

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. TELAAH PUSTAKA**

##### **1. Definisi**

###### **a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)**

Klinik juga dapat digolongkan ke dalam fasilitas kesehatan tingkat pertama. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, dan atau masyarakat (Permenkes No. 6 Tahun 2013). (FKTP) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan lain-lain (Permenkes No. 59, 2014).

Sarana prasarana kesehatan harus tetap memperhatikan mutu pelayanan kesehatan. Hal ini terlihat dari kebijakan akses pelayanan kesehatan dasar antara lain penerapan dan pengembangan sistem akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan dasar milik pemerintah dan swasta. Di fasilitas pelayanan

kesehatan dasar juga dukungan bantuan operasional untuk meningkatkan pelayanan kesehatan promotif dan preventif. Prasarana kesehatan seharusnya tidak lupa juga mengembangkan sistem monitoring dan evaluasi serta pengembangan inovasi pelayanan kesehatan dasar melalui pelayanan kesehatan bergerak, pelayanan primer dan pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat (Depkes RI, 2015).

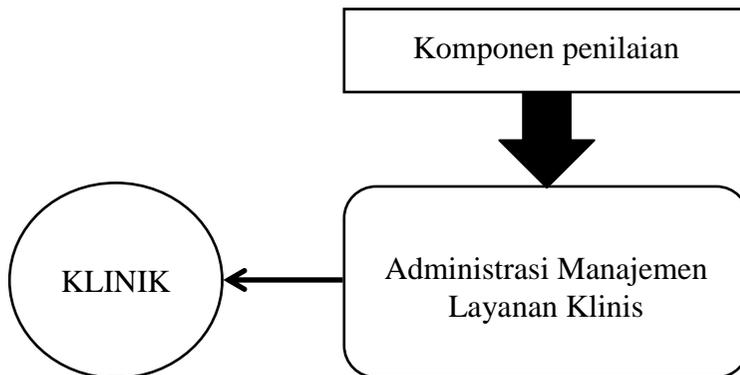
Untuk menjamin mutu dan kualitas pelayanan di klinik pemerintah juga telah mengatur akreditasi untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama. Akreditasi fasilitas kesehatan tingkat pertama telah diatur dari undang-undang sampai Permenkes. Hal ini terlihat dari Permenkes No. 9 Tahun 2014 tentang klinik yang berbunyi; dalam upaya peningkatan mutu pelayanan klinik, dilakukan akreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali. Setiap klinik yang telah memperoleh izin operasional dan telah beroperasi paling sedikit dua tahun wajib mengajukan permohonan akreditasi. Dengan akreditasi diharapkan setiap klinik mampu menjaga kelangsungan mutu dan kualitas pelayanannya agar masyarakat yang menerima pelayanan mendapatkan pelayanan dengan baik (Depkes RI, 2015).

Definisi dari akreditasi untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah pengakuan yang telah diberikan oleh lembaga independen sebagai penyelenggara akreditasi yang telah ditetapkan oleh Menteri kepada Puskesmas, Klinik Pratama, praktik dokter dan praktik dokter gigi tentunya setelah dilakukan penilaian bahwa fasilitas tingkat pertama itu memenuhi standar fasilitas kesehatan tingkat pertama yang telah memenuhi standar yang telah ditetapkan untuk meningkatkan mutu pelayanan secara berkesinambungan (Depkes RI, 2015).

Berbagai manfaat dari akreditasi FKTP dapat kita lihat antara lain; (1) Bagi dinas kesehatan provinsi dan kabupaten atau kota; sebagai wahana pembinaan dan peningkatan mutu kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, manajemen mutu, dan sistem penyelenggaraan pelayanan klinis, serta penerapan sistem manajemen risiko; (2) Bagi BPJS kesehatan sebagai syarat *credentialing* FKTP; (3) Bagi FKTP dapat memberikan keunggulan kompetitif, menjamin pelayanan primer yang berkualitas, dan dapat meningkatkan pendidikan pada staf, meningkatkan pengelolaan risiko, membangun dan meningkatkan kerja tim antar staf, meningkatkan reliabilitas dalam pelayanan, ketertiban dalam pendokumentasian, dan konsistensi dalam

bekerja, (4) Bagi masyarakat adanya jaminan kualitas dan memperkuat kepercayaan masyarakat (Depkes RI, 2015).

Sasaran akreditasi FKTP adalah seperti gambar di bawah ini:



Sumber (Depkes RI, 2015)

Dapat dilihat dari bagan di atas bahwa hal-hal mendasar dan yang dilakukan penilaian adalah administrasi manajemen dan layanan klinis. Maka klinik harus bisa meningkatkan atau menjaga kendali mutunya apabila ingin mendapatkan akreditasi atau pengakuan yang baik atas kliniknya. Ada tujuh tahapan proses akreditasi FKTP yaitu; proses pelatihan, proses perisapan, proses pendampingan, proses pengajuan, proses survey, proses penetapan, proses pendampingan pasca akreditasi (Depkes RI, 2015).

Selain melalui program-program nasional, pemerintah juga sangat serius mengenai keselamatan pasien dan pekerja, hal ini terlihat dari adanya peraturan mengenai keselamatan kerja dan

keselamatan pasien. Keselamatan kerja dan kesehatan kerja yang selanjutnya disingkat K3 adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan tenaga kerja melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Penerapan SMK3 bertujuan untuk meningkatkan efektivitas perlindungan keselamatan dan kesehatan kerja yang terencana, terukur, tersrtuktur dan terintegrasi, mencegah dan mengurangi kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja dengan melibatkan unsur manajemen, pekerja, buruh, dan atau pekerja/serikat buruh, serta menciptakan tempat kerja yang aman, nyaman, dan efisien untuk mendorong produktivitas (PP No. 50 tentang Keselamatan Kerja, 2012).

Mengenai peraturan keselamatan pasien terlihat dalam Permenkes No. 1691 (2011), tentang keselamatan pasien yang berbunyi; keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat

melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Insiden keselamatan selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera, dan Kejadian Potensial Cedera (PP No. 50 tentang Keselamatan Kerja, 2012).

b. Klinik

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan, pelayanan medis dasar atau spesialis. Berdasarkan jenisnya klinik dibagi menjadi dua yaitu Klinik Pratama dan Klinik Utama. Klinik Pratama pengertiannya dalam ayat satu huruf a adalah klinik yang menyelenggarakan pelayanan medis dasar baik umum maupun khusus. Sedangkan Klinik Utama pada ayat satu huruf b berbunyi Klinik Utama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medis spesialis atau pelayanan medis dasar, dan spesialis. Klinik pada ayat satu juga dapat mengkhususkan pelayanan pada satu bidang tertentu, berdasarkan cabang disiplin ilmu atau sistem organ (Permenkes No. 9 Tentang Klinik, 2014).

Menurut WHO (2003) *Primary Health Care* (PHC) adalah pelayanan tingkat pertama yang dapat diakses secara universal, disediakan oleh tenaga kerja yang terlatih didukung oleh sistem rujukan yang terintegrasi dengan memprioritaskan kepada mereka yang lebih membutuhkan, memaksimalkan kemandirian masyarakat dan individu dalam partisipasinya berkolaborasi dengan sektor-sektor lain meliputi; promosi kesehatan, pencegahan penyakit, perawatan sakit, *advocacy* pengembangan masyarakat. Pelayanan kesehatan primer adalah dimana terjadinya kontak pertama individu, keluarga, dan masyarakat dengan sistem perawatan kesehatan. Di Australia PHC menggabungkan perawatan pribadi dengan promosi kesehatan pencegahan penyakit dan pengembangan mencakup prinsip-prinsip interkoneksi dari ekuitas, akses, pemberdayaan, masyarakat dapat menentukan nasibnya sendiri dan kolaborasi antar-sektoral itu meliputi pemahaman tentang determinan sosial, ekonomi, budaya dan politik kesehatan (APHCRI, 2015).

Ketentuan-ketentuan umum tentang klinik sudah diatur dalam permenkes tahun 2013-2014. Mengingat di Indonesia dewasa ini semakin banyak bermunculan klinik-klinik swasta. Maka, apabila tidak dilakukan pengawasan dan kendali mutu dikhawatirkan

kedepannya akan membahayakan masyarakat yang ingin mendapatkan pelayanan. Klinik juga dapat dimiliki oleh pemerintah, pemerintah daerah, atau masyarakat. Klinik yang dimiliki oleh pemerintah dan pemerintah daerah harus sesuai dengan ketentuan dan peraturan undang-undang. Klinik yang didirikan oleh masyarakat yang menyelenggarakan rawat jalan dapat didirikan oleh perorangan atau badan usaha. Dan klinik yang dimiliki masyarakat yang menyelenggarakan rawat inap harus didirikan oleh badan hukum (Permenkes No. 9 tentang Klinik, 2014).

Lokasi tempat mendirikan klinik pun tidak boleh sembarangan, pemerintah kita sudah mengatur sedemikian rupa sehingga terjadi keseimbangan di daerah tempat berdirinya klinik. Pemerintah daerah atau kabupaten kota mengatur persebaran klinik yang diselenggarakan masyarakat di wilayahnya dengan memperhatikan kebutuhan pelayanan berdasarkan rasio jumlah penduduk. Lokasi klinik harus memenuhi ketentuan persyaratan kesehatan lingkungan, sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. Sedikit berbeda dengan klinik perusahaan dan klinik instansi pemerintah yang hanya melayani karyawan perusahaan, warga binaan atau pegawai institusi tersebut. Selain mengenai aturan lokasi, terdapat

juga aturan mengenai bangunan klinik. Bangunan klinik harus bersifat permanen, dan tidak bergabung fisik bangunan dengan tempat tinggal perorangan. Ketentuan tempat tinggal yang dimaksud adalah tidak termasuk apartemen, rumah toko, rumah kantor, rumah susun, dan bangunan sejenis. Bangunan klinik harus memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan keselamatan dan kesehatan bagi semua orang termasuk bagi penyandang cacat, anak-anak, dan orang usia lanjut (Permenkes No. 9 Tentang Klinik, 2014).

Bangunan klinik paling sedikit terdiri atas; ruangan pendaftaran, atau ruang tunggu, ruang konsultasi, ruang administrasi, ruang obat dan bahan habis pakai untuk klinik yang melaksanakan pelayanan farmasi, ruang tindakan, ruang pojok ASI, kamar mandi atau WC, serta ruang lainnya sesuai dengan jenis pelayanan. Selain persyaratan tersebut klinik rawat inap juga harus memenuhi persyaratan, ruang farmasi dan ruang laboratorium dan ruang dapur. Ruangan tersebut harus memenuhi persyaratan teknis sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. Jumlah tempat pasien rawat inap di klinik paling sedikit 5 buah dan paling banyak 10 buah. Kemudian sarana dan prasarana klinik

meliputi; instalasi sanitasi, listrik, pencegahan dan penanggulangan kebakaran, ambulan khusus untuk klinik yang menyelenggarakan rawat inap, sistem gas medis, sistem tata udara, sistem pencahayaan, dan sistem lainnya sesuai dengan kebutuhan. Sarana-prasarana klinik tersebut harus dalam keadaan terpelihara dan berfungsi dengan baik (Permenkes No. 9 tentang Klinik, 2014).

Penanggung jawab teknis klinik harus lah seorang tenaga medis dan harus memiliki SIP di klinik tersebut dan juga dapat merangkap sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Dalam peraturannya tenaga medis hanya dapat menjadi penanggung jawab teknis pada satu klinik tidak boleh lebih. Ketenagaan klinik rawat jalan terdiri atas medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non medis sesuai dengan kebutuhan. Sedangkan rawat inap terdiri atas tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan, tenaga gizi, analis kesehatan, tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan sesuai dengan kebutuhan. Jenis kualifikasi dan jumlah tenaga kesehatan lain serta tenaga non kesehatan harus disesuaikan dengan kebutuhan dan jenis pelayanan yang diberikan oleh klinik. Pada klinik pratama tenaga medis yang memberikan pelayanan kedokteran paling sedikit terdiri dari 2 dokter atau dokter gigi sebagai pemberi

pelayanan. Sedangkan pada klinik utama yang memberikan pelayanan kedokteran paling sedikit terdiri dari satu orang dokter spesialis dan dokter lainnya bertugas sebagai pemberi pelayanan. Kemudian pada pelayanan kedokteran gigi paling sedikit terdiri dari satu orang dokter gigi spesialis dan satu orang dokter sebagai pemberi pelayanan (Permenkes No. 9, 2014).

Setiap tenaga medis yang berpraktik di klinik harus mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR) dan (SIP) Surat Izin Praktik. Dan berlaku juga pada tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di klinik harus mempunyai STR dan Surat Izin Kerja (SIK) atau (SIP) Surat Izin Praktik sesuai dengan ketentuan dan perundang-undangan yang berlaku. Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di klinik harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional, standar pelayanan etika profesi, menghormati hak pasien, serta mengutamakan keselamatan pasien. Pendayagunaan tenaga kesehatan asing di klinik harus juga mengikuti peraturan perundang-undangan. Aturan mengenai klinik yang melakukan pelayanan 24 jam harus bisa menyediakan dokter, serta tenaga kesehatan lain sesuai kebutuhan pelayanan dan setiap saat berada di tempat. Klinik juga harus menyesuaikan peralatan dengan jenis pelayanan yang diberikan baik medis maupun non medis. Peralatan

pun harus memenuhi standar mutu, keamanan, keselamatan dan izin edar sesuai ketentuan (Permenkes No. 9 Tentang Klinik, 2014).

Setiap klinik wajib menerapkan standar keselamatan pasien sebagaimana meliputi; hak pasien, mendidik pasien dan keluarga, keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan, penggunaan metode peningkatan kerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, mendidik staf tentang keselamatan pasien, dan komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan. Setiap sarana kesehatan atau rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan keselamatan pasien, sasarannya meliputi hal-hal sebagai berikut; mengidentifikasi pasien dengan tepat, berkomunikasi yang efektif, waspada terhadap keamanan obat, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, mengurangi risiko infeksi yang diakibatkan pelayanan kesehatan, serta mengurangi risiko pasien jatuh. Selain itu ada beberapa langkah menuju keselamatan pasien di rumah sakit di antaranya menumbuhkan kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf, integrasi aktivitas pengelolaan risiko, membangun sistem pelaporan, berkomunikasi

dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, dan mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien (Depkes RI, 2015).

c. Budaya Organisasi

Martin (2002) mengatakan konsep budaya organisasi mengacu pada tiga paradigma yaitu; (1) *integrated approach*; bahwa setiap organisasi mempunyai satu jenis budaya yang mewarnai semua nilai perilaku para anggotanya. (2) *Differentiation approach*; menekankan pada konsensus sub-budaya. Pada pendekatan ini dimungkinkan bahwa setiap organisasi mempunyai satu atau lebih sub-budaya yang dibedakan menjadi tiga yaitu; *enhancing sub culture* yaitu sub-budaya yang sejalan dan sama bertentangan dan *encounter subculture* yaitu sub budaya yang berlawanan dengan budaya organisasi. Suatu contoh di RS JHX terdapat sub-budaya. Sub-budaya divisi ICU berbeda dengan sub-budaya divisi radiologi. (3) *Fragmentation approach* menyatakan bahwa budaya organisasi tersebut sebenarnya tidak ada, yang ada adalah nilai-nilai pribadi anggota organisasi. Penganut pendekatan ini menganggap bahwa *shared values* tersebut tidak relevan dengan budaya organisasi, *orthogonal subculture* yaitu sub-budaya yang

berbeda dengan budaya organisasi. Schein (2004) mendefinisikan budaya organisasi;

*“a pattern of basic assumptions-invented, discovered, or developed by a given group as it learns to cope with its problems of external adaptation and internal integration-that has worked well enough to be considered valid and therefore to be taught to new members as the correct way to perceive, think, and feel in relation to those problems”.*

Budaya organisasi adalah suatu realitas asumsi dasar, nilai-nilai, kebiasaan-kebiasaan yang hidup, yang dihayati atau dilakukan oleh para anggotanya.

Drennan (1999) tentang pembentukan budaya organisasi yang dipengaruhi oleh pemimpin, sejarah dan tradisi, pelanggaran, ekspansi organisasi, sistem informasi dan kendali, aturan-aturan dan lingkungan organisasi, prosedur dan kebijaksanaan, sistem pengajian, organisasi dan sumber daya, sasaran serta nilai-nilai perlu dipertimbangkan untuk melakukan penanaman dan sosialisasi budaya organisasi.

d. *Safety Culture*

*Patient safety* adalah pencegahan bahaya yang dapat ditimbulkan dari kesalahan atau kelalaian (IOM, 2004). *Safety culture* adalah keselamatan yang menjadi perhatian semua orang (Milligan, 2005). Dalam hal ini *patient safety culture* dapat didefinisikan sebagai penerimaan, dan praktik keselamatan pasien

sebagai prioritas pertama dan nilai bersama dalam sebuah institusi. Dengan kata lain, *patient safety culture* dapat digambarkan sebagai nilai umum, kepercayaan, perilaku, persepsi dan sikap (Pizzi LT, 2001). *Safety culture* adalah lingkungan yang mendukung dilakukannya pelaporan, tidak saling menyalahkan melibatkan kepemimpinan tingkat atas dan berfokus pada sistem (AORN Journal, 2006).

Menurut AHRQ (2004) *safety culture* dari sebuah organisasi adalah produk dari individu dan nilai-nilai team *attitudes, perceptions, competencies*, dan pola perilaku yang membentuk komitmen, gaya, dan kemampuan dan kemampuan dari manajemen kesehatan dan keselamatan organisasi. Organisasi budaya keselamatan yang positif ditandai dengan didirikannya komunikasi saling percaya oleh persepsi bersama tentang pentingnya keselamatan dan keyakinan dalam langkah-langkah pencegahan. Budaya keselamatan pasien dapat merujuk pada produk dari nilai, sikap, kompetensi dan pola perilaku individu dan kelompok, yang menentukan komitmen terhadap gaya dan kemampuan, program kesehatan dan keselamatan organisasi (Halligan, 2011).

Coper *et al*, (2000) telah mendefinisikan bahwa “*Patients safety as adviodance, prevention, and amelioration of adverse outcome or injuries stemming from the processes of healthcare*”. Pengertian ini maksudnya bahwa *patient safety* merupakan penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera-cedera dari proses pelayanan kesehatan. Schein (1992) mendefinisikan budaya kerja sebagai kebiasaan orang bekerja dalam satu kelompok, nilai, filosofi, dan aturan-aturan dalam kelompok yang membuat mereka bisa bekerja sama. Budaya kerja adalah bagaimana kita menyelesaikan pekerjaan di tempat kerja. Budaya kerja berperan penting dalam keberhasilan suatu organisasi pelayanan kesehatan dan juga dalam konteks *patient safety* (Budiharjo, 2012).

Kunci *patient safety culture* adalah: kepercayaan bersama bahwa pelayanan kesehatan adalah usaha berisiko tinggi; komitmen organisasi untuk mendeteksi dan menganalisis cedera pasien dan kejadian nyaris cedera; dan lingkungan yang seimbang antara kebutuhan melaporkan kejadian dan kebutuhan tindakan disiplin (IOM, 2004).

Sepuluh fakta tentang *patient safety* menurut WHO adalah: (1) *patient safety* adalah masalah kesehatan global yang serius; (2)

diperkirakan bahwa 1 dari 10 pasien di negara maju, dirugikan saat menerima perawatan di rumah sakit, kerugiannya bisa disebabkan oleh *errors* atau *adverse event*; (3) infeksi rumah sakit lebih banyak terjadi pada negara berkembang dibandingkan negara maju dengan perbandingan 7 di negara maju dan 10 di negara berkembang; tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang sederhana dan murah, seperti kebersihan tangan yang sesuai, dapat mengurangi frekuensi HAI lebih dari 50%; (4) negara dengan pendapatan menengah dan rendah kekurangan akses terhadap alat medis yang tepat; (5) suntikan yang tidak aman menurun sebesar 88% dari tahun 2000 sampai 2010; (6) diperkirakan 234 juta operasi pembedahan dilakukan secara global setiap tahun; fakta bahwa 50% komplikasi yang terkait dengan perawatan bedah dapat dihindari; (7) Sekitar 20%-40% dari semua pengeluaran kesehatan terbuang karena perawatan berkualitas rendah; (8) industri dengan risiko lebih tinggi seperti industri penerbangan dan nuklir memiliki catatan keselamatan yang jauh lebih baik daripada pelayanan kesehatan; (9) keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan masyarakat adalah kunci untuk mengidentifikasi kebutuhan, mengukur kemajuan dan mengevaluasi; (10) kerjasama antar rumah dapat meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas

perawatan. Kemitraan ini menyediakan saluran untuk pembelajaran keselamatan pasien *bi-directional* dan pengembangan bersama solusi dalam sistem kesehatan global yang berkembang pesat (WHO, 2012).

Schein (2004) membagi budaya menjadi tiga tingkat yaitu; *artifacts* adalah bagian terluar dari budaya organisasi, dimana tercermin nilai dasar yang dianut oleh organisasi. Contoh logo rumah sakit, simbol dan tata ruang. Elemen dasar sebuah organisasi yakni *value* yang berkaitan dengan nilai moral. Bagian terdalam yakni *basic assumption* yang mendasari sikap, keyakinan para anggotanya. Budaya organisasi adalah suatu realita asumsi dasar, nilai-nilai, kebiasaan-kebiasaan yang hidup dan dihayati dan dilakukan oleh para anggotanya (*culture-in-practice*). Budaya bukan sekedar slogan-slogan mencantumkan nilai-nilai yang diinginkan (*espoused culture*). Budaya organisasi yang dominan berpengaruh kuat pada perilaku para anggota organisasi. Deal dan Kennedy (2002) mengemukakan bahwa budaya yang dominan akan berpengaruh terhadap kinerja organisasi. Secara umum, *safety culture* dapat di definisikan sebagai pola terpadu perilaku individu dan organisasi yang berorientasi pada nilai-nilai dan asumsi dasar

yang secara terus menerus berupaya meminimalkan kejadian yang tidak diharapkan, karena dapat membahayakan pasien.

Schein, (1999) budaya *patient safety* dapat diukur melalui pengukuran elemen kedua model budaya organisasi, yaitu *espoused values* (nilai-nilai pendukung), yang mencakup kepercayaan, nilai-nilai, persepsi dan sikap yang berlaku dalam organisasi. Nilai-nilai pendukung ini dianggap lebih mudah diukur, dikenal sebagai iklim organisasi, yang dapat mendiagnosis budaya, sebagai *preceding culture* dan *culture in making*. Selanjutnya dari Flin (2007) menjelaskan bagaimana mekanisme bentuk-bentuk iklim keselamatan (yang digunakan untuk mengukur budaya keselamatan), yang didefinisikan sebagai persepsi terhadap KTD/AE pada pasien dan pekerja, diukur pada tingkat unit kerja dan organisasi.

e. Kejadian Tidak Diharapkan

Insiden mengenai keselamatan pasien antara lain kejadian tak dihrapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak cedera (KTC), kondisi potensial cedera (KPC), dan kejadian sentinel (Depkes RI, 2015). Menurut Reason (1995) terjadinya *adverse event* dapat dilihat melalui dua pendekatan, yaitu; pendekatan dari faktor manusia, dan pendekatan dari *system*.

*Adverse event* dan *medical error* pada tingkat individual biasanya dipengaruhi oleh psikologis petugas kesehatan. Sedangkan di tingkat sistem biasanya dikarenakan oleh lingkungan kerja dan fasilitas yang buruk atau tidak siap secara prosedural. Sedangkan pendekatan dari faktor manusia terdapat dua faktor utama yaitu *active failures* dan *latent failures*. *Active failures* menggambarkan suatu tindakan yang dapat membahayakan pasien, atau tindakan medik yang langsung berisiko untuk terjadinya efek samping antara lain; *action slips*, misalnya mengambil *syringe* injeksi yang tidak benar; *cognitive failures*, karena lupa, atau keliru membaca hasil pemeriksaan; *Violation*, suatu tindakan medis yang menyimpang dari prosedur. Sedangkan *Latent failures* kesalahan yang terjadi akibat sistem yang keliru, atau tidak langsung diakibatkan oleh petugas yang bersangkutan.

Organisasi kesehatan menyadari pentingnya pengorganisasian budaya dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien. Meningkatnya minat dalam *safety culture* disertai dengan kebutuhan penilaian evaluasi difokuskan pada upaya perbaikan keselamatan pasien (Nieva, 2003). Konsep budaya organisasi dan iklim mendapatkan banyak perhatian sejak tahun 1970-1980 (Guldenmund, 2000).

Salah satu pilar gerakan keselamatan pasien adalah mempromosikan budaya keselamatan itu sendiri. Akhir-akhir ini telah terjadi peningkatan pemahaman dalam industri kesehatan mengenai berbagai faktor seperti, efisiensi dan pengendalian biaya, organisasi dan kemampuan individu dalam mengakui kesalahan, dan norma-norma profesional untuk kesempurnaan penyedia layanan kesehatan. Budaya dari *industry* kesehatan sebagai penyedia layanan dianggap sebagai faktor risiko potensial yang dapat mengancam pasien (Nieva, 2003).

Profesional dan budaya organisasi dalam pelayanan kesehatan harus bertransformasi dalam kepentingan promosi untuk pelayanan pasien yang lebih aman. Pelayanan kesehatan harus menyadari bahwa dia adalah industri dengan risiko cukup tinggi. Peningkatan keselamatan mengharuskan sistem kesehatan memiliki akses siap untuk informasi yang mendukung belajar dari pengalaman untuk mempromosikan sistem yang baik mencegah kesalahan dan mengurangi dampak dari kesalahan yang terjadi (Nieva, 2003).

Sementara itu pedoman dan berbagai pelatihan, teknologi informasi, struktur organisasi, dan regulasi industri yang didorong oleh organisasi kesehatan untuk meningkatkan keselamatan pasien. Oleh sebab itu muncul keyakinan bahwa kemampuan institusi

untuk menghindari bahaya akan terwujud jika institusi mampu menciptakan budaya keamanan antara stafnya. *Safety culture* adalah faktor pembentuk kinerja yang memandu perilaku profesional kesehatan memandang keselamatan pasien sebagai salah satu prioritas tertinggi mereka. Sebuah perubahan budaya yang mendasar perlu memastikan bahwa inovasi yang diperkenalkan untuk meningkatkan keselamatan pasien harus benar-benar menjadi prioritas mereka (Nieva, 2003).

Tujuan penilaian *safety culture* dalam organisasi kesehatan telah berkembang secara paralel dengan meningkatnya fokus pada peningkatan budaya keselamatan. Dalam rangka untuk mengubah suatu budaya yang terpenting adalah memahami dan menghadapi perubahan itu sendiri. Penilaian suatu budaya akan memberikan jalan menuju pemahaman tersebut dari pemahaman tindakan mungkin akan muncul. (Nieva, 2003).

Luasnya konsep *safety culture* diilustrasikan dalam definisi ini tercermin dalam berbagai topik yang dibahas oleh instrumen penilaian budaya keselamatan. Antara lain menilai sikap, perilaku, nilai-nilai, dan Norma-norma anggota organisasi. Mungkin juga fokus pada persepsi konsep organisasi, seperti prioritas manajerial, kecukupan pelatihan dan sumber daya, serta kebijakan dan

prosedur. Karakteristik penting dari penilaian budaya keselamatan adalah apakah mereka mengambil perspektif manajerial atau staf, atau bahkan gabungan unsur-unsur keduanya. Beberapa pengukuran fokus pada penilaian kebijakan manajemen untuk keselamatan pasien dan praktek dalam organisasi mereka. penilaian budaya keselamatan dapat digunakan untuk membandingkan unit dalam satu organisasi atau untuk menguji perbedaan di organisasi atau sistem yang berbeda (Nieva,2003).

## **2. Pengukuran *Patient Safety Culture* dengan AHRQ**

Pengukuran *patient safety culture* pada umumnya dilakukan pada setiap individu selanjutnya dijadikan agregat ke tingkat yang lebih tinggi. Tingkat kesamaan persepsi antara pekerja terhadap *safety culture* itu lah yang menjadi kelebihan yang patut dipertimbangkan dari pengukuran budaya keselamatan. Pengukuran budaya keselamatan dalam organisasi kesehatan mengembangkan definisi atau alat pengukuran *patient safety culture* berdasarkan literatur dari *safety culture* dunia industri. Sedangkan dimensi yang diukur antara lain manajemen, sistem keselamatan, risiko, tekanan, kompetensi dan prosedur (Flin, 2006 dikutip dari Sulistiyani, 2015).

Sedangkan C. Burns dan S. Yulle dalam Flin dkk (2006), menjabarkan bahwa dirumah sakit pengukuran budaya *patient safety*

*culture* adalah manajemen, sistem keselamatan, manajemen risiko, tuntutan pekerjaan, pelaporan atau pengungkapan, sikap atau perilaku keselamatan, komunikasi atau *feedback*, kerja sama, sumber daya individu dan faktor organisasi.

*Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) mengembangkan salah satu alat ukur untuk *patient safety* dengan instrumen kuesionernya *The hospital survey for patient safety culture* (HSOPSC). *Agency for health care research and quality* telah mendanai kurang lebih 100 penelitian yang bertujuan mengidentifikasi instrumen yang dijadikan sebagai *tools* untuk menilai *patient safety culture* (Flemming, 2006). Tiga aspek dimensi *patient safety culture* berdasarkan AHRQ yaitu: dimensi keselamatan pasien pada tingkat unit, tingkat RS, dan *outcome* keselamatan.

Tabel 2.1 Tiga Aspek Dimensi *Patient Safety Culture*

Tingkat unit	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tindakan promotif keselamatan oleh manajer atau supervisor</li> <li>➤ Perbaikan berkelanjutan</li> <li>➤ Kerjasama dalam rumah sakit</li> <li>➤ Keterbukaan komunikasi</li> <li>➤ Umpan balik dan komunikasi terkait kesalahan yang terjadi</li> <li>➤ Respon yang tidak menyalahkan</li> <li>➤ Penyusunan staf</li> </ul>
Tingkat rumah	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dukungan manajemen rumah sakit terhadap budaya keselamatan pasien</li> </ul>

---

sakit	➤ Kerjasama antar unit di rumah sakit
	➤ Serah terima dan transisi pasien dari unit ke unit lain
<i>Outcome</i>	➤ Persepsi keselamatan secara keseluruhan
keselamatan	➤ Frekuensi kejadian yang dilaporkan
	➤ Tingkat keselamatan pasien pada unit
	➤ Jumlah kejadian yang dilaporkan

---

Sumber: AHRQ dalam Sorra dan Nieva (2004)

Untuk mengukur keselamatan pasien di sarana kesehatan, terdapat 12 dimensi budaya keselamatan pasien di antaranya; dimensi persepsi, dimensi pelaporan, dimensi supervisi, dimensi pembelajaran organisasi, dimensi kerja sama intra bagian, dimensi keterbukaan dan komunikasi, timbal balik kesalahan, dimensi sangsi kesalahan, dimensi staf atau pegawai, dimensi dukungan manajemen, dimensi kerjasama atau bagian, dimensi pemindahan dan pergantian. Survey tentang budaya keselamatan pasien yang sering digunakan sebagai acuan di berbagai negara karena mempunyai sifat psikometris yang terbaik dan dirancang untuk seluruh pekerja di RS adalah yang dilakukan oleh Sorra & Nieva (2004), yaitu *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, yang mempunyai 12 dimensi budaya keselamatan dan 2 dimensi *outcome* (Sorra & Nieva, 2004).

### 3. Dua Belas Dimensi *Patient Safety Culture*

Menurut Sorra & Nieva (2004) *Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC)* mempunyai 12 dimensi budaya keselamatan yaitu:

a. Dimensi Persepsi

Persepsi setiap individu berbeda-beda dan dapat dipengaruhi oleh faktor internal (faktor dalam diri individu itu sendiri) dan eksternal (faktor lingkungan). Menurut KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia) proses dimana seseorang mengetahui, menyerap, memahami informasi tentang beberapa hal melalui panca indera yang dimiliki individu tersebut seperti merasa menggunakan lidah, meraba dengan tangan, melihat dengan mata, dan mendengar dengan telinga disebut persepsi. Sedangkan menurut Jalaludin (1998) dalam Hadiwijaya (2011) persepsi merupakan pengalaman tentang peristiwa, kejadian, objek dan hubungan yang telah dialami dan diperoleh oleh individu dalam menyimpulkan informasi serta menafsirkannya.

b. Dimensi Pelaporan

Fasilitas kesehatan sangat rentan terhadap kejadian tidak diharapkan. Untuk menganalisis suatu kejadian dibutuhkan pencatatan dan pelaporan yang baik sistem pelaporan sangat penting karena dapat digunakan sebagai alat untuk menganalisis, mencegah *error* atau kejadian yang membahayakan pasien dan petugas kesehatan terulang kembali di waktu yang akan datang (KKP-RS, 2008)

c. Dimensi Supervisi

Supervisi dapat diartikan sebagai pegawai utama atau pengontrol tertinggi dalam sistem organisasi ketenaga kerjaan atau kelompok dan yang menjalankan kegiatannya biasa disebut supervisor. Beberapa penelitian telah menyelidiki hubungan antara persepsi organisasi dan sikap kerja karyawan menurut teori dukungan organisasi karyawan melihat bagaimana dukungan atasan mereka terhadap karyawan itu sendiri sebagai indikasi dukungan dari organisasi karena supervisor bertindak sebagai agen organisasi (Eisenberger, 2002)

d. Dimensi Pembelajaran Organisasi

Dimensi pembelajaran organisasi yang berarti kemauan dari organisasi dalam belajar baik dari kesalahan yang pernah dilakukan ataupun yang belum terjadi sehingga pencegahan dapat dilakukan. Pembelajaran organisasi telah menjadi topik penting dalam jurnal *organisational science*, Pembelajaran organisasi secara inheren merupakan topik interdisipliner. Penelitian pembelajaran organisasi mengacu pada memberikan kontribusi untuk perkembangan dalam berbagai bidang, termasuk perilaku organisasi dan teori, psikologi kognitif dan sosial, sosiologi,

ekonomi, sistem informasi, manajemen strategis, dan teknik (Argote & Miron, 2011).

e. Dimensi Kerja Sama Intra dan Antar Bagian

Pelayanan kesehatan modern dilakukan oleh tim pelayanan kesehatan multidisiplin dan terdistribusi yang mengandalkan kerja tim dan komunikasi yang efektif untuk memastikan perawatan pasien yang efektif dan aman (Weller & Cumin, 2014).

f. Dimensi Keterbukaan dan Komunikasi

Adalah suatu kondisi dimana staf bebas mengemukakan pendapatnya apabila melihat atau menemukan tindakan, kejadian yang akan berdampak atau telah berdampak kepada pasien.

g. Dimensi Timbal Balik

Suatu respon organisasi terhadap kejadian, untuk mengetahui dimana letak kesalahan terjadi. Mengembangkan *feedback* yang baik dari laporan kejadian dan bagaimana cara manajemen mencari jalan keluar atau penyelesaian serta bagaimana organisasi belajar dari kesalahan tersebut agar tidak terjadi kesalahan yang sama dan dapat dilakukan pencegahan (AHRQ, 2001)

#### h. Dimensi Sanksi Kesalahan

Tujuan utama dari sanksi kesalahan adalah untuk melakukan evaluasi dan koreksi bukan untuk mencari kesalahan petugas. Sanksi bertujuan memberikan efek jera agar kesalahan yang sama tidak terulang kembali. Tujuannya apabila ada kesalahan yang telah terbukti dilakukan oleh staf sanksi akan diberikan dengan melakukan pembinaan, tingkat selanjutnya peringatan dan sanksi.

#### i. Dimensi Staf atau Pegawai

Staf sangat berperan penting dalam menciptakan budaya keselamatan di fasilitas kesehatan tidak hanya jumlah staf yang harus mencukupi untuk menangani beban kerja akan tetapi keterampilan staf juga sangat berpengaruh. Standar pendidikan staf mengenai keselamatan pasien, pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf, dan orientasi bagi staf baru dapat mendukung interdisipliner dalam pelayanan pasien (Permenkes, No. 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien).

#### j. Dimensi Dukungan Manajemen

Dimensi dukungan manajemen adalah sebuah organisasi dalam hal ini rumah sakit menyediakan lingkungan yang nyaman untuk staf bekerja sehingga mendukung terciptanya keselamatan pasien

serta menjadikan keselamatan pasien sebagai prioritas (AHRQ, 2004).

k. Dimensi Pemindahan dan Pergantian

Pemindahan dan pergantian dianggap sebagai kegiatan klinis yang terjadi di semua tingkat rumah sakit mulai dari tingkat individu ke individu yang lain sampai ke tingkat organisasi misalnya dari satu rumah sakit ke rumah sakit yang lain (Abraham & Patel, 20012)

#### 4. Tujuan Budaya Keselamatan Pasien

Tujuan keselamatan pasien menurut Departemen Kesehatan RI (2009) adalah sebagai berikut; tercapainya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunkan kejadian tidak diharapkan di rumah sakit, terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan. Menurut Komisi Keselamatan Pasien rumah sakit (2008) ada sembilan solusi *live saving* keselamatan pasien di rumah sakit yang telah dibuat oleh WHO dijadikan landasan bagi seluruh Rumah Sakit yang dapat digunakan untuk mencegah atau mengurangi cedera pada pasien saat melakukan pelayanan kesehatan. Sembilan solusi ini berupa pedoman antara lain; memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look – a like*,

*sound – a like, medications name*) dengan puluhan ribu obat yang beredar di pasaran saat ini, maka sangat signifikan potensi terjadinya kesalahan akibat kebingungan terhadap nama merek atau generik serta kemasan. solusi NORUM ditekankan pada penggunaan protokol untuk pengurangan risiko dan memastikan terbacanya resep, label atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dahulu maupun pembuatan resep elektronik. Memastikan identitas pasien kegagalan dan kesalahan dalam identifikasi pasien dapat berakibat pada kesalahan pengobatan, dan pemeriksaan, pelaksanaan prosedur yang keliru, dan kemungkinan dapat berakibat pada penyerahan bayi kepada yang bukan orang tuanya. Komunikasi secara benar saat serah terima atau pengoperan pasien kesalahan atau ketidak-sesuaian komunikasi pada saat serah terima pasien di antara unit pelayanan dan tim pelayanan, bisa mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan dan kesalahan memberikan pengobatan. Memastikan tindakan yang benar di sisi tubuh yang benar, kesalahan yang paling banyak terjadi adalah tidak adanya atau kurangnya proses prabedah yang distandardisasi. Mengendalikan cairan elektrolit pekat cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi termasuk kategori berbahaya. Hal yang direkomendasikan yaitu membuat standardisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah serta pencegahan atas campur aduk atau bingung tentang

cairan elektrolit pekat yang spesifik. Memastikan akurasi pengalihan obat pada pengalihan pelayanan. *Medical error* paling sering terjadi pada saat pengalihan atau transisi. Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat (*medication error*) pada titik-titik transisi pasien. Hindari salah kateter dan salah sambung selang. Selang, kateter dan spuit (*syringe*) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang bisa menyebabkan cedera pasien melalui penyambungan spuit dan selang yang salah, memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Menggunakan alat injeksi hanya untuk sekali pakai. Penggunaan alat injeksi sekali pakai dapat mencegah penyebaran penyakit menular seperti HIV, dan hepatitis yang dapat ditularkan melalui injeksi yang berulang ulang. Tingkatkan *hand hygiene* untuk mencegah infeksi *nosocomial*. Diperkirakan 1,4 juta orang diseluruh dunia menderita infeksi dari rumah sakit. *Hand hygiene* merupakan cara preventif primer yang dapat digunakan untuk mencegah masalah ini dapat dilakukan dengan tersedianya cairan alkohol, *hand rubs*, dan sumber air pada titik-titik pelayanan, serta meningkatkan pelatihan staf.

## B. KEASLIAN PENELITIAN

Beberapa penelitian tentang *safety culture* telah dilakukan sebelumnya antara lain:

1. Sri Danaswari Ayudyawardani tahun 2012 dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dengan judul "*Pengembangan Budaya Keselamatan Pasien Yang Sesuai di Rumah Sakit Ibu Anak Tumbuh Kembang Cimanggis Tahun 2012*". Tujuan penelitian ini untuk mengembangkan model budaya keselamatan pasien yang sesuai di RSIA Tumbuh Kembang. Penelitian ini menggabungkan metode kualitatif dan kuantitatif. Penelitian kualitatif dengan wawancara mendalam sedangkan kuantitatif dengan kuesioner untuk mengetahui gambaran faktor individu dan faktor pegawai. Dari 118 responden yang diteliti di dapatkan 55,9% karyawan mempunyai pengetahuan dan sikap yang baik, 52,55 responden mempunyai motivasi yang baik, 57,6% responden memiliki tingkat kompetensi yang baik, 61% responden memiliki tingkat kewaspadaan yang baik, 73,7% responden memiliki tingkat stress yang rendah. Sedangkan untuk faktor organisasi 53,4% menyatakan kepemimpinan baik.
2. Bea, Pasinringi, & Nor tahun (2013) dengan judul "*Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanudin Makasar Tahun 2013*". Jenis penelitian ini deskriptif bertujuan untuk

mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien di RS Unhas. Metode yang digunakan adalah Kuesioner AHRQ. Pemilihan sampel dengan *random sampling*. Persamaan dengan penelitian yang peneliti lakukan adalah menggunakan kuesioner AHRQ akan tetapi diperdalam lagi dengan metode wawancara mendalam. Hasil dari penelitian Bea ini adalah budaya keselamatan di RS Unhas adalah 71,57%. Instalasi yang mendapat skor tertinggi adalah instalasi *chemotherapy* sebesar 100%. Sedangkan instalasi dengan skor terendah adalah ambulance dan evakuator sebesar 90,9%. Dimensi tertinggi dari hasil penelitian tersebut adalah dimensi kerjasama unit sebesar 95%. Hal ini cukup menarik mengingat penelitian di klinik masih sangat kurang.

3. Ariyani tahun 2009 dari Universitas Diponegoro Semarang program pasca sarjana dengan judul "*Analisis Pengetahuan dan Motivasi Perawat yang Mempengaruhi Sikap Mendukung Penerapan Program Patient Safety di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr Mawardi Surakarta Tahun 2008*". Tujuan penelitian ini untuk menganalisis pengetahuan dan motivasi perawat yang mempengaruhi sikap mendukung penerapan program *patient safety* metode yang digunakan adalah observasi dengan pendekatan *cross sectional* dengan populasi seluruh perawat intensif RSUD Dr Mawardi Surakarta. Analisis data

yang digunakan *univariate* dengan *chi square* dan *multivariate* dengan uji *regresi logistic metode enter*. Hasil analisisnya menunjukkan sebesar 76,3% sikap mendukung tinggi, pengetahuan perawat baik sebesar 76,3%, dan motivasi perawat 71,1%.

### C. LANDASAN TEORI

Martin (2002) mengatakan konsep budaya organisasi mengacu pada tiga paradigma yaitu; (1) *integrated approach*; bahwa setiap organisasi mempunyai satu jenis budaya yang mewarnai semua nilai perilaku para anggotanya. (2) *differentiation approach*; menekankan pada konsensus sub-budaya

Akreditasi FKTP adalah pengakuan terhadap puskesmas, klinik pratama, praktik dokter dan praktik dokter gigi yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggaraan akreditasi yang ditetapkan, setelah dinilai bahwa fasilitas kesehatan tingkat pertama itu memenuhi standar pelayanan yang telah ditetapkan untuk meningkatkan mutu pelayanan secara berkesinambungan. Tujuh langkah keselamatan pasien sebagai berikut; bangun nilai akan keselamatan pasien, pimpin dan dukung staf, integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, kembangkan sitem pelaporan, libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi tentang keselamatan pasien, cegah cedera melalui implementasi keselamatan pasien (Depkes RI, 2015).

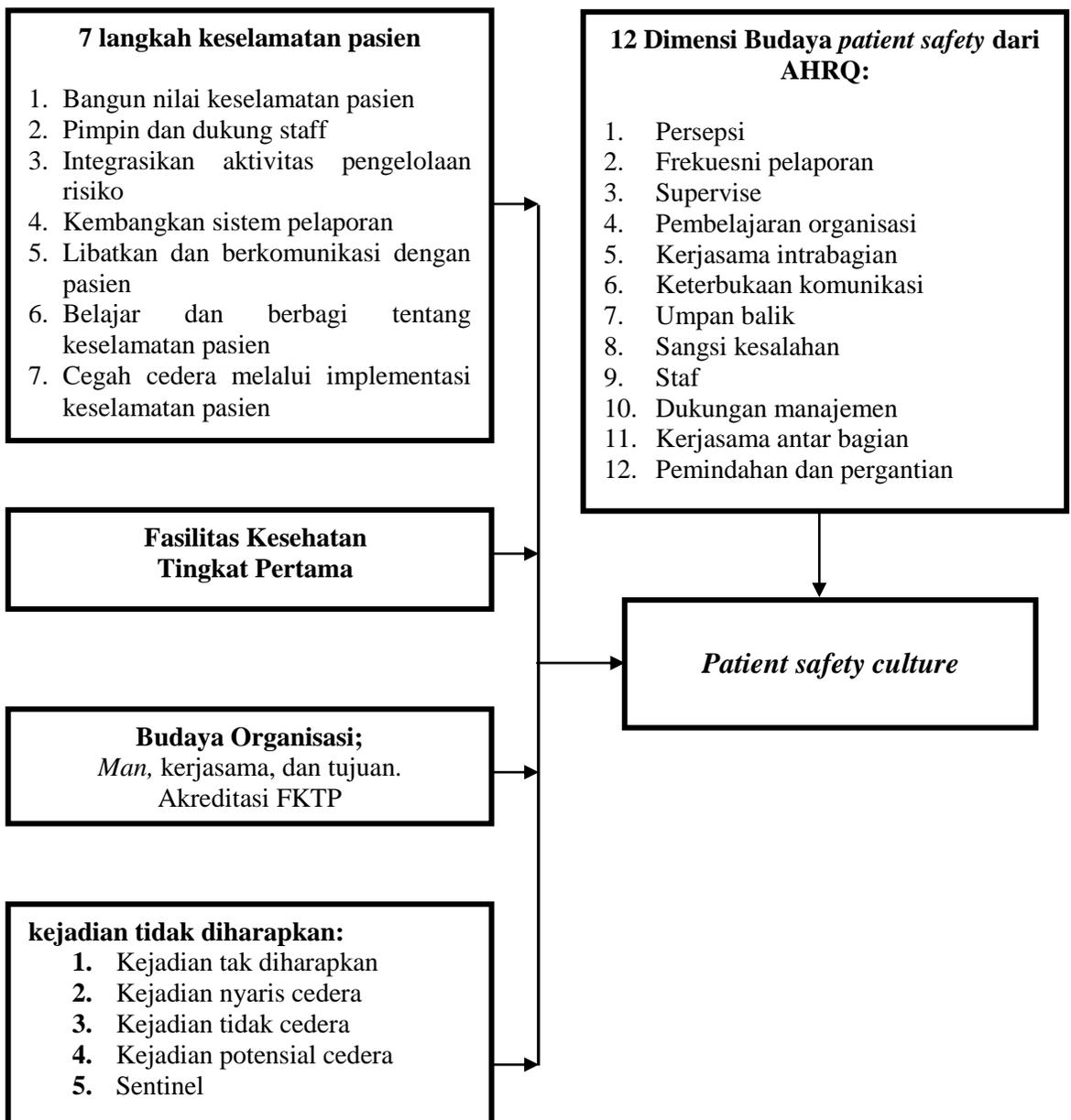
Patient safety adalah pencegahan bahaya yang dapat ditimbulkan dari kesalahan atau kelalaian (IOM, 2004). *Patient safety culture* dapat didefinisikan sebagai penerimaan, dan praktik keselamatan pasien sebagai prioritas pertama dan nilai bersama dalam sebuah institusi dengan kata lain dapat digambarkan sebagai nilai umum, kepercayaan, perilaku persepsi dan sikap (Pizzi LT,2001). Sedangkan menurut AHRQ (2004) Safety culture dari sebuah organisasi adalah produk dari individu dan nilai-nilai tim *attitudes, perceptions, competencies*, dan pola perilaku yang membentuk komitmen, gaya, dan kemampuan dari manajemen kesehatan dan keselamatan organisasi.

Pengukuran keselamatan pasien dalam penelitian ini menggunakan 12 dimensi AHRQ. Dimensi yang diukur antara lain: persepsi, frekuensi pelaporan, supervisi, pembelajaran organisasi, kerjasama intrabagian, keterbukaan komunikasi, umpan balik kesalahan, sanksi kesalahan, staf, dukungan manajemen, kerjasama antar bagian, serta pemindahan dan pelaporan (Sora & Nieva, 2004).

Reason, (1995) mengatakan bahwa *adverse event* dapat terjadi melalui dua pendekatan yaitu; *human factor* (pendekatan dari faktor manusia); dan *system factor approach* (pendekatan dari sistem). Reason (1995) juga mengatakan ada 6 faktor sebagai penyebab *medical error* adalah; organisasi dan manajemen, lingkungan pekerjaan, *team*, individu,

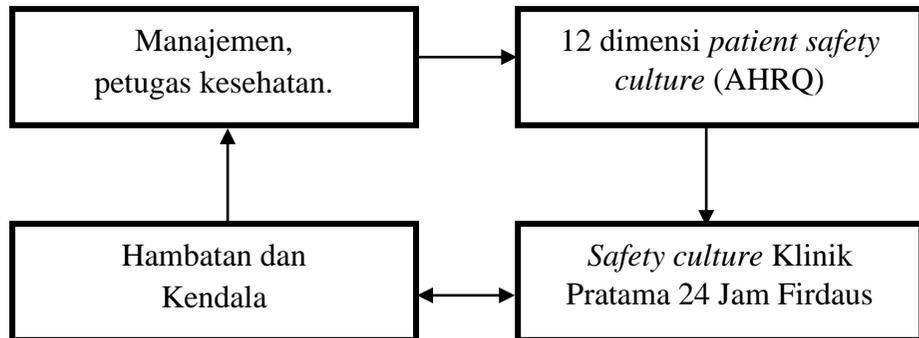
penugasan, dan karakteristik pasien. Di dalam faktor organisasi dan manajemen terdapat komponen sumber dan keterbatasan keuangan, struktur organisasi, standar dan tujuan kebijakan serta budaya keselamatan.

#### D. KERANGKA TEORI



Depkes RI (2015), AHRQ dalam Sora & Nieva (2004), WHO (2008)

#### E. KERANGKA KONSEP



#### F. PERTANYAAN PENELITIAN

1. Bagaimana penerapan 12 dimensi *safety culture* di Klinik Pratama 24 Jam Firdaus?
2. Bagaimana Persepsi staf terhadap keselamatan pasien di Klinik Pratama 24 Jam Firdaus?
3. Bagaimanan dukungan manajemen terhadap *patient safety culture* di Klinik Pratama 24 Jam Firdaus?
4. Faktor penguat apa saja kah yang terdapat pada organisasi untuk mencapai *safety culture*?
5. Faktor apa saja kah yang dapat menghambat *safety culture* di Klinik Pratama 24 Jam Firdaus?