

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Manajemen Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

1. Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien memiliki konsep dasar sebagai “*freedom from accidental injury*” oleh *Institute of Medicine* (IOM). Sejalan dengan hal tersebut maka Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai bebas cedera (*harm*) yang seharusnya tidak terjadi atau potensial cedera akibat dari pelayanan kesehatan yang disebabkan *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan (Wardhani, 2017).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan 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.

Menurut Vincent (2008) dalam Tutiany, dkk (2017) menyatakan bahwa keselamatan pasien didefinisikan sebagai penghindaran,

pencegahan, dan perbaikan dari hasil yang buruk atau *injury* yang berasal dari proses perawatan kesehatan. Definisi ini membawa beberapa cara untuk membedakan keselamatan pasien dari kekhawatiran yang lebih umum mengenai kualitas layanan kesehatan. Berdasarkan beberapa definisi para ahli diatas dapat disimpulkan bahwa keselamatan pasien merupakan suatu sistem untuk melakukan pencegahan serta perbaikan yang diakibatkan dari kesalahan pelayanan kesehatan terhadap pasien.

2. Tujuan Keselamatan Pasien

Menurut Tutiany, dkk (2017) tujuan dari bidang keselamatan pasien adalah untuk meminimalkan kejadian buruk dan menghilangkan kerusakan yang dapat dicegah dalam perawatan kesehatan. Sedangkan dijelaskan pada Kemenkes (2015), tujuan dari keselamatan pasien adalah :

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- b. Meningkatkan akutanbilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Menurunnya Angka Insiden Keselamatan Pasien di rumah sakit.
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

3. Elemen Keselamatan Pasien

- a. *Adverse Drug Events* (ADE) / *Medication Error* (ME)
(Ketidak Cocokan Obat/Kesalahan Pengobatan)
- b. *Renstraint Use* (Kendali Penggunaan)
- c. *Nosocomial Infections* (Infeksi Nosokomial)
- d. *Pressure Ulcers* (Tekanan Ulkus)
- e. *Blood Product Safety Administration* (Keamanan Produk Darah/Administrasi)
- f. *Antimicrobial Resistance* (Resistensi Antimikroba)
- g. *Immunization Program* (Program Imunisasi)
- h. *Falls* (Terjatuh)
- i. *Blood Streak-Vaskular Catheter Care* (Aliran Darah-Perawatan Kateter Pembuluh Darah)
- j. *Systematic Review, Follow-up, and Reporting of Patient/Visitor Incident Reports* (Tinjauan Sistematis, Tindakan Lanjutan, dan Pelaporan Pasien/Pengunjung Laporan Kejadian)

4. Solusi Keselamatan Pasien

WHO Collaborating Centre for Patient Safety (2007) dalam Tutiany, dkk (2017) menyatakan bahwa WHO resmi menerbitkan “*Nine Life Saving Patient Safety Solutions*” (Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit). Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) mendorong rumah sakit di Indonesia untuk

menerapkan “Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit” secara langsung maupun bertahap sesuai dengan kemampuan.

Dalam Sembilan Solusi Keselamatan Pasien terlihat bahwa 4 (empat) poin tersebut adalah solusi dari pencegahan *medication error*, diantaranya adalah sebagai berikut :

- a. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM/*Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*).

Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM) yang membingungkan staf pelaksana, merupakan salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat (*medication error*) dan ini adalah suatu keprihatinan di seluruh dunia. Hal ini sangat signifikan potensi terjadinya kesalahan, akibat bingung terhadap nama merek atau generik serta kemasan. Solusi NORUM ditekankan pada penggunaan protokol untuk pengurangan risiko dan memastikan terbacanya resep, label, atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dahulu, maupun pembuatan resep.

- b. Komunikasi secara benar saat serah terima/pengoperan pasien.
Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima/pengoperan pasien antara unit-unit pelayanan, dan didalam serta antar tim pelayanan, bisa mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial dapat mengakibatkan cedera terhadap pasien, rekomendasi ditujukan

untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan SPO untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis, memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan pada saat serah terima. Contohnya menggunakan komunikasi dengan SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*).

c. Kendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*).

Sementara semua obat-obatan, biologis, vaksin dan media kontras memiliki profil risiko, cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi khususnya adalah berbahaya. Rekomendasinya adalah membuat standarisasi dari dosisi, unit ukuran dan istilah; dan pencegahan atas penyimpanan, pelabelan dan pengenceran cairan elektrolit pekat yang spesifik.

d. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan.

Kesalahan yang paling sering terjadi adalah pada saat proses transisi/pengalihan pelayanan. Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat (*medication error*) pada titik-titik transisi pasien. Rekomendasinya adalah menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh medikasi yang sedang diterima pasien juga disebut sebagai “*home medication list*”,

sebagai perbandingan dengan daftar saat administrasi, penyerahan dan/atau perintah pemulangan bilamana menuliskan perintah medikasi; dan komunikasikan daftar tersebut kepada petugas layanan yang berikut dimana pasien akan ditransfer atau dilepaskan.

5. Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) memiliki tujuan untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti bidang-bidang yang bermasalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti dan solusi berdasarkan para ahli. Sasaran juga fokus pada solusi yang berlaku untuk keseluruhan sistem (PMK. No. 11 Tahun 2017).

Menurut PMK No. 11 Tahun 2017 dalam Tutiany, dkk (2017), Sasaran Keselamatan Pasien di Indonesia mengacu pada *International Patient Safety Goals* (IPSG) merupakan hal sangat penting untuk dipahami dan diterapkan dalam praktik asuhan keperawatan. Sasaran keselamatan pasien adalah syarat yang harus diterapkan di semua rumah sakit. Tujuan SKP adalah untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien. Dengan mempertimbangkan bahwa untuk menyediakan perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi diperlukan desain sistem yang baik, sasaran biasanya sedapat mungkin berfokus pada solusi yang berlaku untuk keseluruhan sistem.

Menurut PMK No. 11 Tahun 2017 dalam Tutiany, dkk (2017) menjelaskan bahwa sasaran keselamatan pasien terdiri dari 7 Sasaran Keselamatan Pasien, namun peneliti hanya akan meneliti Sasaran Keselamatan Pasien ke-3 yaitu meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai.

Dalam Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, disebutkan bahwa sasaran keselamatan ketiga adalah meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai dan fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai.

Obat yang perlu diwaspadai (*High-Alert Medications*) adalah sejumlah obat-obatan yang memiliki risiko tinggi menyebabkan bahaya yang besar pada pasien jika tidak digunakan secara tepat (*drugs that bear a heightened risk of causing significant patient harm when they are used in error*) (ISMP – *Institute for Safe Medication Practices*). Obat yang perlu diwaspadai merupakan obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadinya kesalahan atau *error* dan/atau kejadian sentinel (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) termasuk obat-obat yang tampak mirip (nama obat, rupa dan “ucapan mirip, NORUM atau *Look-alike Sound-alike*, LASA, termasuk pula elektrolit konsentrasi tinggi. Jadi, obat yang perlu diwaspadai merupakan obat yang memerlukan kewaspadaan tinggi, terdaftar

dalam kategori obat berisiko tinggi, dapat menyebabkan cedera serius pada pasien jika terjadi kesalahan dalam penggunaan.

Obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien, maka penerapan manajemen yang benar penting/krusial untuk memastikan keselamatan pasien. Tujuan penerapan sasaran keselamatan pasien meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai, adalah :

- a. Memberikan pedoman dalam manajemen dan pemberian obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) sesuai standar pelayanan farmasi dan keselamatan pasien rumah sakit.
- b. Meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit.
- c. Mencegah terjadinya *sentinel event* atau *adverse outcome*.
- d. Mencegah terjadinya kesalahan atau *error* dalam pelayanan obat yang perlu diwaspadai kepada pasien.
- e. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Kegiatan yang harus dilaksanakan untuk meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai, adalah :

- a. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obatan yang perlu diwaspadai.
- b. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan.
- c. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil

untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan kebijakan.

- d. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit dipelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

Obat yang perlu diwaspadai dapat dibedakan menjadi, kelompok obat yang memiliki rupa mirip (*Look-Alike*), kelompok obat yang memiliki nama mirip (*Sound-Alike*), dan kelompok obat elektrolit konsentrasi tinggi. Kesalahan pada kelompok obat dengan elektrolit tinggi bisa terjadi bila staf tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit asuhan pasien, dan perawat kontrak tidak diorientasikan sebagaimana mestinya terhadap unit asuhan pasien, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi maupun mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk mengidentifikasi area mana yang membutuhkan obat-obatan yang perlu diwaspadai, serta menetapkan cara pemberian label yang jelas serta bagaimana penyimpanannya di area tersebut sedemikian rupa, sehingga

membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/kurang hati-hati.

Setiap penyerahan obat kepada pasien juga dilakukan verifikasi 7 (tujuh) benar untuk mencapai *medication safety* sebagai berikut :

- a. Benar obat
- b. Benar waktu dan frekuensi pemberian
- c. Benar dosis
- d. Benar rute pemberian
- e. Benar identitas pasien
 - 1) Kebenaran nama pasien
 - 2) Kebenaran nomor rekam medis pasien
 - 3) Kebenaran umur/tanggal lahir pasien
 - 4) Kebenaran alamat rumah pasien
 - 5) Nama DPJP
- f. Benar informasi
- g. Benar dokumentasi

B. Medication Error

1. Definisi Medication Error

Error adalah sesuatu yang dilakukan dengan salah karena ketidaktahuan atau ketidaksengajaan dan kegagalan untuk menyelesaikannya (Aronson, 2009). *Error* terjadi bila faktor manusia dan sistem berinteraksi dalam serangkaian peristiwa yang biasanya

kompleks, yang mengakibatkan luaran yang tidak diinginkan (Kemenkes RI, 2011).

Medication error adalah suatu kesalahan dalam proses pengobatan yang masih berada dalam pengawasan dan tanggung jawab profesi kesehatan, pasien atau konsumen, dan seharusnya dapat dicegah (Cohen, dkk., 1991). *Medication error* adalah suatu kesalahan dalam proses pengobatan yang seharusnya dapat dicegah dan proses tersebut masih berada dalam pengawasan dan tanggung jawab profesi kesehatan (NCCMERP, 1998). *Medication error* adalah suatu kegagalan dalam proses pengobatan yang memiliki potensi membahayakan pada pasien dalam proses pengobatan ataupun perawatannya (Aronson, 2009).

Medication Errors (ME/kesalahan pengobatan) adalah semua kejadian yang dapat menyebabkan pengobatan tidak sesuai atau yang dapat mencelakakan pasien dimana prosedur pengobatan tersebut masih berada di bawah kontrol praktisi kesehatan (Fowler, 2009). *Medication error* (kesalahan pengobatan) adalah suatu kejadian yang tidak dapat dihindari dan menyebabkan proses penggunaan obat yang tidak tepat, kejadian efek samping dan reaksi obat merugikan sehingga dapat membahayakan kondisi pasien. Pencegahan kesalahan obat harus terus dilakukan untuk menjamin keselamatan pasien sehingga terhindar dari kejadian yang dapat merugikan kesehatan (Hughes, 2008 dalam Rusli, 2016). *Medication error* adalah kesalahan yang terjadi pada

pasien selama berada dalam penanganan tenaga kesehatan yang sebenarnya dapat dihindari (WHO, 2017).

Dapat disimpulkan bahwa *medication error* adalah suatu kejadian kegagalan selama berada pada penanganan tenaga kesehatan dalam proses penggunaan obat yang tidak tepat sehingga menimbulkan efek samping dan reaksi obat yang merugikan dan membahayakan kondisi pasien.

2. Indeks *Medication Error*

NCCMERP (*The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*) membuat indeks berkaitan kategori kesalahan pengobatan, di dalam indeks kategori ini terdapat 9 kategori dengan syarat definisi yaitu :

Tabel 2.1 Indeks berkaitan kategori kesalahan pengobatan

Kejadian Kesalahan	Kategori	Hasil
Terjadi kesalahan (<i>Error</i>)	A	Kejadian atau yang berpotensi untuk terjadinya kesalahan
Terjadi kesalahan tetapi tidak membahayakan (<i>Error, no harm</i>)	B	Terjadi kesalahan sebelum obat mencapai pasien
	C	Terjadi kesalahan dan obat sudah diminum/digunakan pasien tetapi tidak membahayakan pasien
	D	Terjadi kesalahan, sehingga monitoring ketat harus dilakukan tetapi tidak membahayakan pasien
Terjadi kesalahan dan membahayakan (<i>Error, harm</i>)	E	Terjadi kesalahan, hingga terapi dan intervensi lanjut diperlukan dan kesalahan ini memberikan efek yang buruk yang sifatnya sementara

	F	Terjadi kesalahan dan mengakibatkan pasien harus dirawat lebih lama di rumah sakit serta memberikan efek buruk yang sifatnya sementara
	G	Terjadi kesalahan yang mengakibatkan efek buruk yang bersifat permanen
	H	Terjadi kesalahan dan hampir merenggut nyawa pasien contoh syok anafilaktik
Terjadi kesalahan dan menyebabkan kematian (<i>Error, death</i>)	I	Terjadi kesalahan dan pasien meninggal dunia

Sumber : National Coordination Council Medication Error Reporting and Preventive (NCC MERP), 2011

3. Jenis-Jenis *Medication Error*

Medication error merupakan kejadian yang dapat dicegah akibat penggunaan obat, yang menyebabkan cedera, adapun jenis-jenis *medication error* berdasarkan alur proses pengobatan sebagai berikut :

Tabel 2.2 Jenis-jenis *medication errors* (berdasarkan alur proses pengobatan)

Type Medication Errors	Keterangan
<i>Unauthorized drug</i>	Obat terlanjur diserahkan kepada pasien padahal diresepkan oleh bukan dokter yang berwenang
<i>Improper dose/quantity</i>	Dosis, <i>strength</i> atau jumlah obat yang tidak sesuai dengan yang dimaksud dalam resep
<i>Wrong dose preparation method</i>	Penyiapan/formulasi atau pencampuran obat yang tidak sesuai
<i>Wrong dose form</i>	Obat yang diserahkan dalam dosis dan cara pemberian yang tidak sesuai dengan yang diperintahkan di dalam resep
<i>Wrong patient</i>	Obat diserahkan atau diberikan pada

	pasien yang keliru yang tidak sesuai dengan yang tertera di resep
<i>Omission error</i>	Gagal dalam memberikan dosis sesuai permintaan, mengabaikan penolakan pasien atau keputusan klinik yang mengisyaratkan untuk tidak diberikan obat yang bersangkutan
<i>Extra dose</i>	Memberikan duplikasi obat pada waktu yang berbeda
<i>Prescribing errors</i>	Obat diresepkan secara keliru atau perintah diberikan secara lisan atau diresepkan oleh dokter yang tidak berkompeten
<i>Wrong administration technique</i>	Menggunakan cara pemberian yang keliru termasuk menyiapkan obat dengan teknik yang tidak dibenarkan (misalkan obat im diberikan iv)
<i>Wrong time</i>	Obat diberikan tidak sesuai dengan jadwal pemberian atau diluar jadwal ditetapkan

4. Metode Pendekatan

Terdapat berbagai metode pendekatan organisasi sebagai upaya menurunkan *medication error* yang jika dipaparkan menurut urutan dampak efektifitas terbesar adalah (Muchid., dkk, 2008) :

- a. Mendorong fungsi dan pembatasan (*forcing function & constraint*) : suatu upaya mendesain sistem yang mendorong seseorang melakukan hal yang baik.
- b. Otomasi dan komputer (*Computerized Prescribing Order Entry*) : membuat statis/robotisasi pekerjaan berulang yang sudah pasti dengan dukungan teknologi.

- c. Standard dan protokol, standarisasi prosedur : menetapkan standar berdasarkan bukti ilmiah dan standarisasi prosedur (menetapkan standar pelaporan insiden dengan prosedur baku). Kontribusi apoteker dalam Panitia Farmasi dan Terapi serta pemenuhan sertifikasi/akreditasi pelayanan memegang peranan penting.
- d. Sistem daftar tilik dan cek ulang : alat kontrol berupa daftar tilik dan penetapan cek ulang setiap langkah kritis dalam pelayanan. Untuk mendukung efektifitas sistem ini diperlukan pemetaan analisis titik kritis dalam sistem.
- e. Peraturan dan Kebijakan : untuk mendukung keamanan proses manajemen obat pasien.
- f. Pendidikan dan Informasi : penyediaan informasi setiap saat tentang obat, pengobatan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan tentang prosedur untuk meningkatkan kompetensi dan mendukung kesulitan pengambilan keputusan saat memerlukan informasi.
- g. Lebih hati-hati dan waspada : membangun lingkungan kondusif untuk mencegah kesalahan.

C. Implementasi Kebijakan

Kebijakan adalah arah yang ditentukan untuk dipatuhi dalam proses kerja dan organisasi perusahaan. Kebijakan yang ditetapkan manajemen menuntun partisipasi dan kerja sama semua pihak. Setiap peserta diberi

arahan dan pemikiran yang akan membantunya mencapai sasaran dan hasil. Setiap kebijakan mengandung sasaran jangka panjang dan ketentuan yang harus dipatuhi setiap kategori fungsionaris perusahaan seperti direksi, manajer, penyedia, dan mandor (Sithy, 2016).

Implementasi kebijakan merupakan perwujudan kebijakan dari tataran konsep kedalam praktiknya. Implementasi kebijakan merupakan tahap dari proses kebijakan segera setelah penetapan undang-undang. Implementasi dipandang secara luas mempunyai makna pelaksanaan undang-undang dimana berbagai aktor, organisasi, prosedur, dan teknik bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan dalam upaya untuk meraih tujuan-tujuan kebijakan atau program-program (Lester dan Stewart dikutip dalam Winarno, 2012).

Van Meter dan Van Horn membatasi implementasi kebijakan sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan individu-individu (atau kelompok-kelompok) pemerintah maupun swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan kebijakan sebelumnya. Tindakan-tindakan ini mencakup usaha-usaha untuk mengubah keputusan-keputusan menjadi tindakan-tindakan operasional dalam kurun waktu tertentu maupun dalam rangka melanjutkan usaha-usaha untuk mencapai perubahan-perubahan besar dan kecil yang ditetapkan oleh keputusan-keputusan kebijakan. Yang perlu ditekankan disini bahwa tahap implementasi kebijakan tidak akan dimulai sebelum tujuan-tujuan dan saran-saran ditetapkan atau diidentifikasi oleh

keputusan-keputusan kebijakan. Dengan demikian, tahap implementasi terjadi hanya setelah undang-undang ditetapkan dan dana disediakan untuk membiayai implementasi kebijakan tersebut (Winarno, 2012).

Dalam beberapa pernyataan diatas, dapat disimpulkan bahwa implementasi kebijakan adalah kegiatan atau tindakan yang dilaksanakan setelah sebuah peraturan atau undang-undang atau keputusan-keputusan ditetapkan dan setelah adanya dana untuk membiayai implementasi. Kegiatan implementasi kebijakan sendiri memiliki tujuan untuk mewujudkan tujuan kebijakan agar dapat terlaksana dengan baik, dan diharapkan dapat menimbulkan perubahan bagi kelompok sasaran.

Keberhasilan analisis implementasi kebijakan, antara lain ditentukan oleh ketajaman menetapkan fokus, permasalahan atau pertanyaan utama (*subject matter*). Salah satunya disampaikan oleh O'Toole yang mengidentifikasi fokus atau pertanyaan utama dalam analisis implementasi adalah "Apa yang terjadi antara lahirnya suatu kebijakan dan bagaimana dampaknya terhadap dunia?" (O'Toole, 2000 dikutip dalam Ayuningtyas, 2018).

Secara ontologis, fokus atau permasalahan utama (*subject matter*) analisis implementasi dimaksudkan untuk memahami fenomena implementasi kebijakan, seperti (i) mengapa suatu kebijakan gagal diimplementasikan di suatu daerah; (ii) mengapa suatu kebijakan publik yang sama, yang dirumuskan oleh pemerintah memiliki tingkat keberhasilan yang berbeda-beda ketika diimplementasikan oleh

pemerintah daerah; (iii) mengapa suatu suatu jenis kebijakan lebih mudah dibanding dengan jenis kebijakan lain; (iv) mengapa perbedaan kelompok sasaran kebijakan memengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan. Upaya untuk memahami berbagai fenomena implementasi tersebut pada akhirnya dimaksudkan untuk dapat memetakan faktor apa saja (variabel penjelas) yang memengaruhi munculnya berbagai fenomena implementasi tersebut (Ripley, 1986 dalam Ayuningtyas, 2018).

Dalam aspek implementasi kebijakan secara jujur, kita dapat mengatakan bahwa apa pun sebenarnya mengandung resiko untuk gagal. Hogwood dan Gunn dalam Wahab (2017) telah membagi pengertian kegagalan kebijakan (*policy failure*) ini dalam dua kategori besar, yaitu:

1. Tidak Terimplementasikan (*Non-implementation*)

Tidak terimplementasikan mengandung arti bahwa suatu kebijakan tidak dilaksanakan sesuai dengan rencana, mungkin karena pihak-pihak yang terlibat di dalam pelaksanaannya tidak mau bekerjasama, atau mereka telah bekerja secara tidak efisien, bekerja setengah hati, atau karena mereka tidak sepenuhnya menguasai permasalahan, atau kemungkinan permasalahan yang digarap di luar jangkauan kekuasaan, sehingga betapapun gigih usaha mereka, hambatan-hambatan yang ada tidak sanggup mereka tanggulangi.

2. Implementasi yang tidak berhasil (*Unsuccesful Implementation*)

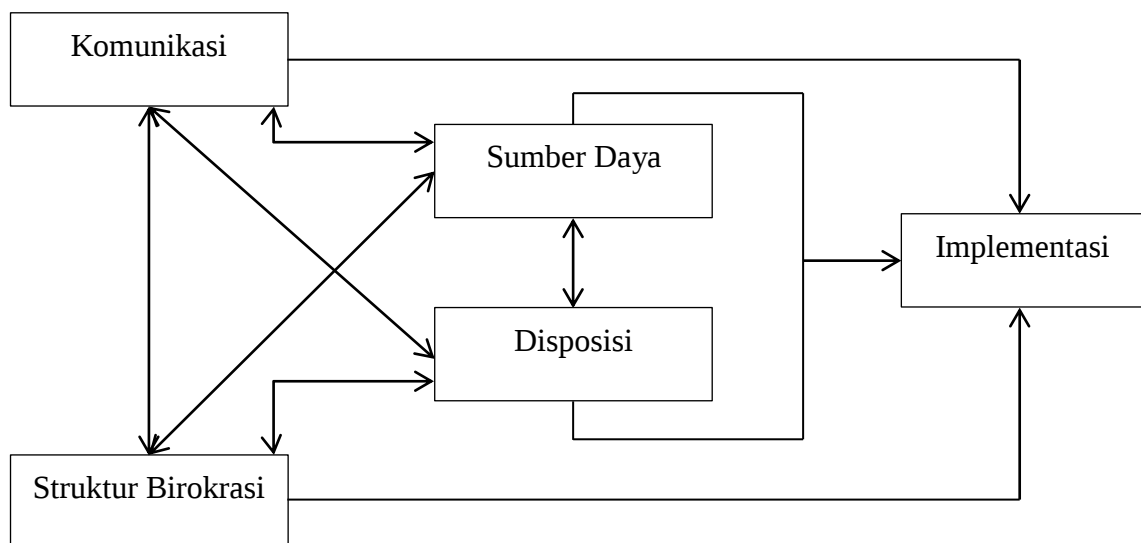
Implementasi yang tidak berhasil biasanya terjadi ketika suatu kebijakan tertentu telah dilaksanakan sesuai dengan rencana, namun mengingat kondisi eksternal ternyata tidak menguntungkan semisal tiba-tiba terjadi peristiwa pergantian kekuasaan (*coup de' tat*), bencana alam, dan lain sebagainya sehingga kebijakan tersebut tidak berhasil dalam mewujudkan dampak atau hasil akhir yang dikehendaki. Biasanya, kebijakan yang memiliki risiko untuk gagal itu disebabkan oleh faktor berikut: pelaksanaannya jelek (*bad execution*), kebijakannya sendiri memang jelek (*bad policy*), kebijakan itu memang bernasib jelek (*bad luck*).

D. Implementasi Kebijakan Menurut George C. Edward III

Menurut Edward, studi implementasi kebijakan adalah krusial bagi *public administration* dan *public policy*. Implementasi kebijakan adalah salah satu tahap kebijakan publik, antara pembentukan kebijakan dan konsekuensi-konsekuensi kebijakan bagi masyarakat yang dipengaruhi. Jika suatu kebijakan tidak tepat atau tidak mengurangi masalah, maka kebijakan tersebut akan mengalami kegagalan sekalipun kebijakan telah diimplementasikan dengan baik. Sementara itu, kebijakan yang telah direncanakan dengan sangat baik, mungkin juga mengalami kegagalan, apabila kurang diimplementasikan dengan baik oleh para pelaksana kebijakan (Winarno, 2012).

Model implementasi kebijakan yang dikembangkan oleh George C. Edward III menggunakan pendekatan *top-down*, yang dinamakan dengan istilah *Direct and Indirect Impact on Implementation*. Model yang ditawarkan oleh George C. Edward III memiliki empat variabel yang sangat menentukan keberhasilan implementasi suatu kebijakan (Agustino, 2020). Variabel ini terdapat kemiripan dengan model implementasi yang ditawarkan oleh van Meter dan van Horn walaupun dalam memberi penjelasan tidak sangat mirip (Winarno, 2012).

Adapun model dari George C. Edward III dalam Agustino (2020) adalah sebagai berikut :



Gambar 2.1 Model Proses Implementasi Kebijakan George C. Edward III

Terdapat 4 (empat) variabel, menurut George C. Edward III, diantaranya :

1. Komunikasi

Menurut Edward III, komunikasi sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan

publik. Implementasi yang efektif terjadi apabila para pembuat keputusan sudah mengetahui apa yang akan mereka kerjakan. Pengetahuan atas apa yang akan mereka kerjakan dapat berjalan bila komunikasi berjalan dengan baik sehingga setiap keputusan kebijakan dan peraturan implementasi harus ditransmisikan (atau dikomunikasikan) kepada bagian personalia yang tepat. Selain itu, kebijakan yang dikomunikasikan pun harus tepat, akurat, dan konsisten. Komunikasi ini diperlukan agar para pembuat keputusan semakin konsisten dalam melaksanakan setiap kebijakan yang akan diterapkan dalam masyarakat.

Indikator yang digunakan dalam mengukur variabel komunikasi dalam pencegahan *medication error*, yaitu :

- a. Transmisi, penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula. Seringkali yang terjadi dalam penyaluran komunikasi adalah salah pengertian (*miss communication*). Kegagalan dalam penyaluran komunikasi merupakan sumber utama terjadinya *medication error*. Penyaluran komunikasi antar staff atau petugas farmasi harus sesuai dengan standar operasional prosedur bagaimana resep atau permintaan obat diterima oleh petugas farmasi lalu diberikan kepada pasien.

- b. Kejelasan, komunikasi yang diterima oleh para pelaksana kebijakan haruslah jelas dan tidak membingungkan. Ketidakjelasan pesan kebijakan tidak selalu menghalangi implementasi, namun para pelaksana membutuhkan kejelasan informasi agar tujuan yang hendak dicapai dapat diraih sesuai konten kebijakan. Komunikasi yang baik antar apoteker dan petugas kesehatan lainnya perlu dilakukan dengan jelas untuk menghindari penafsiran ganda atau ketidak lengkapan informasi dengan berbicara perlahan dan jelas, hal ini guna menghindari terjadinya *medication error*. Perlu juga membuat daftar singkatan dan penulisan dosis yang berisiko menimbulkan kesalahan untuk diwaspadai.
- c. Konsistensi, perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu komunikasi haruslah konsisten (untuk diterapkan dan dijalankan). Ini karena jika perintah yang diberikan sering berubah-ubah, maka menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan. Untuk menghindari *medication error* terjadi, maka apoteker haruslah memberikan perintah yang tepat dan tidak berubah-ubah, sesuai dengan apa yang dituliskan pada resep atau kertas permintaan obat.

2. Sumber Daya

Perintah-perintah implementasi mungkin diteruskan secara cermat, jelas dan konsisten, tetapi jika para pelaksana kekurangan sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan-kebijakan maka implementasi inipun cenderung tidak efektif (Winarno, 2012). Menurut Edward III, dalam implementasi kebijakan sumber daya merupakan hal penting lainnya.

Indikator sumber-sumber daya terdiri dari beberapa elemen yang termasuk dalam pencegahan *medication error*, yaitu :

- a. Staff, sumber daya utama dalam implementasi kebijakan adalah staff atau sumber daya manusia (SDM). Kegagalan yang sering terjadi dalam implementasi kebijakan salah satunya disebabkan oleh karena staff yang tidak mencukupi, memadai, ataupun tidak kompeten di bidangnya. Sumber daya yang terlibat dalam pencegahan *medication error* yaitu Direktur rumah sakit, Komite PMKP, Kepala Instalasi Farmasi, dan PPA (Profesional Pemberi Asuhan) terintegrasi (dokter, apoteker, dan tenaga teknis kefarmasian). Dari sumber daya yang disebutkan harus memiliki kompetensi dan kemampuan pada bidangnya masing-masing agar tidak terjadi kesalahan.
- b. Informasi, dalam implementasi kebijakan, informasi mempunyai dua bentuk yaitu :

- (i) Informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan kebijakan. Apoteker dan TTK (Tenaga Teknis Kefarmasian) harus mengetahui apa yang harus dilakukan dan tahu batasan tindakan untuk mencegah *medication error*, seperti pemberian obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) sesuai standar pelayanan farmasi dan keselamatan pasien rumah sakit serta dapat membedakan obat NORUM dan melakukan verifikasi 7 (tujuh) benar.
 - (ii) Informasi mengenai data kepatuhan dari para pelaksana terhadap peraturan dan regulasi pemerintah yang telah ditetapkan. Implementor harus mengetahui apakah orang lain yang terlibat di dalam pelaksanaan kebijakan tersebut patuh terhadap hukum. Untuk pencegahan *medication error* diperlukan alat kontrol berupa daftar tilik dan penetapan cek ulang setiap langkah kritis dalam pelayanan. Diperlukan pula pemetaan analisis titik kritis dalam sistem agar mendukung efektivitas.
- c. Wewenang, pada umumnya kewenangan harus bersifat formal agar perintah dapat dilaksanakan. Kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi bagi para pelaksana

dalam melaksanakan kebijakan yang ditetapkan secara politik. Petugas Apoteker maupun TTK memiliki kewenangan terhadap pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dan kegiatan pelayanan farmasi klinik dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. Namun harus adapula pembatasan dalam wewenang ini agar tidak terjadi kesalahan.

- d. Fasilitas, fasilitas fisik juga merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan. Implementor mungkin memiliki staff yang mencukupi, mengerti apa yang harus dilakukannya, dan memiliki wewenang untuk melaksanakan tugasnya, tetapi tanpa adanya fasilitas pendukung (sarana dan prasarana) maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan berhasil. Dalam hal ini, fasilitas yang diperlukan dalam Instalasi Farmasi adalah peralatan farmasi untuk persediaan, peracikan, dan pembuatan obat, lemari atau rak obat yang dibedakan obat NORUM dan juga obat yang perlu diwaspadai lainnya, pemberian label, dan kontainer khusus untuk limbah sitotoksik. Selain itu juga untuk menghindari kesalahan yang berkaitan dengan kondisi lingkungan, maka area

dispensing harus didesain dengan tepat yaitu dengan pencahayaan yang cukup, temperatur yang nyaman, area kerja bersih dan teratur, dan obat untuk setiap pasien perlu disiapkan dalam nampan terpisah.

3. Disposisi atau Sikap dari Pelaksana Kebijakan

Disposisi atau sikap dari pelaksana kebijakan adalah faktor penting ketiga dalam pendekatan mengenai pelaksanaan suatu kebijakan publik. Jika pelaksanaan suatu kebijakan ingin efektif, maka para pelaksana kebijakan tidak hanya harus mengetahui apa yang akan dilakukan tetapi juga harus memiliki kemampuan untuk melaksanakannya, sehingga dalam praktiknya tidak terjadi bias.

Hal-hal penting yang perlu dicermati pada variabel disposisi menurut Edward III yang terkait dengan pencegahan *medication error*, adalah :

- a. Efek Disposisi, disposisi atau sikap para pelaksana menimbulkan hambatan-hambatan yang nyata terhadap implementasi kebijakan bila personil yang tidak melaksanakan kebijakan-kebijakan. Sikap tersebut seperti melakukan kelalaian atau kesalahan akibat interupsi pada saat bekerja baik langsung maupun melalui telepon. Manajerial staff keselamatan pasien serta kefarmasian yang terlibat dalam pencegahan *medication error* haruslah

orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan untuk menghindari kesalahan.

- b. Melakukan Pengaturan Birokrasi (*staffing the bureaucracy*), dalam konteks ini Edward III memberi syarat bahwa implementasi kebijakan harus dilihat juga dalam hal pengaturan birokrasi. Pengaturan ini dilakukan sesuai dengan rasio antara beban kerja dan SDM yang cukup serta menilai kemampuan dan ketrampilan staff untuk mengurangi stress dan beban kerja sehingga dapat menurunkan kesalahan obat (*medication error*).
- c. Insentif, Edward III menyatakan bahwa salah satu teknik yang disarankan adalah dengan memanipulasi insentif. Dalam hal ini, dengan cara menambah keuntungan atau biaya tertentu seperti pemberian reward kepada staff maupun penambahan sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam ruangan Instalasi Farmasi dapat menjadi faktor pendorong pelaksana/staff untuk menghindari kesalahan (*error*) yang terjadi.

4. Struktur Birokrasi

Walaupun sumber daya untuk melaksanakan suatu kebijakan tersedia, atau para pelaksana kebijakan mengetahui apa yang seharusnya dilakukan, dan mempunyai keinginan untuk melaksanakan suatu kebijakan, kemungkinan kebijakan tersebut

tidak dapat terlaksana atau terealisasi karena terdapat kelemahan dalam struktur birokrasi. Kebijakan yang begitu kompleks menuntut adanya kerjasama banyak orang, ketika struktur birokrasi tidak kondusif pada kebijakan yang tersedia, maka hal ini akan menyebabkan sumber daya menjadi tidak efektif dan tidak termotivasi sehingga menghambat jalannya kebijakan. Birokrasi sebagai pelaksana sebuah kebijakan harus dapat mendukung kebijakan yang telah diputuskan secara politik dengan jalan melakukan kordinasi dengan baik.

Struktur birokrasi yang terdapat di RSUD Singaparna Medika Citrautama belum terlaksana dengan baik dikarenakan masih adanya kelalaian dalam sumber daya untuk melakukan tugas yang seharusnya dan juga belum memiliki kesadaran akan pencatatan *Standar Operating Procedures* yang ada pada kebijakan yang telah dibuat.

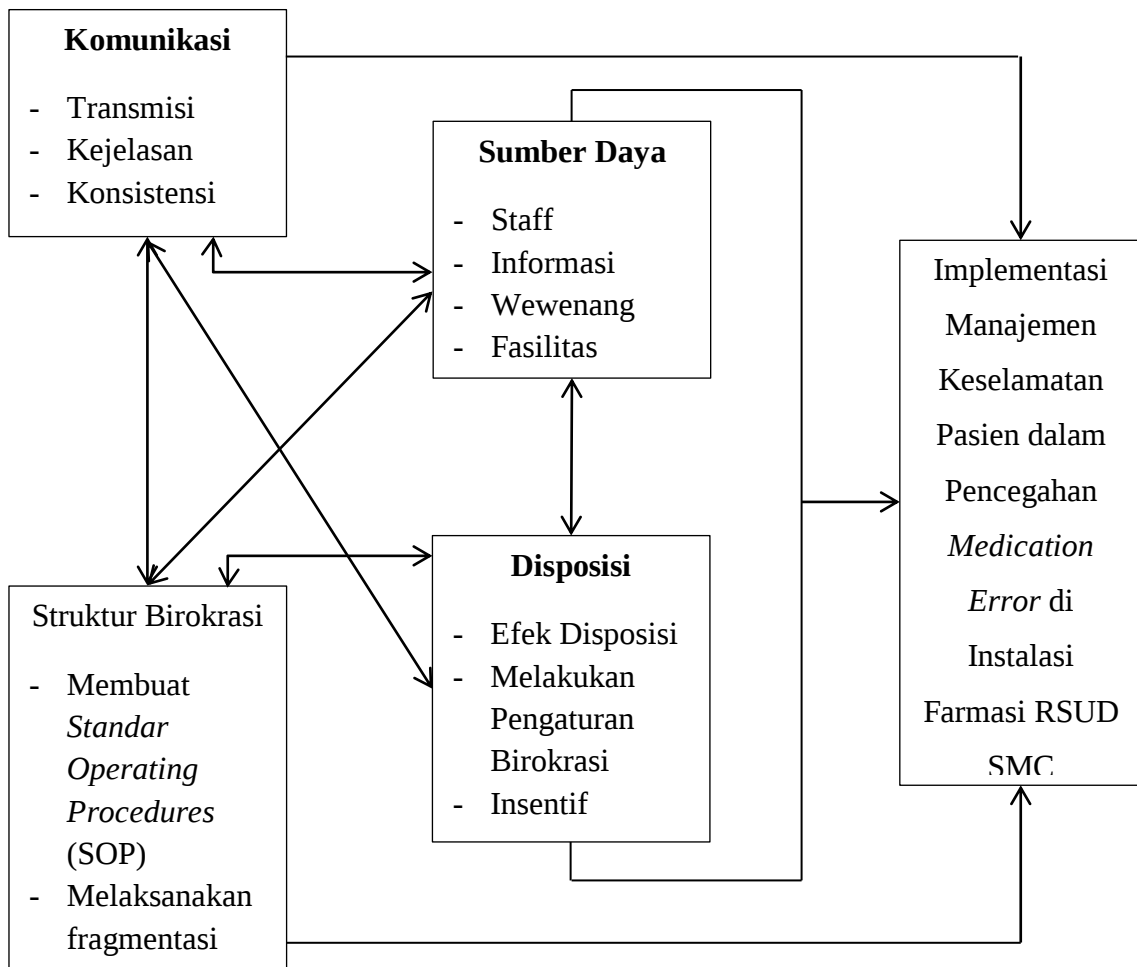
Dua karakteristik, menurut Edward III, yang dapat mendongkrak kinerja struktur birokrasi atau organisasi ke arah yang lebih baik dalam upaya pencegahan *medication error* adalah :

- 1) Membuat *Standar Operating Procedures* (SOPs) yang lebih fleksibel, SOPs adalah suatu prosedur atau aktivitas terencana rutin yang memungkinkan para pegawai untuk melaksanakan kegiatan-kegiatannya pada setiap harinya

(*days-to-days politics*) sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Fleksibel dalam hal ini adalah SOP dapat dipahami oleh pegawai yang bersangkutan. Metode untuk menurunkan *medication error* adalah menetapkan standar berdasarkan bukti ilmiah dan standarisasi prosedur (menetapkan standar pelaporan insiden dengan prosedur baku).

- 2) Melaksanakan fragmentasi, tujuannya untuk menyebar tanggung jawab berbagai aktivitas, kegiatan, atau program pada beberapa unit kerja yang sesuai dengan bidangnya masing-masing. Dalam hal ini fragmentasi dilakukan dengan melakukan pembagian fungsi antar staff dimana uraian tugas yang jelas, seperti bagian pembagian staff ruang administrasi dan bagian ruang peracikan obat.

E. Kerangka Teori



Sumber : Teori Implementasi Kebijakan George C. Edward III (Agustino, 2020) yang sudah dimodifikasi peneliti

Gambar 2.2 Kerangka Teori Implementasi Manajemen Keselamatan Pasien dalam Pencegahan *Medication Error* Rumah Sakit Umum Daerah