Assosiasi Dosen Muhammadiyah Magister Administrasi Rumah Sakit, x(x): xxx-xxx, Juli 2018 ISBN: xxx-x-xx-xxxx-x
Website: http://penelitiankesehatan.com/index.html

Budaya keselamatan Pasien dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Pertamina Plaju Palembang

Dewi Agustina[1], Arlina Dewi[2]
[1]Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit UMY
[2]Hospital Management Study Program, Muhammadiyah University of Yogyakarta
Email: dewijk09@yahoo.com

Abstrak

Latar Belakang: Budaya keselamatan pasien di rumah sakit Pertamina Plaju Palembang masih belum cukup baik, hal ini dapat dilihat oleh banyaknya jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang tercatat tim KPRS. Padahal rumah sakit yang bertipe C ini berkewajiban menerapkan budaya keselamatan pasien dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Metode : Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Jumlah sampel penelitian menggunakan rumus Slovin yang diambil dari bagian medis dan paramedis, penunjang medis, dan manajemen serta penentuan sampling dengan *proportional stratified random sampling*. Pengukuran budaya keselamatan pasien menggunakan kuesioner MaPSaF (*Manchester Patient Safety Framework*) yang telah dipublikasikan NPSA (*National patient Safety Agency*) tahun 2006 dan telah diuji validitas dan reabilitas oleh penelitian sebelumnya. Kuesioner ini terdiri dari 10 dimensi dengan 24 aspek pertanyaan. Hasil : Penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan penilaian MaPSaF sebesar 70 % berada ditingkat proaktif, 20% ditingkat generatif, dan 10% di tingkat birokratif. Secara keseluruhan budaya keselamatan pasien dominan ditingkat proaktif. Simpulan : Budaya keselamatan pasien di rumah sakit Pertamina Plaju Palembang berada ditingkat proaktif, tetapi masih perlu perbaikan hingga ke tingkat generatif dengan peningkatan kesadaran, kerjasama yang baik, serta tanggung jawab akan pentingnya budaya keselamatan pasien.
.

©2018 Proceeding Healthcare. All rights reserved

Kata Kunci: *budaya keselamatan pasien, MaPSaF*

PENDAHULUAN

Budaya keselamatan pasien adalah nilai, persepsi, keyakinan, sikap dan kompetensi serta pola perilaku dari individu maupun kelompok berdasar komitmen dari organisasi rumah sakit dengan tujuan menjamin keselamatan pasien selama perawatan di rumah sakit. Penerapan budaya keselamatan pasien bertujuan untuk mendeteksi kesalahan yang akan maupun telah terjadi yang dapat meningkatkan kesadaran dan melaporkan jika terjadi insiden (1). Secara garis besar, NPSA (2004) menyebutkan budaya keselamatan pasien terdapat 4 komponen yaitu : terbuka, adil, infomatif dan belajar dari kesalahan (2).

Terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit dapat memberikan dampak yang bisa merugikan pihak rumah sakit maupun pasien karena dapat memperpanjang masa perawatan, meningkatnya cedera bahkan kematian, perilaku yang saling menyalahkan, konflik antar petugas dan pasien, tuntutan hukum, blow up media massa, serta dapat menurunkan citra dan mutu pelayanan rumah sakit

menjadi kurang baik. Kondisi ini harus diantisipasi agar keselamatan pasien terjamin, pelayanan pasien secara kontinu, serta organisasi tetap berjalan (3).

Menurut laporan dari Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada bulan Januari 2010 hinggal April 2011 dibeberapa propinsi di Indonesia angka kejadian dilaporkan sebanyak 137 insiden. Propinsi Jawa Timur menempati urutan tertinggi yakni sebesar 27% di antara sebelah profinsi lain. Berdasarkan 137 insiden tersebut, 55,47% merupakan kejadian tidak diharapkan, 40,15% kejadian nyaris cedera dan 4,38% lainnya. Data itu juga menyebabkan kematian sebanyak 8,76%, cedera permanen 2,19%, cedera sementara 21,17%, dan cedera ringan sebanyak 19,71% (4).

Hasil studi pendahuluan yang diperoleh RS Pertamina Plaju Palembang merupakan salah satu layanan kesehatan milik BUMN di kota Palembang yang pada tahun 2017 telah lulus aktreditasi tingkat paripura dan berbentuk RSU tipe C. Hal ini menjadi acuan dalam upaya peningkatan keselamatan pasien untuk mutu pelayanan lebih baik. Persiapan menjelang akreditasi sebelumnya, RS Pertamina Plaju Palembang sudah menyiapkan beberapa upaya keselamatan pasien, seperti penyusunan audit pedoman SOP keselamatan pasien berdasarkan 6 sasaran keselamatan KARS serta seluruh pegawai telah mengikuti pelatihan keselamtan pasien. Meskipun demikian, insiden keselamatan pasien masih terjadi seperti tabel di bawah ini.

Tabel 1.1 Laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Bulan Juli-Oktober 2017

No	Keterangan Insiden	Jumlah	Bulan
1	KNC	3	4 Juli 2017 10 Juli 2017 14 Juli 2017
2	KNC	3	Agustus 2017
3	KNC	3	Septembe r 2017
4	KTD	1	Oktober 2017
	KNC	1	Oktober 2017

Sumber : Tim KPRS Pertamina Plaju Palembang

Berdasarkan dari keadaan yang terjadi di RS Pertamina Plaju Palembang menggambarkan bahwa standar yang ditetapkan belum terpenuhi dan budaya keselamatan pasien masih memerlukan perhatian khusus dalam pelaksanaan program kesehatan agar tidak menimbulkan potensi kerugian sehingga tujuan dari penelitian ini adalah untuk menilai budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Pertamina Plaju Palembang.

METODE PENELITIAN

Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian menggunakan metode kuantitatif pendekatan *cross sectional* yang mengevaluasi budaya keselamatan pasien di RS Pertamina Plaju Palembang. Penilaian dengan metode kuantitatif merupakan survey dengan menggunakan daftar

pertanyaan yang baku dan hasilnya dapat merupakan data berbentuk persentase yang menggambarkan sebuah gejala (5).

Subjek dan Objek penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS Pertamina Plaju Palembang yang beralamat di komplek Pertamina UP III Plaju, jalan pengantingan No. 1, Komperta Palembang 30628. Subjek dalam penelitian ini adalah manajemen RS, staf medis dan paramedis (dokter, perawat, bidan) serta penunjang medis (laboratorium, fisioterapi, hemodialisa, radiologi, gizi, farmasi dan rekam medis). Sedangkan objek penelitiannya adalah penilaian budaya keselamatan pasien di pelayanan kesehatan RS Pertamina Plaju.

Sampel dan Sampling

Sampel dalam penelitian ini adalah manajemen, staf medis dan paramedis, serta penunjang medis dengan menggunakan rumus *Slovin*. Rumus besar sampel pada penelitian ini adalah (6) :

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = jumlah anggota sampel

N = jumlah anggota populasi

e = tingkat kesalahan (umumnya digunakan 1 % atau 001, 5 % atau 0,05, dan 10 % atau 0,1 yang dapat dipilih peneliti)

Populasi dalam penelitian ini berjumlah 142 orang yang terdiri dari bagian manajemen 5 orang, staf medis dan paramedis berjumlah 111 orang serta penunjang medis berjumlah 26 orang. Maka besar sampel nya sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{142}{1 + 142 \text{ x } 0{,}1^2}$$

$$= 58{,}67 \text{ dibulatkan menjadi } 59.$$

Teknik pengambilan sampel dengan *Proportional Stratified Random Sampling*. Penghitungan jumlah populasi menggunakan rumus n = populasi kelas/ jumlah keseluruhan populasi x jumlah sampel yang ditentukan.

Staf medis dan paramedis :

111 / 142 x 59 = 46,11 (dibulatkan 46 responden)

Staf penunjang medis :

26 / 142 x 59 = 10,80 (dibulatkan 11 responden)

Manajemen :

5 / 142 x 59 = 2,07 (dibulatkan 2 responden).

Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian dengan kuesioner terdiri dari 10 dimensi MaPSaF (*Manchester Patient Safety Framework*) yang didalamnya juga terdapat beberapa aspek pertanyaan dan telah dilakukan uji validitas dan reabilitas oleh penelitian sebelumnya dengan menggunakan uji terpakai kuesioner.

Penilaian kuesioner menggunakan *skala likert* (1-5) untuk menentukan tingkat maturitasnya yaitu 1 (patologik), 2 (reaktif), 3 (birokratif), 4 (proaktif), 5 (generatif).

Analisa data

Data yang diperoleh dari hasil kuesioner selanjutnya akan dianalisis secara pendekatan deskriptif untuk mengetahui adanya hubungan antara data yang ada dengan teori yang digunakan untuk memperoleh hasil yang jelas mengenai persolalan yang diteliti.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Tabel 1.2 Karakteristik responden

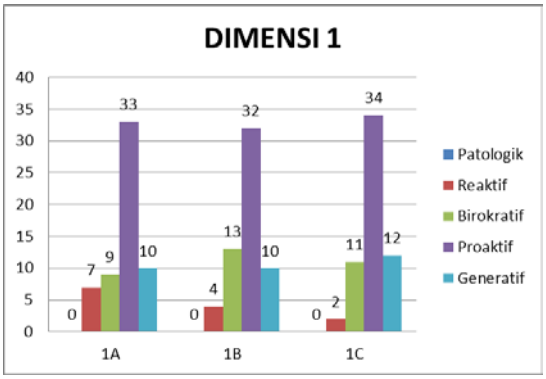
Jenis Kelamin	**Jumlah (n)**	**Persentase (%)**
Laki-laki	8	14%
Perempuan	51	86%
Usia	**Jumlah (n)**	**Persentase (%)**
20-29 tahun	28	47%
30-39 tahun	25	42%
40-49 tahun	6	10%
Masa Kerja	**Jumlah (n)**	**Persentase (%)**
<2 tahun	18	31%
2-5 tahun	14	24%
> 5 tahun	27	46%
Pendidikan terakhir	**Jumlah (n)**	**Persentase (%)**
D3	46	78%
S1	13	22%
Sosialisasi *Patient Safety*	**Jumlah (n)**	**Persentase (%)**
Sudah	57	97%
Belum	2	3%
Unit Kerja	**Jumlah (n)**	**Persentase (%)**
Medis dan Paramedis	46	78%
Penunjang Medis	11	19%
Manajemen	2	3%

Sumber : Data primer diolah, 2018

Berdasarkan tabel 1.2 Diketahui berdasarkan jenis kelamin mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 51 orang (36%), mayoritas berusia antara 20-29 tahun yaitu 28 orang (47%). Masa kerja responden terbanyak >5 tahun yaitu 27 orang (46%) dengan pendidikan terakhir mayoritas D3 sebanyak 46 orang (78%). Sedangkan mayoritas responden telah mendapatkan sosialisasi patient safety sebanyak 57 orang (97%).

Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan Masing-masing Dimensi MaPSaF

1) Dimensi 1 (komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan)

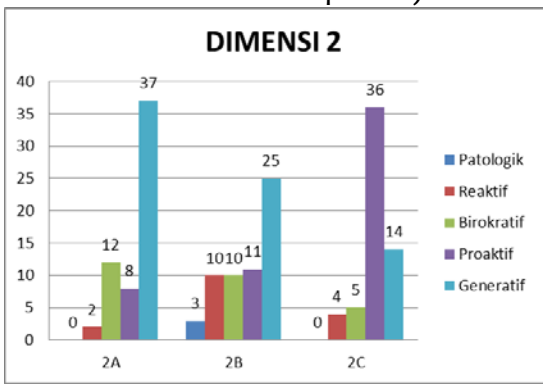


Gambar 1.1 Distribusi Dimensi Komitmen Menyeluruh Terhadap Perbaikan yang Berkelanjutan

Berdasarkan gambar 1.1 Aspek komitmen untuk perbaikan (1A) sebagian besar berada di tingkat proaktif sebanyak 33 responden (56%) yaitu rumah sakit mempunyai keinginan dan antusias yang besar untuk terus melakukan perbaikan. Penelitian yang dilakukan oleh Nurlaily (2017) menunjukkan ada hubungan yang kuat antara komitmen organisasi dengan pencegahan kejadian tidak diharapkan dengan p value 0,000 (p< α (0,05) dengan nilai korelasi r = 0,823. Perilaku pencegahan KTD disumbangkan oleh komitmen organisasi sebesar 68,3% (7). Distribusi dari aspek pemeriksaan / audit (1B) sebagian besar berada di tingkat proaktif sebanyak 32 responden (54%) yaitu rumah sakit ingin memberikan mutu yang terbaik. Para dokter terlibat dalam proses audit guna terus melakukan perbaikan. Evaluasi medis merupakan audit internal serta manajemen review yang bertujuan meningkatkan mutu serta efektifitas pelayanan medis dan tidak dapat digunakan sebagai alat untuk menghukum seseorang atau suatu kelompok. Hasil temuan audit internal dan standar yang berlaku dilakukan evaluasi oleh kegiatan manajemen yang berupa rapat termasuk melibatkan dokter dan staf ahli untuk menyelesaikan akar penyebab (8).

Sedangkan pada aspek SOP dan kebijakan (1C) sebagian besar berada ditingkat proaktif sebanyak 34 responden (58%) yaitu SOP, protokol dan kebijakan dibahas dan dilaksanakan sebagai dasar pelayanan. Pasien dan keluarga diajak terlibat dalam membuat keputusan pelayanan.

2) Dimensi 2 (prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien)



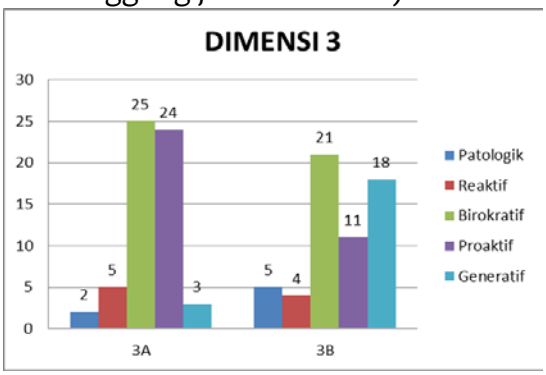
Gambar 1.2 Distribusi Dimensi prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien

Berdasarkan gambar 1.2 dapat dilihat bahwa aspek prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien (2A) sebagian besar sudah berada di tingkat generatif sebanyak 37 responden (63%) yaitu keselamatan pasien merupakan prioritas utama di rumah sakit. Distribusi dari aspek sistem manajemen risiko (2B) sebagian besar berada di tingkat generatif sebanyak 25 responden (42%) yaitu seluruh staf konsisten dalam melaksanakan sistem manajemen risiko dan peningkatan mutu

berkelanjutan. Sedangkan pada aspek pelaksanaan keselamatan pasien (2C) sebagian besar berada di tingkat proaktif sebnayak 36 responden (61%) yaitu semua petugas terlibat dalam keselamatan pasien.

Hal ini sesuai dengan Depkes RI (2008) yang menyatakan ada beberapa isu penting yang berhubungan dengan keselamatan di rumah sakit diantaranya keselamatan pasien, keselamatan petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan rumah sakit, serta keselamatan lingkungan yang berdampak pada pencemaran lingkungan rumah sakit. Tetapi harus diakui bahwa pasien sebagai motor penting dari kegiatan institusi rumah sakit. Maka dari itu keselamatan pasien adalah prioritas utama dan harus dilaksanakan karena berhubungan dengan mutu dan citra dari suatu rumah sakit (9).

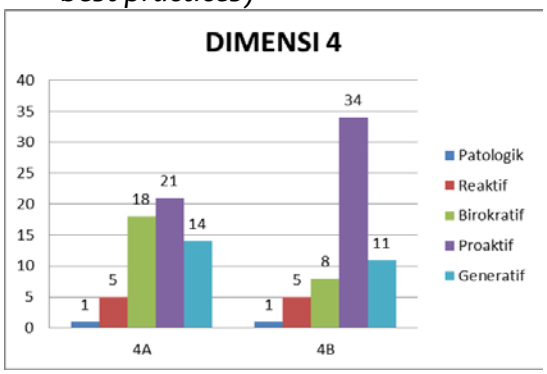
3) Dimensi 3 (kesalahan sistem dan tanggung jawab individu)



Gambar 1.3 Distribusi Dimensi Kesalahan Sistem dan Tanggung Jawab Individu

Berdasarkan gambar 1.3 Dapat dilihat bahwa aspek penyebab insiden (3A) sebagian besar sudah berada di tingkat birokratif sebanyak 25 responden (42%) yaitu insiden terjadi akibat kesalahan sistem, bukan hanya individu. Sedangkan distribusi dari aspek budaya keselamatan pasien (3B) sebagian besar berada di tingkat birokratif sebanyak 21 responden (36%) yaitu budaya terbuka dan adil, namun petugas belum merasakannya.

4) Dimensi 4 (perekaman insiden dan *best practices*)



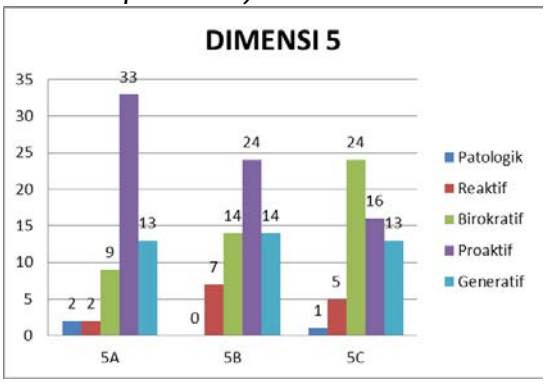
Gambar 1.4 Distribusi Dimensi Perekaman Insiden dan *Best Practices*

Berdasarkan gambar 1.4 dapat dilihat bahwa aspek sistem pelaporan dan kegunaannya (4A) sebagian besar sudah berada di tingkat proaktif sebanyak 21 responden (36%) yaitu proses pelaporan mudah dilakukan dan bersifat ramah. Sedangkan distribusi dari aspek apa yang petugas rasakan pada saat melaporkan insiden (4B) sebagian besar berada di tingkat proaktif yaitu 34 responden (58%) yaitu staf merasa aman untuk melaporkan insiden karena dapat belajar dari masalah tersebut.

Tetapi Ada faktor lain yang dapat mempengaruhi rendahnya pelaporan insiden seperti penelitian yang dilakukan oleh Andrini T, dkk (2015) di instalasi farmasi RSUD Ngudi Waluyo Wlingi pada petugas farmasi dan

jajaran manajemen terkait dengan hasil analisa menunjukkan pengetahuan petugas farmasi kurang tentang apa yang harus dilaporkan dan bagaimana pelaporannya (10).

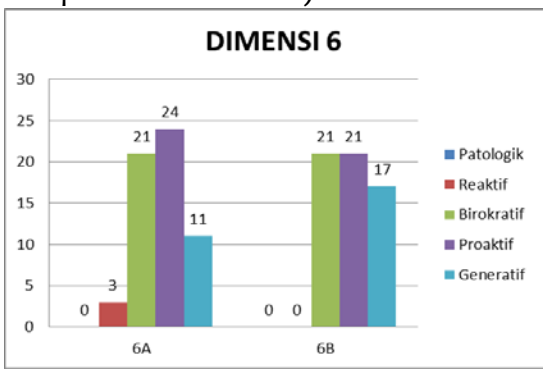
5) Dimensi 5 (evaluasi insiden dan *best practices*)



Gambar 1.5 Distribusi Dimensi Evaluasi Insiden dan *Best Practices*

Berdasarkan gambar 1.5 dapat dilihat bahwa aspek analisis data (5A) sebagian besar sudah berada di tingkat proaktif sebanyak 33 responden (56%) yaitu melakukan analisis insiden dengan analisis akar penyebab, tujuannya adalah untuk pembelajaran. Distribusi dari aspek fokus investigasi (5B) sebagian besar di tingkat proaktif sebanyak 24 responden (41%) yaitu insiden keselamatan pasien dan *near miss* fokus pada perbaikan, selain itu juga melibatkan pasien. Sedangkan distribusi dari aspek hasil investigasi (5C) sebagian besar berada di tingkat birokratif sebanyak 24 responden (41%) yaitu hasil investigasi dipakai untuk pembahasan prosedur dan pelaksanannya.

6) Dimensi 6 (pembelajaran dan perubahan efektif)



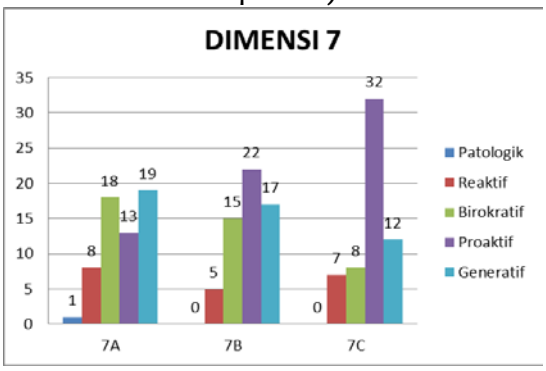
Gambar 1.6 Distribusi Dimensi Pembelajaran dan Perubahan Efektif

Berdasarkan gambar 1.6 dapat dilihat bahwa aspek belajar dari insiden keselamatan (6A) sebagian besar sudah berada di tingkat proaktif sebanyak 24 responden (41%) yaitu sudah ada budaya belajar dari insiden dan membagikan hasilnya untuk membuat perubahan. Sedangkan distribusi dari aspek siapa yang berperan dalam memutuskan adanya perubahan pasca insiden (6B) sebanyak 21 responden (36%) ditingkat birokratif yaitu komite keselamatan pasien dan manajer memutuskan perubahan tetapi kurang melibatkan peran serta petugas dan proaktif yaitu petugas turut aktif dalam memutuskan perubahan setelah suatu insiden keselamatan pasien dan berkomitmen melaksanakannya.

Hal ini senada dengan tujuan secara khusus pelaporan insiden keselamatan pasien agar terciptanya sistem pelaporan insiden keselamatan pasien, mengetahui penyebab sampai ke akar masalah tentang insiden keselamatan pasien, serta sebagai pembelajaran dalam perbaikan asuhan agar mencegah terjadinya insiden yang

sama terjadi sehingga pelayanan mutu dan keselamatan pasien semakin meningkat di rumah sakit (11).

7) Dimensi 7 (komunikasi tentang isu keselamatan pasien)

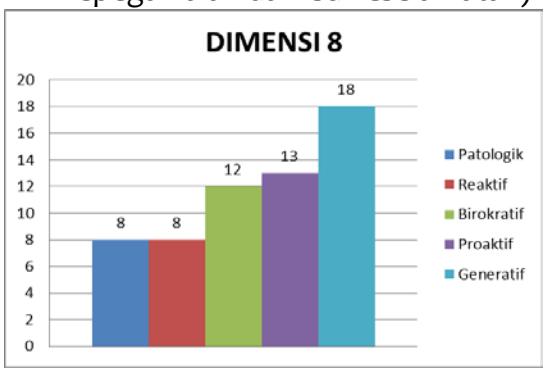


Gambar 1.7 Distribusi Dimensi Komunikasi Tentang Isu Keselamatan Pasien

Berdasarkan gambar 1.7 dapat dilihat dari aspek komunikasi tentang keselamatan pasien (7A) sebagian besar berada di tingkat generatif sebanyak 19 responden (32%) yaitu ada keterbukaan rumah sakit, termasuk melibatkan peran pasien dalam mengembangkan kebijakan manajemen risiko. Distribusi dari aspek membagi informasi (7B) sebagian besar di tingkat proaktif sebanyak 22 responden (37%) yaitu informasi tentang keselamatan pasien dibagikan pada sesi *briefing* sudah diagendakan oleh petugas. Sedangkan dari aspek komunikasi tentang keselamatan pasien kepada pasien (7C) sebagian besar di tingkat proaktif sebanyak 32 responden (54%) yaitu dilakukan komunikasi yang efektif tentang keselamatan pasien kepada pasien dan keluarga atau pengunjung rumah sakit.

RS Pertamina plaju Palembang selalu berusaha membangun komunikasi yang efektif baik secara internal maupun dengan pihak yang terkait dalam hal ini pasien dan keluarga dalam membangun peningkatan budaya keselamatan pasien. Rumah sakit barusaha menyampaikan informasi tentang kondisi yang menyebabkan risiko terjadinya suatu kesalahan dan memberikan motivasi kepada pasien yang berhubungan dengan keselamatan pasien tersebut (12).

8) Dimensi 8 (manajemen kepegawaian dan isu keselamatan)



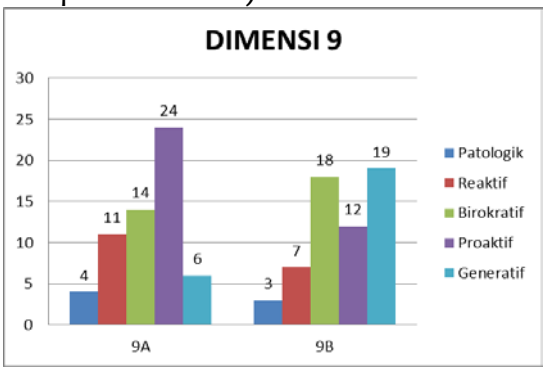
Gambar 1.8 Distribusi Dimensi Manajemen Kepegawaian dan Isu Keselamatan

Berdasarkan gambar 1.8 dapat dilihat dari aspek apakah petugas merasa di dukung? Sebagian besar berada di tingkat generatif sebanyak 18 responden (31%) yaitu manajemen kepegawaian melakukan refleksi dan pembahasan tentang kompetensi petugas, melakukan sipervisi dan metoring, kesehatan petugas diperhatikan.

Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan Saraswati (2014) yang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara supervisi pelayanan keperawatan dengan penerapan

budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana (13). Penelitian lain juga menunjukkan program mentoring mempunyai pengaruh sebesar 20% terhadap penerapan budaya keselamatan pasien dan yang tidak mendapatkan mentoring bereseko mengalami penurunan sebesar 2,5 kali lebih besar (12).

9) Dimensi 9 (pendidikan dan pelatihan staf)

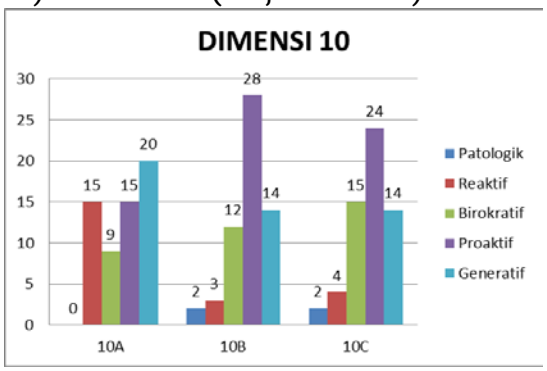


Gambar 1.9 Distribusi Dimensi Pendidkkan dan Pelatihan Staf

Berdasarkan gambar 1.9 dapat dilihat dari aspek kebutuhan pelatihan (9A) sebagian besar berada di tingkat proaktif sebanyak 24 responden (41%) yaitu ada upaya untuk mengidentifikasi pelatihan apa yang dibutuhkan petugas dan menyelaraskan dengan kebutuhan rumah sakit. Sedangkan dari aspek tujuan penelitian (9B) sebagian besar di tingkat generatif sebanyak 19 responden (32%) yaitu pelatihan dilihat sebagai cara untuk mendukung staf guna mengembangkan potensinya.

Peningkatan pengetahuan adalah dampak yang diharapkan rumah sakit dari suatu pelatihan mutu dan keselamatan pasien, pelatihan sebagai sarana untuk meningkatkan pengetahuan baru dan meningkatkan kinerja individu dan sistem (14).

10) Dimensi 10 (kerjasama tim)



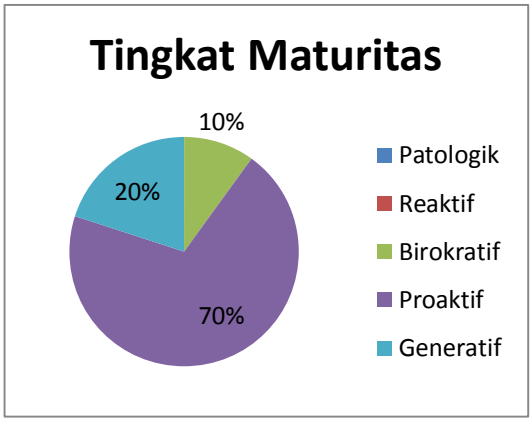
Gambar 1.10 Distribusi Dimensi Kerjasama Tim

Berdasarkan gambar 1.10 dapat dilihat dari aspek struktur tim (10A) sebagian besar berada di tingkat generatif sebanyak 20 responden (34%) yaitu tim bersifat fleksibel, kontribusi dibidang lain dihargai. Distribusi dari aspek seperti apa menjadi anggota tim (10B) sebagian besar di tingkat proaktif sebanyak 28 responden (47%) yaitu kolaborasi antar anggota tim berjalan dengan baik. Sedangkan dari aspek arus informasi dan *sharing* (10C) sebagian besar berada di tingkat proaktif sebanyak 24 responden (41%) yaitu tim terbuka untuk membagiakn informasi termasuk pada pihak luar.

Kerjasama tim merupakan interaksi antar professional kesehatan yang bekerja saling bergantung satu sama lain dalam melakukan perawatan pada pasien dengan tujuan memberikan perawatan serta berbagi informasi dalam pengambilan keputusan bersama (15). Komponen dari kerjasama tim yang efektif terdiri dari keterbukaan komunikasi, lingkungan yang leluasa, mempunyai

tujuan jelas, anggota tim mempunyai peran dan tugas yang jelas, saling menghormati dan menghargai, bertanggung jawab, setiap anggota berpartisipasi, memahami prosedur dalam pengambilan keputusan, mekanisme evaluasi hasil dan kesesuaian dengan peraturan dan sebagainya (16).

Budaya Keselamatan Pasien Secara Keseluruhan Berdasarkan Dimensi MaPSaF



Gambar 1.11 Persentase Keseluruhan Dimensi Budaya Keselamatan pasien RS Pertamina Plaju Palembang

Bedasarkan hasil dari gambar 1.11 budaya keselamatan pasien RS pertamina Plaju Palembang secara keseluruhan dominan berada di tingkat proaktif (70%) yaitu sistem budaya keselamatan pasien di rumah sakit Pertamina Plaju Palembang sudah bersifat komprehensif terhadap budaya keselamatan pasien dan sudah mengimplementasikan *evidence-based*. Terdapat 2 dimensi berada di tingkat generatif (20%) dimana menunjukkan budaya keselamatan rumah sakit Pertamina Plaju Palembang sudah terintegrasi dan maintenance, serta efektifitas rutin dievaluasi, dan selalu belajar dari pengalaman dan mengambil tindakan untuk perbaikan situasi. Sedangkan terdapat 1 dimensi yang berada di tingkat birokratif (10%) , implementasi sistem budaya keselamatan pasien rumah sakit Pertamina Plaju Palembang sudah tertata baik, tetapi masih terbatas saat situasi ketika terjadinya insiden.

SIMPULAN

1. Budaya keselamatan pasien berdasarkan kuesioner MaPSaF terdapat 7 dimensi di tingkat proaktif yaitu komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan, perekaman insiden dan *best practices*, evaluasi insiden dan *best practices*, pembelajaran dan perubahan efektif, komunikasi tentang isu keselamatan pasien, pendidikan dan pelatihan staf, dan kerjasama tim.
2. Budaya keselamatan pasien berdasarkan kuesioner MaPSaF terdapat 2 dimensi di tingkat generatif yaitu prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien, dan manajemen kepegawaian dan isu keselamatan.
3. Budaya keselamatan pasien berdasarkan kuesioner MaPSaF terdapat 1 dimensi di tingkat birokratif yaitu kesalahan sistem dan tanggung jawab individu.
4. Secara keseluruhan hasil penelitian menggunakan kuesioner 10 dimensi MaPSaF dominan menunjukkan sebesar 70% berada di tingkat proaktif dimana rumah sakit Pertamina Plaju Palembang telah bersifat komprehensif terhadap

budaya keselamatan pasien dan telah mengimplementasikannya sesuai dengan *evidence-based.*

5. Program budaya keselamatan pasien sudah berjalan, tetapi masih belum efektif dan masih harus melakukan perbaikan di beberapa dimensi budaya keselamatan pasien.

Saran

Bagi RS Pertamina Plaju Palembang

a. Setiap unit kerja harus mengutamakan budaya keselamatan pasien dengan peningkatan kesadaran dan tanggung jawab untuk melaporkan insiden yang terjadi dengan tidak takut untuk melaporkan, serta lebih meningkatkan kerjasama baik dalam 1 unit atau antar unit untuk meminimalkan kesalahan yang terjadi.
b. Rumah sakit meningkatkan dukungan secara penuh terhadap kebutuhan petugas yaitu : peningkatan pengetahuan, pelatihan, hingga sosialisasi secara berkala tentang keselamatan pasien.
c. Tim KPRS dan manajemen lebih meningkatkan evaluasi insiden dan *best practices* dalam memaksimalkan tahapan analisis dan evaluasi baik secara sederhana hingga dengan *Root Cause Analysis* (RCA) meskipun masing-masing memiliki tugas dan tanggung jawab lain.
d. Rumah sakit memelihara sistem keselamatan pasien yang ada dengan melibatkan seluruh petugas agar pelaksanaan keselamatan pasien melekat dengan melakukan supervisi dan monitoring, serta survey budaya keselamatan pasien secara kontinu untuk mengetahui kondisi yang telah terbentuk dan sebagai acuan dalam mempertahankan serta mengembangkan budaya keselamatan pasien untuk menjadi prioritas utama.

Bagi peneliti selanjutnya

Mengembangkan penelitian ini lebih mendalam baik secara kualitatif dengan interview pada bagian unit di rumah sakit baik bagian medis dan paramedis, penunjang medis maupun manajemen atau juga dilakukan penelitian dengan *Focus Group Discusion* (FGD) kepada seluruh bagian yang terkait dengan keselamatan pasien agar mendapatkan hasil yang mendalam mengenai keadaan yang terjadi.

Keterbatasan penelitian

Tidak adanya data kualitatif dengan interview tim KPRS atau bagian lain di rumah sakit, tidak melakukan observasi secara langsung mengenai penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit, serta minim nya waktu peneliti menyebabkan tidak dapat mengembangkan penelitian ini lebih luas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sammer EC, Singh KP, Mains DA, Lackan N. What is patient safety culture? A review literature. Journal Nursing Scholarship. 2009;42(2), 156.

2. Irawan AG, Yulia, Mulyadi. Hubungan supervisi dengan

penerapan budaya keselamatan pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit XX. Jurnal STIKes Muhamadiyah Palembang. 2017;5 N.

3. Apriningsih D, Joesto M. Kerjasama tim dalam budaya keselamatan pasien di RS X (studi kualitatif di suatu RSUD di Provinsi Jawa Barat). Journal Ilmiah Kesehatan. 2013;5(3).

4. KKP-RS. Laporan insiden keselamatan. Jakarta: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit; 2011.

5. Jannah LM, Prasetyo B. Pendekatan kuantitatif. In 2014. Available from: http://repository.ut.ac.id/4598/2/SOSI4311-M1.pdf

6. Sugiyono. Metode penelitian pendidikan pendekatan kuantitatif, kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.CV; 2010. 63 p.

7. Nurlaily AP. Hubungan Komitmen Organisasi dengan Pencegahan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dalam Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sukoharjo. [Semarang]: Diponegoro; 2017.

8. Yulia MM dr. N. Ciri dan manfaat Audit Klinis Pertemuan 12 [Internet]. Jakarta. Available from: www.esaunggul.ac.id

9. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Panduan nasional keselamatan pasien (patient safety). 2nd ed. Jakarta: Bhakti Husada; 2008.

10. Andrini T M, Harijanto T, Woro U E. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Rendahnya Pelaporan Insiden di Instalasi Farmasi RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. Jurnal Kedokteran Brawijaya. 2015;28:214–20.

11. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS). Pedoman pelaporan insiden keselamatan (IKP) (patient safety incident report). Jakarta; 2015. 3 p.

12. Nurmalia D. Pengaruh Program Mentoring Keperawatan terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap RS Islam Sultan Agung Semarang. [Jakarta]: Universitas Indonesia; 2012.

13. Saraswati. Hubungan Supervisi Pelayanan Keperawatan dengan penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana. 2014;

14. Dayton E, Henriksen K. Communication Failure: Basic Components Contributing Factors, and the Need For Structure. Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety and Health IT Conference. 2006;

15. Canadian Medical Association. Putting Patient First: Patient-Centered Collaborative Care, a Discussion paper. 2007;

16. O'Daniel M, Rosennstein A. Professional Communication and

Team Collaboration. In: Patient Safety and Quality. 3–5 p.