

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Gambaran Umum RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta**

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah salah satu rumah sakit swasta di Yogyakarta yang pada awal didirikannya merupakan sebuah klinik sederhana pada tanggal 15 Februari 1923 di Kampung Jagang Notoprajan Yogyakarta. Pada awalnya bernama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) dengan maksud menyediakan pelayanan kesehatan bagi kaum dhuafa, yang didirikan atas inisiatif H.M. Sudjak yang didukung sepenuhnya oleh K.H. Ahmad Dahlan. Seiring dengan perkembangan jaman, pada tahun 1928 perkembangan klinik semakin bertambah besar dan berkembang menjadi poliklinik PKO Muhammadiyah. Delapan tahun kemudian, tepatnya pada tahun 1936 poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi ke Jalan K.H. Ahmad Dahlan No. 20 Yogyakarta hingga pada tahun 1970-an status klinik dan poliklinik berubah menjadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki sebuah visi, yaitu menjadi rumah sakit Muhammadiyah rujukan terpercaya

dengan kualitas pelayanan yang Islami, bermutu dan terjangkau. Sedangkan misi dari rumah sakit ini yaitu: a) Memberikan pelayanan kesehatan paripurna bagi semua lapisan masyarakat sesuai dengan peraturan/ketentuan perundang-undangan, b) Menyelenggarakan upaya peningkatan mutu Sumber Daya Insani melalui pendidikan dan pelatihan secara profesional yang sesuai ajaran Islam, c) Melaksanakan da'wah Islam, amar ma'ruf nahi munkar melalui pelayanan kesehatan, yang peduli pada kaum dhuafa'.

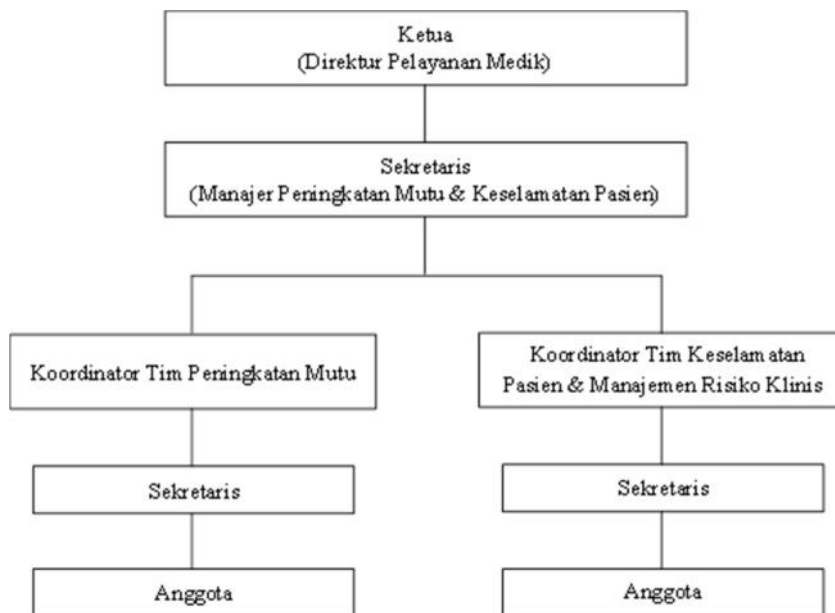
RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta juga berkembang menjadi rumah sakit terakreditasi pada 16 bidang layanan dan berstandar mutu internasional serta berperang sebagai *teaching hospital* (RS Pendidikan) sebagai berikut: Adminitrasi Manajemen, Pelayanan Medik, Keperawatan, Gawat Darurat, Rekam Medik, Radiologi, Farmasi, Laboratorium, INOS, K3, Intalasi Bedah Sentral, Perinatologi Risiko Tinggi, Pelayanan Rehabilitasi Medik, Pelayanan Gizi, Pelayanan Darah, dan Pelayanan Intensif.

Berbagai perubahan yang berkembang di dalam lingkungan organisasi RS PKU Muhammadiyah tentang keselamatan pasien, keterbatasan akses pelayanan kesehatan pada sebagian masyarakat

tertentu, perkembangan ilmu dan teknologi, *huge burden disease*, hingga semakin terbukanya batas-batas informasi yang berimbas terhadap makin kritisnya pelanggan terhadap pelayanan kesehatan serta perubahan regulasi pemerintah, diantisipasi dengan berbagai langkah dari perbaikan sistem, sarana prasarana dan sumber daya insani, sehingga menjadikan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta selain mampu bersaing dengan sarana pelayanan kesehatan yang lain juga patuh terhadap regulasi pemerintah.

Salah satu upaya RS PKU Muhammadiyah dalam meningkatkan mutu pelayanan dan pengelolaan rumah sakit telah dilakukan dengan mengikuti akreditasi rumah sakit versi KARS 2012. Saat ini RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta merupakan salah satu rumah sakit yang terakreditasi paripurna. Rumah sakit sedang mempersiapkan re-akreditasi yang kedua pada bulan Desember 2017. Penerapan program keselamatan pasien sudah diterapkan lama, yang dimulai dengan pengenalan program keselamatan pasien, pembuatan sistem kerja dan penyusunan tim KPRS. Pertemuan rutin dilakukan untuk mereview dan mengevaluasi kasus dan penerapan budaya keselamatan pasien. Pembentukan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berdasarkan pada SK Direktur Utama RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta No. 1798/SK.3.2/VI/2015. Susunan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah sebagai berikut:



Gambar 4. 1 Struktur Komite Peningkatan Mutu & Keselamatan Pasien  
(Sumber: RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, 2017)

## 2. Karakteristik Responden Penelitian

Responden dalam penelitian ini terdiri atas 30 pegawai rumah sakit. Karakteristik responden yang diperoleh dalam penelitian ini terdiri atas jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir,

dan pekerjaan responden. Karakteristik responden tersebut disajikan pada Tabel 4.1.

Tabel 4. 1 Karakteristik Responden

Karakteristik	Frekuensi	Presentase (%)
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	12	40,0
Perempuan	18	60,0
<b>Usia</b>		
17-25 tahun	2	6,7
26-35 tahun	6	20,0
36-45 tahun	12	40,0
46-55 tahun	10	33,3
<b>Pendidikan Terakhir</b>		
SMA	5	16,7
Diploma	17	56,7
S1	7	23,3
S2	1	3,3
<b>Masa Kerja</b>		
< 2 tahun	8	26,7
2 – 5 tahun	17	56,7
>5 tahun	5	16,7
<b>Sosialisasi <i>Patient Safety</i></b>		
Belum	8	26,7
Sudah	22	73,3

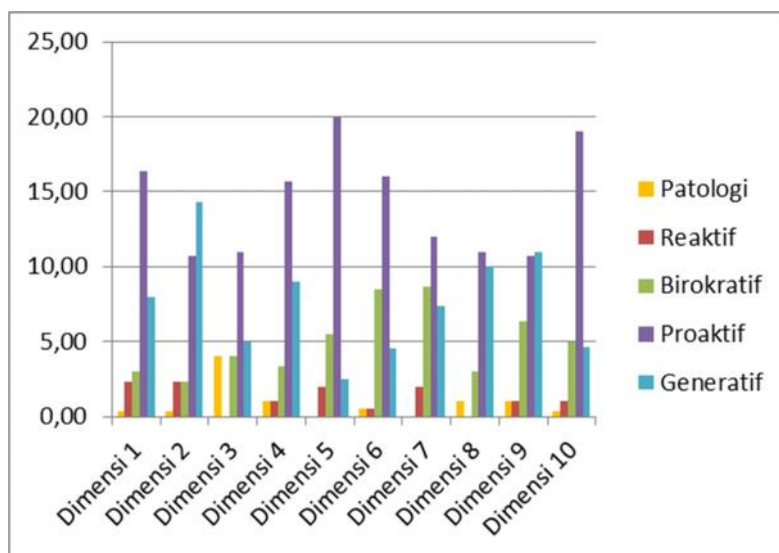
Sumber: Data primer diolah, 2017

Berdasarkan Tabel 4.1, diketahui bahwa berdasarkan jenis kelaminnya, mayoritas responden berjenis kelamin perempuan yaitu 18 orang (60,0%) dan mayoritas berusia di antara 36-45 tahun, yaitu sebanyak 12 orang (40,0%). Responden berdasarkan pendidikan terakhir responden yaitu berpendidikan Diploma sebanyak 17 orang (56,7%). Responden berdasarkan masa kerja

mayoritas telah menempuh masa kerja 2 – 5 tahun, yaitu sebanyak 17 orang (56,7%). Sedangkan responden sosialisasi *patient safety* mayoritas sudah menerima sosialisasi *patient safety* yaitu 22 orang (73,3%).

### **3. Analisa Budaya Keselamatan Pasien berdasarkan 10 Dimensi MaPSaF**

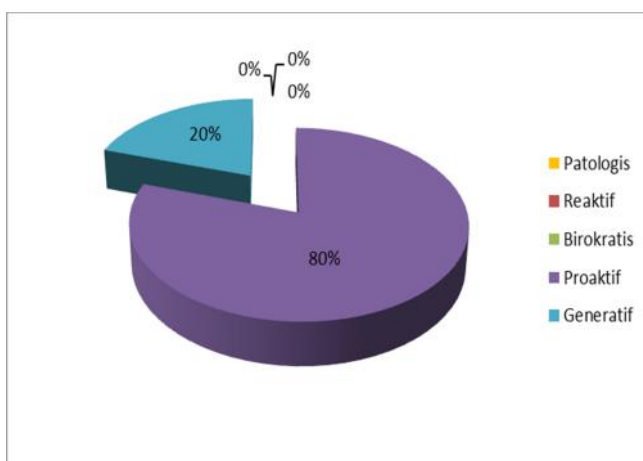
Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang tingkat budaya keselamatan pasien yang terbangun di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Sepuluh dimensi budaya keselamatan pasien dalam penelitian ini yaitu komitmen menyeluruh dan berkelanjutan (dimensi 1), prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien (dimensi 2), kesalahan sistem dan tanggung jawab individu (dimensi 3), perekaman insiden dan *best practices* (dimensi 4), evaluasi insiden dan *best practices* (dimensi 5), pembelajaran dan perubahan efektif (dimensi 6), komunikasi tentang isu keselamatan pasien (dimensi 7), manajemen kepegawaian dan isu keselamatan (dimensi 8), pendidikan dan pelatihan staf (dimensi 9), serta kerjasama tim (dimensi 10).



Gambar 4. 2 Hasil Dimensi Budaya Keselamatan Pasien RS PKU Muhammadiyah

Berdasarkan pengumpulan data yang dilakukan menggunakan instrumen MaPSCAT pada 10 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien didapatkan 8 dimensi budaya keselamatan pasien yang dominan berada di tingkat proaktif, yaitu: a) dimensi komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan (dimensi 1), b) dimensi kesalahan sistem dan tanggung jawab individu (dimensi 3), c) dimensi perekaman insiden dan best practice (dimensi 4), d) dimensi evaluasi insiden dan best practice (dimensi 5), e) dimensi pembelajaran dan perubahan efektif (dimensi 6), f) dimensi komunikasi tentang isu keselamatan pasien (dimensi 7), g) dimensi manajemen kepegawaian dan isu

keselamatan (dimensi 8), dan h) dimensi kerjasama tim (dimensi 10). Terdapat 2 dimensi budaya keselamatan pasien yang dominan berada di tingkat generatif, yaitu: a) dimensi prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien (dimensi 2), b) dimensi pendidikan dan pelatihan staf (dimensi 9).



Gambar 4. 3 Hasil Dimensi Budaya Keselamatan Pasien RS PKU Muhammadiyah

Berdasarkan gambar 4.3 secara keseluruhan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki tingkat budaya keselamatan pasien yang dominan pada tingkat Proaktif (80%).

Pada proses pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat berpotensi terjadinya kesalahan yang dapat merugikan bagi pasien maupun petugas kesehatan. Selain dapat merugikan secara fisik dan materi, pemberian pelayanan kesehatan yang tidak menerapkan budaya keselamatan pasien dapat membuat kerugian

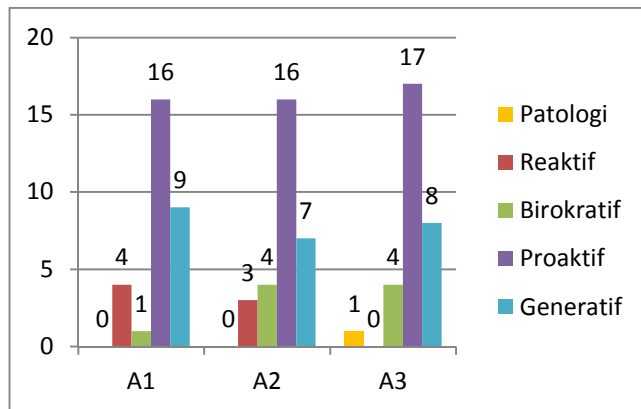


fatal jika sampai pasien kehilangan nyawa. Oleh karena itu seluruh rumah sakit di Indonesia khususnya RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta wajib menerapkan budaya keselamatan pasien dengan baik, melalui akreditasi rumah sakit tidak ada alasan lagi bagi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta untuk tidak menerapkan budaya keselamatan pasien dengan baik.

**a. Dimensi 1 : Komitmen Menyeluruh dan Berkelanjutan**

Dimensi komitmen menyeluruh dan berkelanjutan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagian besar berada di level proaktif. Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada level proaktif ini sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan.

Selain melihat dimensi komitmen menyeluruh dan berkelanjutan secara menyeluruh, berikut juga dapat dilihat distribusi frekuensi tiap aspek. Distribusi frekuensi tiap aspek dari dimensi komitmen menyeluruh dan berkelanjutan dapat dilihat pada Gambar 4.4 berikut:



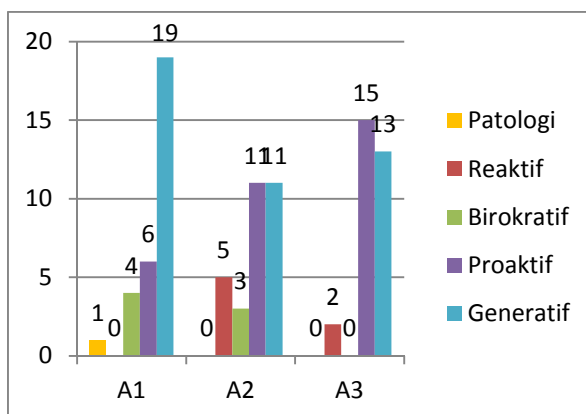
Gambar 4. 4 Distribusi Frekuensi Dimensi Komitmen Menyeluruh dan Berkelanjutan

Berdasarkan Gambar 4.4 di atas dapat dilihat aspek komitmen untuk perbaikan (A1) sebagian besar sudah menempati level proaktif yaitu sebanyak 16 responden (53,3%). Menurut MaPSCAT aspek komitmen untuk perbaikan mengarah ke level proaktif yaitu rumah sakit mempunyai keinginan dan antusias yang besar untuk terus melakukan perbaikan. Frekuensi terbanyak pada aspek kebijakan/SOP, keterlibatan pasien dan masyarakat (A2) yaitu level proaktif sebanyak 16 responden (53,3%). Menurut MaPSCAT aspek kebijakan/SOP, keterlibatan pasien dan masyarakat mengarah ke level proaktif yaitu SOP, protokol dan kebijakan dibahas dan dilaksanakan sebagai dasar pelayanan. Pasien dan keluarga diajak terlibat dalam membuat keputusan pelayanan. Rumah sakit membuat SOP yang harus dilaksanakan,

dievaluasi, diperbaharui, serta harus dikomunikasikan dan disosialisasikan kepada petugas kesehatan yang terkait. Sedangkan pada aspek pemeriksaan/audit (A3) memiliki frekuensi terbanyak pada level proaktif sebanyak 17 responden (56,7%). Pada aspek pemeriksaan/audit lebih mengarah pada level proaktif yaitu rumah sakit ingin memberikan mutu yang terbaik. Para dokter terlibat dalam proses audit guna terus melakukan perbaikan.

**b. Dimensi 2 : Prioritas yang diberikan untuk Keselamatan Pasien**

Dimensi prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagian besar berada di level generatif. Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada level generatif ini sudah terdapat budaya keselamatan pasien yang menjadi misi sentral dalam organisasi. Selain melihat dimensi prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien, berikut juga dapat dilihat distribusi frekuensi tiap aspek. Distribusi frekuensi tiap aspek dari dimensi prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien dapat dilihat pada Gambar 4.5 berikut.



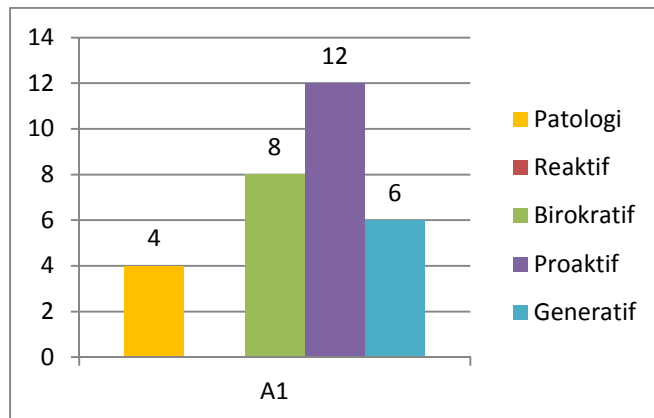
Gambar 4. 5 Distribusi Frekuensi Dimensi Prioritas yang diberikan untuk Keselamatan Pasien

Berdasarkan Gambar 4.5 di atas dapat dilihat aspek prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien (A1) sebagian besar menempati level generatif dengan frekuensi sebanyak 19 responden (63,3%). Menurut MaPSCAT aspek prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien sudah mengarah ke level generatif yaitu keselamatan pasien merupakan prioritas utama di rumah sakit. Distribusi frekuensi tertinggi di aspek sistem manajemen (A2) sebagian besar menempati level proaktif dan generatif masing-masing sebanyak 11 responden (36,7%). Pada level proaktif yaitu sistem manajemen risiko sudah tersosialisasi lebih luas pada organisasi rumah sakit dan masyarakat. Sedangkan pada level generatif yaitu seluruh staf konsisten dalam melaksanakan sistem manajemen dan peningkatan mutu berkelanjutan. Aspek

pelaksanaan keselamatan pasien (A3) sebagian besar menempati level proaktif sebanyak 15 responden (50,0%). Pada aspek pelaksanaan keselamatan pasien lebih mengarah pada level proaktif yaitu semua staf terlibat dalam keselamatan pasien.

**c. Dimensi 3 : Kesalahan Sistem dan Tanggung Jawab Individu**

Dimensi kesalahan sistem dan tanggung jawab individu di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagian besar berada di tingkat proaktif. Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada level proaktif ini sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Selain melihat dimensi kesalahan sistem dan tanggung jawab individu, berikut juga dapat dilihat distribusi frekuensi tiap aspek. Distribusi frekuensi tiap aspek dari kesalahan sistem dan tanggung jawab individu dapat dilihat pada Gambar 4.6 berikut.



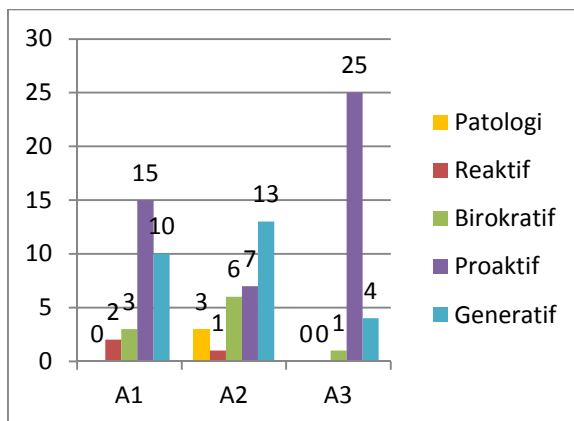
Gambar 4. 6 Distribusi Dimensi Kesalahan Sistem dan Tanggung Jawab Individu

Berdasarkan Gambar 4.6 di atas dapat dilihat aspek budaya menyalahkan dan hukuman yang diberikan (A1) sebagian besar berada pada level proaktif yaitu sebanyak 12 responden (40,0%). Menurut MaPSCAT aspek penyebab budaya menyalahkan dan hukuman yang diberikan pada level proaktif yaitu laporan insiden sudah berjalan, baik di tingkat organisasi maupun nasional. Rumah sakit memiliki budaya yang terbuka, adil dan kolaboratif.

#### d. Dimensi 4 : Perekaman Insiden dan Best Practices

Dimensi perekaman insiden dan *best practices* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagian besar berada di tingkat proaktif. Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada level proaktif ini sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan.

Selain melihat dimensi perekaman insiden dan *best practices*, berikut juga dapat dilihat distribusi frekuensi tiap aspek. Distribusi frekuensi tiap aspek dari perekaman insiden dan *best practices* dapat dilihat pada Gambar 4.7 berikut.



Gambar 4. 7 Distribusi Dimensi Frekuensi Perekaman Insiden dan Best Practices

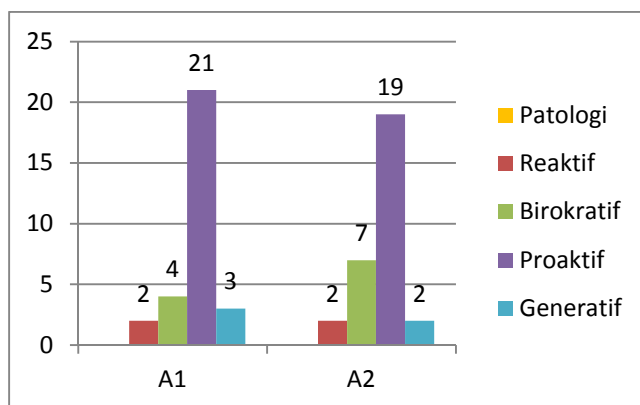
Berdasarkan Gambar 4.7 di atas dapat dilihat aspek sistem pelaporan dan kegunaannya (A1) sebagian besar berada di tingkat proaktif sebanyak 15 responden (50,0%). Menurut MaPSCAT aspek sistem pelaporan dan kegunaannya ini mengarah ke level proaktif yaitu proses pelaporan mudah dilakukan dan bersifat ramah. Pada aspek apa yang staf rasakan pada saat melaporkan insiden (A2) sebagian besar berada di level generatif sebanyak 13 responden (43,3%). Menurut MaPSCAT aspek apa yang staf rasakan pada saat melaporkan insiden ini mengarah ke level

generatif yaitu staf merasa yakin untuk melaporkan segala jenis insiden keselamatan pasien, termasuk kasus *near miss* yang tidak menyebabkan cedera dan dapat dicegah. Sedangkan aspek analisis data (A3) sebagian besar berada di level proaktif sebanyak 25 responden (83,3%). Menurut MaPSCAT aspek analisis data ini mengarah ke level proaktif yaitu tren pada data dari insiden dan *near miss* dianalisis secara rutin.

#### **e. Dimensi 5 : Evaluasi Insiden dan Best Practices**

Dimensi evaluasi insiden dan *best practices* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagian besar berada di tingkat proaktif. Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada level proaktif ini sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Selain melihat dimensi evaluasi insiden dan *best practices*, berikut juga dapat dilihat distribusi frekuensi tiap aspek. Distribusi frekuensi tiap aspek dari evaluasi insiden dan *best practices* dapat dilihat pada Gambar 4.8 berikut.



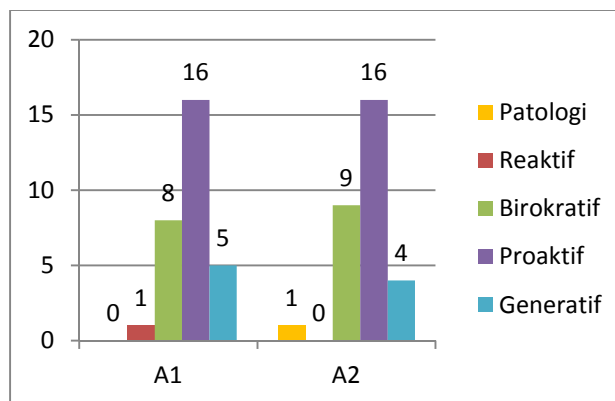


Gambar 4. 8 Distribusi Dimensi Frekuensi Evaluasi Insiden dan Best Practices

Berdasarkan Gambar 4.8 di atas dapat dilihat aspek fokus investigasi (A1) sebagian besar berada di tingkat proaktif sebanyak 21 responden (70,0%). Menurut MaPSCAT aspek fokus investigasi ini mengarah ke level proaktif yaitu insiden keselamatan pasien dan *near miss* fokus pada perbaikan, selain itu juga melibatkan pasien. Sedangkan pada aspek hasil investigasi (A2) sebagian besar berada di level proaktif sebanyak 19 responden (63,3%). Menurut MaPSCAT aspek hasil investigasi ini mengarah ke level proaktif yaitu hasil investigasi dipakai untuk menganalisis *trend* dan mengidentifikasi penyebab terbanyak untuk terjadinya insiden dan melakukan pengujian terhadap pelaksanaan pelatihan.

#### f. Dimensi 6 : Pembelajaran dan Perubahan Efektif

Dimensi pembelajaran dan perubahan efektif di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagian besar berada di tingkat proaktif. Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada level proaktif ini sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Selain melihat dimensi pembelajaran dan perubahan efektif, berikut juga dapat dilihat distribusi frekuensi tiap aspek. Distribusi frekuensi tiap aspek dari pembelajaran dan perubahan efektif dapat dilihat pada Gambar 4.9 berikut:



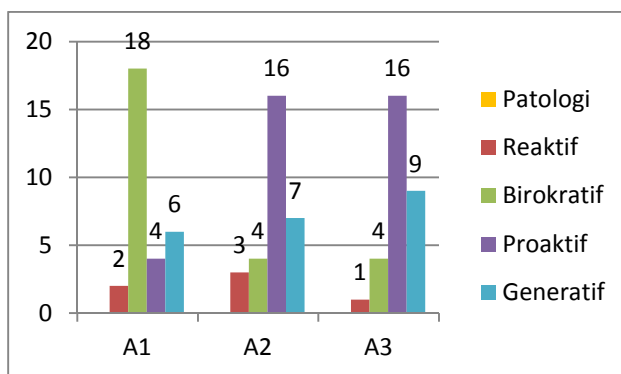
Gambar 4. 9 Distribusi Frekuensi Dimensi Pembelajaran dan Perubahan Efektif

Berdasarkan Gambar 4.9 di atas dapat dilihat aspek belajar dari insiden keselamatan pasien (A1) sebagian besar berada di tingkat proaktif sebanyak 16 responden (53,3%). Menurut MaPSCAT aspek belajar dari insiden keselamatan pasien ini

mengarah ke level proaktif yaitu sudah ada budaya belajar dari insiden dan membagikan hasilnya untuk membuat perubahan. Sedangkan pada aspek siapa yang berperan dalam memutuskan adanya perubahan pasca insiden (A2) sebagian besar berada di level proaktif sebanyak 16 responden (53,3%). Menurut MaPSCAT aspek siapa yang berperan dalam memutuskan adanya perubahan pasca insiden mengarah ke level proaktif yaitu staf turut aktif dalam memutuskan perubahan setelah suatu insiden keselamatan pasien dan berkomitmen melaksanakan perubahan.

**g. Dimensi 7 : Komunikasi tentang Isu Keselamatan Pasien**

Dimensi komunikasi tentang isu keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagian besar berada di tingkat proaktif. Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada level proaktif ini sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Selain melihat dimensi komunikasi tentang isu keselamatan pasien, berikut juga dapat dilihat distribusi frekuensi tiap aspek. Distribusi frekuensi tiap aspek dari komunikasi tentang isu keselamatan pasien dapat dilihat pada Gambar 4.10 berikut:



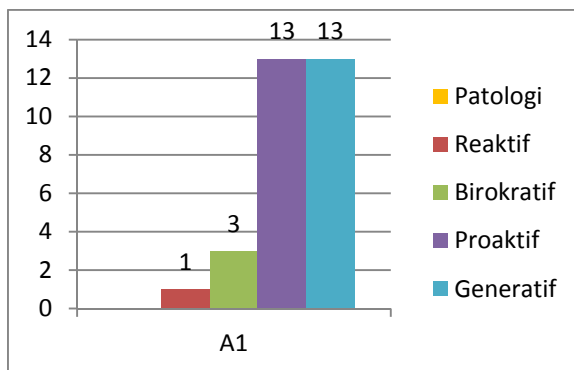
Gambar 4. 10 Distribusi Frekuensi Dimensi Komunikasi tentang Isu Keselamatan Pasien

Berdasarkan Gambar 4.10 di atas dapat dilihat aspek komunikasi tentang keselamatan pasien (A1) sebagian besar berada di tingkat birokratif sebanyak 18 responden (60,0%). Menurut MaPSCAT aspek komunikasi tentang keselamatan pasien ini mengarah ke level birokratif yaitu komunikasi tentang keselamatan pasien tidak terencana dan terbatas pada siapa yang terlibat di dalam insiden. Pada aspek membagi informasi (A2) sebagian besar berada di level proaktif sebanyak 16 responden (53,3%). Menurut MaPSCAT aspek membagi informasi ini mengarah ke level proaktif yaitu informasi tentang keselamatan pasien dibagikan pada sesi *briefing* sudah diagendakan staf. Sedangkan aspek komunikasi tentang keselamatan pasien kepada pasien (A3) sebagian besar berada di level proaktif sebanyak 16 responden (53,3%). Menurut

MaPSCAT aspek analisis data ini mengarah ke level proaktif yaitu dilakukan komunikasi yang efektif tentang keselamatan pasien kepada pasien dan keluarga/penunjang RS.

#### **h. Dimensi 8 : Manajemen Kepegawaian dan Isu Keselamatan**

Dimensi manajemen kepegawaian dan isu keselamatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagian besar berada di tingkat proaktif-generatif. Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada level proaktif ini sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Selain melihat dimensi manajemen kepegawaian dan isu keselamatan, berikut juga dapat dilihat distribusi frekuensi tiap aspek. Distribusi frekuensi tiap aspek dari manajemen kepegawaian dan isu keselamatan dapat dilihat pada Gambar 4.11 berikut:



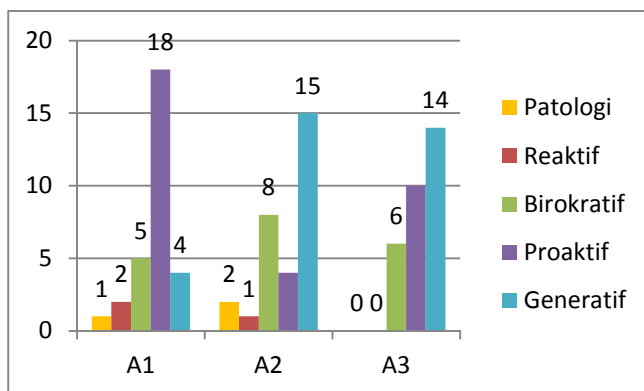
Gambar 4. 11 Distribusi Frekuensi Dimensi Manajemen Kepegawaian dan Isu Keselamatan

Berdasarkan Gambar 4.11 di atas dapat dilihat aspek apakah staf merasa didukung (A1) sebagian besar berada di tingkat proaktif dan generatif masing-masing sebanyak 13 responden (43,3%). Menurut MaPSCAT aspek apakah staf merasa didukung ini mengarah ke level proaktif dan generatif. Pada level proaktif yaitu manajemen merancang dukungan terhadap kebutuhan staf dan kesehatan staf diperhatikan. Sedangkan, pada level generatif yaitu manajemen kepegawaian melakukan refleksi dan pembahasan tentang kompetensi staf, melakukan supervisi dan mentoring.

#### **i. Dimensi 9 : Pendidikan dan Pelatihan Staf**

Dimensi pendidikan dan pelatihan staf di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagian berada di tingkat generatif. Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada level generatif ini sudah

terdapat budaya keselamatan pasien yang menjadi misi sentral dalam organisasi. Selain melihat dimensi pendidikan dan pelatihan staf, berikut juga dapat dilihat distribusi frekuensi tiap aspek. Distribusi frekuensi tiap aspek dari pendidikan dan pelatihan staf dapat dilihat pada Gambar 4.12 berikut:



Gambar 4. 12 Distribusi Frekuensi Dimensi Pendidikan dan Pelatihan Staf

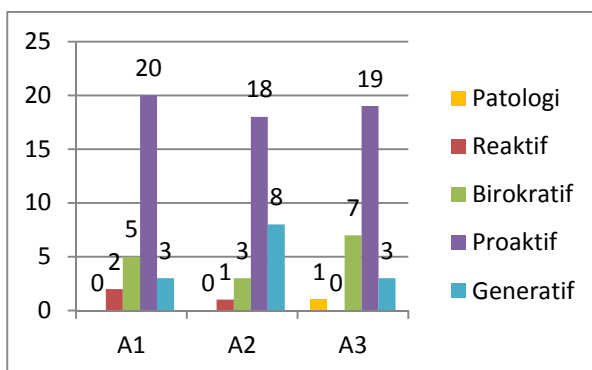
Berdasarkan Gambar 4.12 di atas dapat dilihat aspek kebutuhan pelatihan (A1) sebagian besar berada di tingkat proaktif sebanyak 18 responden (60,0%). Menurut MaPSCAT aspek kebutuhan pelatihan ini mengarah ke level proaktif yaitu ada upaya untuk mengidentifikasi pelatihan apa yang dibutuhkan staf dan menyelaraskan dengan kebutuhan rumah sakit. Pada aspek sumber pelatihan (A2) sebagian besar berada di level generatif sebanyak 15 responden (50,0%). Menurut MaPSCAT aspek sumber pelatihan ini mengarah ke level generatif yaitu pelatihan staf dan pengembangan

karir dipandang sebagai bagian integral dari tujuan organisasi, sehingga sumber daya yang ada dialokasikan sesuai kebutuhan. Sedangkan aspek tujuan pelatihan (A3) sebagian besar berada di level generatif sebanyak 14 responden (46,7%). Menurut MaPSCAT aspek analisis data ini mengarah ke level generatif yaitu pelatihan dilihat sebagai cara untuk mendukung staf guna mengembangkan potensinya.

#### **j. Dimensi 10 : Kerjasama Tim**

Dimensi kerjasama tim di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagian besar berada di tingkat proaktif. Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada level proaktif ini sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Selain melihat dimensi kerjasama tim, berikut juga dapat dilihat distribusi frekuensi tiap aspek. Distribusi frekuensi tiap aspek dari kerjasama tim dapat dilihat pada Gambar 4.13 berikut:





Gambar 4. 13 Distribusi Frekuensi Dimensi Kerjasama Tim

Berdasarkan Gambar 4.13 di atas dapat dilihat aspek struktur tim (A1) sebagian besar berada di tingkat proaktif sebanyak 20 responden (66,7%). Menurut MaPSCAT aspek struktur tim ini mengarah ke level proaktif yaitu tim terdiri dari unsur multidisiplin dengan struktur yang lebih fleksibel. Pada aspek seperti apa menjadi anggota tim (A2) sebagian besar berada di level proaktif sebanyak 18 responden (60,0%). Menurut MaPSCAT aspek seperti apa menjadi anggota tim ini mengarah ke level proaktif yaitu kolaborasi antar anggota tim berjalan dengan baik. Sedangkan aspek arus informasi dan *sharing* (A3) sebagian besar berada di level proaktif sebanyak 19 responden (63,3%). Menurut MaPSCAT aspek arus informasi dan *sharing* ini mengarah ke level proaktif yaitu tim terbuka untuk membagikan informasi termasuk pada pihak luar.

#### 4. Analisa Data berdasarkan Hasil Wawancara Responden

##### a. Wawancara dengan Pegawai Farmasi

Wawancara dilakukan oleh peneliti kepada salah satu pegawai farmasi yang dilaksanakan pada tanggal 22 Desember 2017 pada pukul 11.00 WIB. Berikut hasil wawancara dengan responden tersebut.

Tabel 4. 2 Hasil Wawancara dengan Pegawai Farmasi tentang Budaya Keselamatan Pasien

Pelaku	Dimensi Budaya Keselamatan Pasien
INF1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komitmen terhadap keselamatan pasien tinggi</li> <li>• Prioritas utama diberikan pada keselamatan pasien</li> <li>• SOP, standar mutu dan sistem manajemen risiko dijalankan dengan baik</li> <li>• Pelaporan insiden dijalankan dengan baik</li> <li>• Analisa terhadap insiden dilaksanakan dengan metode <i>grading</i>, RCA</li> <li>• Sosialisasi dan komunikasi tentang isu keselamatan pasien sudah berjalan dengan baik di RS</li> <li>• Pelatihan keselamatan pasien diadakan sesuai kebutuhan RS secara terjadwal</li> <li>• Kerjasama tim baik</li> </ul>

Tabel 4. 3 Coding Wawancara dengan Pegawai Farmasi tentang Budaya Keselamatan Pasien

<b>Dimensi</b>	<b>Quote</b>	<b>Coding</b>
Dimensi 1. Komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan	Seluruh pihak di RS berkomitmen untuk selalu melakukan perbaikan. (INF1-1)	Komitmen tinggi PDSA ( <i>Plan-Do-Study-Act</i> ) Indikator mutu
Dimensi 2. Prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien	Pembuatan prosedur untuk meminimalkan risiko. (INF1-2)	Semua pegawai terlibat Implementasi program tidak di setiap aktivitas
Dimensi 3. Kesalahan sistem dan tanggung jawab individu	Jiika ada insiden, maka dilaporkan terlebih dahulu. (INF1-3)	<i>Non blaming culture</i> Pelaporan insiden berjenjang
Dimensi 4. Perekaman insiden dan best practices	Membuat laporan insiden dengan berkoordinasi dengan tim. (INF1-4)	Laporan insiden berjenjang
Dimensi 5. Evaluasi insiden dan best practices	Laporan dibuat <i>grading</i> untuk investigasi sederhana & RCA (INF1-5)	Sistem <i>grading</i> insiden & RCA
Dimensi 6. Pembelajaran dan perubahan efektif	Belajar bagaimana mencegah atau menghindari kesalahan yang sama oleh orang lain. (INF1-6)	Insiden sebagai bahan pembelajaran
Dimensi 7. Komunikasi tentang isu keselamatan pasien	Tim selalu membangun komunikasi yang efektif (INF1-7)	Komunikasi internal dan eksternal sudah berjalan efektif
Dimensi 8. Manajemen kepegawaian dan isu keselamatan	Manajemen mendukung dalam bentuk jaminan atau program K3. (INF1-8)	Dukungan penuh dari manajemen
Dimensi 9. Pendidikan dan pelatihan staf	Staf diberikan kesempatan mengajukan yang sesuai dengan kebutuhan. (INF1-9)	Pelatihan keselamatan pasien diajukan dan telah dipenuhi sesuai kebutuhan
Dimensi 10. Kerjasama tim	Pemahaman yang sama mengenai visi misi program. (INF1-10)	<i>Sharing</i> infomasi sesuai kebutuhan Tim telah memiliki visi dan misi program

## **b. Wawancara dengan Kepala Bidang Keperawatan & Mutu**

Wawancara dilakukan oleh peneliti kepada Kepala Bidang Keperawatan & Mutu yang dilaksanakan pada tanggal 27 Desember 2017 pada pukul 13.00 WIB. Berikut hasil wawancara dengan responden tersebut.

Tabel 4. 4 Hasil Wawancara dengan Kepala Bidang Keperawatan & Mutu tentang Budaya Keselamatan Pasien

<b>Pelaku</b>	<b>Dimensi Budaya Keselamatan Pasien</b>
INF2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komitmen terhadap keselamatan pasien baik</li> <li>• Prioritas pada keselamatan pasien</li> <li>• SOP, standar mutu dan sistem manajemen risiko dijalankan dengan baik</li> <li>• RS berusaha menumbuhkan budaya melapor untuk insiden yang terjadi</li> <li>• Evaluasi insiden dilaksanakana dengan metode <i>grading</i> dan RCA</li> <li>• Pembelajaran terhadap insiden berdasarkan PDSA (<i>Plan-Do-Study-Act</i>)</li> <li>• Komunikasi tentang isu keselamatan pasien berjalan efektif</li> <li>• Pelatihan keselamatan pasien yang diberikan kepada pegawai dilakukan secara kontinu</li> <li>• Kerjasama tim berjalan baik</li> </ul>

Tabel 4. 5 Coding Wawancara dengan Kepala Bidang Keperawatan & Mutu tentang Budaya Keselamatan Pasien

<b>Dimensi</b>	<b>Quote</b>	<b>Coding</b>
Dimensi 1. Komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan	Komitmen yang utama untuk RS. (INF2-1)	Komitmen KP
Dimensi 2. Prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien	Manajemen risiko & SOP sudah dijalankan. (INF2-2)	Prioritas utama KP Manajemen risiko
Dimensi 3. Kesalahan sistem dan tanggung jawab individu	Budaya menyalahkan. sudah mulai berkurang (INF2-3)	<i>Non blame culture</i>
Dimensi 4. Perekaman insiden dan <i>best practices</i>	Ruangan menyediakan lembaran <i>report</i> , terdapat budaya melapor. (INF2-4)	Dukungan budaya melapor Pelaporan insiden berjenjang
Dimensi 5. Evaluasi insiden dan <i>best practices</i>	Evaluasi insiden dilaksanakan setelah adanya laporan. (INF2-5)	Sistem <i>grading</i> insiden RCA
Dimensi 6. Pembelajaran dan perubahan efektif	Hasil investigasi dijadikan solusi. (INF2-6)	Solusi terhadap insiden merupakan perbaikan, melalui PDSA ( <i>Plan-Do-Study-Act</i> )
Dimensi 7. Komunikasi tentang isu keselamatan pasien	“Komunikasi terbangun secara internal maupun eksternal. (INF2-7)	Komunikasi efektif
Dimensi 8. Manajemen kepegawaian dan isu keselamatan	Dukungan manajemen diberikan kepada para staf yang melaporkan. (INF2-8)	Dukungan manajemen
Dimensi 9. Pendidikan dan pelatihan staf	Pengiriman staf untuk pelatihan, dilakukan secara kontinu. (INF2-9)	Sistem pelatihan KP berjalan efektif
Dimensi 10. Kerjasama tim	Tim saling bekerjasama dalam program KP. (INF2-10)	Kerjasama tim dalam pelayanan pasien

### c. Wawancara dengan Pegawai Fisioterapi

Wawancara dilakukan oleh peneliti kepada Pegawai Fisioterapi yang dilaksanakan pada tanggal 27 Desember 2017 pada pukul 10.00 WIB. Berikut hasil wawancara dengan responden tersebut

Tabel 4. 6 Hasil Wawancara dengan Pegawai Fisioterapi tentang Budaya Keselamatan Pasien

<b>Pelaku</b>	<b>Dimensi Budaya Keselamatan Pasien</b>
INF3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komitmen terhadap KP baik</li> <li>• SOP jarang digunakan</li> <li>• RS melakukan peningkatan mutu dengan melakukan audit bila terjadi insiden</li> <li>• Penerapan minimal terhadap manajemen risiko</li> <li>• Insiden terjadi karena <i>human error</i></li> <li>• Masih terdapat <i>blame culture</i>, sehingga sistem pelaporan insiden belum berjalan maksimal</li> <li>• Analisa terhadap insiden dilaksanakan dengan metode analisis sederhana atau RCA</li> <li>• Pembelajaran insiden hanya dilaksanakan pada kasus-kasus tertentu saja</li> <li>• Komunikasi KP dilaksanakan untuk merivisi SOP yang dengan tujuan membuat kebijakan baru jika memang diperlukan</li> <li>• Dukungan manajemen dirasakan oleh pegawai jika terjadi insiden</li> <li>• Pelatihan KP untuk memenuhi kebutuhan RS</li> <li>• Kerjasama tim berjalan bila ada instruksi</li> </ul>

Tabel 4. 7 Coding Wawancara dengan Pegawai Fisioterapi tentang Budaya Keselamatan Pasien

<b>Dimensi</b>	<b>Uraian Wawancara</b>	<b>Coding</b>
Dimensi 1. Komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan	Perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan dibicarakan bila ada kasus. (INF3-1)	Komitmen KP bagus SOP jarang digunakan
Dimensi 2. Prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien	Sistem manajemen risiko diterapkan, minimal. (INF3-2)	Supaya belum maksimal, budaya KP belum melekat
Dimensi 3. Kesalahan sistem dan tanggung jawab individu	Kesalahan menjadi sebuah “aib” dan masih ada <i>blame culture</i> (INF3-3)	<i>Blame culture</i>
Dimensi 4. Perekaman insiden dan <i>best practices</i>	Ada sistem pelaporan insiden namun tidak dianalisis. (INF3-4)	Belum ada tinjau lanjut laporan <i>Blaming culture</i>
Dimensi 5. Evaluasi insiden dan <i>best practices</i>	Metode analisis memakai RCA., investigasi KP hanya dilakukan pada insiden tertentu. (INF3-5)	RCA
Dimensi 6. Pembelajaran dan perubahan efektif	Belajar dari insiden tertentu dan tidak merasa ada perubahan. (INF3-6)	Pembelajaran belum dari semua insiden Perubahan belum terasa
Dimensi 7. Komunikasi tentang isu keselamatan pasien	Komunikasi tentang KP bukan hal yang menarik (INF3-7)	Informasi tentang KP tidak dipergunakan secara efektif Komunikasi untuk membuat SOP
Dimensi 8. Manajemen kepegawaian dan isu keselamatan	Manajemen merancang dukungan terhadap kebutuhan petugas. (INF3-8)	Dukungan manajemen penuh
Dimensi 9. Pendidikan dan pelatihan staf	Pelatihan diadakan untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit. (INF3-9)	Akreditasi RS mendorong peningkatan pelatihan KP
Dimensi 10. Kerjasama tim	Tim bekerja bila ada instruksi. (INF3-10)	Kerjasama tim berjalan atas adanya instruksi Belum semua informasi dibagikan ke anggota tim

#### d. Rangkuman Hasil Wawancara Pegawai RS PKU

##### Muhammadiyah Yogyakarta

Tabel 4. 8 Kategori dan Tema Wawancara dengan Pegawai tentang Budaya Keselamatan Pasien

No.	Kategori	Tema
1	Pelaksanaan keselamatan pasien belum menjadi prioritas	Pelaksanaan keselamatan pasien
2	Belum semua staf merasakan <i>non blaming culture</i>	sudah berjalan, namun belum efektif.
3	Sistem pelaporan sudah ada, namun masih lemah dalam evaluasi dan tindak lanjut	Beberapa sistem dan program keselamatan pasien masih membutuhkan perbaikan.
4	Sistem evaluasi kejadian insiden sudah berjalan	
5	Sistem pembelajaran dari insiden sudah digunakan, namun perubahan belum maksimal	Manajemen mampu mendukung pegawai rumah sakit dalam penerapan program keselamatan pasien.
6	Komunikasi insiden antar pegawai berjalan efektif, namun komunikasi insiden dari keluarga pasien belum dimanfaatkan secara maksimal	Komunikasi dan kerjasama tim masih terbatas.
7	Dukungan penuh dari pihak manajemen	
8	Kebutuhan pelatihan didukung oleh manajemen	
9	Akreditasi mampu berperan untuk menjalankan sistem pelatihan secara efektif	
10	Kerjasama tim berjalan dengan baik, namun masih dipengaruhi instruksi dan pembatasan informasi	



## **B. Pembahasan**

### **1. Dimensi 1 : Komitmen Menyeluruh dan Berkelanjutan**

Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada dimensi komitmen menyeluruh dan berkelanjutan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada level proaktif yang mana rumah sakit rumah sakit selalu waspada terhadap risiko-risiko yang mungkin timbul. Rumah Sakit sudah melakukan pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Dimensi komitmen menyeluruh dan berkelanjutan memiliki 3 aspek yaitu aspek komitmen untuk perbaikan, kebijakan/SOP, keterlibatan pasien dan masyarakat dan pemeriksaan/audit. Aspek komitmen untuk perbaikan mengarah ke level proaktif yaitu rumah sakit mempunyai keinginan dan antusias yang besar untuk terus melakukan perbaikan. Aspek kebijakan/SOP, keterlibatan pasien dan masyarakat mengarah ke level proaktif yaitu SOP, protokol dan kebijakan dibahas dan

dilaksanakan sebagai dasar pelayananan. Pasien dan keluarga diajak terlibat dalam membuat keputusan pelayanan. Rumah sakit membuat SOP yang harus dilaksanakan, dievaluasi, diperbaharui, serta harus dikomunikasikan dan disosialisasikan kepada petugas kesehatan yang terkait. Sedangkan pada aspek pemeriksaan/audit lebih mengarah pada level proaktif yaitu rumah sakit ingin memberikan mutu yang terbaik. Para dokter terlibat dalam proses audit guna terus melakukan perbaikan.

Pelayanan klinis merupakan *core business* dari rumah sakit yang perlu mendapat perhatian khusus terutama yang menyangkut keselamatan pasien dan profesionalisme dalam pelayanan. Komitmen terhadap budaya keselamatan pasien akan membantu kelangsungan dan perkembangan suatu rumah sakit.

Berdasarkan hasil wawancara dengan berbagai narasumber tingkat budaya keselamatan pasien pada dimensi komitmen menyeluruh dan berkelanjutan yang

masuk dalam kategori proaktif ditunjukkan dengan rumah sakit memiliki komitmen terhadap perbaikan dengan metode PDSA (*Plan Do Study Act*). Setiap sasaran keselamatan pasien dibuat indikator mutu dan hasilnya selalu dianalisis, dan nantinya dilakukan dan diikuti untuk menjadi perbaikan ke depannya.

Komitmen adalah modal dasar dari upaya perubahan, terbentuknya komitmen untuk membangun budaya keselamatan (*safety culture*) harus dimiliki oleh individu-individu dalam organisasi yang mendorong oleh kuatnya komitmen organisasi untuk membangun budaya keselamatan (*safety culture*) (Yulia, 2010). Salah satu penelitian yang dilakukan oleh Menik (2015) mengenai komitmen kerja terhadap penerapan keselamatan pasien di RSUP Sanglah Denpasar menunjukkan hasil yang signifikan ( $p \text{ value} = 0,000/ p < 0,05$ ). Sehingga terdapat hubungan antara komitmen kerja dengan penerapan keselamatan pasien di Instalasi Perawatan Intensif RSUP Sanglah Denpasar. Komitmen kerja yang kurang

berpotensi 25 kali menerapkan keselamatan pasien secara baik. Kondisi ini kemungkinan disebabkan karena kurangnya penghayatan terhadap visi misi rumah sakit yang belum baik serta pencapaian indikator kinerja klinik yang belum maksimal.

Penelitian lain yang mendukung dimensi ini, yaitu penelitian yang dilakukan oleh Nurlaily, dkk. (2017) mengenai hubungan komitmen organisasi dengan pencegahan kejadian tidak diharapkan di RSUD Kabupaten Sukoharjo. Program keselamatan pasien pada pencegahan KTD di RSUD Kabupaten Sukoharjo berjalan belum optimal dikarenakan komitmen organisasi yang kurang. Hasil analisis dengan uji pearson menunjukkan ada hubungan yang kuat antara komitmen organisasi dengan pencegahan KTD dengan p value 0,000 ( $p < (0,05)$ ) dan nilai korelasi  $r = 0,823$ . Komitmen berkesinambungan paling dominan berhubungan dengan pencegahan KTD dengan nilai beta sebesar 0,596. Sebesar 68,3% perilaku pencegahan KTD disumbangkan oleh

komitmen organisasi. Penelitian ini merekomendasikan perlunya perhatian pihak manajerial untuk dapat memelihara dan meningkatkan komitmen organisasi ke arah komitmen efektif sehingga meningkatkan perilaku pencegahan KTD.

Pada tingkat ini rumah sakit memiliki keinginan yang tulus dan antusiasme untuk perbaikan terus-menerus. Hal ini diakui bahwa perbaikan terus-menerus adalah tanggung jawab semua orang dan seluruh pegawai rumah sakit, termasuk pasien dan masyarakat, perlu dilibatkan. Protokol dan kebijakan dikembangkan dan ditinjau oleh staf dan digunakan sebagai dasar untuk penyediaan perawatan dan layanan.

## **2. Dimensi 2 : Prioritas yang diberikan untuk Keselamatan Pasien**

Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada dimensi prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada level proaktif yang mana sudah terdapat pendekatan komprehensif

terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Dimensi prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien memiliki 3 aspek yaitu prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien, sistem manajemen risiko, dan pelaksanaan keselamatan pasien. Aspek prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien sudah mengarah ke level generatif yaitu keselamatan pasien merupakan prioritas utama di rumah sakit. Aspek sistem manajemen menempati level proaktif dan generatif. Pada level proaktif yaitu sistem manajemen risiko sudah tersosialisasi lebih luas pada organisasi rumah sakit dan masyarakat. Sedangkan pada level generatif yaitu seluruh staf konsisten dalam melaksanakan sistem manajemen dan peningkatan mutu berkelanjutan. Aspek pelaksanaan keselamatan pasien lebih mengarah pada level proaktif yaitu semua staf terlibat dalam keselamatan pasien.

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah menempatkan keselamatan pasien sebagai prioritas utama.

Setiap staf yang bekerja di rumah sakit ingin memberikan yang terbaik dan teraman untuk pasien sesuai program keselamatan pasien yang diterapkan di rumah sakit. Salah satu program keselamatan pasien yang diterapkan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah penerapan sistem manajemen risiko.

Menurut hasil analisis data wawancara, risiko keselamatan pasien di setiap tahap pelayanan telah diidentifikasi dan dibuat prosedur untuk meminimalkan risiko tersebut. Pada tahap ini semua pegawai dilibatkan kedalam program keselamatan pasien. Pada tingkat 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. Namun, sistem ini tidak disebarluaskan kepada staf atau dibahas. Mereka juga cenderung kurang fleksibel untuk merespon kejadian tak terduga dan gagal untuk

menangkap kompleksitas isu yang ada. Tanggung jawab untuk manajemen risiko hanya diinvestasikan dalam satu individu dan tidak mengintegrasikannya kepada staf lain di rumah sakit. Hal tersebut mengindikasikan bahwa terdapat budaya yang dipaksakan.

Seharusnya keselamatan pasien digalakkan di seluruh organisasi secara aktif, staf/pegawai terlibat dalam semua masalah keamanan dan proses. Tidak memungkiri jika pasien dan keluarga terlibat dalam sistem manajemen risiko. Tindakan yang diambil ditujukan untuk perlindungan pasien dan tidak perlindungan diri. Manajemen risiko secara proaktif diidentifikasi, menggunakan penilaian risiko, dan tindakan yang diambil untuk mengelolanya. Peran manajer diperlukan dalam pengelolaan manajemen risiko.

### **3. Dimensi 3 : Kesalahan Sistem dan Tanggung Jawab Individu**

Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada dimensi kesalahan sistem dan tanggung jawab individu di RS PKU



Muhammadiyah Yogyakarta pada level proaktif yang mana sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya keselamatan pasien, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Dimensi kesalahan sistem dan tanggung jawab individu memiliki satu aspek yaitu budaya menyalahkan dan hukuman yang diberikan. Menurut MaPSCAT aspek penyebab budaya menyalahkan dan hukuman yang diberikan pada level proaktif yaitu laporan insiden sudah berjalan, baik di tingkat organisasi maupun nasional, serta rumah sakit memiliki budaya yang terbuka, adil dan kolaboratif.

Rumah sakit dapat menerapkan budaya tidak menyalahkan (*no blame culture*), maka makin lama makin banyak masalah yang dapat diselesaikan. Dengan demikian maka mutu rumah sakit dapat semakin meningkat. Namun demikian, ada beberapa hambatan yang membuat sistem ini tidak mudah dilaksanakan, hambatan yang terbesar adalah *blame culture*. Hal tersebut sesuai dengan hasil wawancara narasumber, yang

dapat disimpulkan bahwa memang RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah memiliki budaya terbuka dan adil, namun belum semua petugas merasakan adanya *non blaming culture* tersebut. Pada budaya seperti ini, petugas takut jika terjadi kesalahan dan akan berefek menyalahkan orang lain atau mencari siapa yang salah untuk setiap permasalahan yang terjadi, dan berimbas pada pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) yang menurun. Budaya ini tidak memperbolehkan adanya kesalahan, sehingga petugas biasanya tidak mau mengambil tanggung jawab.

Reason, Carthey, dan Leval (2001) menggambarkan kondisi seperti ini dengan istilah “*The Vulnerable System Syndrome*” yang menjelaskan bahwa jika seseorang disalahkan, maka akan muncul mekanisme pertahanan diri dari orang tersebut berupa penyangkalan. Akibat dari penyangkalan tersebut, informasi yang sebenarnya mengenai masalah dan akar masalah tidak

akan terungkap yang akan berlanjut pada tidak adanya perbaikan yang dicapai.

Penelitian yang dilakukan oleh Iskandar, Maksum, dan Nafisah (2014) mengenai faktor penyebab penurunan pelaporan insiden keselamatan pasien rumah sakit yang dilaksanakan di RS X, menunjukkan bahwa sebenarnya IKP tinggi, namun tidak dilaporkan dikarenakan adanya rasa takut disalahkan jika melapor sebab budaya *patient safety* yaitu *no blaming* masih belum tumbuh secara merata di seluruh rumah sakit, kurangnya pengetahuan tentang pelaporan IKP, keengganan melaporkan karena komitmen kurang dari pihak manajemen atau unit terkait, tidak ada reward dari RS jika melaporkan dan kurangnya keaktifan dari KKPRS. Sehingga rumah sakit perlu menumbuhkan budaya keselamatan pasien secara merata.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Leape (1994) menunjukkan bahwa penyebab terbesar dari kesalahan yang dilakukan oleh manusia adalah akibat kelemahan sistem. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah tidak

menganggap insiden yang terjadi merupakan kesalahan individu, namun juga merupakan kesalahan sistem. Maka RS PKU Muhammadiyah berkomitmen untuk melakukan perbaikan sistem yang secara rutin untuk dievaluasi.

#### **4. Dimensi 4 : Perekaman Insiden dan *Best Practices***

Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada dimensi perekaman insiden dan *best practices* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada level proaktif yang mana sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Dimensi perekaman insiden dan *best practices* memiliki 3 aspek yaitu sistem pelaporan dan kegunaannya, apa yang staf rasakan pada saat melaporkan insiden, dan analisis data. Pada aspek sistem pelaporan dan kegunaannya ini mengarah ke level proaktif yaitu proses pelaporan mudah dilakukan dan bersifat ramah. Pada aspek apa yang staf rasakan pada saat melaporkan insiden mengarah ke level proaktif yaitu staf merasa aman untuk melaporkan insiden keselamatan

pasien, termasuk kejadian yang dapat dicegah, karena dapat belajar dari masalah tersebut. Sedangkan aspek analisis data mengarah ke level proaktif yaitu tren pada data dari insiden dan *near miss* dianalisis secara rutin.

Tujuan umum dari perekaman/pelaporan insiden adalah menurunnya insiden keselamatan pasien, dan meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Terdapat beberapa masalah yang dihadapi mengenai perekaman insiden dalam bentuk laporan, yaitu laporan sering dipersepsikan sebagai pekerjaan perawat saja, laporan sering terlambat, laporan sering disembunyikan/*underreport* (KKPRS, 2015). Hal tersebut berkaitan dengan penjelasan dimensi ketiga, bahwa seseorang menyembunyikan kesalahan karena takut disalahkan, sehingga menyebabkan laporan miskin data.

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah memiliki alur laporan insiden keselamatan pasien yang baik sesuai dengan pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien dari KKPRS. Tim KPRS memberikan

kemudahan bagi setiap petugas yang ingin melaporkan insiden dengan menyediakan lembaran *report* di setiap ruangan. Rumah sakit menginginkan adanya budaya melapor tanpa rasa takut, salah satu upaya untuk mengatasinya adalah dengan pengembangan sistem pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien secara anonim dan rahasia. Meskipun begitu, beberapa petugas masih merasakan enggan melapor dikarenakan adanya rasa takut ketika akan membuat laporan. Mereka bukan hanya takut pada sanksi yang akan diberikan, namun juga pada nama mereka yang dianggap sebagai aib moral.

Tidak memberikan sanksi bagi seseorang yang melakukan kesalahan berarti tidak ada pembelajaran bagi orang tersebut. Sementara memberikan sanksi menyebabkan petugas tidak melaporkan kesalahan yang mereka lakukan. Bila manajemen sudah menyediakan prosedur tetapi masih dilanggar maka yang melakukan akan dihukum. Perlu juga dipertimbangkan faktor

supervisi apakah sudah baik. Sistem pelaporan yang baik dapat menangkap kesalahan, *nearmiss*, kerugian, malfungsi alat dan teknologi, kegagalan proses, dan kondisi lingkungan yang membahayakan (Cahyono, 2008).

Salah satu rekomendasi yang diajukan oleh Zahro, Lazuardi, dan Utarini (2016) dalam penelitiannya “Evaluasi Prototipe Sistem Pencatatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Berbasis Web di Rumah Sakit”, bahwa sebagian dari sistem keselamatan pasien di rumah sakit, sistem pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien rumah sakit telah dikembangkan secara nasional, namun belum diimplementasikan. Sehingga mereka merekomendasikan adanya sistem pencatatan dan pelaporan melalui web yang bersifat anonim, rahasia, dan dapat digunakan *multiuser* secara bersamaan. Hasilnya sebagian besar pengguna (91,96%) merasa puas terhadap sistem pencatatan dan pelaporan berbasis web yang dikembangkan. Evaluasi terhadap

aspek kelayakan menunjukkan hasil yang dianggap baik dan layak.

Hal tersebut bisa menjadi salah satu rekomendasi untuk tim KPRS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dalam mengembangkan sistem dan alur pelaporan, agar seluruh staf memiliki budaya melapor tanpa rasa takut, serta meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

#### **5. Dimensi 5 : Evaluasi Insiden dan *Best Practices***

Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada dimensi evaluasi insiden dan *best practices* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada level proaktif yang mana sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Dimensi evaluasi insiden dan *best practices* memiliki dua aspek yaitu fokus investigasi dan hasil investigasi. Pada aspek fokus investigasi ini mengarah ke level proaktif yaitu insiden keselamatan pasien dan *near miss* fokus pada perbaikan, selain itu juga melibatkan pasien. Sedangkan aspek hasil investigasi ini



mengarah ke level proaktif yaitu hasil investigasi dipakai untuk menganalisis *trend* dan mengidentifikasi penyebab terbanyak untuk terjadinya insiden dan melakukan pengujian terhadap pelaksanaan pelatihan.

Alur pelaporan yang sudah berjalan dengan baik, dimanfaatkan oleh RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta untuk melakukan evaluasi insiden secara mendetail. Fokus investigasi dilakukan dengan cara menyeleksi insiden sesuai dengan pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien dari KKPRS. Atasan/kepala ruangan yang menerima laporan akan memeriksa dan melakukan *grading* risiko terhadap insiden yang dilaporkan. Hasil *grading* akan menentukan bentuk investigasi dan analisa, baik itu investigasi sederhana oleh atasan langsung (kepala ruang/supervisor) atau pun investigasi komprehensif dengan metode RCA (*Root Cause Analysis*) oleh tim KPRS.

Setelah melakukan RCA, tim KPRS akan membuat laporan rekomendasi untuk perbaikan serta

pembelajaran. Kemudian hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada direksi. Rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran diberikan umpan balik kepada unit kerja yang terkait dan adanya sosialisasi. Hasil investigasi dipakai untuk menganalisis trend dan mengidentifikasi penyebab terbanyak untuk terjadinya insiden. Sebenarnya dari pihak tim KPRS mengharapkan hasil investigasi berupa *best practice* petugas dapat belajar dari insiden yang terjadi, agar mencegah kejadian yang sama tidak terulang kembali.

Namun, dalam kenyataannya masih ada beberapa petugas yang sudah melapor namun merasa insiden tersebut tidak ditindak lanjuti oleh tim KPRS. Hal tersebut dimungkinkan karena petugas memiliki pengetahuan yang kurang terhadap alur pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien.

RCA merupakan suatu proses berulang yang sistematis dimana faktor-faktor yang berkontribusi dalam suatu insiden diidentifikasi dengan merekonstruksi

kronologis kejadian menggunakan pertanyaan “mengapa” yang diulang hingga menemukan akar penyebabnya dan penjelasannya (KKPRS, 2015). Pertanyaan “mengapa” harus ditanyakan hingga tim investigasi mendapatkan fakta, bukan hasil spekulasi. Corwin et al. (2017) dalam penelitiannya “*Root Cause Analysis of Adverse Event in Intensive Care Unit in The Veterans Health Administrator*” menyatakan bahwa laporan insiden keselamatan pasien di ruang perawatan intensif memiliki banyak akar masalah. Melakukan RCA secara menyeluruh merupakan metode yang efektif untuk mengidentifikasi penyebab insiden keselamatan pasien, dan dapat digunakan untuk menginformasikan upaya-upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien.

## **6. Dimensi 6 : Pembelajaran dan Perubahan Efektif**

Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada dimensi pembelajaran dan perubahan efektif di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada level proaktif yang

mana sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Dimensi pembelajaran dan perubahan efektif memiliki dua aspek yaitu belajar dari insiden keselamatan pasien dan siapa yang berperan dalam memutuskan adanya perubahan pasca insiden. Pada aspek belajar dari insiden keselamatan pasien ini mengarah ke level proaktif yaitu sudah ada budaya belajar dari insiden dan membagikan hasilnya untuk membuat perubahan. Sedangkan pada aspek siapa yang berperan dalam memutuskan adanya perubahan pasca insiden mengarah ke level proaktif yaitu staf turut aktif dalam memutuskan perubahan setelah suatu insiden keselamatan pasien dan berkomitmen melaksanakan perubahan.

Dalam penelitiannya, Carroll, Rudolph, dan Hatakenaka (2002) menyatakan bahwa sebagai organisasi kesehatan harus berusaha untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas di lingkungan yang berubah, pelaksanaan pembelajaran organisasi dapat membantu

meningkatkan ketrampilan, pengetahuan, dan memberikan kesempatan untuk menemukan cara kerjasama yang lebih baik. Kepemimpinan di tingkat eksekutif, manajemen menengah dan manajemen bawah dibutuhkan untuk membangun rasa tujuan bersama.

Pembelajaran organisasi dilakukan tim KPRS untuk menentukan strategi pembudayaan nilai-nilai keselamatan pasien. Tim secara berkala bertemu untuk menganalisa RCA dari setiap insiden keselamatan pasien. Tim juga menentukan pola sosialisasi serta mengevaluasi program yang telah dilaksanakan. Melalui upaya perbaikan yang berkelanjutan akan diperoleh pengetahuan yang tersirat maupaun tersurat untuk menangani persoalan kejadian insiden keselamatan pasien (Budiharjo, 2008).

WHO menyebutkan bahwa tujuan utama dari sistem pelaporan keselamatan pasien adalah untuk belajar dari pengalaman dan monitoring kemajuan program. Pembelajaran dari insiden diambil setelah melakukan analisis akar masalah yang hasilnya direkomendasikan

untuk perbaikan. Upaya pembelajaran dan perubahan efektif yang dilakukan di rumah sakit ini mengarah kepada perbaikan serta mengambil manfaat. Setiap insiden dicari akar masalahnya dan diambil pelajarannya, sosialisasi ke unit-unit. Menurut Reiling (2006) dalam Setiowati (2010), hal tersebut digunakan sebagai upaya untuk mengambil manfaat dengan belajar bagaimana mencegah atau menghindari kesalahan yang sama oleh petugas lain.

Berdasarkan penelitian ini, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta diharapkan dapat mempertahankan pembelajaran organisasi yang telah berjalan dan akan lebih baik jika terus ditingkatkan. Selain peningkatan di tingkat organisasi, upaya perbaikan di tingkat individu juga merupakan hal penting dalam program keselamatan pasien. Budaya keselamatan perlu ditumbuhkan melalui peningkatan pengetahuan, perubahan sikap, dan perilaku yang lebih berorientasi

pada keselamatan. Hal ini dapat ditempuh dengan penyebarluasan informasi terkait keselamatan pasien.

Proses pembelajaran juga dapat dilakukan dari laporan insiden yang disampaikan secara rutin baik oleh tim maupun pihak manajemen rumah sakit pada pertemuan atau rapat. Informasi insiden yang telah dikemas dengan solusi dari hasil analisis akar masalah dapat menjadi informasi berharga bagi setiap individu untuk meningkatkan pengetahuannya akan keselamatan pasien. Tanpa budaya menyalahkan individu atas insiden yang ada akan mampu memperbaiki sikap dan perilaku serta keberanian untuk melaporkan setiap insiden sebagai bagian dari proses pembelajaran.

## **7. Dimensi 7 : Komunikasi tentang Isu Keselamatan Pasien**

Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada dimensi komunikasi tentang isu keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada level proaktif yang mana sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap

budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Dimensi komunikasi tentang isu keselamatan pasien memiliki 3 aspek yaitu komunikasi tentang keselamatan pasien, membagi informasi, dan komunikasi tentang keselamatan pasien kepada pasien. Pada penelitian ini komunikasi tentang keselamatan pasien mengarah ke level birokratif yaitu ada strategi komunikasi internal yang spesifik untuk keselamatan pasien, dan adanya dukungan dalam bentuk kebijakan dan prosedur yang tersedia. Pada aspek membagi informasi mengarah ke level proaktif yaitu informasi tentang keselamatan pasien dibagikan pada sesi *briefing* sudah diagendakan staf. Sedangkan aspek komunikasi tentang keselamatan pasien kepada pasien mengarah ke level proaktif yaitu dilakukan komunikasi yang efektif tentang keselamatan pasien kepada pasien dan keluarga/pengunjung rumah sakit.

Komunikasi merupakan salah satu standar sasaran keselamatan pasien yang disusun oleh KARS (2012).



Komunikasi tentang keselamatan pasien kepada staf perlu dilakukan lebih kontinu dengan menyediakan jalur komunikasi yang lebih terbuka dan lancar yang disediakan oleh tim KPRS. Menurut Nazhar (2009) dalam Hamdani (2007) komunikasi terbuka dapat diwujudkan pada saat serah terima, *briefing*, dan ronde keperawatan. Perawat menggunakan komunikasi terbuka pada saat serah terima dengan mengkomunikasikan dengan perawat lain tentang risiko terjadinya insiden, dan melibatkan pasien pada serah terima. *Briefing* digunakan untuk berbagi informasi seputar isu-isu keselamatan pasien, perawat dapat bertanya seputar keselamatan pasien yang berpotensi terjadi dalam kegiatan sehari-hari. Ronde keperawatan dapat dilakukan setiap minggu dan fokus hanya pada keselamatan pasien.

Selain itu komunikasi perlu dilakukan dengan institusi lain yang dianggap lebih pakar. Dimensi komunikasi tentang isu keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dilakukan dengan cara tim

selalu membangun komunikasi yang efektif, baik internal tim maupun dengan pihak yang terkait dan manajemen RS. Komunikasi efektif juga dilakukan kepada pasien untuk membantu berjalannya program tersebut.

Komunikasi efektif merupakan salah satu strategi untuk membangun budaya keselamatan pasien. Komunikasi efektif sangat berperan dalam menurunkan KTD dalam sebuah asuhan medis pasien. Strategi ini ditetapkan oleh JCAHO sebagai tujuan nasional keselamatan pasien. Hal ini didasarkan pada laporan AHRQ bahwa komunikasi merupakan 65% menjadi akar masalah dari KTD (O'Daniel & Rosenstein, 2008). Strategi yang diterapkan JCAHO untuk menciptakan proses yang efektif adalah pendekatan standarisasi komunikasi dalam serah terima (*hand over*) (Cahyono, 2008).

Rumah sakit dengan interaksi profesi yang cukup banyak, membutuhkan strategi yang tepat dalam proses komunikasi antar profesi yang terkait. Metode SBAR

(*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dalam proses komunikasi antar profesi dapat dijadikan pilihan. Berdasarkan situasi, latar belakang, penilaian dan rekomendasi yang dikomunikasikan dengan baik akan memberikan kondisi pengobatan pasien lebih informatif, jelas dan terstruktur. Hal ini akan mengurangi potensi insiden yang tidak diharapkan terjadi (Cahyono, 2008).

Hal tersebut didukung dengan salah satu penelitian dari Qomariah dan Lidiyah (2015) yang meneliti tentang hubungan faktor komunikasi dengan Insiden Keselamatan Pasien (IKP). Penelitian dilaksanakan di RS Muhammadiyah Gresik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan komunikasi antar perawat dengan IKP ( $p = 0,001$ ), hubungan komunikasi perawat dan dokter dengan IKP ( $p = 0,000$ ), hubungan komunikasi perawat dan Departemen Penunjang Medis dengan IKP ( $p = 0,000$ ), hubungan komunikasi perawat dan pasien dengan IKP ( $p = 0,000$ ). Perawat dengan komunikasi yang baik dan efektif dapat mencegah terjadinya IKP,

diperlukan peningkatan pengetahuan komunikasi, pelatihan keselamatan pasien, kepatuhan perawat dalam melaksanakan standar prosedur operasional rumah sakit dan supervisi pimpinan.

Keterbukaan komunikasi juga melibatkan pasien. Rumah sakit perlu menyampaikan informasi tentang keselamatan pasien kepada pasien, keluarga dan pengunjung rumah sakit. Komunikasi dimaksudkan untuk mendapatkan dukungan dalam hal menjalankan program keselamatan pasien. Pasien mendapatkan informasi tentang kondisi yang akan menyebabkan risiko terjadinya kesalahan. Perawat juga bisa memberikan motivasi untuk memberikan setiap hal yang berhubungan dengan keselamatan pasien (Nurmalia, 2012). Strategi yang lain yang dapat ditempuh untuk memberikan akses bagi pasien dan keluarga terhadap informasi pelayanan yang diterima atau tentang program keselamatan pasien, misalnya melalui ceramah, pemberitahuan melalui media *banner*, spanduk, *leaflet* misalnya ajakan mencuci tangan,

memberikan informasi tentang kondisi pasien. dengan menyediakan waktu yang cukup bagi pasien dan keluarga untuk berkomunikasi dengan petugas, misalnya dengan metode *Speak-Up*. Hal tersebut direkomendasikan oleh JCAHO sebagai metode komunikasi efektif antara pasien dan petugas (Cahyono, 2008).

#### **8. Dimensi 8 : Manajemen Kepegawaian dan Isu Keselamatan**

Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada dimensi manajemen kepegawaian dan isu keselamatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada level proaktif yang mana sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Dimensi manajemen kepegawaian dan isu keselamatan memiliki satu aspek apakah staf merasa di dukung. Aspek aspek apakah staf merasa di dukung ini mengarah ke level proaktif dan generatif. Pada level proaktif yaitu manajemen merancang dukungan terhadap kebutuhan staf dan kesehatan staf

diperhatikan. Sedangkan, pada level generatif yaitu manajemen kepegawaian melakukan refleksi dan pembahasan tentang kompetensi staf, melakukan supervisi dan mentoring.

Dimensi manajemen kepegawaian dan isu keselamatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dilakukan dengan dukungan manajemen yang dilaksanakan secara menyeluruh. Rumah sakit sudah melakukan prosedur manajemen kepegawaian untuk mengontrol petugas seperti pemberian materi keselamatan pasien selama masa orientasi, peninjauan supervisi dari bagian keperawatan yang rutin. Dukungan juga diberikan kepada para petugas/staf yang melaporkan ataupun yang terlibat dalam insiden.

Berkaitan dengan dimensi ini, maka rumah sakit perlu mempersiapkan sumber daya manusia sebagai individu pelaksana langsung pelayanan yang memenuhi kecukupan, baik kuantitas dan kualitas. Aspek kuantitas dapat dilihat apakah jumlah petugas cukup untuk

menangani beban kerja di unit tersebut. Beban kerja perawat yang semakin besar berkaitan dengan peningkatan insiden keselamatan pasien di unit rawat inap rumah sakit (Nishizaki et al., 2010).

Perhitungan kebutuhan tenaga yang tepat untuk rumah sakit sangat diperlukan untuk menghindari adanya peningkatan beban kerja bagi masing-masing individu. Prawitasari (2009) dalam penelitiannya mengenai hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien di RS Husada Jakarta menunjukkan rumah sakit tersebut memiliki beban kerja perawat pelaksana tinggi dan masih ada masalah keselamatan pasien yang buruk. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien. Sehingga rumah sakit perlu mengkaji kecenderungan tingkat ketergantungan pasien, menggunakan data yang ada untuk menghitung kebutuhan perawat tiap *shift* dan

mengalokasikan jumlah perawat sesuai kebutuhan ruangan.

Maka perhitungan rasio jumlah pasien serta waktu pelayanan harus dimiliki rumah sakit. Manajemen dapat menggunakan perhitungan kebutuhan dengan metode analisis beban kerja yang merupakan salah satu alternatif yang dapat dilakukan. Hal ini sangat berguna dalam perencanaan jumlah kebutuhan tenaga yang masih terbatas.

Aspek kualitas individu dilihat dari pendidikan dan standar kompetensi yang dimiliki. Kompetensi sumber daya manusia di rumah sakit dapat dilakukan dengan upaya memenuhi standar kompetensi oleh setiap petugas sesuai dengan standar yang ditetapkan di setiap profesi. Rumah sakit dapat menempuh upaya seperti pengiriman petugas untuk mengikuti pelatihan berbasis kompetensi untuk setiap profesi yang ada. Langkah ini terintegrasi dengan perencanaan SDM rumah sakit, khususnya bagian diklat rumah sakit. Bagi petugas yang



belum memenuhi standar kompetensi untuk profesinya, rumah sakit dapat memberikan fasilitas untuk dapat memenuhi standar tersebut. Hal ini berkaitan dengan dimensi 9 mengenai pendidikan dan pelatihan staf, dimana RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah memiliki program rutin untuk dengan mengirimkan petugas/staf untuk mengikuti berbagai pelatihan ataupun seminar.

Dalam upaya mendukung program keselamatan pasien, hal lain yang dapat dilakukan oleh rumah sakit dengan melakukan supervisi dan mentoring. RS PKU Muhammadiyah sudah memiliki sistem tersebut, terdapat supervisor yang bertugas di setiap shiftnya, berkeliling ke unit-unit untuk memantau pelaksanaan keselamatan pasien. Supervisi adalah kemampuan pemimpin dalam melaksanakan fungsi *controlling* dan *evaluating* melalui kegiatan supervisi sehingga bisa mengetahui apakah segala sesuatunya berjalan sesuai dengan aturan serta

untuk mengetahui permasalahan yang terjadi beserta mencari solusinya (Swanburg, 2000).

Supervisi sangat berpengaruh terhadap upaya penerapan budaya keselamatan pasien oleh petugas kesehatan di rumah sakit. Peranan pemimpin baik dari *top management*, manager dan kepala ruang sangat penting untuk menyatukan budaya kerja yang mengarah pada kualitas kerja yang berfokus pada keselamatan. Saraswati (2014) dalam penelitiannya mengenai hubungan supervisi pelayanan keperawatan dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUP Sanglah Denpasar menunjukkan ada hubungan signifikan antara supervisi pelayanan keperawatan dengan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana ( $p = 0,000$ ).

Pada dimensi ini RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah masuk ke tingkat proaktif-generatif, namun bukan berarti RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta tidak membutuhkan perbaikan dan

peningkatan, manajemen harus mampu mempertahankan dan meningkatkan sistem kepemimpinan yang lebih baik lagi. Hal ini juga telah dibuktikan oleh Laschinger dan Leiter. (2006) pada penelitiannya yang berjudul *The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes: The Mediating Role of Burnout/Engagement* yaitu kepemimpinan keperawatan memainkan peranan penting pada kualitas kehidupan kerja, tingkat staf, dukungan pada model keperawatan dan hubungan antara dokter dan perawat. Keselamatan pasien dipengaruhi oleh kualitas lingkungan kerja praktek keperawatan dan peran kepemimpinan keperawatan.

## **9. Dimensi 9 : Pendidikan dan Pelatihan Staf**

Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada dimensi pendidikan dan pelatihan staf di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada level proaktif yang mana sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Dimensi pendidikan dan pelatihan staf memiliki 3 aspek

yaitu aspek kebutuhan pelatihan, sumber pelatihan, dan aspek tujuan pelatihan. Pada kebutuhan pelatihan ini mengarah ke level proaktif yaitu ada upaya untuk mengidentifikasi pelatihan apa yang dibutuhkan staf dan menyelaraskan dengan kebutuhan rumah sakit. Pada aspek sumber pelatihan mengarah ke level generatif yaitu pelatihan staf dan pengembangan karir dipandang sebagai bagian integral dari tujuan organisasi, sehingga sumber daya yang ada dialokasikan sesuai kebutuhan. Sedangkan aspek tujuan pelatihan mengarah ke level generatif yaitu pelatihan dilihat sebagai cara untuk mendukung staf guna mengembangkan potensinya.

Peningkatan pengetahuan merupakan dampak yang diharapkan dari pelatihan mutu dan keselamatan pasien. Pelatihan merupakan salah satu sarana menambahkan kebutuhan akan pengetahuan baru dan untuk meningkatkan kinerja individu dan kinerja sistem (Dayton dan Henriksen, 2006).

Yulia (2012) dalam penelitiannya yang berjudul “Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana Mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di RS Tugu Ibu Depok” menyatakan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara pemahaman perawat pelaksana sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan pada kelompok eksperimen ( $p=0,000$ ,  $\alpha=0,05$ ) dan tidak ada perbedaan pada pemahaman perawat pelaksana sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan pada kelompok kontrol ( $p=0,417$ ,  $\alpha=0,05$ ). Sehingga rumah sakit perlu melakukan program pelatihan keselamatan pasien secara berkelanjutan dan mengembangkan standar kinerja untuk memfasilitasi transfer pengetahuan perawat.

Marquis dan Haston (2010) menyatakan bahwa program pengembangan staf melalui pelatihan dan pendidikan merupakan program yang efektif untuk meningkatkan produktifitas bagi perawat. Dukungan yang adekuat dalam bentuk pelatihan profesional dan pengembangan pengetahuan merupakan salah satu upaya

untuk menciptakan lingkungan kerja yang positif bagi perawat agar asuhan yang aman dapat diberikan (ICN, 2007). Pendidikan dan pelatihan tentang keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah sudah dilaksanakan oleh pihak manajemen. Pihak manajemen perlu melakukan analisis kompetensi dan ketrampilan petugas sehingga dapat dijadikan dasar perencanaan diklat. Pada level generatif rumah sakit bahkan melakukan motivasi bagi petugas dalam mengambil pelatihan sesuai dengan kebutuhan mereka dan melaksanakan alokasi sumberdaya untuk melaksanakan pelatihan bagi petugas. Wujud dari pendidikan dan pelatihan staf di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah dengan memberikan seluruh staf kesempatan yang sama untuk mengajukan permohonan mengikuti pelatihan keselamatan pasien. Pada beberapa kesempatan rumah sakit juga mengirimkan beberapa orang untuk mengikuti pelatihan diluar. Hasil dari pelatihan tersebut dikembangkan kembali oleh rumah

sakit untuk disampaikan kepada staf-staf yang lain yang tidak mengikuti pelatihan di luar.

#### **10. Dimensi 10 : Kerjasama Tim**

Menurut MaPSCAT tingkat budaya pada dimensi kerjasama tim di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada level proaktif yang mana sudah terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan. Dimensi kerjasama tim memiliki 3 aspek yaitu struktur tim, seperti apa menjadi anggota tim dan arus informasi dan *sharing*. Pada aspek struktur tim ini mengarah ke level proaktif yaitu tim terdiri dari unsur multidisiplin dengan struktur yang lebih fleksibel. Pada aspek seperti apa menjadi anggota tim ini mengarah ke level proaktif yaitu kolaborasi antar anggota tim berjalan dengan baik. Sedangkan aspek arus informasi dan *sharing* ini mengarah ke level proaktif yaitu tim terbuka untuk membagikan informasi termasuk pada pihak luar.

Dimensi kerjasama tim di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berjalan dengan baik. Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan rangkaian pelayanan oleh berbagai unit. Kerjasama dilakukan di unit masing-masing dan antar unit, kerjasama tersebut menunjukkan sejauh mana kekompakan kerja tim dalam melayani pasien. Kerjasama didefinisikan sebagai kumpulan individu dengan keahlian spesifik yang bekerjasama dan berinteraksi untuk mencapai tujuan bersama (Ilyas, 2003).

Menurut *Canadian Nurse Association* tahun 2004, faktor-faktor yang menjadi tantangan bagi perawat dalam memberikan keperawatan aman dan memberikan kontribusi dalam keselamatan pasien salah satunya adalah kerjasama tim (Setiowati, 2010). Tim yang efektif dicirikan dengan adanya kepercayaan, rasa hormat, dan kolaborasi (Christensen & Larson, 1993). Kinerja kerjasama tim yang terganggu juga merupakan salah satu penyebab IKP yang merupakan kombinasi dari kegagalan sistem. Peluang insiden terjadi akibat dari kondisi-kondisi



tertentu. Kondisi yang memudahkan terjadinya kesalahan misalnya gangguan lingkungan dan kerjasama tim yang tidak berjalan (Cahyono, 2008). Hal tersebut didukung salah satu penelitian yang dilakukan Mulyana (2013) mengenai faktor-faktor penyebab insiden keselamatan pasien di rumah sakit “X” salah satunya adalah faktor kerjasama tim ( $p=0,012$ ). Kerjasama yang baik dapat mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien.