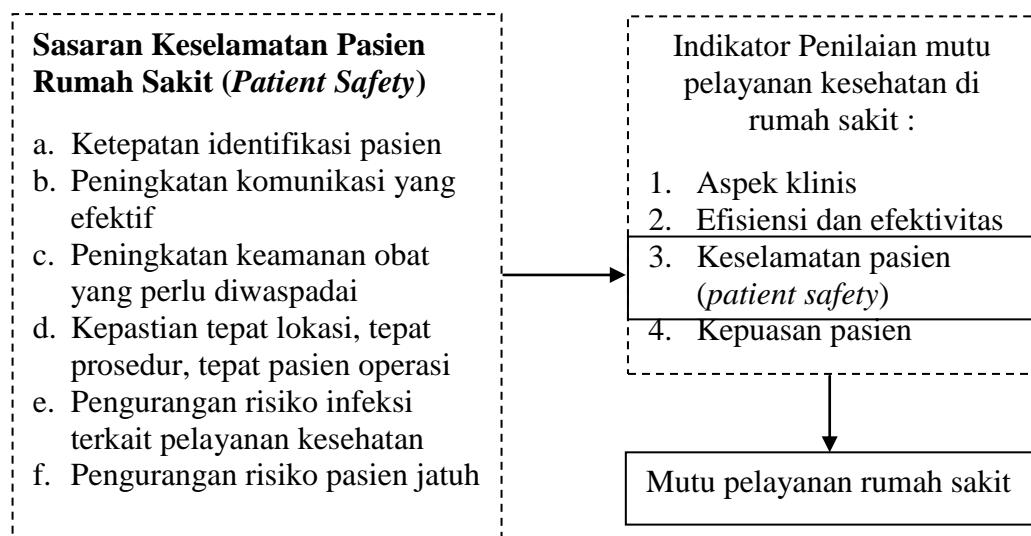
Patient safety merupakan bagian dari mutu, dan keselamatan merupakan sasaran yang paling dapat dirasakan oleh pasien. Pelayanan yang bermutu sudah pasti tidak akan menciderai pasien. Layanan bermutu sudah pasti aman. Sebaliknya,

layanan yang aman belum tentu bermutu dan bebas dari kesalahan. *Patient safety* didefinisikan sebagai layanan yang tidak menciderai atau merugikan pasien (dalam islam disebut kezaliman). Dengan demikian, layanan yang mengandung kesalahan namun tidak sampai merugikan pasien atau nyaris cidera masih dapat ditolerir (Suharjo, 2009).

Sebagai salah satu dimensi dari mutu, keamanan (*safety*) berarti mengurangi risiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan. Keamanan pelayanan melibatkan petugas dan pasien. Misalnya, *safety* adalah salah satu dimensi kualitas transfusi darah, terutama sejak munculnya AIDS. Pasien harus dilindungi dari infeksi, dan petugas kesehatan yang bertugas mengurus darah dan jarum harus dilindungi dengan prosedur yang aman. Di samping itu juga ada unsur keamanan dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas atau Rumah Sakit, misalnya di ruang tunggu pasien yang punya risiko infeksi bisa ditulari pasien infeksi lain jika tidak diambil tindakan pengamanan (Wijono, 2000).

Pelayanan kesehatan harus dapat memenuhi kebutuhan masyarakat dan juga dapat meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Semua itu dapat terpenuhi jika pelayanan kesehatan mempunyai mutu pelayanan yang optimal. Oleh karena itu perlu adanya peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Jaminan mutu pelayanan kesehatan yang baik tidak terlepas dari profesionalisme rumah sakit dalam pengelolaannya. Layanan kesehatan yang bermutu akan membuat organisasi layanan kesehatan menjadi terhormat, terkenal dan selalu dicari oleh siapa yang membutuhkan layanan kesehatan yang bermutu serta menjadi tempat kerja idaman bagi profesi layanan yang kompeten yang berperilaku terhormat. Mutu pelayanan yang bermutu juga akan memperhatikan outcomes layanan kesehatan benar-benar bermanfaat bagi klien.

Gambar 1. Kerangka Konseptual Hubungan *Patient Safety* dengan Mutu Pelayanan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto



C. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah analitik korelasional dengan pendekatan *cross sectional*, dimana data yang menyangkut variabel bebas, terikat diambil dalam waktu bersamaan dengan tujuan untuk mencari hubungan antara dua variabel, yaitu variabel

dependen dan independen (Notoatmodjo, 2012). Variabel independen dalam penelitian ini adalah *patient safety* dan variabel dependen dalam penelitian ini adalah mutu pelayanan.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang menjalani perawatan di ruang rawat RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto. Populasi diambil dari jumlah pasien rata-rata dalam 1 bulan yakni sebanyak 156 pasien dan teknik sampling menggunakan *Proporsionate Stratified Random Sampling* yaitu teknik yang digunakan bila populasi mempunyai anggota/unsur yang tidak homogen secara proporsional (Sugiyono, 2010) hingga akhirnya didapatkan sampel dari sebagian pasien yang menjalani perawatan di ruang rawat RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto yaitu sebanyak 61 orang. Penelitian dilaksanakan di ruang rawat RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto pada bulan Agustus - Oktober 2016.

Instrumen penelitian menggunakan kuesioner dengan bentuk pertanyaan tertutup dan disusun secara terstruktur. Kuesioner *patient safety* diadopsi dari penelitian Purwanto (2012) sedangkan kuesioner mutu pelayanan diadopsi dari penelitian Kumalasari (2009) Setelah data terkumpul, maka dilakukan pengolahan data melalui tahapan *editing*, *coding*, *scoring*, dan *tabulating*, dan *cleaning*. Analisis data menggunakan uji *chi square* yaitu uji statistik yang digunakan untuk menguji signifikansi dua variabel dengan skala data nominal.

Tabel 1. Definsi Operasional Hubungan *Patient Safety* dengan Mutu Pelayanan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto

Variabel	Definisi Operasional	Kriteria	Skala
Variabel independen: <i>Patient Safety</i>	<p>Pelaksanaan keselamatan pasien yang meliputi 6 sasaran:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan identifikasi pasien 2. Peningkatan komunikasi yang efektif 3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai 4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi 5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan 5. Pengurangan risiko pasien jatuh <p>Alat ukur menggunakan kuesioner</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baik : skor \geq mean T 2. Kurang baik : skor T < mean T 	Nominal
Variabel dependen : Mutu pelayanan	<p>Situasi dan kondisi pelayanan yang diterima oleh pasien, minimal sesuai dengan harapan yang diinginkan, meliputi dimensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Daya tanggap (<i>Responsiveness</i>) 2. Jaminan (<i>Assurance</i>) 3. Bukti Fisik (<i>Tangible</i>) 4. Empati (<i>Empathy</i>) 5. Keandalan (<i>Reliability</i>) <p>Alat ukur menggunakan kuesioner</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baik : skor \geq mean T 2. Kurang baik : skor T < mean T 	Nominal

D. HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

1. *Patient Safety*

Tabel 1. Distribusi Frekuensi *Patient Safety* di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto

No.	Patient Safety	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Baik	34	55,7
2.	Kurang Baik	27	44,3
	Jumlah	61	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan *Patient Safety* di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto baik yaitu sebanyak 34 orang (55,7%).

Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *Patient Safety* yaitu faktor organisasi dan manajemen. Faktor-faktor tersebut adalah: budaya keselamatan, manajer/pemimpin, komunikasi, petugas kesehatan, kerja sama/*team work*, *stress*, kelelahan, dan lingkungan kerja (Bennett & Brachman's, 2007).

Keselamatan pasien menjadi faktor penting dalam melakukan pelayanan di rumah sakit. Jika dilihat dari data penelitian, perawat yang mayoritas sudah menerapkan *patient safety* kepada pasien dengan baik. Hal ini dapat dilihat bahwa perawat memperkenalkan diri saat berinteraksi dengan pasien, perawat memberitahukan hasil pemeriksaan kepada pasien, perawat menjelaskan mengenai obat atau tindakan yang akan dilakukan dan perawat menggunakan alat proteksi diri/baju praktek pada saat melakukan pemeriksaan pada pasien.

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara *patient safety* dengan usia, sebagian besar responden berusia 31-40 tahun menyatakan bahwa penerapan *patient safety* kurang baik yaitu sebanyak 10 orang (55,6%). Kebutuhan seseorang terhadap suatu barang atau jasa akan semakin meningkat seiring bertambahnya usia. Faktanya kebutuhan terhadap pelayanan kuratif atau pengobatan semakin meningkat saat usia mulai meningkat dibandingkan dengan kebutuhan terhadap pelayanan preventif (Trisnantoro, 2006). Responden yang berusia 31-40 tahun merupakan kategori usia dewasa, sehingga lebih jeli dalam menilai *patient safety* yang diterimanya selama dirumah sakit, sehingga responden tersebut mengatakan bahwa penerapan *patient safety* kurang baik.

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara *patient safety* dengan jenis kelamin, sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan menyatakan bahwa penerapan *patient safety* sudah baik yaitu sebanyak 18 orang (58,1%). Berdasarkan teori Green (1999) dalam Notoatmodjo (2010), jenis kelamin laki-laki yang berperilaku atas dasar pertimbangan rasional atau akal yang berbeda dengan perempuan. Perubahan perilaku perempuan banyak disebabkan oleh emosional sehingga kecenderungan mendapatkan pendidikan kesehatan lebih baik. Sebagian besar responden pada penelitian ini adalah perempuan mengatakan puas dengan *patient safety* yang dilakukan oleh rumah sakit, hal ini dikarenakan dari segi keamanan perempuan lebih diutamakan daripada laki-laki.

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara *patient safety* dengan pekerjaan responden, didapatkan sebagian besar responden bekerja sebagai pegawai swasta menyatakan bahwa penerapan *patient safety* kurang baik yaitu sebanyak 13 orang (61,9%). Menurut Anderson (1975) dalam Notoatmodjo (2010), pekerjaan merupakan salah satu komponen dari struktur sosial yang ikut berperan dalam pengambilan keputusan oleh seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Jenis pekerjaan responden sebagian besar adalah pegawai swasta, orang yang bekerja

sebagai pekerja swasta lebih mengenal *patient safety* karena masih berkaitan dengan K3 yang wajib dibudayakan oleh perusahaan swasta.

2. Mutu Pelayanan

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Mutu Pelayanan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto

No.	Mutu Pelayanan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Baik	32	52,5
2.	Kurang Baik	29	47,5
	Jumlah	61	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan mutu pelayanan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto sudah baik yaitu sebanyak 32 orang (52,5%).

Menurut Depkes RI mutu pelayanan kesehatan adalah kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tetapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan (Muninjaya, 2010).

Responden menilai bahwa mutu pelayanan sudah baik, hal ini dikarenakan responden puas dengan pelayanan yang diberikan di rumah sakit, mulai dari prosedur administrasi pendaftaran/pembayaran mudah, perawat cepat dan tanggap ketika pasien membutuhkan serta komunikasi dengan dokter berjalan lancar.

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara mutu pelayanan dengan usia responden, didapatkan sebagian besar responden berusia 31-40 tahun menyatakan bahwa mutu pelayanan yang diterimanya kurang baik yaitu sebanyak 10 orang (55,6%). Gunarsa (2008) masyarakat yang berusia lebih tua cenderung lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan usia muda. Semakin dewasa seseorang maka akan semakin tinggi tingkat kebutuhan, sehingga banyak diantara pasien yang berumur 31-40 tahun masih menganggap mutu pelayanan yang ada dirumah sakit kurang baik dan menginginkan pelayanan yang lebih baik lagi.

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara mutu pelayanan dengan jenis kelamin, didapatkan sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki menyatakan bahwa mutu pelayanan yang diterima sudah baik yaitu sebanyak 10 orang (55,6%). Jenis kelamin memiliki pengaruh pada pandangan terhadap jasa yang diberikan. Perempuan lebih banyak melihat penampilan secara detail, sementara laki-laki tidak mengindahkan hal tersebut (Gunarsa, 2008). Sebagian besar responden laki-laki menganggap bahwa pelayanan yang sudah diterima sudah baik, hal ini dikarenakan laki-laki tidak terlalu jeli terhadap setiap pelayanan yang diberikan rumah sakit. Sehingga banyak diantara pasien lain-laki yang menganggap mutu pelayanan di rumah sakit sudah baik.

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara mutu pelayanan dengan tingkat pendidikan, didapatkan sebagian besar responden berpendidikan SMA menyatakan bahwa mutu pelayanan yang diterimanya sudah baik yaitu sebanyak 10 orang (55,6%). Anderson (1975) dalam Notoatmodjo (2010) menyatakan pendidikan yang rendah berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang rendah. Tingkat pendidikan responden yang sebagian besar berpendidikan menengah keatas, sangat berpengaruh terhadap persepsi responden tentang harapan dan kepuasannya terhadap pelayanan..

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara mutu pelayanan dengan pekerjaan, didapatkan sebagian besar responden bekerja sebagai pekerja swasta menyatakan bahwa mutu pelayanan yang diterimanya sudah baik yaitu sebanyak 11 orang

(52,4%). Hal tersebut juga sesuai dengan teori Anderson (1975) dalam Notoatmodjo (2010), pekerjaan merupakan salah satu komponen dari struktur sosial yang ikut berperan dalam pengambilan keputusan oleh seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Responden yang bekerja cenderung menginginkan pelayanan yang lebih terjamin, karena responden yang bekerja mempunyai dana yang lebih untuk membayar pelayanan yang lebih baik.

3. Hubungan *Patient Safety* Dengan Mutu Pelayanan

Tabel 3. Tabulasi Silang antara *Patient Safety* dengan Mutu Pelayanan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto

No.	<i>Patient Safety</i>	Mutu Pelayanan				Total	
		Baik		Kurang Baik			
		f	%	f	%	f	%
1.	Baik	23	67,6	11	32,4	34	100
2.	Kurang Baik	9	3,3	18	66,7	27	100
	Jumlah	32	52,5	29	47,5	61	100

Hasil Uji *Chi Square* sig. (ρ value) = 0,008 < α = 0,05

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan *patient safety* dan mutu pelayanan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto sudah baik yaitu sebanyak 23 orang (67,6%). Hasil uji *chi square* diperoleh hasil perhitungan dengan nilai sig. (ρ value) = 0,008 dengan tingkat kemaknaan yang ditetapkan adalah pada α = 0,05. Oleh karena nilai ρ (0,008) < α (0,05) maka H1 diterima dengan demikian ada hubungan *patient safety* dengan mutu pelayanan di Ruang rawat inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto.

Patient safety merupakan bagian dari mutu, dan keselamatan merupakan sasaran yang paling dapat dirasakan oleh pasien. Pelayanan yang bermutu sudah pasti tidak akan menciderai pasien. Layanan bermutu sudah pasti aman. Sebaliknya, layanan yang aman belum tentu bermutu dan bebas dari kesalahan. *Patient Safety* didefinisikan sebagai layanan yang tidak menciderai atau merugikan pasien (dalam islam disebut kezaliman). Dengan demikian, layanan yang mengandung kesalahan namun tidak sampai merugikan pasien atau nyaris cidera masih dapat ditolerir (Suharjo, 2009). *Patient Safety* merupakan suatu variabel untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan (Nursalam, 2012).

Penerapan *Patient Safety* dapat mempengaruhi mutu pelayanan rumah sakit, hal ini dikarenakan keselamatan pasien (*Patient Safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Karena pelayanan yang bermutu sudah pasti tidak akan menciderai pasien, layanan yang bermutu sudah pasti aman.

Hasil penelitian ini sesuai dengan Penelitian Anton Prasetyo dan Syaifudin (2014) menerangkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara *Patient Safety* dengan kepuasan pelanggan dengan p-value sebesar 0.008 (< 0.05) dan korelasi koefisien sebesar 0.313. serta hasil penelitian ini mempunyai kesesuaian dengan penelitian sebelumnya (Maryam, 2009) yaitu: secara umum hasil penelitian tentang kepuasan pasien di Irna Bedah dan Medik RSU Dr. Soetomo Surabaya menunjukkan hasil 74.1% pasien merasa puas dengan penerapan tindakan keselamatan pasien.

E. SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden menyatakan *Patient Safety* di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto baik, sebagian besar responden menyatakan

mutu pelayanan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto sudah baik dan sebagian besar responden menyatakan *patient safety* dan mutu pelayanan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto sudah baik. Ada hubungan *patient safety* dengan mutu pelayanan di Ruang rawat inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto.

Pentingnya peningkatan budaya *patient safety* sebagai salah satu isu utama pada standar akreditasi Rumah Sakit yang berkaitan erat dengan mutu pelayanan. Sejalan dengan hal tersebut penting juga ditingkatkan mutu pelayanan pada indikator *tangible* (bukti langsung), seperti memberi kemudahan bagi pasien dalam menggunakan fasilitas kesehatan dengan prosedur penerimaan pasien dilayani secara cepat serta dapat meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien. Selain itu staf, dokter dan perawat harus selalu bersikap sopan kepada pasien dan keluarga mengingat mutu pelayanan pada indikator *tangible* dan *empathy* masih dinilai kurang oleh responden.

DAFTAR PUSTAKA

- Bennett & Brachman's. (2007). *Hospital infections*. 5th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Canadian Nurses Association. (2009). *Position statement patient safety*. Ottawa: The Author. Diakses di <http://www.cnaaic.ca/cna/documents/pdf/publications/PS102PatientSafety.pdf>, pada tanggal 12 September 2016.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety). Utamakan Keselamatan Pasien*. Edisi 2. Jakarta: Depkes RI.
- Gunarsa, Singgih. (2008). Psikologi Perawatan. Jakarta: Gunung Mulia.
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). (2008). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP)*. Jakarta: KKPR.
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPPRS). (2012). Laporan IKP Triwulan I Tahun 2011.
- Maryam, D. (2009). *Hubungan Penerapan Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana dengan Kepuasan Pasien di RSU Dr. Soetomo Surabaya*, Bulletin Penelitian RSUD Dr. Soetomo Surabaya, FK-UI, Vol. 11, No. 4.
- Muninjaya, A.A. Gde. (2010). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Notoatmodjo S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). Pengantar pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku kesehatan. Yogyakarta: Andi Offset.
- Nursalam. (2012). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika
- Permenkes RI. (2011). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Menteri Kesehatan RI.
- Prasetyo, Anton dan Syaifuddin. (2014). *Hubungan patient safety dengan kepuasan pelanggan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta*. Naskah Publikasi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta
- Ristekdikti. (2015). *Modul Pelatihan untuk Pelatih Keselamatan Pasien*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pembelajaran dan Kemahasiswaan Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia.
- Suharjo, C. (2009). *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.

- Trisnantoro, Laksono. (2006). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Al-Assaf. (2009). Mutu Pelayanan Kesehatan: Perspektif Internasional. Jakarta: EGC.
- Wijoyo, Djoko. (2008). Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak. Surabaya: Duta Prima Airlangga.
- Suharjo, C. (2009). *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius.
- Herlambang, Susatyo. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Satrianegara, M. Fais. (2009). Buku Ajar Organisasi Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Serta Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.
- Lupiyoadi, Rambat dan A. Hamdani. (2009). *Manajemen Pemasaran Jasa* (Edisi 2). Jakarta: Salemba Empat.