

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Budaya Organisasi**

Konsep budaya awalnya berkembang dari antropologi sosial pada abad ke-19. Budaya merupakan sebuah konsep yang kompleks yang diartikan sebagai kumpulan keyakinan dan nilai tentang bagaimana suatu komunitas seharusnya dalam melakukan tindakan (Kreitner, 2007). Menurut Hofstede (2005) budaya adalah pemikiran kolektif yang membuat perbedaan antara anggota satu kelompok dari kelompok lainnya. Sedangkan menurut Schein (2004) budaya dibentuk dari nilai yang berbeda dan perilaku yang mungkin dianggap panduan untuk keberhasilan.

Budaya memiliki 3 tingkatan, yaitu *artifact*, nilai-nilai yang didukung (*espoused value*) dan asumsi yang mendasari (*underlying assumptions*) (Schein, 1992; Stoner et al.,1995). Tingkat 1: *Artifact*. Tingkat ini merupakan dimensi yang paling terlihat dari budaya organisasi, merupakan lingkungan fisik dan sosial organisasi. Anggota organisasi sering tidak menyadari

mengenai artefak budaya organisasi mereka, tetapi orang luar organisasi dapat mengamatinya dengan jelas. Tingkat 2: *Espoused value* (nilai-nilai yang didukung). Semua pembelajaran organisasi merefleksikan nilai-nilai anggota organisasi, perasaan mereka mengenai apa yang seharusnya berbeda dengan apa yang ada. Jika anggota organisasi menghadapi persoalan atau tugas baru, solusinya adalah nilai-nilai. Tingkat 3: *Basic underlying assumptions* (asumsi dasar). Jika solusi yang dikemukakan pemimpin perusahaan dapat berhasil berulang-ulang, maka solusi dianggap sudah sebagai seharusnya. Asumsi dasar merupakan solusi yang paling dipercaya sama halnya dengan teori ilmu pengetahuan yang sedang diterapkan untuk suatu problem yang dihadapi organisasi.

Schein (2004) mengemukakan bahwa organisasi merupakan koordinasi yang rasional dari beberapa aktivitas sejumlah orang untuk mencapai beberapa tujuan, melalui pembagian kerja dan fungsi serta melalui jenjang wewenang maupun tanggung jawab. Robbins (1996) mengartikan organisasi sebagai satuan sosial yang dikoordinasi secara sadar,

tersusun dari dua orang atau lebih, berfungsi atas dasar kesamaan persepsi yang relatif terus-menerus untuk mencapai suatu tujuan bersama.

Organisasi dibentuk oleh empat komponen utama (Russel, 2001):

- a. Fisik (aspek yang dapat terlihat/*visible*) dari organisasi
- b. Infrastruktur (sistem dan proses untuk mengarahkan dan mengelola pekerjaan)
- c. Perilaku (aksi dan reaksi karyawan sehari-hari)
- d. Budaya (asumsi dasar, nilai-nilai, keyakinan, dan norma yang membentuk perilaku sehari-hari)

Untuk dapat melakukan perubahan pada organisasi, melakukan perubahan pada tingkat fisik (proses, alat, struktur), tingkat infrastuktur (sistem manajemen, penilaian dan *reward*) dan tingkat perilaku (apa yang dilakukan oleh kelompok dan individu) tidak akan dapat bertahan lama (mempunyai daya tahan yang berumur pendek) apabila tanpa disertai dengan perubahan pada tingkat budaya (nilai, keyakinan dan norma) yang mendasarinya. Hal tersebut dapat dijelaskan pada gambar dibawah ini:



Gambar 2. 1 Komponen dan Tingkatan Intervensi Organisasi  
(Russel, 2001)

Sebagai komponen paling dasar dari organisasi, budaya mempunyai kemampuan paling besar dalam mempengaruhi perubahan organisasi, meski di sisi lain merupakan komponen yang paling sulit untuk diubah. Robbins (1996) mengartikan budaya organisasi sebagai sistem makna bersama yang dianut oleh anggota-anggota dalam organisasi yang membedakan organisasi itu dengan organisasi lain. Budaya organisasi menunjukkan persepsi bersama yang dianut oleh anggota-anggotanya. Budaya organisasi adalah pola dasar, asumsi, nilai dan keyakinan bersama yang dianggap sebagai cara berpikir dan bertindak yang tepat dalam menghadapi masalah dan peluang organisasi (McShane & Glinov 2003). Budaya organisasi

merupakan nilai tak tertulis yang memberikan pedoman, aturan, standar dalam berperilaku baik yang diterima atau tidak oleh setiap pegawai dalam organisasi. Budaya organisasi dapat diukur hanya dengan menanyakannya kepada pegawai. Budaya organisasi merupakan fondasi dari budaya keselamatan pasien (Flemming & Wentzell, 2008).

Menurut McShane & Glinov (2003) budaya organisasi memiliki 3 fungsi:

- a. Budaya organisasi adalah bentuk yang tertanam dan kontrol sosial yang mempengaruhi bagaimana pegawai mengambil keputusan dan berperilaku.
- b. Budaya organisasi adalah perekat sosial yang mengikat orang-orang dan membuat mereka merasa menjadi bagian dari organisasi.
- c. Budaya organisasi membantu proses nilai keputusan. Membantu pegawai mengerti situasi organisasi sehingga mereka dapat menyelesaikan tugas mereka ketimbang menghabiskan waktu mencari tahu apa yang diharapkan dari mereka. Pegawai dapat berkomunikasi dengan lebih efisien

dan bekerjasama dengan baik karena mempunyai model mental yang sama.

Robbins (1996) mengajukan 7 karakteristik utama yang dianggap mampu menangkap budaya organisasi. Ketujuh karakteristik tersebut adalah:

- a. Inovasi dan pengambilan risiko: dimana pekerja diyakinkan untuk menjadi inovatif dan mau mengambil risiko.
- b. Perhatian pada rincian: dimana pekerja diharapkan menunjukkan ketepatan, analisis, dan perhatian pada hal-hal detail.
- c. Orientasi hasil: dimana manajemen memfokuskan diri pada hasil atau keluaran ketimbang masalah teknis dan proses yang digunakan untuk hasil tersebut.
- d. Orientasi pada manusia: dimana keputusan manajemen diambil dengan mempertimbangkan efek dari keputusan tersebut pada manusia di dalam organisasi.
- e. Orientasi tim: dimana aktivitas pekerjaan diorganisasi di sekitar tim ketimbang individual.
- f. Agresivitas: dimana orang-orang adalah lebih agresif dan kompetitif ketimbang tenang-tenang saja.

- g. Stabilitas: dimana aktivitas organisasi menekankan pada pemeliharaan *status quo* (kondisi yang kini berlaku).

## **2. Keselamatan Pasien**

Hampir setiap tindakan medis menyimpan potensi risiko. Banyaknya jenis obat, jenis pemeriksaan dan prosedur serta jumlah pasien dan staf RS yang cukup besar merupakan hal potensial bagi terjadinya kesalahan medis (*medical error*).

*Safety* adalah bebas dari kejadian cedera. Menurut WHO (2005) menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan tindakan yang dilakukan oleh individu dan organisasi untuk melindungi pasien dari kerugian karena efek pelayanan kesehatan.

IOM (2000) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai *freedom from accidental injury*. Senada dengan yang disebutkan dalam Depkes RI (2006) keselamatan pasien rumah sakit adalah sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pelayanan kesehatan pasien lebih aman dan diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. Sistem yang dimaksud meliputi

penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.

Tujuan keselamatan pasien yaitu tercapainya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunkan kejadian tidak diharapkan dirumah sakit, terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (Depkes RI, 2008; Permenkes RI, 2011)

Standar sasaran keselamatan pasien juga telah disusun oleh KARS (2012) sebagai berikut:

Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien

Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif

Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert*)

Sasaran IV : Kepastian tepat-lokasi tepat-prosedur tepat-pasien operasi

Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh

Mengacu kepada standar keselamatan pasien, maka rumah sakit harus merancang proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Proses perancangan tersebut harus mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit” yang berdasarkan KKP-RS No.001-VIII-2005 sebagai panduan bagi staf rumah sakit yaitu:

- a. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
  - 1) Bagi rumah sakit:

- a) Rumah sakit harus memiliki kebijakan: tindakan staf segera setelah insiden, langkah kumpul fakta, dukungan kepada staf, pasien dan keluarga
  - b) Memiliki kebijakan: peran dan akuntabilitas individual pada insiden
  - c) Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden
  - d) Lakukan asesmen dengan menggunakan survei penilaian keselamatan pasien
- 2) Bagi tim/unit:
- a) Anggota mampu berbicara, peduli dan berani lapor bila ada insiden
  - b) Laporan terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan (pemecahan masalah) yang tepat
- b. Pimpin dan dukung staf anda, bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit.
- 1) Bagi rumah sakit:

- a) Ada anggota direksi yang bertanggung jawab atas keselamatan pasien
  - b) Pada setiap bagian rumah sakit ada yang dapat menjadi “penggerak” yang dapat diandalkan dalam gerakan keselamatan pasien
  - c) Prioritaskan keselamatan pasien dalam agenda rapat direksi/manajerial rumah sakit
  - d) Masukkan keselamatan pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit dan memastikan dapat diikuti dan diukur efektivitasnya
- 2) Bagi tim/unit:
- a) Tentukan “penggerak” dalam setiap tim/unit untuk memimpin gerakan keselamatan pasien
  - b) Jelaskan kepada tim relevansi dan pentingnya, serta manfaat dari menjalankan gerakan keselamatan pasien
  - c) Tumbuhkan sikap ksatria untuk yang menghargai pelaporan insiden

c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.

1) Bagi rumah sakit:

a) Identifikasi struktur dan proses menjamin risiko klinis dan non klinis, mencakup keselamatan pasien

b) Kembangkan indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitoring oleh direksi/manajerial rumah sakit

c) Gunakan informasi yang benar dan jelas hasil yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat meningkatkan kepedulian terhadap pasien

2) Bagi tim/unit:

a) Bentuk dan diskusikan isu terbaru keselamatan pasien untuk memberikan umpan balik kepada manajemen terkait

b) Bentuk penilaian risiko pada individu pasien dalam proses asesmen risiko

- c) Lakukan proses asesmen secara teratur untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko dengan langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut
  - d) Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan risiko rumah sakit
- d. Kembangkan sistem pelaporan, pastikan setiap staf agar dapat dengan mudah melaporkan insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS.
- 1) Bagi rumah sakit:

Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar yang harus dilaporkan ke KPP-RS-PERSI
  - 2) Bagi tim/unit:

Berikan semangat serta dorongan kepada anggota untuk melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi terjadi juga, sebagai bahan pembelajaran yang penting.

e. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.

1) Bagi rumah sakit:

- a) Rumah sakit harus memiliki kebijakan yang dapat menjelaskan cara-cara komunikasi yang terbuka tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya
- b) Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas jika terjadi insiden
- c) Berikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya

2) Bagi tim/unit:

- a) Pastikan tim menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden
- b) Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan tepat
- c) Pastikan segera setelah kejadian tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya

f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, dorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.

1) Bagi rumah sakit:

- a) Memastikan staf telah terlatih dalam pengkajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab
- b) Mengembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas kriteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (*Root Cause Analysis/RCA*) atau *Failure Models and Effects Analysis (FMEA)* atau metoda analisis lain yang harus mencakup semua insiden yang telah terjadi dan minimum satu kali per tahun untuk proses risiko tinggi

2) Bagi tim/unit:

- a) Diskusikan dalam tim pengalaman dari hasil analisis insiden
- b) Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan membagi pengalaman tersebut secara lebih luas

g. Cegah cedera melalui implementasi keselamatan pasien

1) Bagi rumah sakit:

- a) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden dan audit serta analisis untuk menentukan solusi setempat
- b) Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan kegiatan klinis dan penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien
- c) Asesmen risiko untuk setiap perubahan
- d) Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh KKP-RS-PERSI
- e) Umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden

2) Bagi tim/unit:

- a) Libatkan tim dalam mengembangkan asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman
- b) Telaah perubahan yang dibuat tim dan pastikan pelaksanaannya

- c) Lakukan umpan balik setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan

Pada proses pelayanan kesehatan sangat berpotensi menimbulkan insiden *patient safety*. Istilah insiden keselamatan pasien itu sendiri adalah suatu bentuk kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, yang terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Kejadian Potensial Cedera (KPC). Komisi 29 Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP – RS) tahun 2005 mengungkapkan bahwa bentuk Insiden keselamatan pasien sebagai berikut:

- 1) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Event* merupakan suatu insiden yang mengakibatkan cedera/*harm* pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis yang tidak dapat dicegah.
- 2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/*Near Miss* adalah terjadinya insiden belum sampai terpapar ke pasien.

- 3) Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, namun tidak timbul cedera.
- 4) Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- 5) Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

Semua insiden ini adalah tanggung jawab dari rumah sakit khususnya petugas kesehatan dalam melakukan proses pemberian pelayanan kesehatan, karena jika terjadi kelalaian akan mengakibatkan dampak negatif bagi pasien. Dampak tersebut dapat berupa cedera ringan, cacat fisik, cacat permanen bahkan sampai kematian. Untuk dapat menghindarkan dan mencegah kerugian bagi semua pihak maka rumah sakit hendaknya memperhatikan dan membuat prosedur untuk menghindari beberapa elemen keselamatan pasien yang berpotensi terjadi di dalam pemberian asuhan pelayanan kesehatan pasien di rumah sakit.

### 3. Budaya Keselamatan Pasien

Menurut IOM (2000) yang dikutip oleh Nieva (2003) tentang perlunya perubahan budaya untuk menuju sistem kesehatan yang lebih aman: *”The biggest challenge to moving toward a safer health system is changing the culture from one of blaming individuals for errors to one in which errors are treated not as personal failures, but as opportunities to improve the system and prevent harm”*, dijelaskan bahwa tantangan terbesar ke arah sistem kesehatan yang lebih aman adalah mengubah budaya dari menyalahkan seseorang karena kesalahan/*error* yang dianggap sebagai kegagalan individu ke arah menjadikannya sebagai peluang untuk memperbaiki sistem dan mencegah cedera. Dapat disimpulkan bahwa mengembangkan budaya keselamatan menjadi salah satu pilar bagi pergerakan keselamatan pasien (Hellings et al., 2007).

Dari beberapa sumber, pengertian budaya keselamatan pasien hampir sama dengan budaya organisasi secara umum, yaitu: nilai-nilai/*values* yang dianut bersama antar anggota organisasi tentang apa yang penting, keyakinan/*beliefs* tentang bagaimana melakukan sesuatu di dalam organisasi dan interaksi

nilai dan keyakinan tersebut dengan unit kerja dan struktur dan sistem organisasi, yang secara bersama-sama menghasilkan norma perilaku dalam organisasi (Schein, 2004). Hanya saja budaya keselamatan pasien lebih spesifik terhadap keselamatan (untuk mempromosikan keselamatan) serta menekankan peran interpersonal, unit kerja dan kontribusi organisasi dalam membentuk asumsi-asumsi dasar bahwa kerja individu dalam organisasi berkembang sepanjang waktu (Singer et al., 2009).

Berdasarkan nilai dan keyakinan yang dianut bersama tersebut, terbentuk suatu pola perilaku yang terintegrasi dari individu dan organisasi yang secara kontinu mencari upaya meminimalkan hal yang membahayakan pada pasien yang mungkin berasal dari proses penerimaan pelayanan kesehatan. Suatu budaya keselamatan pasien harus dikenali oleh seluruh anggota layanan kesehatan, diperkuat dan dilatih secara teratur oleh para profesional dan pimpinan organisasi karena pelayanan kesehatan memang mempunyai tingkat kerumitan yang tinggi dan mudah sekali terjadi kesalahan sehingga penanganannya pun berisiko tinggi. Suatu budaya keselamatan pasien yang

positif mempunyai aspek-aspek (Kirk et al, 2009), sebagai berikut:

- a. Komunikasi berdasarkan kepercayaan dan keterbukaan yang sifatnya mutual
- b. Persepsi yang sama tentang pentingnya keselamatan
- c. Keyakinan dalam ketepatan dari ukuran-ukuran pencegahan keselamatan
- d. Pembelajaran organisasi
- e. Komitmen pimpinan dan tanggung jawab eksekutif
- f. Pendekatan tanpa menyalahkan (*no blame*) dan tanpa hukuman (*non punitive*) terhadap pelaporan dan analisis insiden

*Patient safety* adalah sebuah transformasi budaya, dimana budaya yang diharapkan adalah budaya keselamatan, budaya tidak menyalahkan, budaya lapor dan budaya belajar. Dalam proses ini diperlukan upaya transformasional yang menyangkut intervensi multi tingkat dan multi dimensional yang terfokus pada misi dan strategi organisasi, *leadership style*, serta budaya organisasi. Menurut Kotter (1996) dalam Adib (2012) keberhasilan transformasi 70% - 90% ditentukan

oleh peran leadership dan sisanya (0% - 30%) oleh peran *managership*.

Menurut Carthey & Clarke (2010), organisasi kesehatan akan memiliki budaya keselamatan pasien yang positif, jika memiliki dimensi budaya sebagai berikut:

- a. Budaya keterbukaan (*open culture*). Budaya ini menggambarkan semua staf RS merasa nyaman berdiskusi tentang insiden yang terjadi ataupun topik tentang keselamatan pasien dengan teman satu tim ataupun dengan manajernya. Staf merasa yakin bahwa fokus utama adalah keterbukaan sebagai media pembelajaran dan bukan untuk mencari kesalahan ataupun menghukum. Komunikasi terbuka dapat juga diwujudkan pada saat serah terima pasien, *briefing staff* maupun *morning report*.
- b. Budaya keadilan (*just culture*). Hal tersebut membawa atmosfer “*trust*” sehingga anggota bersedia dan memiliki motivasi untuk memberikan data dan informasi serta melibatkan pasien dan keluarganya secara adil dalam setiap pengambilan keputusan terapi. Perawat dan pasien diperlakukan secara adil saat terjadi insiden dan tidak

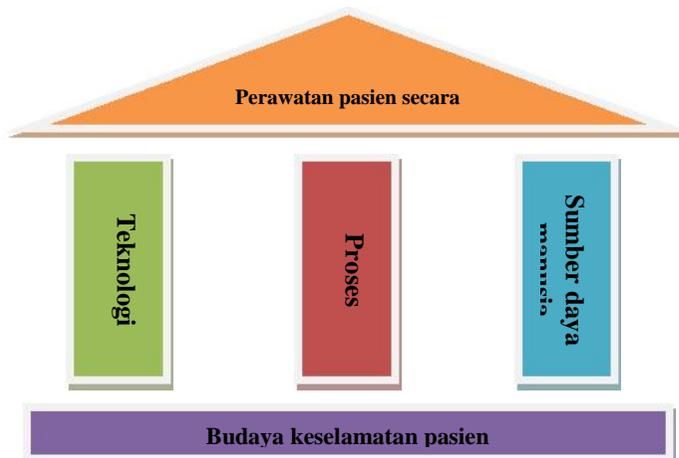
berfokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan. Lingkungan terbuka dan adil akan membantu staf membuat pelaporan secara jujur mengenai kejadian yang terjadi dan menjadikan insiden sebagai pelajaran dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien.

- c. Budaya pelaporan (*reporting culture*). Budaya dimana staf siap untuk melaporkan insiden atau *near miss*, sehingga dapat dinilai jenis *error* dan dapat diketahui kesalahan yang biasa dilakukan oleh staf serta dapat diambil tindakan sebagai bahan pembelajaran organisasi. Organisasi belajar dari pengalaman sebelumnya dan mempunyai kemampuan untuk mengidentifikasi faktor risiko terjadinya insiden sehingga dapat mengurangi atau mencegah insiden yang akan terjadi.
- d. Budaya belajar (*learning culture*). Setiap lini dari organisasi baik *sharp end* (yang bersentuhan langsung dengan pelayanan) maupun *blunt end* (manajemen) menggunakan insiden yang terjadi sebagai proses belajar. Organisasi berkomitmen untuk mempelajari insiden yang telah terjadi,

mengkomunikasikan kepada staf dan senantiasa mengingatkan staf.

- e. Budaya informasi (*informed culture*). Organisasi mampu belajar dari pengalaman masa lalu sehingga memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi dan menghindari insiden yang akan terjadi karena telah belajar dan terinformasi dengan jelas dari insiden yang sudah pernah terjadi, misalnya dari pelaporan kejadian dan investigasi.

Membangun budaya keselamatan pasien merupakan kunci terwujudnya pelayanan yang bermutu dan aman. Keselamatan pasien adalah langkah awal kritis untuk memperbaiki pelayanan yang berkualitas. *Norfolk General Hospital Centre* dalam implementasi program keselamatan pasien mengembangkan suatu strategi yang dapat digambarkan pada skema dibawah ini:



Gambar 2. 2 Fondasi dan Pilar Perawatan Pasien

Pilar penyangga pelayanan pasien yang aman adalah penerapan dan pengembangan teknologi, terjadinya SDM yang mendukung keselamatan dan proses pelayanan yang dibangun sebagai sistem pertahanan/barier terhadap risiko kesalahan (Cahyono, 2008).

Terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman tergantung pada kokohnya budaya keselamatan sebagai fondasi. Budaya keselamatan mengandung unsur-unsur sebagai berikut: kepemimpinan dan komitmen yang tinggi terhadap program keselamatan pasien, keyakinan bahwa suatu KTD sebenarnya dapat diantisipasi, melaporkan secara rutin dan membalas KTD secara terbuka, kesadaran untuk bekerja secara tim, melakukan analisa secara sistemik bila terjadi KTD, mendukung staf yang terkait dengan KTD, menjalin komunikasi dan melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan, serta melakukan penilaian risiko sebagai langkah awal terjadinya KTD (Reiss, 2006).

Budaya keselamatan mempunyai 2 komponen utama. Komponen pertama adalah kerangka kerja yang diperlukan

dalam suatu organisasi dan hal ini merupakan tanggung jawab hierarki manajemen, komponen kedua adalah sikap pekerja pada semua tingkatan dalam merespon dan memanfaatkan kerangka kerja tersebut. Tugas dari para pekerja di semua tingkatan adalah merespon dan memanfaatkan kerangka kerja yang telah disiapkan pihak organisasi dan manajemen (Heni, 2011).

Pengukuran budaya keselamatan pasien dimulai pada awal sebelum dilakukan intervensi dan post intervensi, sehingga dapat menjelaskan informasi dan kemajuan yang telah dibuat dalam transformasi budaya (Nieva, 2003). Dengan melakukan pengukuran budaya keselamatan pasien, maka kegiatan ini diikuti dengan intervensi pelatihan. Menurut Dickerson et al, 2 tahun setelah pengukuran, skoring budaya keselamatan pasien mengalami peningkatan (Law, 2011). Langkah awal mengembangkan budaya keselamatan pasien adalah menetapkan tingkat budaya organisasi saat ini (Lumenta, 2011).

Terdapat sejumlah alat ukur untuk mengukur keyakinan, perilaku dan sikap organisasi. Secara umum ada 2 jenis alat ukur, yaitu *Dimensional Tool* dan *Typological Tool*.

*Dimensional Tool* contohnya HSOPSC (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*) dan SAQ (*Safety Attitude Questionnaire*). *Typological Tool* contohnya adalah MaPSaF (*Manchester Patient Safety Framework*). HSOPSC, SAQ, dan MaPSaF merupakan alat ukur yang sering digunakan dan direkomendasikan oleh beberapa penelitian mengenai survey alat ukur keselamatan pasien (*The Health Foundation, 2011 & ESQH, 2010*).

AHRQ (*Agency for Health Research and Quality*) Amerika Serikat mensponsori pengembangan alat penilaian budaya keselamatan pasien untuk rumah sakit, panti jompo dan klinik rawat jalan atau fasilitas kesehatan primer. Alat utama yang diuji sampai saat ini adalah HSOPSC yang memiliki 12 dimensi budaya keselamatan dan 42 item, yaitu (1) dimensi keterbukaan komunikasi, (2) dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, (3) dimensi respons non-punitive (tidak menghukum) terhadap kesalahan, (4) dimensi pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan, (5) dimensi staffing, (6) dimensi harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam promosi, (7) dimensi kerjasama

dalam unit, (8) dimensi dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien, (9) dimensi serah terima dan transisi, (10) dimensi kerjasama antar unit, (11) dimensi frekuensi pelaporan kejadian, (12) dimensi persepsi keseluruhan tentang keselamatan pasien.

Organisasi dapat menggunakan alat ini untuk menilai budaya keselamatan pasien mereka, melacak perubahan dari waktu ke waktu dan mengevaluasi dampak intervensi keselamatan pasien. Kelebihannya adalah alat tersebut dapat digunakan untuk menilai budaya keselamatan pada tingkat individu, unit dan organisasi. Sebuah situs web telah disiapkan untuk membantu rumah sakit mengelola pelaksanaan survei, membuat perbandingan dengan rumah sakit lain dan melakukan benchmark terhadap data riset yang lebih besar. HSOPSC dapat juga digunakan dalam kombinasi dengan alat lain dalam studi berskala besar dan membuat perbandingan antara beberapa industri apapun dengan negara yang berbeda, yang menunjukkan beberapa tingkat validitas eksternal.

HSOPSC merupakan alat ukur utama yang digunakan oleh beberapa rumah sakit di Amerika Serikat, namun AHRQ

mendapatkan beberapa *feedback* tentang penggunaan alat tersebut di negara lain, sehingga terdapat kekurangan pada alat ukur ini. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa tidak semua item yang termasuk dalam alat ini valid, *reliable* dan *generalisable*. Misalnya, salah satu peneliti di Amerika Serikat meneliti sifat psikometrik alat ini, dengan melakukan survei yang diberikan kepada 454 petugas kesehatan di tiga rumah sakit Amerika Serikat sebelum dan sesudah serangkaian intervensi yang dirancang untuk memperbaiki budaya keselamatan, sampelnya adalah perawat, dokter, apoteker, dan anggota staf rumah sakit lainnya. Sebagian besar item ditemukan valid namun dimensi *staffing* memiliki reabilitas yang agak rendah. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kegunaan alat dalam menilai area kekuatan dan kelemahan rumah sakit atau unit memang patut dipertanyakan (Blegen et al., 2009).

Peneliti lain di Amerika Serikat menganalisis data dari 331 rumah sakit dengan 2.267 unit rumah sakit dan 50.513 responden untuk memeriksa sifat psikometrik alat tersebut. Item tersebut memiliki sifat psikometrik yang dapat diterima kecuali dimensi

*staffing dan* dimensi harapan, tindakan supervisor/manajer dalam promosi. Sorra & Dyen (2010) menyimpulkan bahwa item dan dimensi survei keseluruhan terukur secara psikometri pada analisis individu, unit, dan rumah sakit, namun diperlukan lebih banyak survey di beberapa daerah.

Alat ukur kedua yang sering digunakan adalah SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*). SAQ berasal dari FMAQ (*The Flight Management Attitude Questionnaire*), sebuah survei faktor manusia yang digunakan untuk mengukur budaya kokpit dalam penerbangan komersial. SAQ berfokus pada iklim keselamatan dan meminta tim layanan kesehatan untuk menggambarkan sikap mereka terhadap enam dimensi yang dinilai dengan menggunakan skala Likert. SAQ memiliki 6 dimensi, antara lain: (1) kerjasama tim, (2) iklim keselamatan, (3) kepuasan kerja, (4) kondisi stres, (5) persepsi manajemen, dan (6) kondisi kerja.

Kelebihan alat ini adalah penggunaannya yang lebih luas, dapat digunakan di beberapa organisasi/industri di luar organisasi kesehatan. Alat ini telah disesuaikan untuk digunakan di unit perawatan intensif, bioskop, rawat inap umum seperti bangsal medis dan bedah, unit gawat darurat, klinik rawat jalan /fasilitas kesehatan primer, panti jompo dan fasilitas perawatan jangka panjang. SAQ adalah salah satu alat yang paling umum digunakan dan divalidasi

secara ketat untuk mengukur iklim keselamatan di perawatan kesehatan. Fitur yang membedakan adalah bahwa skor yang lebih tinggi pada survei ini dikaitkan dengan data *outcome* pasien dan staf yang positif. Ini berbeda dengan alat lain yang cenderung berhubungan langsung dengan *outcome* pasien (Pronovost & Sexton, 2005). SAQ juga dapat digunakan untuk membandingkan sikap berbagai tipe staf dalam perawatan kesehatan, dan sepenuhnya divalidasi untuk tujuan tersebut. Kekuatan alat lainnya adalah relatif singkat dan cepat selesai, dan dapat digunakan untuk memantau perubahan dari waktu ke waktu dengan implementasi berulang (*The Health Foundation*, 2011).

Meski banyak diuji di Amerika Serikat, SAQ belum banyak diimplementasikan di Inggris. Kelemahan SAQ, yaitu: seperti kebanyakan survei budaya keselamatan pasien lainnya, alat ini cenderung memiliki tingkat respons yang rendah pada responden, rata-rata sekitar setengah dari staf diminta untuk menyelesaikan survei tersebut. Hal tersebut dikarena kuisisioner terlalu sederhana, tidak banyak menjelaskan beberapa hal mengenai dimensi yang terkandung, sehingga responden enggan mengisi. SAQ juga dapat menunjukkan perbedaan dalam sikap antar kelompok seperti alat ukur lainnya, namun tidak mengeksplorasi mengapa hal tersebut dapat terjadi. Misalnya, alat ini dapat mengidentifikasi perbedaan dalam

persepsi atau perawat dan dokter atau antara dokter dan manajer, namun tidak menyelidiki mengapa ada perbedaan tersebut atau bagaimana cara meringankannya (*The Health Foundation*, 2011).

Alat ukur ketiga yang sering digunakan, yaitu MaPSaF. Parker et al. (2006) membuat suatu model untuk mengukur tingkat budaya keselamatan organisasi yaitu *Manchester Patient Safety Framework* (MaPSaF). MaPSaF adalah alat ukur yang telah dikembangkan untuk membantu tim pelayanan kesehatan dan merefleksikan organisasinya dalam tahap mengembangkan budaya keselamatan.

MaPSaF merefleksikan sikap, nilai dan perilaku terkait keselamatan pasien. Sebagai contoh misalnya bagaimana insiden keselamatan pasien diinvestigasi, pendidikan dan pelatihan staf tentang manajemen risiko dilaksanakan.

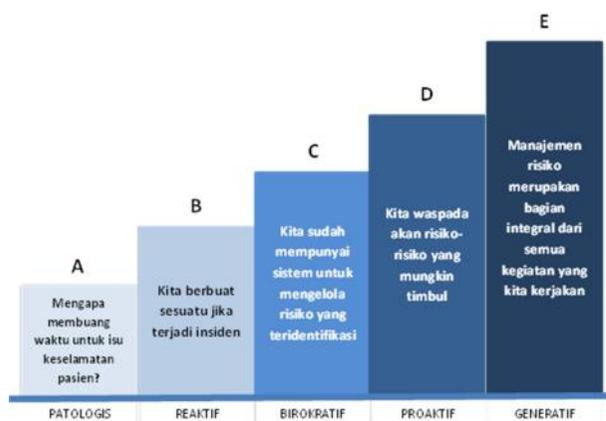
Kerangka kerja dalam MaPSaF ini ditampilkan dalam bentuk matriks yang menggambarkan secara singkat tentang rumah sakit pada tiap tingkatan dari budaya keselamatan pasien yang dijabarkan dalam 10 aspek yang disusun oleh tim riset MaPSaF di *University of Manchester* yang terdiri dari psikolog, peneliti di bidang kesehatan dan profesional kesehatan lainnya.

Dimensi budaya keselamatan pasien menurut MaPSaF, yaitu: (1) dimensi komitmen untuk perbaikan berkelanjutan yang menyeluruh, (2) dimensi prioritas yang diberikan untuk keselamatan, (3) dimensi kesalahan sistem dan tanggung jawab individu, (4) dimensi perekaman insiden dan *best practices*, (5) dimensi evaluasi insiden dan *best practices*, (6) dimensi pembelajaran dan perubahan perilaku yang efektif, (7) dimensi komunikasi mengenai isu keselamatan, (8) dimensi manajemen kepegawaian dan isu keselamatan, (9) dimensi pendidikan dan pelatihan staf, (10) dimensi kerjasama tim.

Kelebihan MaPSaF adalah alat ukur ini tersedia untuk pelayanan akut (seperti instalasi gawat darurat ataupun perawatan intensif), fasilitas kesehatan primer, kesehatan mental, dan ambulans serta dapat diterapkan di tingkat organisasi atau tim. Hal ini dapat digunakan untuk membantu tim merefleksikan budaya keselamatan, mengungkapkan perbedaan persepsi antara kelompok staf, membantu memahami budaya yang lebih matang dan membantu memantau perubahan dari waktu ke waktu dan manfaat intervensi spesifik. Kelebihan lainnya adalah bahwa MaPSaF merupakan salah satu dari alat

ukur yang berfokus pada budaya keselamatan dalam bentuknya yang luas dan juga menentukan dan mengeksplorasi tingkat maturitas budaya keselamatan pasien di organisasi, sehingga memberi tanda pada organisasi dan tim untuk melakukan perbaikan ke tingkat maturitas yang lebih tinggi (*National Patient Safety Agency, 2006*).

Tingkat maturitas dalam budaya keselamatan menurut MaPSaF dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2. 3 Tingkat Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

#### a. Patologis

Belum memiliki sistem yang mendukung budaya keselamatan pasien. Lingkungan kerja masih bersifat menyalahkan (*blaming*), informasi disembunyikan, pelapor (*messenger*) di “bunuh”, pertanggung jawaban dielakkan,

koordinasi dilarang, kegagalan ditutupi, ide-ide baru dihancurkan.

b. Reaktif

Sistem bersifat fragmentasi, dikembangkan hanya sekedar menjawab akreditasi organisasi dan reaktif terhadap insiden/cedera medis yang terjadi.

c. Birokratif

Sistem tertata dengan baik, namun implementasi masih bersifat segmental. Koordinasi diijinkan tetapi sia-sia, organisasi hanya ada di atas kertas namun tidak berfungsi. Sistem dibuat untuk membuktikan pada auditor dan penilai akreditasi bahwa mereka fokus pada keselamatan pasien.

d. Proaktif

Organisasi yang menempatkan nilai yang tinggi dalam memperbaiki keselamatan pasien, yang tampak dalam investasi yang diberikan dalam perbaikan berkelanjutan pada keselamatan dan memberikan penghargaan bagi staf yang meningkatkan keselamatan pasien. Sistem bersifat komprehensif, berskala luas dan melibatkan stakeholder,

pendekatan berbasis pada bukti (*evidence based*) sudah ditetapkan dalam organisasi.

e. Generatif

Budaya keselamatan pasien menjadi misi sentral dalam organisasi, organisasi selalu mengevaluasi efektivitas intervensi dan selalu belajar dari kegagalan dan kesuksesan. Informasi secara aktif dicari, pelapor dilatih, berbagi pertanggungjawaban, koordinasi dihargai (*rewarded*), penyebab kegagalan diselidiki, ide-ide baru diterima. Keselamatan sudah menjadi budaya yang tertanam dalam hati dan pikiran setiap orang dan manajer senior hingga karyawan di garis depan.

Alat ini sebagian besar telah digunakan di Inggris, walaupun beberapa penelitian validasi juga telah dilakukan di Amerika Utara (Law et al., 2010). Dalam hal ini MaPSaF juga memiliki kekurangan, yaitu meskipun alat ini sudah digunakan secara luas di beberapa negara, namun data mengenai informasi penggunaan alat ukur ini masih tergolong sedikit. Hal tersebut dikarenakan sebagian besar organisasi/rumah sakit yang

menggunakan alat ukur ini tidak mempublikasikan tentang penggunaannya dan hasilnya (*The Health Foundation, 2011*)

Tabel 2. 1 Kekuatan dan Kelemahan Instrumen

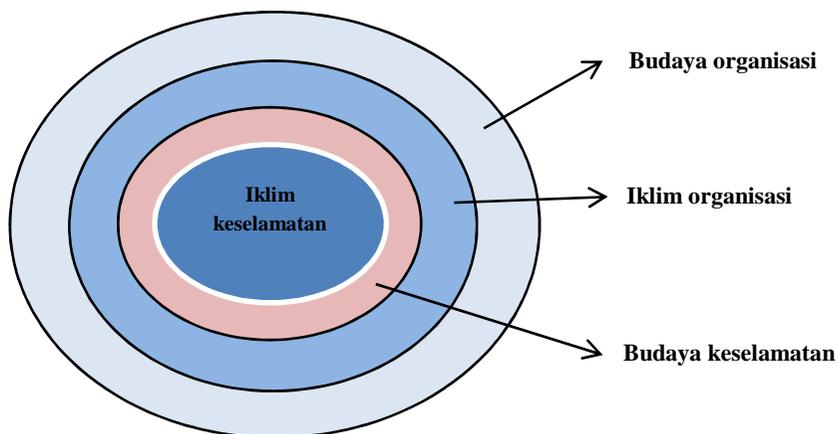
Instrumen dan pengembangnya	Sifat psikometri	Kunci kekuatan	Kunci kelemahan
Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ)	Sifat psikometrik telah diuji. Masalah dengan dimensi kepegawaian diidentifikasi.	Bisa digunakan di tingkat individu, unit dan organisasi. Bisa membandingkan dengan beberapa negara lain dan beberapa industri.	Hanya berfokus pada rumah sakit. Memiliki beberapa masalah validasi
Safety Attitudes Questionnaire (dikembangkan dari <i>aviation tool</i> )	Sifat psikometrik diuji secara ekstensif dan divalidasi dengan baik.	Sudah divalidasi dengan baik. Bisa membandingkan dengan beberapa negara lain dan beberapa industri	Membutuhkan waktu yang relatif lama dalam mengisi kuisioner survei.
Manchester Patient Safety Culture Assessment Framework (NPSA)	Tidak ada sifat psikometrik yang dilaporkan dalam literatur empiris.	Instrumen yang dapat menentukan tingkat maturitas budaya KP yang dimiliki RS. Bisa digunakan di tingkat individu dan manajemen. Berfokus pada gagasan budaya keselamatan pasien yang lebih luas.	Sedikit yang mempublikasi tentang penggunaannya.

Sumber: *The Health Foundation, 2011*

#### 4. Budaya Keselamatan Pasien Bagian dari Budaya

##### Organisasi

Secara konseptual, dapat kita gambarkan kaitan antara konsep budaya keselamatan dengan budaya organisasi sebagai konsep yang paling luas di dalam suatu organisasi, sebagai berikut:



Gambar 2. 4 Konsep Budaya Keselamatan dalam Budaya Organisasi  
(Currie & Watterson, 2007)

Budaya organisasi merupakan fondasi dari budaya keselamatan pasien (Flemming & Wentzall, 2008). Budaya keselamatan pasien telah melebur dalam budaya organisasi yang dapat diketahui melalui hal-hal berikut (Sandars & Cook, 2007):

- a. Orang-orang akan melihat bahwa manajemen/pimpinan tim mempunyai komitmen terhadap keselamatan pasien dengan pencegahan, bukan dengan hukuman.
- b. Staf yang sehat dan bahagia dipandang sebagai hal yang mendasar untuk pelayanan kesehatan yang lebih aman.
- c. Staf secara serius memperhatikan kondisi kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan rekan-rekannya dan mampu mengetahui jika ada sesuatu yang salah.

- d. Kesalahan dan masalah diantisipasi secara proaktif oleh system.
- e. Staf secara konsisten mampu dikonfrontasi dengan yang lain tentang tindakan yang tidak aman, akan melaporkan kondisi-kondisi yang tidak aman dan akan mempertimbangkan keselamatan dibandingkan efisiensi.
- f. Staf dan manajemen secara konsisten melakukan tindakan-tindakan *remedial*.
- g. Keselamatan dilihat sebagai suatu hal yang mendasar dan menarik.

Dengan kata lain, suatu budaya keselamatan pasien harus dibangun dimana setiap orang dapat melaporkan KTD/KNC tanpa takut akan dihukum (IOM, 2000). Apabila budaya tersebut menjadi nilai dan persepsi bersama anggota organisasi, maka budaya keselamatan pasien diyakini telah menjadi budaya organisasi. Budaya keselamatan harus ada di setiap bagian di rumah sakit, dari tingkat individu hingga tingkat organisasi. Dimensi budaya keselamatan di tiap tingkatan tentunya berbeda satu dengan yang lainnya. Namun keberhasilan budaya keselamatan menjadi budaya organisasi

memerlukan keterpaduan dari setiap dimensi tersebut. Dimana setiap rumah sakit memiliki karakteristik masing-masing untuk keberhasilan membangun dimensi budaya keselamatan pasien di organisasinya. Oleh karena itu, RS perlu mengetahui dimensi budayanya yang dapat berkontribusi pada keberhasilan program keselamatan pasien di tempatnya (Lestari, 2008).

## **B. Penelitian Terdahulu**

1. Chiu et al. (2008) dalam penelitiannya yang berjudul “*Does Organizational Culture Impact Patient Safety Management?*”. Studi tersebut mengeksplorasi hubungan antara budaya organisasi dan manajemen keselamatan pasien, dengan tujuan mengidentifikasi budaya yang dapat dimanfaatkan dari pelaksanaan *patient safety*. Metode yang digunakan berdasarkan teori *Competing Values Approach*. Penelitian ini mengadopsi 4 kategori budaya organisasi (*rational culture, developmental culture, group culture dan hierarchical culture*). Kuisisioner dibagikan kepada para staf medis dan non medis di 5 pusat pelayanan medis di Taiwan Utara dan kuisisioner yang dikembalikan sebanyak 181 kuisisioner, dengan hasil sebagai berikut:

- a. Beberapa tipe budaya organisasi yang diteliti memiliki tingkat korelasi yang berbeda.
- b. *Rational culture* memiliki korelasi negatif yang signifikan terhadap manajemen keselamatan pasien.
- c. *Developmental culture*, *group culture* dan *hierarchical culture* memiliki hubungan statistik yang signifikan dengan manajemen keselamatan pasien.

Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa budaya organisasi memiliki dampak yang sangat besar terhadap manajemen keselamatan pasien.

Pada penelitian tersebut variabel yang diteliti adalah budaya organisasi rumah sakit, sedangkan pada penelitian ini lebih mengerucut pada salah satu bagian dari budaya organisasi yaitu budaya keselamatan pasien.

2. Ari (2013) dalam penelitiannya yang berjudul “Analisis Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit St. Elizabeth Batam Tahun 2012”. Pada penelitian ini menggunakan kuisisioner MaPsaF dan penerapan keselamatan pasien berdasarkan. Dari hasil penelitian diperoleh dimensi budaya keselamatan pasien di RS St.Elizabeth Batam berada pada

tingkat birokratik dan proaktif. RS memiliki kekuatan pada 5 dimensi, yaitu: komitmen, prioritas, kesalahan sistem, evaluasi insiden serta pendidikan dan pelatihan. Persamaan pada penelitian ini yaitu menganalisis dimensi-dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan MaPSaF. Perbedaannya terdapat pada cara pengambilan data, pada penelitian tersebut menggunakan teknik FGD (*Focus Group Discussion*) dan *indepth interview* sedangkan pada penelitian ini menggunakan pengisian pada kuisioner dan wawancara.

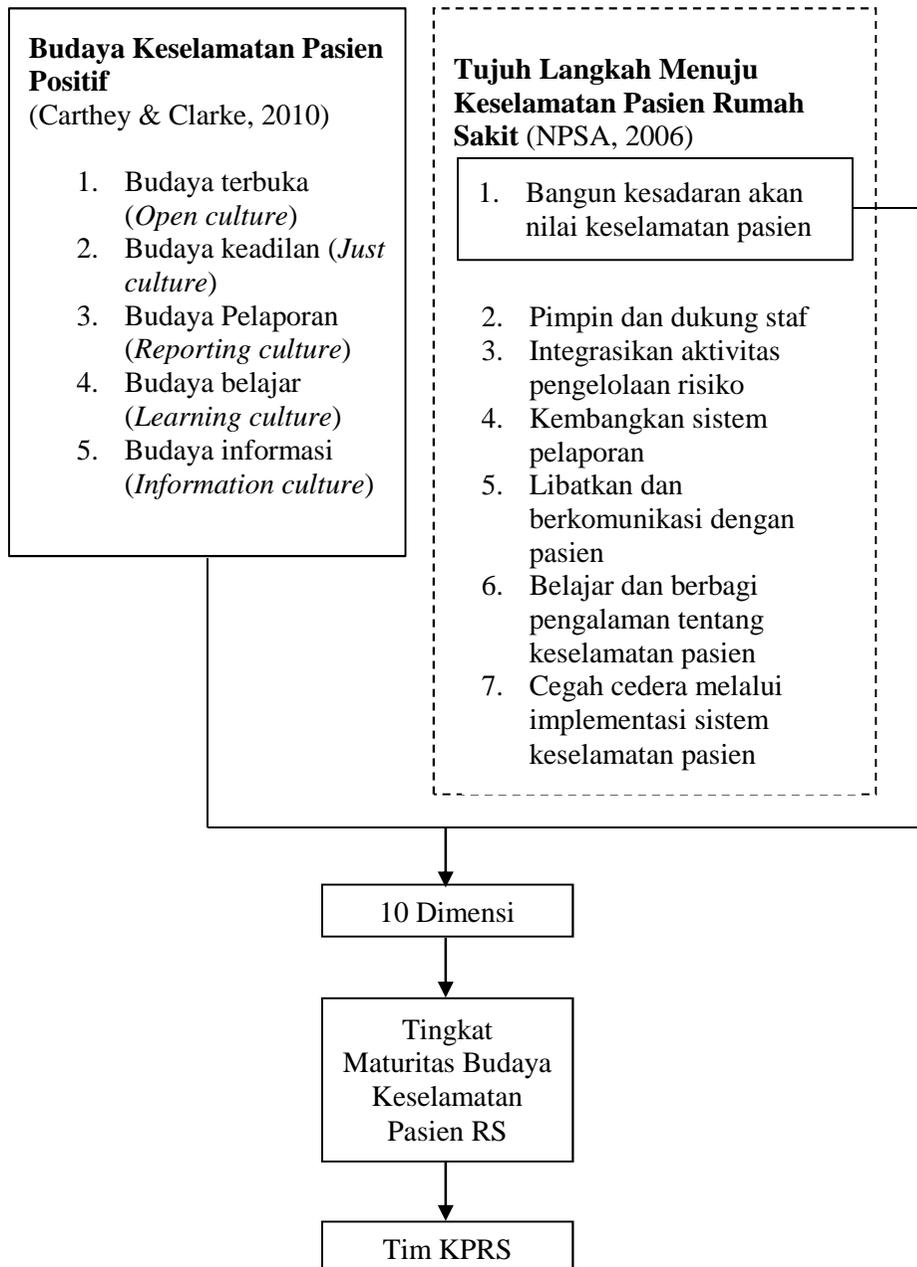
3. Rosyada (2014) dalam penelitiannya yang berjudul “Gambaran Budaya Keselamatan Pasien pada Perawat Unit Rawat Inap Kelas III RSUD Pasar Rebo Bulan Juni Tahun 2014”. Pada penelitian ini terdapat 6 dimensi budaya keselamatan pasien yang tergolong kuat, yaitu: dimensi kerjasama dalam unit, dimensi harapan staf terhadap sikap dan tindakan manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien, dimensi pembelajaran organisasi dan pembelajaran berkelanjutan, dimensi dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien, dimensi komunikasi terbuka

serta dimensi kerjasama antar unit. Persamaan pada penelitian ini yaitu menganalisis dimensi-dimensi budaya keselamatan pasien. Perbedaannya terdapat pada subjek penelitian dan alat ukur yang digunakan, pada penelitian tersebut subjek penelitian hanya perawat pelaksana pada unit rawat inap kelas III, sedangkan pada penelitian ini subjek penelitian tidak hanya perawat, melainkan pegawai dari beberapa unit di RS diikutsertakan, alat ukur yang digunakan pada penelitian tersebut menggunakan HSOPSC (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*), sedangkan pada penelitian ini menggunakan MaPSaF.

4. Vellyana (2015) dalam penelitiannya yang berjudul “Analisis Budaya Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping”. Pada penelitian ini penerapan budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping masuk ke dalam kategori cukup. Terdapat gap/perbandingan pelaporan antara tim KPRS dan hasil penelitian di lapangan serta ditemukan hambatan-hambatan dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Hambatan-hambatan tersebut adalah

dukungan manajemen yang masih belum optimal, tingginya jam kerja dan beban kerja yang tidak sesuai serta masih terdapat adanya proses tahapan program keselamatan pasien yang belum terlaksana. Penelitian ini sama-sama meneliti tentang budaya keselamatan pasien, akan tetapi penelitian ini memiliki perbedaan, yaitu pada alat ukur yang digunakan. Alat ukur yang digunakan pada penelitian tersebut menggunakan HSOPSC (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*), sedangkan pada penelitian ini menggunakan MaPSaF yang dapat mengetahui tingkat kematangan budaya keselamatan pasien yang dimiliki rumah sakit yang akan diteliti.

### C. Kerangka Teori



Gambar 2. 5 Kerangka Teori Penelitian

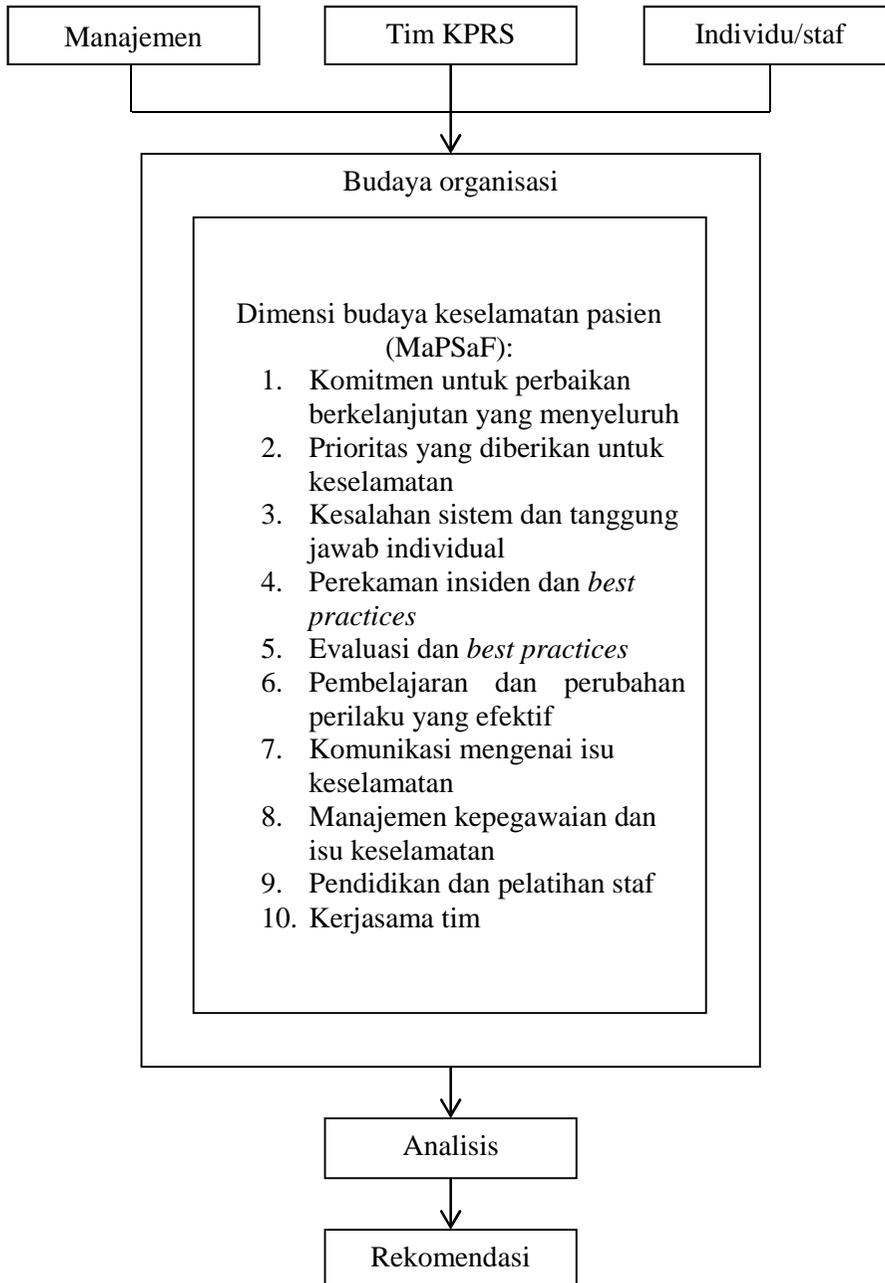
#### **D. Kerangka Konsep**

Ketiga instrumen budaya keselamatan pasien tersebut (HSOPSC, SAQ dan MaPSaF) sama-sama dikembangkan dari teori Reason (1997) yaitu empat dimensi budaya keselamatan pasien (*open culture, just culture, reporting culture, dan learning culture*) yang memiliki masing-masing kelebihan, namun peneliti memilih pengukuran budaya keselamatan pasien dengan menggunakan MaPSaF (*Manchester Patient Safety Framework*) yang dikembangkan oleh NPSA (*National Patient Safety Agency*). Peneliti memilih instrument tersebut dikarenakan beberapa alasan, diantaranya:

1. Survei ini dapat digunakan secara umum dan gratis tanpa biaya pungutan untuk mengakses dokumen yang diperlukan pada web resminya.
2. Instrumen yang digunakan didesain untuk semua kalangan staf rumah sakit, termasuk, tenaga medis dan non medis, dll. Instrumen ini juga dapat digunakan pada tingkat individu ataupun tim/manajemen.
3. Valid dan realibel. Instrumen ini sudah digunakan di beberapa negara besar secara kontinu, namun di Indonesia sendiri masih

sedikit peneliti atau rumah sakit yang menggunakan instrumen ini.

4. Komprehensif dan spesifik. Survei ini mencakup semua area dari budaya keselamatan pasien berdasar teori Reason.
5. Instrumen ini merupakan satu-satunya instrumen yang dapat membantu organisasi mengidentifikasi tingkat maturitas budaya keselamatan pasien yang dimiliki.
6. Mudah digunakan. Survei ini dilengkapi beberapa *toolkit* yang dapat digunakan sebagai panduan rumah sakit untuk melakukan survei ini, yang dapat diakses melalui web resmi NSPA.



Gambar 2. 6 Kerangka Konsep Penelitian

### **E. Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan pernyataan masalah tersebut di atas, maka dapat dirumuskan pertanyaan penelitian yaitu bagaimanakah tingkat maturitas budaya keselamatan pasien yang terbangun di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta?