

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum RS Pertamina Plaju Palembang

Rumah Sakit Pertamina Plaju Palembang terletak di dalam kompleks perumahan Pertamina RU (*Refinery Unit*) III Plaju tepatnya 11 km dari kota Palembang yang memiliki luas tanah 40.157 m² . Keberadaan Rumah sakit Pertamina Plaju ini tidak terlepas dari usaha kegiatan perminyakan meliputi eksplorasi, eksploitasi, pengilangan dan kegiatan lain berhubungan dengan perminyakan di Sumatera Selatan. Keberadaan rumah sakit ini pada dasarnya untuk menunjang kegiatan perminyakan yang ada.

Rumah Sakit Pertamina Plaju ialah sarana pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk pekerja dan keluarga Pertamina khususnya dan juga masyarakat umum. Didirikan sejak PT SHELL mengoperasikan kilang besar Plaju pada tanggal 20 Desember 1933. Rumah sakit pertama di Seberang Ulu Palembang, karena lalu lintas hanya melalui sungai dan mengingat kepentingan perusahaan didirikan juga RS di Sungai Gerong.

Tahun 1965, terjadinya peralihan perusahaan SHELL ke Pertamina sehingga RS Plaju berubah menjadi RS Pertamina Plaju dan RS Sungai Gerong menjadi RS Pertamina Sungai Gerong sejak tahun 1970 dibawah PT Pertamina RU III.

Dari perjalanan RS Pertamina Plaju dan RS Sungai Gerong, dalam rangka efisiensi, tahun 1985 operasional RS Pertamina Sungai Gerong dihentikan dan segala bentuk pelayanan dipindahkan ke RS Pertamina Plaju Palembang, sedangkan di Sungai Gerong sendiri didirikan poliklinik satelit yang masih beroperasi hingga saat ini.

Dengan kebijakan PT Pertamina fokus pada bisnis inti yaitu Migas maka RS Pertamina Plaju di Alih Kelola kepada PT Pertamedika tanggal 25 Oktober 2012. Pertamedika memiliki 14 rumah sakit dan 25 poliklinik yang tersebar di seluruh Indonesia yang dilengkapi pelayanan kesehatan berbasis *Managed Care* yang dikelola oleh MPPK (Manajemen Pemeliharaan Pelayanan Kesehatan). Jaringan rujukan pasien MPPK bekerjasama dengan 120 RS yang tersebar di Indonesia.

Pertamedika juga mempunyai beberapa poliklinik onsite, *Medical Education* (Medevac) sampai ke Aero Madevac. Pertamedika didukung oleh berbagai produk layanan kesehatan yang unggul dan sudah terbiasa melaksanakan pelayanan kesehatan onsite (rig), dan

mampu serta siap melaksanakan pelayanan kesehatan di lokasi perusahaan.

Rumah Sakit pertamina Plaju telah memiliki sertifikat akreditasi tingkat dasar sejak tahun 2001 dari Dirjen Pelayanan Medik Depkes RI memiliki visi rumah sakit yang Handal, Terkini, Aman dan Terpercaya, serta memberikan pelayanan dan pelatihan kesehatan secara PRIMA (Profesional, Ramah, Ikhlas, Bermutu dan Antusias), manusiawi, terpercaya, dan terbaik se-Sumatera Selatan. Sedangkan misinya yaitu : a) Memberikan pelayanan kesehatan bermutu, terpadu kepada pekerja pertamina beserta keluarganya dan pensiunan pertamina serta masyarakat umum. b) Senantiasa melengkapi sarana dan prasaranan medis, serta meningkatkan profesionalisme pekerja dalam memberikan pelayanan kesehatan. c) Membudayakan sikap peka dan tanggap terhadap kebutuhan pelanggan dan menciptakan suasana lingkungan rumah sakit yang nyaman. d) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan mendayagunakan berbagai potensi dan pengelolaan secara efektif dan efisien.

RS Pertamina Plaju memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan secara lengkap dan terpadu yang memenuhi standar kualitas tinggi bagi masyarakat antara lain : rawat jalan, rawat inap, IGD, *medical check up*, periksa kehamilan dan persalinan (GTC), apotek, klinik gigi

dan mulut, kamar bedah, ICU, hemodialisa, ambulan rescue/P3K/transport/event dengan tim medis, layanan *homecare/homevisit*, penyuluhan dan pelatihan kesehatan, perawatan luka terkini dan SIDL (Sentra Informasi Diabetes dan Lipid), dan bakti sosial (pengobatan gratis, sunatan masal, operasi katarak, bibir sumbing, pemeriksaan ibu hamil dengan USG dan Klinik Gigi Murid SD).

Salah satu upaya RS Pertamina Plaju Palembang dalam meningkatkan mutu pelayanan dan pengelolaan rumah sakit telah dilakukan dengan mengikuti akreditasi rumah sakit tahun 2017 telah lulus akreditasi tingkat paripurna dengan proses pentahapan I dan menjadi rumah sakit tipe C. Penerapan program keselamatan pasien telah diterapkan dengan pengenalan program keselamatan pasien, pembuatan sistem kerja dan penyusunan tim KPRS. Pembentukan laporan keselamatan pasien untuk *review* dan evaluasi kasus dalam penerapan budaya keselamatan pasien.

2. Karakteristik Responden Penelitian

Responden dalam penelitian ini terdiri dari 59 pegawai di rumah sakit yang di ambil di bagian medis dan paramedis, penunjang medis, serta manajemen. Karakteristik responden penelitian ini terdiri dari jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, masa kerja serta sosialisasi

patient safety. Karakteristik dari responden disajikan seperti dibawah ini :

Tabel 4 Karakteristik Responden

Karakteristik	Jumlah	Prosentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	8	14%
Perempuan	51	86%
Total	59	100%
Usia		
20-29 tahun	28	47%
30-39 tahun	25	42%
40-49 tahun	6	10%
Total	59	100%
Masa Kerja		
< 2 tahun	18	31%
2-5 tahun	14	24%
> 5 tahun	27	46%
Total	59	100%
Pendidikan terakhir		
D3	46	78%
S1	13	22%
Total	59	100%
Sosialisasi <i>Patient Safety</i>		
Sudah	57	97%
Belum	2	3%
Total	59	100%
Unit Kerja		
Medis dan Paramedis	46	78%
Penunjang Medis	11	19%
Manajemen	2	3%
Total	59	100%

Sumber : Data primer diolah, 2018

Berdasarkan tabel di atas, diketahui berdasarkan jenis kelamin

mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 51 orang

(86%), 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%) telah mengikuti sosialisasi dan sampel terbanyak dari bagian medis dan paramedis sebanyak 46 orang (78%).

3. Analisa Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan 10 Dimensi MaPSaF

a. Budaya keselamatan pasien berdasarkan masing – masing dimensi MaPSaF

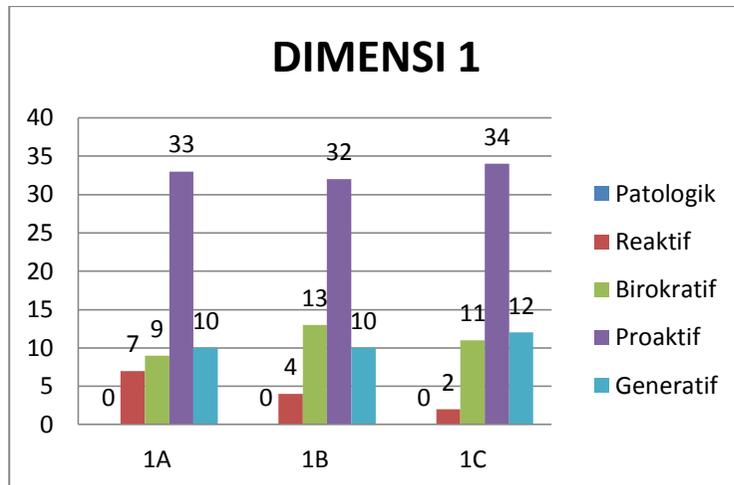
Penelitian ini memberikan gambaran penilaian tingkat budaya keselamatan pasien yang terbangun di Rumah Sakit Pertamina Plaju Palembang. Dalam proses pemberian pelayanan kesehatan, jika tidak menerapkan budaya keselamatan pasien dapat berpotensi terjadinya kesalahan yang dapat merugikan pasien, petugas dan juga rumah sakit baik dalam bentuk ketidaksengajaan, atau bahkan kelalaian yang dapat mengakibatkan kerugian, cedera, maupun kehilangan nyawa pasien. Oleh sebab itu, rumah sakit di Indonesia termasuk RS

Pertamina Plaju Palembang wajib menerapkan budaya keselamatan pasien dengan baik.

Sepuluh dimensi MaPSaF yang diterapkan dalam penelitian ini untuk menilai budaya keselamatan pasien terdiri dari : komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan, prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien, kesalahan sistem dan tanggung jawab individu, perekaman insiden dan *best practices*, evaluasi insiden dan *best practices*, pembelajaran dan perubahan efektif, komunikasi tentang isu keselamatan pasien, manajemen kepegawaian dan isu keselamatan, pendidikan dan pelatihan staf, dan kerjasama tim.

1) Dimensi 1 (Komitmen Menyeluruh Terhadap Perbaikan yang berkelanjutan)

Dimensi komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan kuesioner MaPSaF dijabarkan pada gambar 4.1 dibawah ini untuk menunjukkan distribusi tiap aspek.



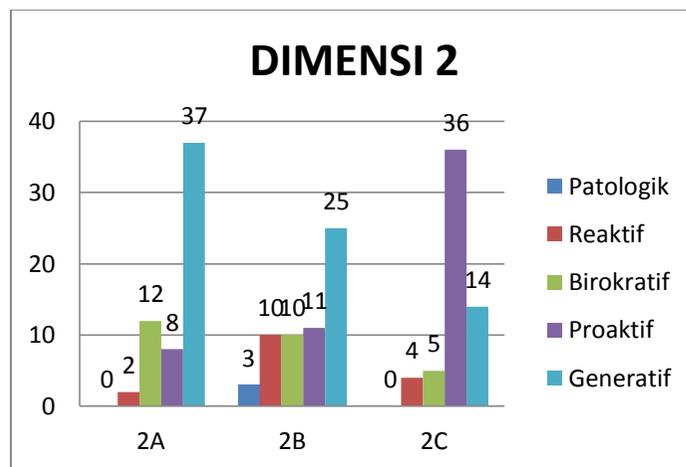
Gambar 3 Distribusi Dimensi Komitmen Menyeluruh Terhadap Perbaikan yang Berkelanjutan

Berdasarkan gambar 3 dapat dilihat bahwa aspek komitmen untuk perbaikan (1A) sebagian besar sudah berada di tingkat proaktif sebanyak 33 responden (56%) yaitu rumah sakit mempunyai keinginan dan antusias yang besar untuk terus melakukan perbaikan. 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. Sedangkan pada aspek SOP dan kebijakan (1C) sebagian besar berada di tingkat proaktif sebanyak 34 responden (58%) yaitu SOP, protocol 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)

Dimensi prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan kuesioner MaPSaF dijabarkan pada gambar 4.2 dibawah ini untuk menunjukkan distribusi tiap aspek.



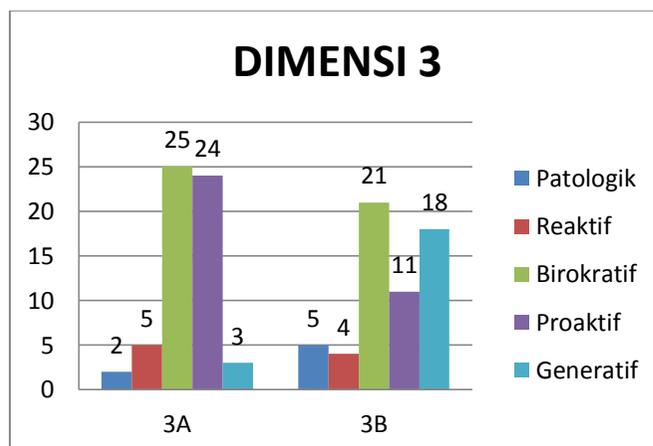
Gambar 4 Distribusi Dimensi Prioritas yang diberikan Untuk Keselamatan Pasien

Berdasarkan gambar 4. 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 sebanyak 36 responden (61%) yaitu semua petugas terlibat dalam keselamatan pasien.

3) Dimensi 3 (Kesalahan Sistem dan Tanggung Jawab Individu)

Dimensi kesalahan sistem dan tanggung jawab individu di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan kuesioner MaPSaF dijabarkan pada gambar 5. dibawah ini untuk menunjukkan distribusi tiap aspek.

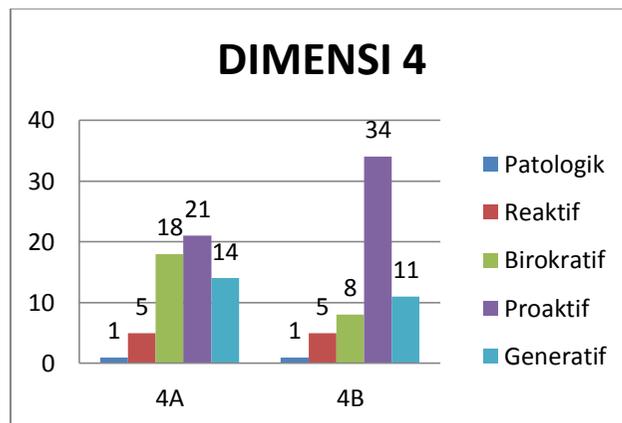


Gambar 5 Distribusi Dimensi Kesalahan Sistem dan Tanggung Jawab Individu

Berdasarkan gambar 5. 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*)

Dimensi perekaman insiden dan *best practices* di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan kuesioner MaPSaF dijabarkan pada gambar 4.4 dibawah ini untuk menunjukkan distribusi tiap aspek.

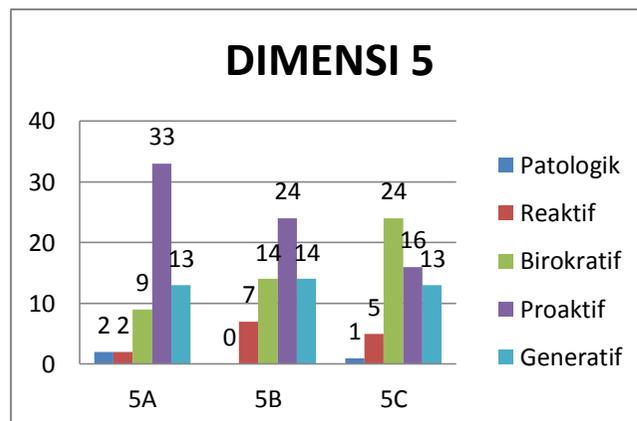


Gambar 6 Distribusi Dimensi Perekaman Insiden dan *Best Practices*

Berdasarkan gambar 6. 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.

5) Dimensi 5 (Evaluasi insiden dan *Best Practices*)

Dimensi evaluasi insiden dan *best practices* di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan kuesioner MaPSaF dijabarkan pada gambar 7. dibawah ini untuk menunjukkan distribusi tiap aspek.

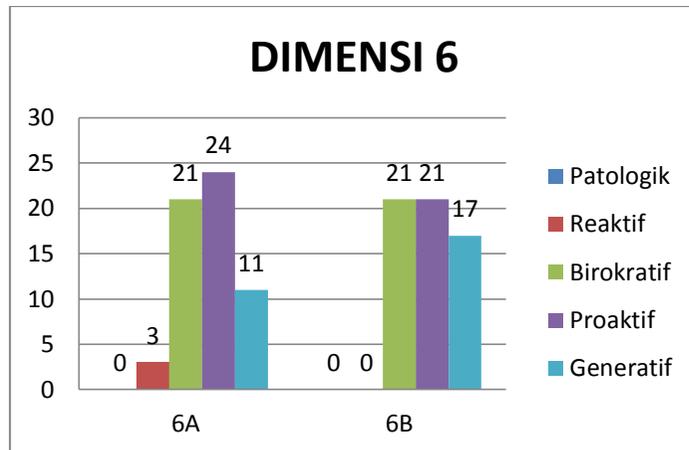


Gambar 7 Distribusi Dimensi Evaluasi Insiden dan *Best Practices*

Berdasarkan gambar 7. 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 pelaksanaannya.

6) Dimensi 6 (Pembelajaran dan Perubahan Efektif)

Dimensi pembelajaran dan perubahan efektif di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan kuesioner MaPSaF dijabarkan pada gambar 8. dibawah ini untuk menunjukkan distribusi tiap aspek.

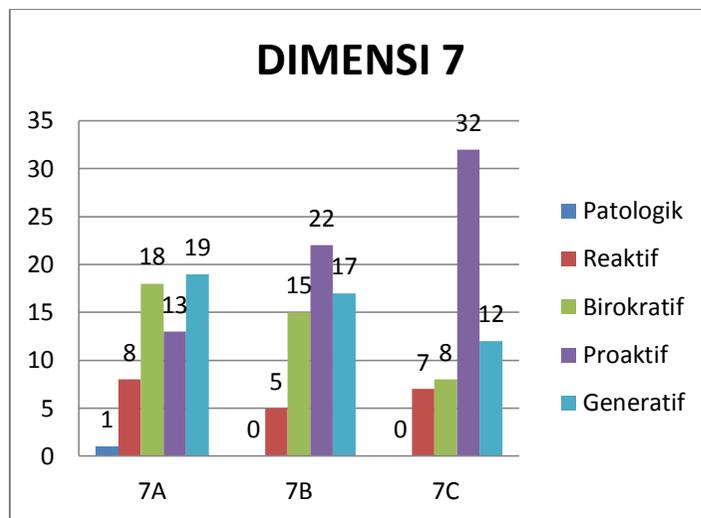


Gambar 8 Distribusi Dimensi Pembelajaran dan Perubahan Efektif

Berdasarkan gambar 8. 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%) di tingkat 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.

7) Dimensi 7 (Komunikasi Tentang Isu Keselamatan Pasien)

Dimensi komunikasi tentang isu keselamatan pasien di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan kuesioner MaPSaF dijabarkan pada gambar 9. dibawah ini untuk menunjukkan distribusi tiap aspek.



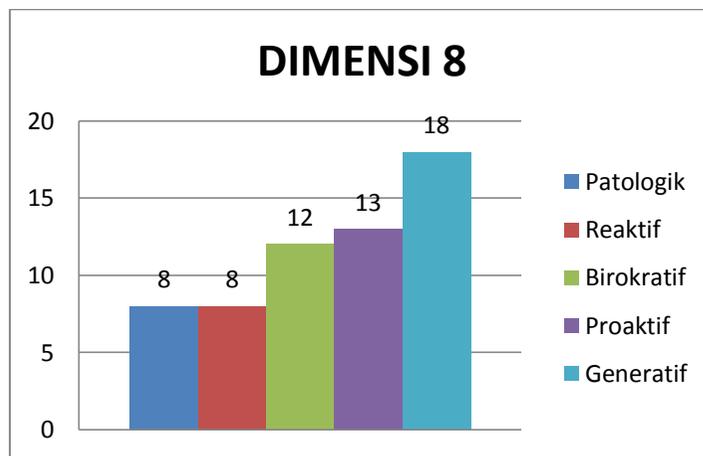
Gambar 9 Distribusi Dimensi Komunikasi Tentang Isu Keselamatan Pasien

Berdasarkan gambar 9. 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.

8) Dimensi 8 (Manajemen Kepegawaian dan Isu Keselamatan)

Dimensi manajemen kepegaiwaan dan isu keselamatan di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan kuesioner MaPSaF dijabarkan pada gambar 10. dibawah ini :

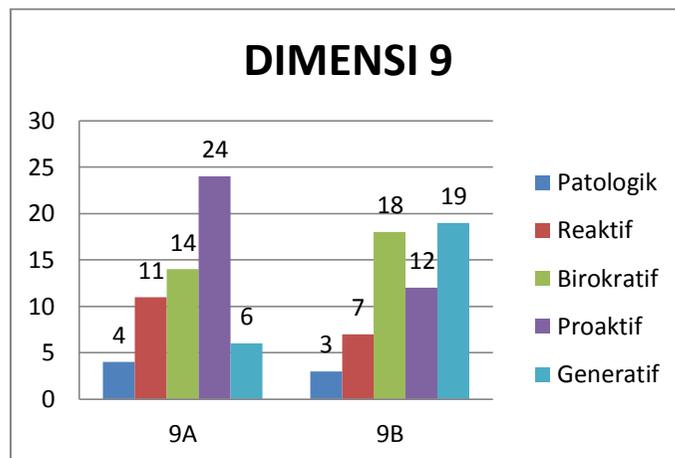


Gambar 10 Distribusi Dimensi Manajemen Kepegawaian dan Isu Keselamatan

Berdasarkan gambar 10. 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 supervisi dan metoring, kesehatan petugas diperhatikan.

9) Dimensi 9 (Pendidikan dan Pelatihan Staf)

Dimensi pendidikan dan pelatihan staf di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan kuesioner MaPSaF dijabarkan pada gambar 11. dibawah ini untuk menunjukkan distribusi tiap aspek.



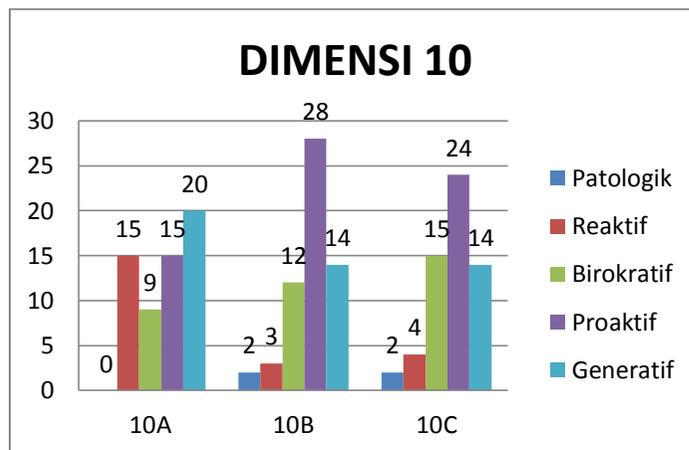
Gambar 11 Distribusi Dimensi Pendidikan dan Pelatihan Staf

Berdasarkan gambar 11 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 pelatihan (9B) sebagian besar di tingkat generatif sebanyak 19 responden (32%) yaitu pelatihan dilihat sebagai cara untuk mendukung staf guna mengembangkan potensinya.

10) Dimensi 10 (Kerjasama Tim)

Dimensi kerjasama tim di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan kuesioner MaPSaF dijabarkan pada gambar 12. dibawah ini untuk menunjukkan distribusi tiap aspek.



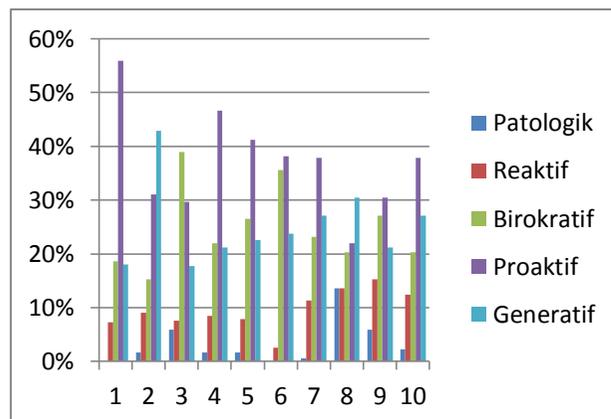
Gambar 12 Distribusi Dimensi Kerjasama Tim

Berdasarkan gambar 12 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 membagi informasi termasuk pada pihak luar.

b. Budaya keselamatan pasien secara keseluruhan berdasarkan dimensi MaPSaF

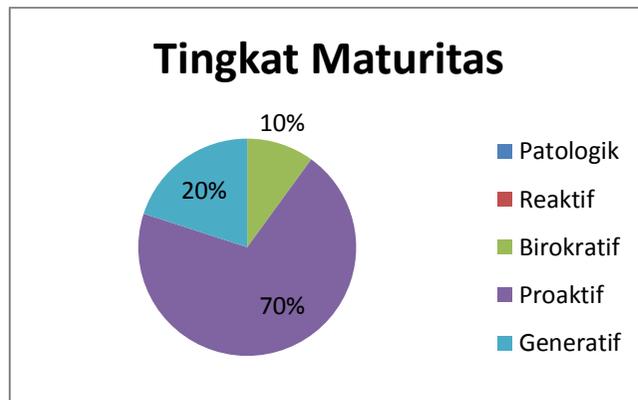
Setelah dilakukannya analisa budaya keselamatan pasien dari masing-masing dimensi, berikut merupakan hasil analisa budaya keselamatan pasien secara keseluruhan seperti tabel 13. di bawah ini :



Gambar 13 Keseluruhan Dimensi Budaya Keselamatan pasien MaPSaF RS Pertamina Plaju Palembang

Dari hasil dari pengumpulan data budaya keselamatan pasien dari 10 dimensi MaPSaF di dapatkan 7 dimensi yang dominan berada di tingkat proaktif, yang meliputi : komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan (dimensi 1), 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), pendidikan dan pelatihan staf (dimensi 9), dan kerjasaman tim (dimensi 10). Tingkat proaktif ini menunjukkan bahwa sistem Rumah Sakit Pertamina Plaju Palembang sudah bersifat komprehensif terhadap budaya keselamatan pasien dan sudah mengimplementasikan *evidence-based*. Terdapat 2 dimensi dominan berada di tingkat generatif, yaitu : prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien (dimensi 2), manajemen kepegawaian dan isu keselamatan (dimensi 8) dimana tingkat generatif ini 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, yaitu : kesalahan sistem dan tanggung jawab individu (dimensi 3), dimana tingkat birokratif ini implementasi sistem budaya

keselamatan pasien rumah sakit Pertamina Plaju Palembang sudah tertata baik, tetapi masih terbatas saat situasi ketika terjadinya insiden.



Gambar 14 Persentase Keseluruhan Dimensi Budaya Keselamatan Pasien RS Pertamina Plaju Palembang

Bedasarkan hasil dari gambar 14 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*.

B. Pembahasan

1. Dimensi 1 (Komitmen Menyeluruh Terhadap Perbaikan yang Berkelanjutan)

Dimensi komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan memiliki 3 aspek yaitu komitmen untuk perbaikan,

pemeriksaan / audit, SOP dan kebijakan. Hasil kuesioner MaPSaF di RS Pertamina Plaju Palembang memiliki aspek komitmen untuk perbaikan mengarah ke tingkat proaktif yaitu rumah sakit mempunyai keinginan dan antusias yang besar untuk terus melakukan perbaikan. Hal ini dapat dihubungkan bahwa sudah adanya komitmen efektif (*affective commitment*) yang telah dijalankan karena sudah adanya ikatan emosional untuk selalu meningkatkan kualitas pelayanan.

Komitmen merupakan nilai dasar dari budaya kerja yang professional dengan keteguhan hati dan mempunyai tekad yang kuat berjanji untuk mewujudkan sesuatu yang ditetapkan dan diyakini dalam pelaksanaan kegiatan organisasi. Komitmen organisasi mempunyai tiga dimensi yaitu, *affective commitment* yang berkaitan dengan keinginan secara emosional terikat dengan organisasi terutama melalui nilai pengalaman kerja yang positif, *normative commitment* yang berkaitan dengan kewajiban sebagai anggota untuk tetap tinggal karena mempunyai perasaan hutang budi atau timbal balik, dan *continuance commitment* yang berkaitan dengan kesadaran akan biaya yang dirasakan jika tidak bergabung dengan organisasi (Meyer et al., 2002).

Aspek pemeriksaan atau audit mengarah ke tingkat proaktif dimana rumah sakit ingin memberikan mutu pelayanan 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. Audit internal untuk menilai staf medis sudah memberikan pelayanan sesuai standar yang dibandingkan dengan dokumen audit. 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 (Yulia MM, n.d.). Sedangkan pada aspek SOP dan kebijakan mengarah pada tingkat proaktif yaitu SOP, protokol dan kebijakan dibahas dan dilaksanakan sebagai dasar pelayanan. Pasien dan keluarga di ajak terlibat dalam membuat keputusan pelayanan.

Secara keseluruhan tingkat budaya keselamatan pasien di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan dimensi komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan berada pada tingkat proaktif dimana rumah sakit telah bersifat komprehensif terhadap budaya keselamatan pasien dan telah mengimplementasikannya sesuai dengan *evidence-based*.

Penelitian yang dilakukan oleh Nurlaily (2017) mengenai hubungan antara komitmen organisasi dengan pencegahan kejadian tidak diharapkan (KTD) di RSUD Kabupaten Sukoharjo menunjukkan ada hubungan yang kuat antara komitmen organisasi dengan pencegahan kejadian tidak diharapkan dengan p value 0,000 ($p < \alpha$ (0,05) dengan nilai korelasi $r = 0,823$. Komitmen yang berkesinambungan paling dominan berhubungan dengan pencegahan KTD dengan nilai $\beta = 0,596$. Perilaku pencegahan KTD disumbangkan oleh komitmen organisasi sebesar 68,3%. Penelitian ini merekomendasikan perlunya perhatian pihak manajerial untuk memelihara dan meningkatkan komitmen organisasi ke arah komitmen afektif sehingga meningkatkan perilaku pencegahan kejadian tidak diinginkan (Nurlaily, 2017).

Penelitian lain dari Taiwan oleh Teng, dkk (2009) mengenai profesional komitmen, keselamatan pasien dan kualitas perawatan yang dirasakan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk menguji bagaimana komitmen yang profesional mempengaruhi keselamatan pasien dan kualitas perawatan dengan menggunakan desain cross sectional. Metodenya dengan frekuensinya 6 kejadian buruk pada pasien untuk mengukur keselamatan pasien, skala kualitas layanan untuk mengukur kualitas perawatan yang dirasakan pasien, dan 4 item

kuesioner komitmen profesional untuk mengukur komitmen profesional. Hasilnya komitmen profesional secara positif mempengaruhi keamanan pasien secara keseluruhan ($\beta = .19, p = .00$) dan kualitas perawatan yang dirasakan secara keseluruhan ($\beta = .13, p = .03$). Komitmen profesional secara positif mempengaruhi semua indikator keselamatan pasien ($\beta \geq .12, p \leq .04$), kecuali frekuensi infeksi nosocomial, koefisien yang mencapai signifikansi batas ($\beta = .11, p = .01$). Komitmen profesional juga secara positif mempengaruhi kualitas dari segi respon ($\beta = .16, p = .01$) dan empati ($\beta = .14, p = .03$). penelitian ini menunjukkan komitmen profesional perawat dapat meningkatkan keelamatan pasien dan kualitas perawatan yang dirasakan oleh pasien (Teng et al., 2009).

2. Dimensi 2 (Prioritas yang diberikan untuk Keselamatan Pasien)

Dimensi prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien memiliki 3 aspek yaitu prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien, sistem manajemen risiko, dan pelaksanaan keselamatan pasien. Hasil kuesioner MaPSaF di RS Pertamina Plaju Palembang memiliki aspek prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien mengarah di tingkat generatif yaitu keselamatan pasien merupakan prioritas utama. Aspek sistem manajemen risiko mengarah di tingkat generatif yaitu seluruh staf konsisten dalam melaksanakan sistem

manajemen risiko dan peningkatan mutu berkelanjutan. Sedangkan aspek pelaksanaan keselamatan pasien mengarah di tingkat proaktif yaitu semua petugas terlibat dalam keselamatan pasien.

Secara keseluruhan tingkat budaya keselamatan pasien di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan dimensi prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien berada pada tingkat generatif dimana budaya keselamatan pasien rumah sakit Pertamina Plaju Palembang sudah terintegrasi dan *maintenance*, serta efektifitas rutin telah dievaluasi, selalu belajar dari pengalaman dan mengambil tindakan untuk memperbaiki situasi.

Rumah sakit Pertamina Plaju Palembang telah menempatkan keselamatan pasien sebagai prioritas utama sebagai contoh dengan memberi tanda “*fall risk*” pada pasien yang beresiko seperti lansia, menyiapkan kursi roda dan sebagainya walaupun sarana prasarana serta pelaksanaannya masih kurang maksimal dan harus ada peningkatan. Rumah sakit juga dengan rutin melakukan audit dan evaluasi untuk seluruh pegawai jika terjadi nya suatu insiden yang berhubungan dengan keselamatan pasien guna belajar dari kejadian sebelumnya dalam peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.

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 (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

3. Dimensi 3 (Kesalahan Sistem dan Tanggung Jawab Individu)

Dimensi kesalahan sistem dan tanggung jawab individu memiliki 2 aspek yaitu penyebab insiden dan budaya keselamatan pasien. Hasil kuesioner MaPSaF di RS Pertamina Plaju Palembang memiliki aspek penyebab insiden mengarah ke tingkat birkoratif yaitu insiden terjadi akibat kesalahan sistem, bukan hanya individu. Hal ini menunjukkan bahwa terjadinya suatu insiden tidak hanya disebabkan oleh individu tetapi juga karena kesalahan sistem yang terkait seperti misalnya masih terjadi miskomunikasi antar petugas kesehatan sehingga mengakibatkan suatu insiden. Sedangkan aspek budaya keselamatan pasien mengarah di tingkat birokratif yaitu budaya terbuka dan adil namun petugas belum merasakannya. Petugas rumah sakit Pertamina Plaju Palembang telah terbuka dan adil juga mengisi

laporan serta melaporkan setiap adanya insiden yang terjadi walaupun masih belum terbentuk budaya yang baik. Rumah sakit telah mensosialisasikan bahwa tidak ada *punishment* atau hukuman jika melaporkan terjadinya insiden tetapi masih ada beberapa petugas merasakan *blame culture* di rumah sakit. Petugas takut untuk melaporkan jika terjadinya kesalahan akan berefek saling menyalahkan antar petugas dan membuat suasana menjadi tidak kondusif, sehingga pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) akan menurun bukan karena menurunnya insiden yang terjadi tetapi menurunnya pelaporan insiden yang telah terjadi.

Secara keseluruhan tingkat budaya keselamatan pasien di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan dimensi kesalahan sistem dan tanggung jawab individu berada pada tingkat birokratif dimana implementasi sistem di rumah sakit Pertamina Plaju Palembang sudah tertata baik, tetapi masih terbatas hanya saat situasi ketika terjadinya insiden.

Penelitian yang dilakukan oleh Gunawan, dkk (2015) dengan judul analisis rendahnya laporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa faktor yang berpengaruh pada sistem laporan insiden keselamatan pasien di salah satu RS Malang. Hasilnya angka insiden keselamatan pasien (IKP)

lebih tinggi dari data laporan insiden keselamatan pasien (IKP). Faktor penyebabnya dikarenakan takut kepada kepala unit kerja dan karena rendahnya pemahaman tentang konsep pelaporan IKP (Gunawan et al., 2014).

Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Iskandar, dkk (2014) mengenai faktor penyebab penurunan pelaporan insiden keselamatan pasien rumah sakit. Hasilnya menunjukkan IKP tinggi tetapi tidak dilaporkan, penyebabnya karena takut disalahkan jika melaporkan sebab *no blaming culture* masih belum tumbuh merata di rumah sakit, kurangnya pengetahuan tentang pelaporan IKP, keengganan melaporkan dan kurangnya keaktifan dari KKPRS. Pihak direksi dan manajemen dalam program keselamatan pasien harus mempunyai komitmen yang tinggi, memonitoring dan evaluasi dari KPRS tentang pelaporan IKP dengan cara ronde keselamatan pasien dan visitasi secara periodik ke unit dan instalansi rumah sakit (Iskandar and Maksum, 2014).

4. Dimensi 4 (Perekaman Insiden dan *Best Practices*)

Dimensi perekaman insiden dan *best practices* memiliki 2 aspek yaitu sistem pelaporan dan kegunaannya serta apa yang petugas rasakan pada saat melaporkan insiden. Hasil kuesioner MaPSaF di RS Pertamina Plaju Palembang memiliki aspek sistem pelaporan dan

kegunaannya mengarah ke tingkat proaktif yaitu proses pelaporan mudah dilakukan dan bersifat ramah. Sedangkan aspek apa yang petugas rasakan pada saat melaporkan insiden mengarah di tingkat proaktif yaitu staf merasa aman untuk melaporkan insiden karena dapat belajar dari masalah tersebut.

Secara keseluruhan tingkat budaya keselamatan pasien di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan dimensi perekaman insiden dan *best practices* berada di tingkat proaktif dimana rumah sakit telah bersifat komprehensif terhadap budaya keselamatan pasien dan telah mengimplementasikannya sesuai dengan *evidence-based*.

RS Pertamina Plaju Palembang telah memiliki sistem pelaporan insiden yang baik dari Tim KPRS. Tim KPRS menyediakan lembaran laporan di setiap bagian dan tidak memberikan hukuman kepada pegawai yang melaporkan terjadinya insiden. Hal ini dilakukan agar pegawai rumah sakit tidak merasa takut atau enggan untuk melaporkan setiap kejadian yang ada baik kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, dan sebagainya. Dengan demikian laporan insiden rumah sakit diharapkan akan berjalan baik.

Rumah sakit wajib melaksanakan sistem pelaporan insiden baik secara internal maupun eksternal. Sistem pelaporan internal dengan cara alur pelaporan keselamatan pasien rumah sakit di lingkungan

rumah sakit sedangkan sistem pelaporan eksternal dengan hasil pelaporan dari rumah sakit dilaporkan ke KKP-RS nasional (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Ada faktor lain yang dapat mempengaruhi rendahnya pelaporan insiden seperti penelitian yang dilakukan oleh Andrini T, dkk (2015) mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya pelaporan insiden di instalasi farmasi RSUD Ngudi Waluyo Wlingi dengan metode brainstorming dan *Focus Group Discussion* (FGD) pada petugas farmasi dan jajaran manajemen terkait dengan hasil analisa menunjukkan pengetahuan petugas farmasi kurang tentang apa yang harus dilaporkan dan bagaimana pelaporannya (Andrini T et al., 2015).

5. Dimensi 5 (Evaluasi insiden dan Best Practices)

Dimensi evaluasi insiden dan *best practices* memiliki 3 aspek yaitu analisis data, fokus investigasi dan hasil investigasi. Hasil kuesioner MaPSaF di RS Pertamina Plaju Palembang memiliki aspek analisis data mengarah ke tingkat proaktif yaitu melakukan analisis insiden dengan analisis akar penyebab, tujuannya adalah untuk pembelajaran. Aspek fokus investigasi mengarah ke tingkat proaktif dimana insiden keselamatan pasien dan *near miss* fokus pada perbaikan, selain itu juga melibatkan pasien. Sedangkan pada aspek

hasil investigasi mengarah pada tingkat birokratif yaitu hasil investigasi dipakai untuk pembahasan prosedur dan pelaksanaannya.

Secara keseluruhan tingkat budaya keselamatan pasien di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan dimensi evaluasi insiden dan *best practices* berada di tingkat proaktif dimana rumah sakit telah bersifat komprehensif terhadap budaya keselamatan pasien dan telah mengimplementasikannya sesuai dengan *evidence-based*.

Alur pelaporan yang dilakukan di rumah sakit Pertamina Plaju Palembang selalu berusaha untuk semakin baik dengan melakukan evaluasi dari laporan insiden. Laporan insiden yang dari pegawai akan diberikan ke kepala ruang untuk di periksa dan dilakukan *grading* dan di berikan ke bagian tim KPRS untuk di tindak lanjuti. Hasil laporan akan dianalisa baik secara sederhana maupun dengan *Root Cause Analysis* (RCA). Kemudian hasil dari analisis dibuat rekomendasi untuk pembelajaran dan perbaikan dan dilaporkan bagian direksi serta akan diberikan umpan balik kepada bagian unit kerja. Tim KPRS memiliki tujuan dari alur pelaporan ini agar petugas menjadi *best practices* dimana petugas dapat belajar dari suatu kejadian untuk mencegah kejadian serupa tidak terulang lagi dikemudian hari.

Root Cause Analysis (RCA) bertujuan untuk membantu menemukan jawaban dari mengapa masalah timbul yang dapat dilakukan dengan 5 langkah, yaitu (Redaksi, 2013):

a. Definisikan masalah (langkah 1)

Menjelaskan masalah apa yang telah terjadi serta memaparkan simptom secara spesifik.

b. Mengumpulkan data (langkah 2)

Kumpulkan bukti yang terkait dengan masalah, berapa lama masalah terjadi, dan *impact* atau pengaruh yang dirasakan akibat masalah yang terjadi.

c. Mengidentifikasi penyebab yang mungkin terjadi (langkah 3)

Menjabarkan urutan kejadian, bagaimana kondisi saat terjadi masalah, dan adakah masalah lain yang muncul. Beberapa tool yang dapat membantu mencari faktor penyebab diantaranya menganalisa “5-why” (menanyakan mengapa hingga menemukan jawaban paling dasar), *Drill Down* (membagi masalah hingga jadi bagian kecil dan mendetail), apresiasi (menjabarkan fakta yang ada dan temukan konsekwensi yang mungkin akan terjadi), serta diagram sebab akibat—*cause and effect diagram (Fishbone Diagram)* yang berguna untuk menerangkan segala faktor penyebab pertama kali masalah muncul.

d. Mengidentifikasi akar masalah (langkah 4)

Menjelaskan mengapa faktor penyebab itu ada dan alasan yang benar-benar menjadi dasar masalah.

e. Mengajukan dan mengimplementasikan solusi (langkah 5)

Hal yang bisa dilaksanakan guna mencegah masalah terulang, seperti apa solusi yang dirumuskan dapat dijalankan, siapa yang bertanggung jawab dalam mengimplementasikan solusi, dan adakah resiko yang akan ditanggung.

Chaharsouhi and Emadi (2017) dengan penelitian “*Application Root Cause Analysis Technique in Investigating the causes of a Fatal Sentinel Event: Case Report*” menyatakan *Root Cause Analysis* merupakan salah satu model manajemen risiko untuk analisis retrospektif dari akar penyebab kesalahan dan kelemahan sistem atau proses terkait secara sistematis. Tujuannya untuk menganalisis akar penyebab dari peristiwa sentinel yang menyebabkan kematian di salah satu rumah sakit di Isfahan tahun 2015. Penelitian ini menyimpulkan bahwa manfaat *Root Cause analysis* dapat digunakan untuk mencegah kesalahan serupa terjadi, menghilangkan cacat organisasi, memperbaiki proses dalam suatu organisasi, serta meningkatkan keselamatan pasien (Chaharsoughi and Emadi, 2017).

6. Dimensi 6 (Pembelajaran dan Perubahan Efektif)

Dimensi pembelajaran dan perubahan efektif memiliki 2 aspek yaitu belajar dari insiden keselamatan dan siapa yang berperan dalam memutuskan adanya perubahan pasca insiden. Hasil kuesioner MaPSaF di RS Pertamina Plaju Palembang memiliki aspek belajar dari insiden keselamatan mengarah ke tingkat proaktif yaitu sudah ada budaya belajar dari insiden dan membagikan hasilnya untuk membuat perubahan. Sedangkan aspek siapa yang berperan dalam memutuskan adanya perubahan pasca insiden mengarah ke tingkat birokratif yaitu komite keselamatan pasien dan manajer memutuskan perubahan tetapi kurang melibatkan peran serta petugas dan juga mengarah di tingkat proaktif yaitu petugas turut aktif dalam memutuskan perubahan setelah suatu insiden keselamatan pasien dan berkomitmen melaksanakannya.

Secara keseluruhan tingkat budaya keselamatan pasien di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan dimensi pembelajaran dan perubahan efektif berada di tingkat proaktif dimana rumah sakit telah bersifat komprehensif terhadap budaya keselamatan pasien dan telah mengimplementasikannya sesuai dengan *evidence-based*.

RS Pertamina Plaju Palembang diharapkan dapat meningkatkan pembelajaran organisasi maupun individu di bidang keselamatan

pasien dengan peningkatan pengetahuan tentang keselamatan pasien, peningkatan tindakan/sikap keterampilan klinis, dan perlunya kepemimpinan yang bijak yang mampu menelaraskan kerjasama dan dapat menyelesaikan masalah insiden yang terjadi antara staf dengan pasien maupun keluarga. Sehingga pemimpin bisa mengayomi petugas dan petugas akan merasa lebih dilibatkan dan bertanggung jawab dalam peningkatan keselamatan pasien. Pelaporan insiden juga dapat digunakan dalam proses pembelajaran dimana hasil pelaporan yang berisi kejadian akar masalah hingga solusi di sampaikan kepada pegawai rumah sakit saat diadakannya rapat atau laporan rutin rumah sakit.

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 (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS), 2015).

7. Dimensi 7 (Komunikasi Tentang Isu Keselamatan Pasien)

Dimensi komunikasi tentang isu keselamatan pasien memiliki 3 aspek yaitu komunikasi tentang keselamatan pasien, membagi

informasi, dan komunikasi tentang keselamatan pasien kepada pasien. Hasil kuesioner MaPSaF di RS Pertamina Plaju Palembang memiliki aspek komunikasi tentang keselamatan pasien mengarah ke tingkat generatif yaitu ada keterbukaan rumah sakit, termasuk melibatkan peran pasien dalam mengembangkan kebijakan manajemen risiko. Aspek membagi informasi mengarah di tingkat proaktif yaitu informasi tentang keselamatan pasien dibagikan pada sesi *briefing* sudah diagendakan oleh petugas. Sedangkan aspek komunikasi tentang keselamatan pasien kepada pasien mengarah di tingkat proaktif yaitu dilakukan komunikasi yang efektif tentang keselamatan pasien kepada pasien dan keluarga / pengunjung rumah sakit.

Secara keseluruhan tingkat budaya keselamatan pasien di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan dimensi komunikasi tentang isu keselamatan pasien berada di tingkat proaktif dimana rumah sakit telah bersifat komprehensif terhadap budaya keselamatan pasien dan telah mengimplementasikannya sesuai dengan *evidence-based*.

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 berusaha

menyampaikan informasi tentang kondisi yang menyebabkan risiko terjadinya suatu kesalahan dan memberikan motivasi kepada pasien yang berhubungan dengan keselamatan pasien tersebut (Nurmalia, 2012).

Komunikasi yang efektif menjadi salah satu kunci sasaran keselamatan pasien berdasarkan standar keselamatan pasien. Komunikasi yang tidak efektif merupakan penyebab yang paling sering di beberapa kasus. Komunikasi harus tepat waktu, akurat, komplit agar dimengerti dan tidak salah maksud yang dapat disampaikan baik secara langsung maupun sambungan telepon dengan mengulang perintah atau hasil uji klinis yang diterima dan harus dilakukan oleh orang yang menerima informasi (Sukaesih and Istanti, 2015).

Salah satu metode komunikasi efektif yaitu dengan komunikasi menggunakan alat ISBAR dan SBAR yaitu *Introduction, Situation, Background, Assesment*, dan *Recommendation* yang berguna untuk keterampilan berfikir kritis dan dapat menghemat waktu. Alat ini terbukti efektif dalam pengaturan perawatan yang akut (Anonymous, 2012).

Salah satu penelitian yang menunjang keefektifan SBAR adalah penelitian oleh Wahyuni (2014) yang mencatat pelatihan komunikasi

SBAR efektif dalam meningkatkan mutu operan jaga di bagian bangsal wardah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Komunikasi SBAR efektif dengan melibatkan tenaga kesehatan, pasien serta keluarga pasien membantu komunikasi yang meningkatkan mutu operan jaga serta berdampak positif dalam perbaikan peningkatan keselamatan pasien (Wahyuni, 2014).

Penelitian lain oleh yang bertujuan menentukan efektifitas komunikasi SBAR pada keselamatan pasien menggunakan pencarian literatur yang terkait dengan SBAR pada situs web Proquest, PMC, PubMed, atau situs lain dengan Google Scholar didapatkan 10 jurnal menjelaskan komunikasi menggunakan alat SBAR dapat meningkatkan keselamatan pasien (Sukaesih and Istanti, 2015).

8. Dimensi 8 (Manajemen Kepegawaian dan Isu Keselamatan)

Dimensi manajemen kepegawaian dan isu keselamatan memiliki 1 aspek yaitu apakah petugas merasa di dukung. Hasil kuesioner MaPSaF di RS Pertamina Plaju Palembang memiliki aspek apakah petugas merasa di dukung mengarah ke tingkat generatif yaitu manajemen kepegawaian melakukan refleksi dan pembahasan tentang kompetensi petugas. Melakukan supervisi dan mentoring. Kesehatan petugas diperhatikan.

Secara keseluruhan tingkat budaya keselamatan pasien di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan dimensi manajemen kepegawaian dan isu keselamatan berada di tingkat generatif dimana budaya keselamatan pasien rumah sakit Pertamina Plaju Palembang sudah terintegrasi dan *maintenance*, serta efektifitas rutin telah dievaluasi, selalu belajar dari pengalaman dan mengambil tindakan untuk memperbaiki situasi.

Sesuai dengan dimensi manajemen kepegawaian dan isu keselamatan RS Pertamina Plaju telah melaksanakan sesuai prosedur manajemen kepegawaian seperti memberikan materi saat orientasi, memberikan sosialisasi dan pelatihan tentang keselamatan pasien serta melakukan supervisi dan mentoring di setiap bagian.

Dalam upaya untuk menerapkan program keselamatan pasien, supervisi dan mentoring juga diperlukan. Hatter et al (2007) menyatakan penerapan budaya keselamatan pasien dapat ditingkatkan dengan dilakukan supervisi pelayanan oleh supervisor. Supervisi pelayanan adalah interaksi antara supervisor dengan petugas pelaksana dengan menerima bimbingan, dukungan, bantuan serta kepercayaan agar petugas pelaksana dapat memberikan pelayanan yang aman kepada pasien (Suyanto, 2008).

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. Perawat harus selalu menerapkan standar, aktif dalam kegiatan pelatihan, mengikuti pendidikan keperawatan serta supervisor untuk meningkatkan dukungan dan memberikan *reward* (Saraswati, 2014).

Penelitian lain dari Nurmalia (2012) tentang pengaruh mentoring yang dilakukan kepala ruangan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien menjelaskan program mentoring mempunyai pengaruh sebesar 20% dalam meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien. Hasil ini juga menjelaskan jika kelompok yang tidak mendapatkan program mentoring akan beresiko mengalami penurunan sebesar 2,5 kali lebih besar dalam penerapan budaya keselamatan pasien (Nurmalia, 2012).

9. Dimensi 9 (Pendidikan dan Pelatihan Staf)

Dimensi pendidikan dan pelatihan staf memiliki 2 aspek yaitu kebutuhan pelatihan dan tujuan pelatihan. Hasil kuesioner MaPSaF di RS Pertamina Plaju Palembang memiliki aspek kebutuhan pelatihan mengarah ke tingkat proaktif yaitu ada upaya untuk mengidentifikasi pelatihan apa yang dibutuhkan petugas dan menyelaraskan dengan

kebutuhan rumah sakit. Sedangkan aspek tujuan pelatihan mengarah di tingkat generatif yaitu pelatihan dilihat sebagai cara untuk mendukung staf guna mengembangkan potensinya.

Secara keseluruhan tingkat budaya keselamatan pasien di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan dimensi pendidikan dan pelatihan staf berada di tingkat proaktif dimana rumah sakit telah bersifat komprehensif terhadap budaya keselamatan pasien dan telah mengimplementasikannya sesuai dengan *evidence-based*.

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 (Dayton and Henriksen, 2006)

Pendidikan dan pelatihan sudah dilaksanakan di RS Pertamina Plaju Palembang oleh bagian manajemen. Rumah sakit memberi kesempatan yang sama kepada setiap pegawai untuk mengikuti pelatihan di luar. Rumah sakit juga mengirimkan beberapa pegawai untuk mengikuti pelatihan guna mengembangkan hasil pelatihan tersebut agar dapat digunakan di rumah sakit dengan menyampaikan informasi yang terkait kepada pegawai di rumah sakit lainnya. Namun

rumah sakit juga sebaiknya melakukan evaluasi dari hasil pelatihan secara berkala.

Pelatihan merupakan proses yang diberikan kepada pekerja untuk meningkatkan penguasaan keterampilan khusus dan membantu memperbaiki kekurangan (Notoatmojo, 2003). Menurut Wibawa (2007) dalam Suparti et al (2013) metode pelatihan demonstrasi lebih efektif dibandingkan video untuk meningkatkan sikap dan pengetahuan karena demonstrasi lebih menguraikan dan memperagakan dengan contoh menggunakan alat bantu belajar seperti gambar, teks materi, ceramah dan juga diskusi dan hasilnya sangat efektif disebabkan mempermudah menunjukkan cara mengerjakan sesuatu (Suparti et al., 2013).

Machmudah (2007) melakukan penelitian mengenai “ Analisis Pelaksanaan Program keselamatan pasien (Patient Safety) di Rumah Sakit X: Studi di Salah Satu Rumah Sakit Surabaya” menyatakan bahwa upaya mendidik staf tentang keselamatan pasien diperlukan adanya kegiatan tambahan yang berupa pelatihan kerjasama kelompok tentang insiden keselamatan pasien dalam meningkatkan keterampilan dan kemampuan petugas sehingga dapat meminimalkan risiko dari suatu kejadian tidak diharapkan dari setiap pelayanan medis (Machmudah, 2017).

10. Dimensi 10 (Kerjasama Tim)

Dimensi kerjasama tim memiliki 3 aspek yaitu struktur tim, seperti apa menjadi anggota tim, dan arus informasi dan *sharing*. Hasil kuesioner MaPSaF di RS Pertamina Plaju Palembang memiliki aspek struktur tim mengarah ke tingkat generatif yaitu tim bersifat fleksibel, kontribusi dari bidang lain dihargai. Aspek seperti apa menjadi anggota tim mengarah di tingkat proaktif kolaborasi antar anggota tim berjalan dengan baik. Sedangkan aspek arus informasi dan *sharing* mengarah di tingkat proaktif yaitu tim terbuka untuk membagikan informasi termasuk pada pihak luar.

Secara keseluruhan tingkat budaya keselamatan pasien di RS Pertamina Plaju Palembang sesuai dengan dimensi kerjasama tim berada di tingkat proaktif rumah sakit telah bersifat komprehensif terhadap budaya keselamatan pasien dan telah mengimplementasikannya sesuai dengan *evidence-based*.

Dimensi kerjasama tim di rumah sakit Pertamina Plaju Palembang sudah berjalan dengan baik dilihat dari tingkat kematangan berada di tingkat proaktif. Kerjasama yang dilakukan dari unit satu ke unit lain di rumah sakit menunjukkan kekompakan dan kesadaran dari pegawai rumah sakit akan pentingnya kerjasama tim dalam peningkatan pelayanan dan mutu.

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 (Canadian Medical Association, 2007). 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 (O'Daniel and Rosenstein, n.d.).

Penelitian dari Weller et al (2014) dalam “Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare” memaparkan bahwa peningkatan kerjasama tim dalam perawatan kesehatan dapat meningkatkan keselamatan pasien secara signifikan yang diukur dengan perawatan yang efisien, tingkat komplikasi dan kematian (Weller et al., 2014).

Anggraeni, dkk (2016) juga melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien terhadap Sikap Melaporkan Insiden pada Perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen” menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien

berpengaruh signifikan terhadap pelaporan insiden. Pembelajaran organisasi secara parsial dan perbaikan berkelanjutan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap insiden yang dilaporkan, sedangkan keterbukaan komunikasi secara signifikan mempengaruhi sikap insiden yang dilaporkan dan tidak memberikan hukuman atas kesalahan tidak signifikan berpengaruh terhadap insiden yang dilaporkan. Kerjasama tim mempunyai pengaruh yang dominan terhadap sikap pegawai tentang insiden keselamatan pasien yang dilaporkan (Anggraeni et al., 2016).