

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Keselamatan Pasien

a. Pengertian Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Departemen Kesehatan tahun 2008 mendefinisikan keselamatan pasien (*Patient Safety*) rumah sakit adalah suatu sistem yang diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang diakibatkan karena kesalahan melaksanakan suatu tindakan ataupun tidak melakukan sesuatu tindakan yang seharusnya dilakukan sehingga rumah sakit dapat membuat asuhan perawatan pasien yang lebih aman. Beberapa sistem yang dimaksud terdiri dari penilaian resiko dan identifikasi serta pengelolaan yang berkaitan dengan resiko, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden serta tindak lanjut juga implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Keselamatan pasien di artikan sebagai gerakan kualitas perawatan kesehatan dengan berbagai pendekatan pada komponen penting yang lebih konkrit. *Institute of Medicine* (IOM) juga mendefinisikan sebagai pencegahan bahaya pada pasien “*the*

prevention of harm patient”. Penekanan ditempatkan pada pemberi perawatan sehingga dapat mencegah kesalahan, belajar dari kesalahan yang pernah terjadi, dan dibangun berdasarkan budaya keselamatan pasien yang melibatkan profesional perawatan kesehatan, organisasi dan juga pasien. Glosarium di situs jaringan keselamatan pasien AHRQ memperluas definisi pencegahan bahaya yakni kebebasan dari cedera yang tidak disengaja atau juga yang dapat dicegah yang didapatkan dari perawatan medis (Mitchell, 2008).

b. Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan Keselamatan pasien menurut Departemen Kesehatan RI (2008) adalah seperti dibawah ini :

- 1) Terbentuknya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- 2) Akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien juga masyarakat semakin meningkat.
- 3) Menurunkan kejadian tidak diharapkan di rumah sakit.
- 4) Terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi kejadian tidak diharapkan (KTD) berulang.

c. Sasaran Keselamatan Pasien

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) telah menyusun sasaran keselamatan pasien yang terdiri dari 6 sasaran yang meliputi (Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), 2017):

1) Sasaran 1: Identifikasi pasien dengan tepat

Keadaan yang membuat identifikasi tidak tepat ialah saat pasien dalam keadaan disorientasi, terbius, koma, saat berpindah tempat dan kamar tidur, pindah lokasi dilingkungan rumah sakit, gangguan pendengaran, lupa identitas, atau dalam keadaan situasi lain. Proses identifikasi pasien dirumah sakit ini harus terdapat minimal 2 dari 3 bentuk identifikasi, yakni nama pasien, tanggal lahir, serta nomor rekam medik, atau juga bentuk lain seperti barcode atau NIK (nomor induk kependudukan) dengan tujuan dapat memastikan ketepatan pasien yang mendapat tindakan dan menyelaraskan tindakan yang dibutuhkan pasien.

2) Sasaran 2 : Peningkatan komunikasi efektif

Komunikasi dikatakan efektif jika tepat waktu, akurat, lengkap, tidak ambigu, dan diterima baik oleh penerima informasi yang bertujuan untuk meminimalkan kesalahan. Komunikasi dapat berbentuk verbal, elektronik, atau tertulis. Komunikasi yang rentan terjadi kesalahan ialah komunikasi verbal atau melalui sambungan telepon.

3) Sasaran 3 : Peningkatan keamanan *high alert medications*

Demi meningkatkan keamanan obat yang harus diwaspadai, rumah sakit harus menetapkan risiko spesifik dari

masing-masing obat dengan memperhatikan persepan, penyimpanan, penyiapan, pencatatan, serta memonitoring.

Obat jenis *high alert* disimpan di bagian farmasi/unit/depo.

- 4) Sasaran 4 : Kepastian ketepatan lokasi pembedahan, prosedur dan pasien

Rumah sakit diharapkan menetapkan prosedur yang seragam seperti dibawah ini :

- a) Pemberian tanda di tempat operasi, lokasi tempat operasi harus diberi tanda yang tepat dan dapat dikenali, termasuk sisi lateral, daerah struktur multipel, jari baik tangan maupun kaki, lesi, dan juga tulang belakang.
- b) Melakukan verifikasi praoperasi, dilakukan sebelum pasien tiba di tempat operasi dengan memastikan ketepatan tempat, prosedur dan pasien, dokumen yang terkait, rontgen, dan hasil pemeriksaan yang relevan, tersedia peralatan medik khusus seperti implant yang dibutuhkan pasien.
- c) Melakukan *Time Out* sebelum tindakan, dilakukan dengan semua anggota tim yang terlibat datang dan menyelesaikan pertanyaan yang belum terjawab atau hal lain yang masih diragukan.

- 5) Sasaran 5 : Pengurangan risiko infeksi yang berkaitan pelayanan kesehatan

Upaya untuk mengurangi infeksi di rumah sakit dengan melakukan *hand hygiene* sesuai dengan pedoman *World Health Organization* (WHO) dengan para staf diberikan pelatihan menggunakan sabun, disinfektan, dan handuk sekali pakai.

- 6) Sasaran 6 : Pengurangan risiko pasien jatuh yang mengakibatkan cedera

Rumah sakit menjalankan program monitoring misalnya, pembatasan gerak atau juga pembatasan *intake* cairan untuk mengurangi risiko dengan menetapkan kebijakan dan prosedur yang sesuai dengan rumah sakit.

d. Standar Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakan masalah yang harus segera ditangani di Indonesia sehingga diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit sebagai acuan. Standar keselamatan pasien di Indonesia memiliki 7 standar keselamatan pasien yang mengacu pada standar yang diterbitkan oleh Joint Commission on Accreditation of Health Organizations, Illinois, USA, tahun 2002 yaitu "*Hospital Patient safety Standards*" yaitu (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008):

1) Hak pasien

Pasien dan keluarga memiliki hak untuk menerima informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

2) Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus memiliki mekanisme untuk mendidik pasien dan keluarga mengenai kewajiban dan tanggung jawab dalam asuhan pasien. Dengan demikian, pasien dan keluarganya diharapkan dapat memberikan informasi secara benar, lengkap dan jujur, mengetahui kewajiban dan tanggung jawab, dapat bertanya hal yang tidak di pahami, menerima konsekwensi pelayanan, mematuhi instruksi dan menghormati peraturan RS, menunjukkan sikap hormat dan tenggang rasa, dan juga memenuhi kewajiban finansial yang telah disepakati.

3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah sakit menjamin pelayanan pasien yang berkesinambungan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan secara menyeluruh dimulai saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, *planning* pelayanan, terapi, rujukan sampai saat pasien keluar dari rumah sakit sesuai dengan kebutuhan pasien agar unit pelayanan dapat berjalan dengan baik.

- 4) Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Rumah sakit harus memperbaiki proses yang sudah ada atau merancang proses yang baru, memonitor dan mengevaluasi kinerja dengan cara pengumpulan data, analisa secara intensif serta melakukan perubahan.

- 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
 - a) Pimpinan mendorong dan secara terintegrasi menjamin implementasi program keselamatan pasien dengan menerapkan “ Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
 - b) Pimpinan menjamin program proaktif untuk identifikasi risiko dan program mengurangi kejadian yang tidak diharapkan.
 - c) Pimpinan mendorong untuk menumbuhkan komunikasi serta koordinasi antar unit dan individu dalam pengambilan keputusan.

- d) Pimpinan menempatkan sumber daya yang adekuat guna mengukur, mengkaji serta meningkatkan keselamatan pasien.
 - e) Pimpinan mengukur serta mengkaji keefektifitasan kontribusi dalam meningkatkan kinerja dan keselamatan pasien.
- 6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- a) Rumah sakit mempunyai proses pendidikan dan pelatihan maupun orientasi untuk masing-masing jabatan yang berkaitan dengan keselamatan pasien.
 - b) Rumah sakit mengadakan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan guna meningkatkan dan memelihara kompetensi staf untuk mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan.
- 7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien
- a) Dalam memenuhi kebutuhan informasi, rumah sakit merencanakan dan merancang manajemen informasi internal dan eksternal keselamatan pasien.
 - b) Transmisi data dan informasi diharuskan akurat dan tepat waktu.

e. Langkah Menuju Keselamatan Pasien (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008)

Rumah sakit harus memperbaiki proses yang sudah ada atau juga merancang proses yang baru dengan memonitor dan mengevaluasi kinerja dengan cara mengumpulkan data, analisa intensif kejadian serta melakukan perubahan yang sesuai dengan visi, misi dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terbaru, praktik bisnis yang sehat, juga faktor lain yang berpotensi menyebabkan risiko pada pasien. Oleh karena itu, perlu adanya tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit seperti dibawah ini :

1) Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien

Untuk Rumah Sakit :

- a) Rumah sakit mempunyai kebijakan yang memaparkan peran dan tanggung jawab individu jika ada insiden.
- b) Ciptakan kebiasaan melaporkan dan belajar dari insiden yang telah terjadi.
- c) Melakukan penilaian menggunakan survei penilaian keselamatan pasien.

Untuk Unit/Tim :

- a) Memastikan rekan sekerja dapat berbicara mengenai kepedulian serta berani melaporkan jika terjadinya suatu kejadian.
 - b) mendemonstrasikan kepada tim di rumah sakit untuk memastikan semua laporan dibuat terbuka dan adanya proses pembelajaran serta tindakan solusi yang tepat dari insiden yang telah terjadi.
- 2) Pimpin dan dukung staf

Untuk Rumah Sakit :

- a) Adanya anggota pimpinan yang bertanggung jawab dengan keselamatan pasien.
- b) Mengidentifikasi orang yang bisa diandalkan sebagai penggerak dalam gerakan keselamatan pasien.
- c) Memprioritaskan keselamatan pasien dalam agenda rapat direksi atau rapat manajemen.
- d) Memasukkan keselamatan pasien dalam setiap aspek program latihan dan pastikan semua mengikuti dan diukur keefektifitasannya.

Untuk Unit/Tim :

- a) Memilih penggerak untuk memimpin gerakan keselamatan pasien.
 - b) Mendeskripsikan kepada tim relevansi, seberapa penting dan manfaat menjalankan gerakan keselamatan pasien.
 - c) Menumbuhkan sikap yang menghargai pelaporan insiden.
- 3) Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko

Untuk Rumah Sakit :

- a) Struktur dan proses manajemen risiko klinis dan non klinis di telaah kembali serta pastikan terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf.
- b) Kembangkan indikator kinerja yang dapat dimonitor oleh pimpinan rumah sakit.
- c) Gunakan informasi yang jelas dan benar yang didapatkan dari sistem pelaporan insiden dan penilaian risiko.

Untuk Unit/Tim :

- a) Buat forum diskusi mengenai isu keselamatan pasien untuk memberikan *feedback* kepada pihak yang terkait.
- b) Pastikan adanya penilaian risiko pada individu pasien.

- c) Lakukan proses penilaian risiko secara teratur dan ambil langkah untuk memperkecil risiko tersebut.
 - d) Pastikan penilaian risiko disampaikan sebagai masukan dan pencatatan.
- 4) Kembangkan sistem pelaporan
- a) Untuk Rumah Sakit :

Lengkapi rencana implementasi pelaporan insiden ke dalam dan luar, yang harus dilaporkan ke KKPRS-PERSI.
 - b) Untuk Unit/Tim :

Memberikan semangat untuk aktif melaporkan setiap adanya insidensi yang terjadi.
- 5) Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- Untuk Rumah Sakit :
- a) Pastikan mempunyai kebijakan yang menjabarkan tata cara komunikasi terbuka kepada pasien dan keluarga.
 - b) Pastikan pasien dan keluarganya menerima informasi yang benar dan jelas.
 - c) Berikan *support* dan pelatihan serta semangat kepada staf untuk selalu terbuka kepada pasien dan keluarga.

Untuk Unit/Tim :

- a) Memastikan tim menghargai keterlibatan pasien dan keluarga jika telah terjadi insiden.
 - b) Prioritaskan memberitahu informasi yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga jika terjadi insiden.
 - c) Segera setelah kejadian, pastikan tim menunjukkan empati pada pasien maupun keluarga.
- 6) Belajar dan berbagi pengalaman mengenai keselamatan pasien

Untuk Rumah Sakit :

- a) Menjamin staf terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat.
- b) Kembangkan kebijakan yang menjabarkan *Root Cause analysis* (RCA) dan setiap tahun minimal satu kali melakukan *Failure Modes and Affects Analysis* (FMEA).

Untuk Unit/Tim :

- a) Diskusikan dengan tim pengalaman dan hasil analisis.
- b) Identifikasi unit lain yang mungkin kena dampak di masa depan.

7) Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

Untuk Rumah Sakit :

- a) Gunakan informasi yang benar dan tepat untuk memberikan solusi.
- b) Solusi mencakup penjabaran ulang sistem, penyesuaian pelatihan staf, termasuk penggunaan instrument untuk menjamin keselamatan pasien.
- c) Lakukan penilaian risiko pada setiap perubahan.
- d) Sosialisasikan solusi dari KKPRS-PERSI.
- e) Beri *feedback* setiap tindakan pada insiden yang dilaporkan.

Untuk Unit/Tim :

- a) Melibatkan anggota tim dalam mengembangkan cara asuhan pasien yang lebih baik dan aman.
- b) Telaah kembali perubahan yang dibuat dan pastikan pelaksanaannya.
- c) Memastikan tim mendapat *feedback* pada setiap tindak lanjut insiden.

f. Jenis Insiden Keselamatan Pasien

Insiden Keselamatan Pasien (IKP) diartikan sebagai kejadian yang tidak disengaja dan berpotensi menyebabkan cedera pada

pasien tetapi dapat dicegah (Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), 2017). Berdasarkan KKPRS Tahun 2015 menyatakan IKP terdiri dari :

1) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*Adverse Event*

Sebuah insiden dapat menyebabkan cedera yang tidak diharapkan pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau juga karena tidak melakukan suatu tindakan bukan karena kondisi dan penyakit dasar pasien.

2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/*Near Miss*

Terjadinya suatu insiden yang tidak menyebabkan cedera karena belum sampai terpapar ke pasien.

3) Kejadian Tidak Cedera (KTD)

Suatu insiden yang telah terpapar pasien akan tetapi tidak timbul cedera pada pasien. Misalnya pemberian suatu obat yang dapat menimbulkan reaksi alergi pada pasien tetapi diketahui secara dini lalu segera diberikan antidotumnya.

4) Kondisi Potensial Cedera (KPC)/*Reportable Circumstance*

Kondisi dimana belum terjadi insiden, tetapi sangat berpotensi menimbulkan cedera.

5) Kejadian Sentinel/*Sentinel Event*

Suatu kejadian tidak diharapkan yang menimbulkan kematian atau bahkan cedera yang serius. Semua kejadian harus dilakukan analisis akar masalah dengan *Root Cause Analysis* (RCA) dan rencana tindakan yang harus selesai terhitung waktu 45 hari setelah kejadian. Setiap rumah sakit mendefinisikan operasional kejadian sentinel meliputi (Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), 2017):

- a) Kematian yang tidak di duga, termasuk dan tidak hanya berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien (contohnya kematian karena infeksi pasca operasi), kematian bayi aterm, dan bunuh diri.
- b) Kehilangan permanen fungsi yang tidak terkait dengan penyakit pasien.
- c) Operasi salah sisi tempat, salah prosedur standar operasional salah pasien.
- d) Terkena penyakit fatal akibat transfusi atau produk darah dan transplantasi organ.
- e) Penculikan bayi atau anak.
- f) Pemerksaan, kekejaman di tempat kerja yang berakibat kematian atau kehilangan fungsi organ permanen pada

pasien, anggota staf, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa latihan serta pengunjung dalam lingkungan rumah sakit.

g. Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan

Pelaporan insiden keselamatan merupakan sistem yang digunakan untuk dokumentasi laporan insiden keselamatan pasien, analisis, serta solusi untuk pembelajaran yang diharapkan mendorong individu untuk lebih *aware* akan bahaya dan potensi bahaya yang terjadi pada pasien. Pelaporan ini juga penting untuk memonitor pencegahan kesalahan untuk dilakukan investigasi (Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), 2017).

Sistem pelaporan juga digunakan untuk memberikan informasi tentang insiden yang telah terjadi kepada bagian manajerial sehingga bisa dipakai sebagai pembelajaran agar kejadian serupa tidak terulang kembali, serta budaya keselamatan pasien ini dapat mengurangi pengeluaran keuangan rumah sakit yang disebabkan oleh kejadian tersebut (Carthey and Clarke, 2010).

Sistem pelaporan insiden yang mencakup KTD, KNC, dan KTC dilakukan secara internal rumah sakit dan kepada Komite

Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KNKPRS) setelah dianalisis dan telah mendapatkan rekomendasi dan solusi dari Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS). Sistem pelaporan ini harus dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim dan tidak mudah diakses oleh orang yang tidak berkepentingan yang ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem untuk meningkatkan keselamatan pasien tetapi tidak untuk menyalahkan orang (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PERMENKES) Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011, n.d.).

Pelaporan insiden keselamatan pasien mempunyai 2 tujuan, yakni tujuan umum dan tujuan khusus yang di jelaskan lebih rinci seperti dibawah ini (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS), 2015) :

1) Tujuan Umum

Menurunkan insiden keselamatan pasien seperti KTD, KNC, KPC, KTC dan juga untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pada pasien.

2) Tujuan Khusus

a) Rumah Sakit (Internal)

- (1) Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien

(2) Diketahui penyebab sampai ke akar masalah insiden keselamatan pasien

(3) Didapatkannya pembelajaran perbaikan asuhan untuk mencegah kejadian berulang di kemudian hari.

b) KNKPRS (Eksternal)

(1) Diperolehnya data nasional insiden keselamatan pasien yang mencakup KTD, KNC, KTC dan KPC

(2) Diperolehnya pembelajaran peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien untuk rumah sakit lain

(3) Ditetapkannya langkah praktis keselamatan pasien di rumah sakit Indonesia.

Tahapan proses sistem pelaporan insiden keselamatan di jabarkan secara sistematis dibawah ini :

- 1) Setiap terjadinya suatu insiden harus dilaporkan secara internal rumah sakit kepada TKPRS paling lambat 2x24 jam
- 2) Selanjutnya TKPRS menindaklanjuti dengan melakukan analisis dan memberikan rekomendasi serta solusi atas insiden yang telah dilaporkan
- 3) TPKRS melaporkan hasilnya kepada bagian kepala rumah sakit

- 4) Rumah sakit harus melaporkan suatu insiden yang di analisis, rekomendasi serta solusi KTD dengan tertulis kepada KNKPRS.
- 5) KNKPRS akan melakukan pengkajian dan feedback juga solusi atas laporan insiden secara nasional (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PERMENKES) Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011, n.d.).

Dengan dilakukannya pelaporan internal melalui TKPRS dan selanjutnya dilakukan pelaporan eksternal melalui KNKPRS dimaknai sebagai rumah sakit telah berpartisipasi dalam penyediaan data nasional angka keselamatan pasien, pembelajaran di rumah sakit lain dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, serta penetapan langkah praktis keselamatan pasien rumah sakit di seluruh Indonesia (Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), 2017).

2. Budaya dan Penilaian Keselamatan pasien

a. Pengertian Budaya Keselamatan Pasien

Kata budaya menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia dapat diartikan sebagai pikiran, akal budi atau adat istiadat (Suharso, 2005). Budaya berasal dari bahasa sansekerta yakni *buddhayah*, bentuk jamak dari *buddhi* (budi atau akal) yang berarti hal yang

berkaitan dengan budi dan akal manusia. Sedangkan dalam bahasa inggris, budaya atau *culture* yang mempunyai arti mengolah atau mengerjakan (Wikipedia, 2018).

Agency of Healthcare Research and quality (AHRQ) menjelaskan pengertian budaya keselamatan pasien adalah sejauh mana budaya organisasi mendukung dan mendorong keselamatan pasien yang mengacu pada nilai, kepercayaan, dan norma yang dimiliki oleh praktisi perawatan kesehatan dan staf lain yang mempengaruhi tindakan dan perilaku. Budaya keselamatan ini dapat diukur dengan menentukan apa yang dihargai, di dukung, diharapkan dan diterima yang berkaitan dengan keselamatan pasien oleh organisasi (*Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, 2017).

Berdasarkan dari nilai serta kepercayaan yang di yakini suatu organisasi akan terbentuk pola perilaku individu dan organisasi secara terintegrasi dan kontinu dalam usaha untuk meminimalkan hal yang dapat membahayakan pasien. Budaya keselamatan pasien harus dikenali dan di maknai oleh seluruh anggota pegawai layanan rumah sakit termasuk bagian manajemen dengan dilakukannya pelatihan secara berkala oleh professional dan pemimpin organisasi karena pelayanan kesehatan

sangat rentan akan terjadinya kesalahan. Budaya keselamatan positif memiliki berbagai aspek yaitu: komunikasi yang bersifat terbuka dan percaya, persamaan persepsi tentang keselamatan, keyakinan dan ketepatan ukuran pencegahan, pembelajaran dari organisasi, adanya komitmen dan tanggung jawab pemimpin, serta pendekatan dengan tidak menyalahkan dan tidak memberi hukuman terhadap insiden yang terjadi (Kirk et al., 2007).

Pentingnya pengembangan budaya keselamatan pasien ditekankan dalam laporan “*To Err Is Human*” *Institute of Medicine* yang menyatakan organisasi pelayanan kesehatan harus mengembangkan budaya keselamatan sedemikian sehingga berfokus kepada peningkatan reliabilitas dan keselamatan pelayanan pasien (Kohn et al., 2000).

Budaya keselamatan juga di maknai sebagai budaya yang aman, yang berarti budaya organisasi yang mendorong setiap anggota baik klinis atau administratif melaporkan hal yang mengkhawatirkan keselamatan dan mutu pelayanan rumah sakit. Evaluasi rutin juga di lakukan oleh direktur rumah sakit dengan menggunakan beberapa metode, survey resmi, wawancara staf, analisa data, serta diskusi kelompok (Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), 2017).

Reason and Hobbs (2003) melakukan identifikasi 3 komponen utama mengenai budaya keselamatan yakni budaya belajar, hanya budaya serta budaya pelaporan. Budaya yang adil merupakan budaya tentang kepercayaan, yang didefinisikan dimana budaya yang dapat di terima atau tidak di terima, keadilan dan akuntabilitas adalah komponen yang paling penting. Pelaporan atas kesalahan dan memfasilitasi laporan insiden dan isu keselamatan, komitmen untuk memperbaiki sesuatu yang rusak. Budaya pembelajaran ialah salah satu belajar dari insiden, *near miss*, dan identifikasi isu keselamatan pasien lainnya. Dari 3 komponen tersebut jika tanpa budaya keadilan, akan memiliki laporan yang sedikit, dan tidak akan memiliki kesempatan untuk belajar dan melakukan peningkatan (Ulrich and Kear, 2014).

b. Budaya keselamatan pasien di berbagai negara

Menciptakan budaya positif dalam meningkatkan keselamatan pasien merupakan tantangan utama yang dihadapi oleh organisasi perawatan kesehatan. Sudah banyak rumah sakit melakukan penilaian budaya keselamatan pasien untuk menilai budaya mereka dan mengidentifikasi bagian untuk dilakukan perbaikan. Organisasi mungkin akan mengalami kesulitan yang sama sehingga perlu melakukan identifikasi tindakan untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien (Al Doweri et al., 2015).

Negara Taiwan, peneliti studi tentang budaya keselamatan pasien menggunakan survey kuesioner HSOPSC dengan 788 responden termasuk dokter, perawat dan staf non medis. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa staf rumah sakit memiliki tingkat positif yang rendah tentang budaya keselamatan pasien. Dimensi yang mendapatkan respon positif yang tinggi adalah “kerja tim dalam unit” seperti hasil yang dilakukan di United State (Chi and Hung-Hui, 2010).

Di lima rumah sakit di Belgia, penilaian budaya keselamatan pasien digunakan untuk menilai persepsi professional kesehatan tentang budaya keselamatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai terendah ialah “dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien” sebesar 35 %, “respon non hukuman dari kesalahan dan transfer dan transisi rumah sakit” sebesar 36 %, “staf” sebesar 28 %, serta “kerjasama di seluruh unit rumah sakit” sebanyak 40 %. Sedangkan nilai tertinggi sebanyak 70 % adalah dimensi “kerja tim dalam unit rumah sakit “ (Helling et al., 2007).

Hasil dari penelitian di publik rumah sakit Palestina menunjukkan, sebagian besar peserta berasal dari perawat dan dokter yaitu 62,2 % dengan kontak langsung dengan pasien sebesar 92 %, umumnya dari unit bedah yaitu 55,1 %. Campuran

keselamatan pasien dengan nilai positif tertinggi dengan 71 % adalah kerjasama tim, pembelajaran organisasi dan peningkatan yang berkelanjutan sebesar 62 % serta 56 % harapan manajer pengawasan dan tindakan promosi keselamatan pasien. Gabungan dengan nilai terendah adalah respon yang tidak dihukum terhadap kesalahan (17 %), frekuensi laporan kejadian (35 %), komunikasi terbuka (36 %), meskipun 53,2 % responden tidak banyak melaporkan kejadian di tahun sebelumnya, 63,5 % rata-rata tingkat keselamatan pasien yaitu sangat baik (Motasem and Abed Alra'oof, 2013).

c. Komponen budaya keselamatan pasien

Terdapat empat komponen budaya keselamatan pasien yang terdiri dari (Hamdani, 2007) :

1) Informed Culture

Budaya dimana pihak yang mengatur dan mengoperasikan sistem mempunyai pengetahuan terkini faktor yang menjelaskan tentang keselamatan.

2) Reporting Culture

Budaya dimana anggota selalu siap melaporkan jika terjadinya insiden atau kesalahan sehingga organisasi bisa belajar dari pngalaman serta mempunyai kemampuan untuk

identifikasi risiko akibat terjadinya insiden sehingga dapat mencegah atau mengurangi kejadian yang serupa.

3) *Just Culture*

Budaya dimana anggota mempunyai motivasi memberikan data dan informasi serta sensitif atau peka pada perilaku yang dapat maupun tidak dapat di terima termasuk jika staf jujur serta terbuka saat melakukan kesalahan tidak mendapatkan hukuman.

4) *Learning Culture*

Budaya dimana setiap anggota bersedia menambah pengetahuan dari pengalaman yang di dapatkan serta bersedia mengimplementasikan perubahan dan perbaikan yang secara berkelanjutan.

d. Manfaat budaya keselamatan pasien

Menurut Bird (2005) memaparkan manfaat budaya keselamatan pasien yang meliputi (Hamdani, 2007).

- 1) Organisasi akan lebih tau jika terdapat kesalahan yang akan maupun telah terjadi
- 2) Meningkatnya laporan kejadian yang dibuat membuat organisasi belajar dari kesalahan yang telah terjadi sehingga

- berpotensi menurunnya kejadian yang sama berulang di kemudian hari dan keparahan dari keselamatan pasien
- 3) Kesadaran akan keselamatan pasien, yakni bekerja untuk mencegah kesalahan dan melaporkan jika ada kesalahan
 - 4) Berkurangnya pegawai yang merasa tertekan, bersalah dan malu karena kesalahan insiden yang telah di lakukan
 - 5) Berkurangnya *turn over* pasien, karena pasien tersebut umumnya akan mengalami perpanjangan hari perawatan dan riwayat pengobatan yang lebih dari seharusnya
 - 6) Mengurangi biaya yang diakibatkan oleh kesalahan dan penambahan terapi
 - 7) Mengurangi sumber daya yang dibutuhkan untuk menangani keluhan pasien tersebut.

e. Metode penilaian budaya keselamatan pasien

Saat ini telah banyak metode standar penilaian budaya keselamatan pasien yang di kembangkan oleh beberapa organisasi seperti AHRQ, Stanford, dan MaPSaF dengan metode kuantitatif menggunakan instrumen kuesioner untuk melihat budaya keselamatan pasien dari pandangan staf di rumah sakit (Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2017). Berikut

merupakan beberapa organisasi penilaian budaya keselamatan pasien :

1) *Agency for Health Care Research Quality (AHRQ)*

Agency for Health Care Research Quality (AHRQ) telah digunakan dengan baik. Pada tahun 2014, data dari survey yang dilakukan di 653 rumah sakit (405,281 responden) dan 935 kantor medis (27,103 reponden) telah dilaporkan di komperatif database AHRQ. Selain itu banyak organisasi dan unit kerja yang menggunakan survey keselamatan pasien menggunakan AHRQ tanpa pelaporan data ke komparatif database. Tujuan dari AHRQ adalah membuat perawatan kesehatan lebih aman, makin berkualitas, lebih mudah di akses, dan terjangkau. AHRQ mempunyai 4 area fokus dan perawatan yaitu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, dengan mempercepat implementasi dari *Patient Center Outcome Research (PCOR)*, membuat pelayanan keselatan lebih aman, meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan, setrta meningkatkan kesembuhan dalam pelayanan kesehatan, tingkat efisien, serta transparansi biaya (Ulrich and Kear, 2014).

AHRQ mengembangkan metode penilaian menggunakan instrumen *The Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) menggunakan 12 dimensi yang terdiri dari : persepsi, frekuensi pelaporan, supervisi, pembelajaran organisasi, kerjasama intrabagian, keterbukaan komunikasi, timbal balik kesalahan, sanksi kesalahan, staf/pegawai, kerjasama antar bagian, pemindahan dan pergantian (Colla et al., 2005).

Rumah sakit di Amerika Serikat menggunakan alat ukur utama dengan HSOPSC, tetapi alat ini mendapatkan beberapa unpan balik tentang penggunaannya karena tidak semua item dalam alat ini valid dan reliabel serta generalisabel di negara lain (Blengen et al., 2009).

2) *Stanford*

Survey yang dikembangkan oleh Stanford dengan menggunakan instrument *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) yang mempunyai 6 elemen yang terdiri dari : kerjasama, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi stress, persepsi manajemen serta kondisi kerja. *Stanford Instrument* (SI) menggunakan 5 elemen budaya keselamatan pasien, meliputi : organisasi, produksi, departemen, pelaporan, dan

juga kesadaran diri. *Modified Stanford Instrument* (MSI) yang merupakan modifikasi dari Stanford instrument hanya memiliki 3 elemen, yakni nilai keselamatan, takut dan reaksi negatif, dan persepsi keselamatan (Hamdani, 2007).

Kelebihan dari alat ini ialah dapat digunakan di berbagai organisasi diluar kesehatan seperti perawatan intensif, rawat inap klinik rawat jalan, panti jompo, bioskop dan lain sebagainya. SAQ merupakan alat yang paling umum dan telah divalidasi secara ketat untuk mengukur iklim keselamatan. Perbedaan dari alat lain adalah hasil skor yang lebih tinggi pada SAQ di kaitkan dengan hasil data *outcome* staf yang positif (Pronovost and Sexton, 2005). Kelebihan lain dari SAQ relatif lebih cepat dan singkat, serta dapat difungsikan untuk mengamati perubahan dengan implementasi secara berulang dari waktu ke waktu. Sedangkan kelemahan dari SAQ ini walaupun telah banyak di ujikan di Amerika Serikat, alat ini mempunyai tingkat respon rendah terhadap responden dikarenakan kuesioner terlalu sederhana dan hanya sedikit menjelaskan hal-hal dari dimensi yang terdapat di SAQ sehingga responden cenderung enggan untuk mengisi kuesioner tersebut (The Health Foundation, 2011).

3) *Modified Manchester Patient Safety Framework* (MaPSaF)

Metode penilaian budaya keselamatan pasien lainnya adalah dengan *Modified Manchester Patient Safety Framework* (MaPSaF) yang merupakan salah satu alat yang diterbitkan oleh *National Patient Safety Agency* (NPSA) tahun 2006 dengan tujuan untuk memodifikasi dan menentukan dimensi dan tema alat budaya keselamatan pasien. MaPSaF ini awalnya dikembangkan oleh Dianne parker, Seu kirk, Tanya Claridge, Annez Esmailand dan Martin Marshall dalam sebuah proyek kolaborasi yang didukung juga oleh Primary Research oleh Care Research and Development Center, Univercity of Manchester (National Patient Safety Agency (NPSA), 2006).

MapPSaF ini di buat dengan tujuan untuk (National Patient Safety Agency (NPSA), 2006) :

- a) Membantu mengenali bahwa keselamatan pasien merupakan konsep multidimensional yang kompleks.
- b) Memudahkan refleksi pada budaya keselamatan pasien dari organisasi perawatan kesehatan tertentu.
- c) Untuk merangsang berdiskusi mengenai kekuatan dan kekakuan budaya keselamatan pasien dalam organisasi.
- d) Menunjukkan perbedaan persepsi antar kelompok.

- e) Membantu memahami sebuah organisasi dengan budaya keselamatan yang lebih matang.
- f) Membantu mengevaluasi setiap intervensi spesifik untuk mengubah budaya organisasi.

Alat MaPSaF ini di desain dengan kelebihan yang bertujuan untuk membantu tim mengenai keselamatan pasien yang merupakan konsep multidimensional yang kompleks, memudahkan refleksi budaya keselamatan pasien dari organisasi keselamatan tertentu/tim, merangsang diskusi tentang kekakuan dan kekuatan budaya keselamatan pasien, mengungkapkan persepsi antar kelompok staf, membantu memahami budaya keselamatan pasien yang lebih matang, dan membantu mengevaluasi setiap intervensi spesifik. Kelebihan lainnya yaitu alat ukur untuk menilai budaya keselamatan pasien serta menilai tingkat maturitas sehingga dapat memberi penilaian untuk perbaikan (National Patient Safety Agency (NPSA), 2006).

Meskipun alat MaPSaF ini sudah digunakan dengan luas di beberapa negara terutama di Inggris, akan tetapi alat ini memiliki kekurangan karena memiliki data informasi penggunaan alat tergolong minim atau sedikit di karenakan sebagian besar organisasi rumah sakit yang menggunakan alat

ini tidak mempublikasikan mengenai penggunaan dan hasil (The Health Foundation, 2011).

Dimensi Penilaian *Modified Manchester Patient Safety Framework* (MaPSaF) tahun 2006 yang berjumlah 10 dimensi tersebut adalah (National Patient Safety Agency (NPSA), 2006):

a) Komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan

Berapa banyak yang di investasikan dalam mengembangkan kualitas agenda? Apa yang dimaksud komitmen dalam tujuan utama dari kebijakan dan prosedur? Upaya apa yang akan dibuat dalam perbaikan secara terus menerus untuk inovasi dan kolaborasi yang lebih baik?

b) Prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien

Seberapa seriuskah masalah isu keselamatan pasien yang diambil? Dimana tanggung jawab untuk isu keselamatan pasien?

c) Kesalahan sistem dan tanggung jawab individu

Sistem pelaporan seperti apa yang ada? Bagaimana laporan insiden diterima? Bagaimana insiden dilihat sebagai kesempatan untuk menyalahkan atau memperbaiki?

d) Perekaman insiden dan *best practices*

Siapa yang menyelidiki insiden dan bagaimana cara mereka menyelidiki? Apa tujuan dari pencatatan insiden?

e) Evaluasi insiden dan *best practices*

Bagaimana semua insiden dievaluasi? Apa pengakuan disana merupakan praktek yang aman? Bagaimana data yang dihasilkan digunakan?

f) Pembelajaran dan perubahan efektif

Apa yang akan terjadi setelah kejadian? Mekanisme apa yang ditempatkan untuk belajar dari kejadian? Bagaimana pengenalan perubahan dan evaluasi?

g) Komunikasi tentang isu keselamatan pasien

Sistem komunikasi seperti apa yang ada? Apa saja fiturnya? Bagaimana kualitas pencatatan untuk komunikasi tentang keselamatan?

h) Manajemen kepegawaian dan isu keselamatan

Bagaimana isu masalah keselamatan dikelola di tempat kerja? Bagaimana masalah pengelolaan staf? Apa prosedur rekrutmen dan seleksi?

i) Pendidikan dan pelatihan staf

Bagaimana, mengapa dan kapan edukasi dan pelatihan program tentang keselamatan pasien di kembangkan? Apa pendapat staf mengenai hal itu?

j) Kerjasama tim

Bagaimana dan mengapa tim dikembangkan? Bagaimana tim dikelola? Berapa banyak tim yang bekerja di lingkungan isu keselamatan pasien?

Tingkat kematangan organisasi atau maturitas dalam penerapan budaya keselamatan menurut MaPSaF terdapat lima tingkatan, yakni patologis, reaktif, birokrasi, proaktif, dan generatif yang digunakan sebagai pedoman untuk mengembangkan budaya keselamatan pasien. Maturitas budaya keselamatan pasien juga di klasifikasikan oleh Ashcroft (2005) menjadi lima tingkat maturitas seperti tabel dibawah ini (Ashcroft, 2005) :

Tabel 2 Tingkat Maturitas Keselamatan Pasien

Tingkat Maturitas	Pendekatan Budaya Keselamatan Pasien
Patologik	Belum ada sistem yang mendukung pengembangan budaya keselamatan pasien.
Reaktif	Sistem masih terpecah-pecah dan dikembangkan hanya saat adanya permohonan akreditasi dan sebagai respon insiden yang terjadi.
Kalkulatif / Birokratis	Implementasi sistem sudah tertata baik, tetapi masih terbatas saat situasi ketika terjadinya insiden
Proaktif	Sistem sudah bersifat komprehensif terhadap budaya keselamatan pasien dan sudah mengimplementasikan evidence-based.
Generatif	Budaya keselamatan pasien sudah terintegrasi dan maintenance, serta efektifitas rutin dievaluasi, selalu belajar dari pengalaman dan mengambil tindakan untuk memperbaiki situasi.

Sumber Ashcroft D.M. (2005)

B. Penelitian Terdahulu

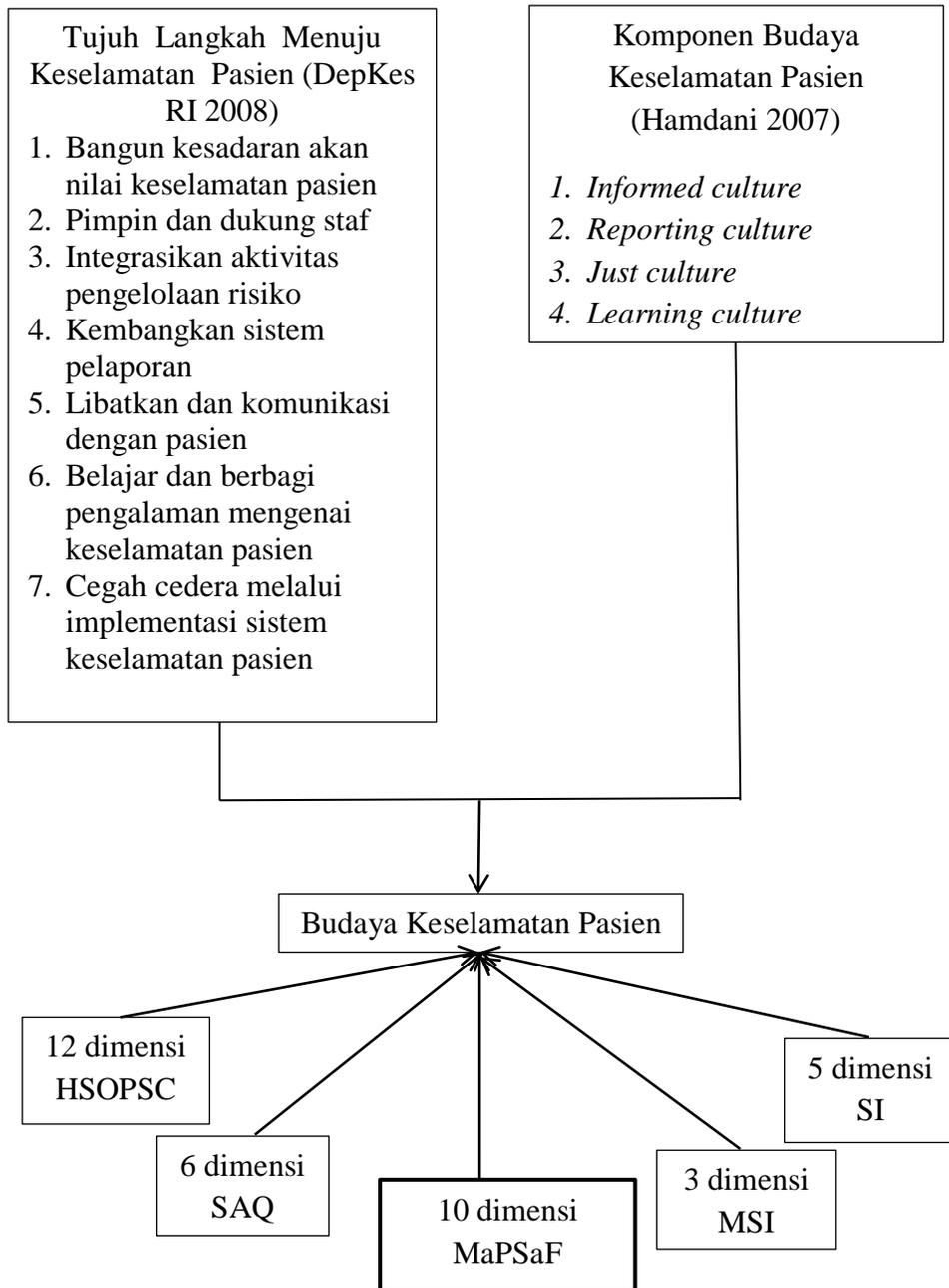
1. Diny (2015) penelitiannya yang berjudul “Analisis Budaya Keselamatan pasien Dalam Pelayanan Kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping”. Penelitian ini meneliti tentang budaya keselamatan pasien dengan menggunakan kuesioner yang berjudul HSOPSC menurut AHRQ (2004) dengan menggunakan mixed methods research yaitu metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* hasilnya menunjukkan penerapan budaya keselamatan pasien berada di kategori cukup dengan nilai mean 74.09 dan

- kualitatif dengan *case study* hasilnya terdapat gap/perbandingan pelaporan antara KPRS dan hasil penelitian di lapangan sedangkan penelitian ini hanya dengan metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* menggunakan kuesioner *Manchester Patient Safety Framework* (MaPSaF).
2. Dwita (2013) dalam penelitiannya yang berjudul “Analisis Budaya Keselamatan Pasien di RS PKU Muhammadiyah Bantul”. Penelitian ini dengan *mixed method research* yaitu kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* dan kualitatif dengan studi kasus. Penelitian ini menggunakan kuesioner HSOPSC menurut *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (2004) dengan sampel hanya perawat dan bidan dengan hasil mean dan median 73.9. Masih ditemukan gap pelaporan insiden keselamatan pasien antara tim keselamatan pasien dan real di lapangan. Sedangkan pada penelitian ini dengan metode kuantitatif pendekatan *cross sectional* menggunakan kuesioner *Manchester Patient Safety Framework* (MaPSaF) dengan sampel manajer rumah sakit dan pegawai/staf rumah sakit.
 3. Yennike (2015) dalam penelitiannya yang berjudul “Budaya Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah sakit X Kabupaten Jember”. Penelitian deksriptif melalui proses wawancara dengan terhadap 113 perawat dengan pendekatan *cross sectional* hasilnya

- indikator budaya keselamatan pasien untuk kerjasama dikategori baik, komunikasi baik, kepemimpinan cukup, pelaporan cukup, serta respon tidak menghukum cukup sedangkan pada penelitian ini dengan metode kuantitatif pendekatan *cross sectional* menggunakan kuesioner *Manchester Patient Safety Framework* (MaPSaF) yang berisi 10 dimensi untuk menilai budaya keselamatan pasien.
4. Sabila (2014) dalam penelitiannya yang berjudul “Gambaran Budaya Keselamatan Pasien pada Perawatan Unit Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Bulan Juni Tahun 2014”. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain *cross sectional* dengan menggunakan 12 dimensi keselamatan pasien menurut AHRQ hasilnya menunjukkan terdapat 6 dimensi budaya keselamatan yang kuat dan 6 dimensi lainnya berada di kategori sedang sedangkan pada penelitian ini juga menggunakan metode kuantitatif pendekatan *cross sectional* tetapi menggunakan 10 dimensi menurut MaPSaF.
 5. Arum (2017) dalam penelitian berjudul “Assessing Patient Safety Culture in the Hospital: A Pilot Study using a Modified Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)”. Penelitian ini merupakan penelitian *mixed method* yaitu metode kuantitatif dengan *cross sectional* dan kualitatif dengan *case study* yang hasilnya secara keseluruhan berada di tingkat proaktif (80%) sedangkan pada penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif menggunakan kuesioner MaPSaF.

6. Wallis and Dovey (2011) dengan penelitian yang berjudul “*Assessing patient safety culture in New Zealand primary care: a pilot study using a modified Manchester Patient Safety Framework in Dunedin general practice*”. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan memodifikasi MaPSaF agar sesuai dan dapat digunakan dalam praktek di New Zealand. Hasil kesimpulannya bahwa kerangka kerja MaPSaF dapat diadaptasi dan digunakan dalam praktik New Zealand untuk menstimulasi pembelajaran tentang budaya keselamatan dan untuk memfasilitasi komunikasi dengan tim sedangkan pada penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dekriptif dengan kuesioner MaPSaF yang sudah dimodifikasi oleh Arum Astika Sari (2017).

C. Kerangka Teori



Gambar 1 Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep



Gambar 2 Kerangka Konsep

E. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep yang telah dijelaskan sebelumnya, pertanyaan penelitian ini adalah:

1. Bagaimana budaya keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan masing-masing aspek dimensi MaPSaF?
2. Bagaimana budaya keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan aspek dimensi MaPSaF secara keseluruhan?