

**ANALISIS TINGKAT MATURITAS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI  
RUMAH SAKIT TERAKREDITASI PARIPURNA  
(Studi Kasus di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta)**

**Arum Astika<sup>1</sup>, Arlina Dewi<sup>2</sup>**

1. Program Studi Manajemen Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Email: [arumastika.md@gmail.com](mailto:arumastika.md@gmail.com)
2. Program Studi Manajemen Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Email: [arlinadewi@umy.ac.id](mailto:arlinadewi@umy.ac.id)

**ABSTRACT**

*Hospitals as health organizations should develop a patient safety culture in the effort to improve services to prevent unexpected events. This study aims to determine the description of patient safety culture maturity level in RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. This research uses mixed methods research approach that is quantitative method with cross sectional approach and qualitative method with case study approach with descriptive research design. Subjects of this research are employees of RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta as many as 30 respondents as quantitative data and 3 respondents as qualitative data. Measurement of patient safety culture using MaPSaF (Manchester Patient Safety Framework) in the form of MaPSCAT (Manchester Patient Safety Culture Assessment Tool) questionnaire which is published by NPSA (National Patient Safety Agency) in 2006. The questionnaire consist of 10 dimensions with 24 question items and completed with interview data. Based on MaPSCAT the patient safety culture in RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta is at proactive level. It shows that hospitals are always alert to risks that may arise and focus on efforts to anticipate patient safety issues by involving many stakeholders. Therefore, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta needs to maintain the patient safety culture that has been established, but it is better if the hospital keep trying to develop the patient safety culture to the generative level by improving the related dimensions.*

*Keywords: patient safety culture, MaPSaF*

**INTISARI**

Rumah Sakit sebagai organisasi kesehatan harus mengembangkan budaya keselamatan pasien dalam upaya meningkatkan pelayanan untuk mencegah kejadian yang tidak diharapkan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tingkat maturitas budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Penelitian ini menggunakan pendekatan *mixed methods research* yaitu metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* dan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus (*case study*) dengan rancangan penelitian deskriptif. Subjek penelitiannya adalah karyawan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebanyak 30 responden sebagai data kuantitatif dan 3 responden sebagai data kualitatif. Pengukuran budaya keselamatan pasien menggunakan MaPSaF (*Manchester Patient Safety Framework*) dalam bentuk kuisioner MaPSCAT (*Manchester Patient Safety Culture Assessment Tool*) yang dipublikasikan oleh NPSA (*National Patient Safety Agency*) pada tahun 2006. Kuisioner ini terdiri dari 10 dimensi dengan 24 item pertanyaan serta dilengkapi dengan data wawancara. Berdasarkan MaPSCAT budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta secara keseluruhan berada pada tingkat proaktif (80%). Hal tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit selalu waspada akan risiko-risiko yang mungkin

timbul dan berfokus pada upaya-upaya untuk mengantisipasi masalah-masalah keselamatan pasien dengan melibatkan banyak stakeholder terkait. Sehingga RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta perlu mempertahankan budaya keselamatan pasien yang sudah terbentuk, namun ada baiknya jika pihak rumah sakit tetap berusaha mengembangkan budaya keselamatan pasien ke tingkat generatif dengan memperbaiki dimensi-dimensi yang terkait.

**Kata Kunci:** budaya keselamatan pasien, MaPSaF

## **PENDAHULUAN**

Dewasa ini keselamatan pasien merupakan salah satu dari sekian banyak persoalan kritis dalam rumah sakit yang sering dipublikasikan dan menjadi fokus di Indonesia maupun internasional. Banyak rumah sakit yang mengaplikasikan sistem keselamatan yang baik, tetapi pada kenyataannya KTD tetap terjadi. Meskipun pada umumnya sistem dapat dijalankan dengan sebagaimana mestinya maka KTD dapat ditekan sekecil-kecilnya, namun fakta menunjukkan bahwa sistem tidak dapat berjalan secara optimal jika kompetensi dan nilai-nilai atau budaya yang ada tidak mendukung.<sup>2</sup>

Dengan adanya informasi tersebut, maka keselamatan pasien telah menjadi prioritas utama sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan perlindungan pasien, sehingga KTD dapat ditekan. Dalam upaya meminimalisir terjadinya *medical error* atau KTD yang terkait dengan aspek keselamatan pasien, maka manajemen rumah sakit perlu menciptakan adanya budaya keselamatan pasien.

IOM merekomendasikan pengembangan keselamatan pasien yang merujuk pada budaya keselamatan pasien untuk memprediksikan peluang kesehatan yang dapat terjadi dengan melakukan analisa atau survei dengan mengukur budaya keselamatan pasien di rumah sakit.<sup>3</sup>

Mempertimbangkan hal tersebut dan pentingnya budaya keselamatan pasien di rumah sakit sebagaimana dijelaskan, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai budaya keselamatan pasien yang terbangun di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

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

## **BAHAN DAN CARA**

Jenis penelitian ini merupakan penelitian yang menggunakan pendekatan *mixed methods research* yaitu metode kuantitatif dengan pendekatan deskriptif dan metode

kualitatif dengan pendekatan studi kasus (*case study*). Penelitian ini dilaksanakan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada bulan November 2016 - Mei 2017. Metode pengumpulan data dilakukan dengan cara pengisian kuisioner oleh 30 responden, yang terdiri dari unit manajemen, IGD, rawat inap, rawat jalan, hemodialisa, laboratorium, radiologi, farmasi, fisioterapi, dan gizi, serta wawancara kepada 3 responden dari unit farmasi, manajemen keperawatan, dan fisioterapi.

Penelitian ini menggunakan instrumen MaPSCAT (*Manchester Patient Safety Culture Assesment Tool*) yang dipublikasikan oleh *National Patient Safety Agency*.<sup>4</sup> Berdasarkan MaPSaF terdapat 5 tingkatan budaya keselamatan pasien, yaitu: patologis, reaktif, birokratif, proaktif, dan generatif. Patologis berarti tidak ada sistem untuk pengembangan budaya *patient safety*; reaktif berarti sistemnya masih terpecah-pecah, dikembangkan sebagai bagian dari regulasi atau permintaan akreditasi atau untuk merespon insiden yang terjadi; birokratif berarti terdapat pendekatan sistematis terhadap *patient safety*, tetapi implementasinya masih terkotak kotak, dan analisis terhadap insiden masih terbatas pada situasi ketika insiden terjadi; proaktif berarti terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan; sedangkan generatif berarti pembentukan dan *maintenance* budaya *patient safety* adalah bagian sentral dari misi organisasi, efektifitas intervensi selalu dievaluasi, selalu belajar dari pengalaman yang salah maupun yang berhasil, dan mengambil tindakan-tindakan yang berarti untuk memperbaiki situasi.

Kuesioner ini terdiri dari 10 dimensi yang mengandung 24 aspek/tema, dengan pernyataan di masing-masing tingkatan budaya keselamatan pasien. Pengujian validitas dan reliabilitas dilakukan pada bulan Oktober 2016 dengan cara uji validitas teoritik dan uji reliabilitas stabilitas dengan uji test re-test. Hasil yang didapatkan terdapat 10 dimensi yang mengandung 24 aspek/tema dengan pernyataan yang valid dan reliabel. 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). Pengolahan data meliputi proses reduksi data, tayangan data, transformasi data, penghubung data, konsolidasi data, komparasi data, dan pengintegrasian data.

## HASIL

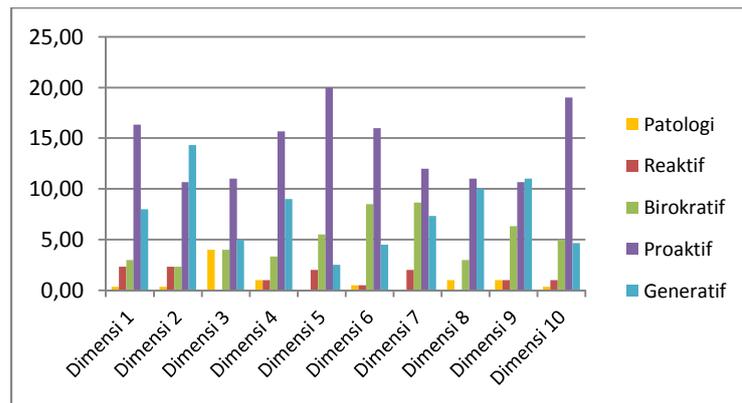
### 1. Karakteristik responden penelitian

Table 1. Karakteristik responden penelitian

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

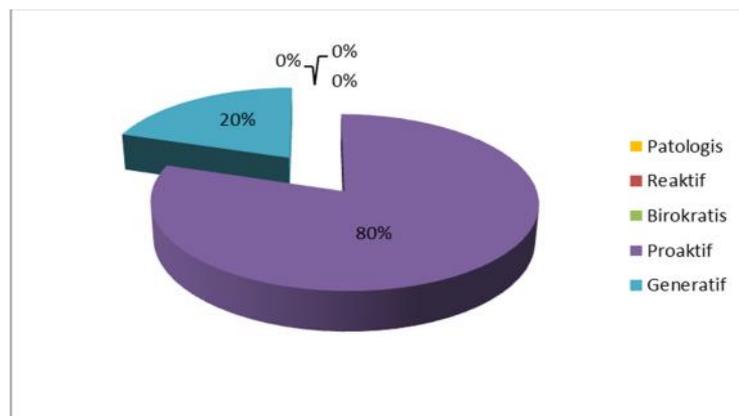
Berdasarkan Tabel 4.1, diketahui bahwa berdasarkan jenis kelaminnya, mayoritas responden berjenis kelamin perempuan yaitu 18 orang (60,0%) dan mayoritas berusia di antara 36-45 tahun, yaitu sebanyak 12 orang (40,0%). Responden berdasarkan pendidikan terakhir responden yaitu berpendidikan Diploma sebanyak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

## 2. Analisa budaya keselamatan pasien berdasarkan 10 dimensi MaPSaF



Gambar 1. Hasil dimensi budaya keselamatan pasien RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Berdasarkan pengumpulan data yang dilakukan didapatkan 8 dimensi budaya keselamatan pasien yang dominan berada di tingkat proaktif, yaitu: a) dimensi 1: komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan, b) dimensi 3: kesalahan sistem dan tanggung jawab individu, c) dimensi 4: perekaman insiden dan *best practice*, d) dimensi 5: evaluasi insiden dan *best practice*, e) dimensi 6: pembelajaran dan perubahan efektif, f) dimensi 7: komunikasi tentang isu keselamatan pasien, g) dimensi 8: manajemen kepegawaian dan isu keselamatan, dan h) dimensi 10: kerjasama tim . Terdapat 2 dimensi budaya keselamatan pasien yang dominan berada di tingkat generatif, yaitu: a) dimensi 2: prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien, dan b) dimensi 9: pendidikan dan pelatihan staf.



Gambar 2. Hasil Dimensi Budaya Keselamatan Pasien RS PKU Muhammadiyah

Berdasarkan gambar 2 secara keseluruhan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki tingkat budaya keselamatan pasien yang dominan pada tingkat proaktif (80%).

## 3. Analisa data wawancara responden

Table 2. Rangkuman Hasil Wawancara Pegawai RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

No.	Kategori	Tema
1	Pelaksanaan keselamatan pasien belum menjadi prioritas	Pelaksanaan keselamatan pasien sudah berjalan, namun belum efektif.
2	Belum semua staf merasakan <i>non blaming culture</i>	
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	Manajemen mampu mendukung pegawai rumah sakit dalam penerapan program keselamatan pasien.
5	Sistem pembelajaran dari insiden sudah digunakan, namun perubahan belum maksimal	
6	Komunikasi insiden antar pegawai berjalan efektif, namun komunikasi insiden dari keluarga pasien belum dimanfaatkan secara maksimal	
7	Dukungan penuh dari pihak manajemen	Komunikasi dan kerjasama tim masih terbatas.
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	

## PEMBAHASAN

### Dimensi 1: Komitmen Menyeluruh dan Berkelanjutan

Dimensi komitmen menyeluruh dan berkelanjutan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dominan berada di level proaktif (54%). Rumah sakit sudah melakukan pendekatan komprehensif terhadap budaya *patient safety*, intervensi yang *evidence-based* sudah diimplementasikan, dan selalu waspada terhadap risiko-risiko yang mungkin timbul. Rumah sakit mempunyai keinginan dan antusias yang besar untuk terus melakukan perbaikan, sehingga rumah sakit membuat kebijakan/SOP dengan melibatkan pasien dan masyarakat. 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.

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. 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*).<sup>5</sup> Salah satu penelitian yang dilakukan oleh Menik mengenai komitmen kerja terhadap penerapan keselamatan pasien di RSUP Sanglah Denpasar menunjukkan hasil yang signifikan ( $p\text{ value} = 0,000/ p < 0,05$ ).<sup>6</sup> 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.

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.

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

Dimensi prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dominan berada di level generatif (48%) yang menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama sebagai misi sentral di rumah sakit. 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, dapat dilihat dari manajemen risiko rumah sakit sudah tersosialisasi lebih luas pada organisasi rumah sakit dan masyarakat, hal tersebut membuat seluruh staf konsisten dalam melaksanakan sistem manajemen dan peningkatan mutu berkelanjutan.

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.

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

Dimensi kesalahan sistem dan tanggung jawab individu di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dominan berada di tingkat proaktif (46%). 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 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.<sup>7</sup> 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 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.<sup>8</sup> Sehingga rumah sakit perlu menumbuhkan budaya keselamatan pasien secara merata.

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.

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

Dimensi perekaman insiden dan *best practices* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dominan berada di tingkat proaktif (52%). 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.

Salah satu rekomendasi yang diajukan oleh Zahro, Lazuardi, dan Utarini 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.<sup>9</sup> 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.

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

Dimensi evaluasi insiden dan *best practices* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dominan berada di tingkat proaktif (67%). RS PKU Muhammadiyah sudah memiliki alur pelaporan yang berjalan dengan baik, dimanfaatkan 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. Namun masih terdapat 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.<sup>10</sup> Pertanyaan “mengapa” harus ditanyakan hingga tim investigasi mendapatkan fakta, bukan hasil spekulasi. Corwin et al. 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.<sup>11</sup> 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. Sehingga RS PKU Muhammadiyah perlu mengembangkan sistem evaluasi lebih lanjut, sehingga budaya melapor pada petugas akan membaik.

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

Dimensi pembelajaran dan perubahan efektif di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dominan berada di tingkat proaktif (53%). 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 dalam Setiowati, hal tersebut digunakan sebagai upaya untuk mengambil manfaat dengan belajar bagaimana mencegah atau menghindari kesalahan yang sama oleh petugas lain.<sup>12</sup>

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 penyebaran informasi terkait keselamatan pasien.

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

Dimensi komunikasi tentang isu keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dominan berada di tingkat proaktif (40%). 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 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*).<sup>1</sup>

Hal tersebut didukung dengan salah satu penelitian dari Qomariah dan Lidayah (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.

Komunikasi perlu dijalankan bukan hanya kepada sesama petugas, namun juga dilakukan kepada pasien, keluarga, ataupun 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.<sup>14</sup> 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.<sup>1</sup>

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

Dimensi manajemen kepegawaian dan isu keselamatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagian dominan di tingkat proaktif (44%). 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.<sup>15</sup> Sedangkan aspek kualitas individu dilihat dari pendidikan dan standar kompetensi yang dimiliki.

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). Pada dimensi ini RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah masuk ke tingkat proaktif, namun bukan berarti RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta tidak membutuhkan perbaikan dan peningkatan, manajemen harus mampu mempertahankan dan meningkatkan sistem kepemimpinan yang lebih baik lagi.

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

Dimensi pendidikan dan pelatihan staf di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dominan di tingkat generatif (37%). Marquis dan Haston menyatakan bahwa program pengembangan staf melalui pelatihan dan pendidikan merupakan program yang efektif untuk meningkatkan produktifitas bagi perawat.<sup>16</sup> 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.<sup>17</sup> 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.

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

Dimensi kerjasama tim di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dominan berada di tingkat proaktif (63%). 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.<sup>12</sup> Tim yang efektif dicirikan dengan adanya kepercayaan, rasa hormat, dan kolaborasi.<sup>19</sup> 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.<sup>1</sup> Hal tersebut didukung salah satu penelitian yang dilakukan Mulyana mengenai faktor-faktor penyebab insiden keselamatan pasien di rumah sakit "X" salah satunya adalah faktor kerjasama tim ( $p=0,012$ ).<sup>20</sup> Kerjasama yang baik dapat mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien.

## **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang budaya keselamatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang telah dilakukan dan dipaparkan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Secara umum berdasarkan tool MaPSCAT, saat ini RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki tingkat budaya keselamatan pasien berada di tingkat proaktif.
2. Terdapat 8 dimensi budaya keselamatan pasien yang berada di tingkat proaktif, yaitu: a) dimensi komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan, b) dimensi kesalahan sistem dan tanggung jawab individu, c) dimensi perekaman insiden dan *best practice*, d) dimensi evaluasi insiden dan *best practice*, e) dimensi pembelajaran dan perubahan efektif, f) dimensi komunikasi tentang isu keselamatan pasien, g) dimensi manajemen kepegawaian dan isu keselamatan, dan h) dimensi kerjasama tim.
3. Terdapat 2 dimensi budaya keselamatan pasien yang berada di tingkat generatif, yaitu: a) dimensi prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien, b) dimensi pendidikan dan pelatihan staf.
4. Program keselamatan pasien sudah berjalan, namun masih belum efektif dan masih membutuhkan perbaikan di beberapa sistem dan program keselamatan pasien.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Cahyono SB. 2008. Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik Kedokteran. Yogyakarta: Percetakan Kanisius.

2. Budihardjo A. 2008. Pentingnya Safety Culture di Rumah Sakit – Upaya Meminimalkan Adverse Events. *Jurnal Manajemen Bisnis*, Vol. 1 No. 1: hal. 53 - 70.
3. Institute of Medicine. 2000. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. USA. Diakses pada tanggal 24 Januari 2017, dari: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>
4. National Patient Safety Agency. 2006. *Manchester Patient Safety Framework (MaPSAF) – Acute*. Diakses pada 13 Januari 2017, dari: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59796>
5. Yulia S. 2010. Tesis: Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana Mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di RS Tugu Ibu Depok. Program Studi Magister Keperawatan. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia. Depok. Diakses pada tanggal 25 April 2017, dari: <http://www.edu.ui.ac.id/files>
6. Menik K. 2015. Tesis: Hubungan Motivasi dan Komitmen Kerja Perawat terhadap Penerapan Keselamatan Pasien di Ruang Intensif RSUP Sanglah Denpasar. Magister Kesehatan Masyarakat. Universitas Udayana. Denpasar. Diakses pada tanggal 25 April 2017, dari: <http://erepo.unud.ac.id/4335/1/9131f28b0eba4859e34552b456b33584.pdf>
7. Reason JT, Carthey J & Leval MR. 2001. Diagnosing “Vulnerable System Syndrome”: an Essential Prerequisite to Effective Risk Management. *Quality in Health Care*. 10(Suppl II):ii21–ii25. Diakses pada tanggal 25 April 2017, dari: [http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/10/suppl\\_2/ii21.full.pdf](http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/10/suppl_2/ii21.full.pdf)
8. Iskandar H, Maksum H & Nafisah. 2014. Tesis: Faktor Penyebab Penurunan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit. Fakultas Kedokteran. Universitas Brawijaya. Malang.
9. Zahro S, Lazuardi L & Utarini A. 2016. Tesis: Evaluasi Prototipe Sistem Pencatatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Berbasis Web di Rumah Sakit. Program Ilmu Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta. Diakses pada tanggal 26 April 2017, dari: <http://seminar.ilkom.unsri.ac.id/index.php/kntia/article/viewFile/1195/527>
10. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). 2015. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*. Jakarta. Diakses pada tanggal 26 April 2017, dari: [http://www.pdpersi.co.id/kanalpersi/website\\_ikprs/content/pedoman\\_pelaporan.pdf](http://www.pdpersi.co.id/kanalpersi/website_ikprs/content/pedoman_pelaporan.pdf)
11. Corwin G, et al. 2017. *Root Cause Analysis of Adverse Events in Intensive Care Unit in the Veterans Health Administration*. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2017;195:A1423
12. Setiowati D. 2010. Tesis: Hubungan Kepemimpinan Head Nurse dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Universitas Indonesia. Jakarta
13. Qomariyah SN & Lidiyah UA. 2015. Hubungan Faktor Komunikasi dengan Insiden Keselamatan Pasien. *Journal of Ners Community* Volume 06, Nomor 02, November 2015 Hal. 166 – 174.
14. Nurmalia D. 2012. Tesis: Pengaruh Program Mentoring Keperawatan Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap RS Islam Sultan Agung Semarang. Universitas Indonesia. Jakarta.
15. Nishizaki Y, et al. 2010. Relationship Between Nursing Workloads and Patient Safety Incidents. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2010;3, p.49–54. Diakses pada tanggal 27 Mei 2017, dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004610/pdf/jmdh-3-049.pdf>

16. Marquis BL & Huston CJ. (2010). *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan: Teori dan Aplikasi*. Edisi keempat. Jakarta: EGC.
17. International Council of Nurse (ICN). 2007. *Nurses and Primary Health Care. Position Statement*. Geneva: ICN
18. Ilyas. 2003. *Kiat Sukses Manajemen Tim Kerja*. Jakarta: Gramedia Pustaka Tama
19. Christensen C & Larson JR. 1993. *Collaborative Medical Decision Making*. *Med Decis Making*, 13:33946.
20. Mulyana DS. 2013. *Tesis: Analisis Penyebab Insiden Keselamatan oleh Perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Program Magister Administrasi Rumah Sakit. Universitas Indonesia. Jakarta.