

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Keselamatan Pasien**

###### **a. Definisi Keselamatan Pasien**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 Bab I pasal 1 ayat 1 menyebutkan bahwa keselamatan pasien adalah:

*“Suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan 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”.*

Sunaryo (2009) menyebutkan bahwa keselamatan pasien adalah ada tidaknya kesalahan atau terhindar dari cedera karena kecelakaan. Menurut WHO, keselamatan pasien adalah suatu prinsip yang paling dasar dari perawatan kesehatan.

Berdasarkan definisi-definisi tersebut, dapat diartikan jika keselamatan pasien merupakan suatu bentuk paling dasar pada layanan penyediaan jasa kesehatan yang tidak menyebabkan atau bebas dari cedera yang dapat merugikan pasien.

###### **b. Tujuan Keselamatan Pasien**

Depkes RI (2011) menyebutkan bahwa tujuan keselamatan pasien adalah menciptakan budaya keselamatan pasien, meningkatnya akuntabilitas instansi kesehatan terhadap pasien dan masyarakat, meminimalkan kejadian tidak diharapkan, melakukan

program-program pencegahan sehingga tidak ada lagi kejadian tidak diharapkan.

c. Sasaran Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017, Bab III pasal 5 ayat 5 menyebutkan bahwa sasaran keselamatan pasien terbagi menjadi enam sasaran, yaitu:

- 1) Mengidentifikasi pasien dengan benar
- 2) Meningkatkan komunikasi yang efektif
- 3) Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai.
- 4) Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
- 5) Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan, dan
- 6) Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

d. Jenis Insiden Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017, Bab III pasal 1 ayat 2 disebutkan bahwa insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah:

*“Setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien”.*

Sedangkan macam-macam insiden atau kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017, Bab III pasal 14 ayat 1-5 meliputi beberapa istilah, yaitu:

1) Kejadian Potensial Cedera (KPC)

KPC merupakan kondisi dimana belum terjadinya insiden, namun sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera.

2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

KNC merupakan ada terjadinya insiden namun belum sampai terpapar ke pasien.

3) Kejadian Tidak Cedera (KTC)

KTC merupakan insiden sudah terjadi dan sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera.

4) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

KTD merupakan terjadinya insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

KPC merupakan suatu kondisi yang harus dilaporkan, misalnya kondisi ICU yang sangat sibuk, namun jumlah tenaga medis kurang mencukupi, defibrillator yang ada di IGD ternyata dalam kondisi rusak, meskipun belum dibutuhkan. KNC merupakan kondisi dimana pasien belum sampai terkena, misalnya pemasangan unit transfuse darah pada pasien yang salah, namun kesalahan tersebut segera diketahui sebelum transfuse dilaksanakan sehingga hal-hal yang tidak diinginkan dapat dihindari. KTC merupakan kondisi dimana pasien sudah terkena namun tidak mengalami cedera, misalnya pelaksanaan transfusi yang salah namun tidak mengakibatkan gejala inkompatibilitas. KTD merupakan kejadian yang menyebabkan pasien mengalami cedera, misalnya pasien meninggal karena pelaksanaan transfuse darah yang tidak tepat yang menyebabkan reaksi hemolysis (Yahya, 2017).

e. Langkah-Langkah Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017, Bab III pasal 5 ayat 6, terdapat tujuh langkah yang harus

dilakukan rumah sakit atau instansi kesehatan lainnya dalam rangka keselamatan pasien, yaitu:

- 1) Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
- 2) Memimpin dan mendukung staf
- 3) Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko
- 4) Mengembangkan sistem pelaporan
- 5) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- 6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, dan
- 7) Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

## **2. Budaya Organisasi**

Budaya pada dasarnya adalah proses integrasi antara perilaku seseorang yang meliputi pikiran, ucapan dan perbuatan dengan proses pembelajaran. Wibowo (2013) mendefinisikan budaya organisasi sebagai suatu sistem yang dianut bersama oleh organisasi yang menganut cara-cara bagaimana seorang pegawai mampu melaksanakan aktivitas pekerjaannya dalam mencapai tujuan organisasi yang sudah ditetapkan.

Definisi di atas menunjukkan bahwa budaya organisasi berasal dari sekumpulan norma-norma yang sudah disepakati bersama sebagai dasar dalam mencapai tujuan organisasi yang sudah ditetapkan. Definisi lain menyebutkan bahwa budaya organisasi adalah suatu norma-norma, nilai dan pemahaman yang dianut oleh beberapa anggota dari suatu organisasi yang didukung oleh adanya pengendalian dari atasan (Stoner dan Gilbert, 2012).

Berdasarkan definisi-definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa budaya organisasi merupakan suatu sistem yang mengendalikan dan

menunjukkan arah dalam pembentukan sikap, perilaku, norma-norma dan nilai-nilai dari anggota organisasi yang mempunyai sifat khusus dan yang membedakan organisasi dengan organisasi yang lain. Dengan demikian budaya organisasi suatu bagian dalam organisasi akan berbeda dengan bagian lainnya. Misalnya budaya organisasi di rumah sakit, maka budaya organisasi di ruang IGD akan berbeda dengan budaya organisasi di ruang perawatan.

Robbins dan Judge (2011) menyebutkan bahwa budaya organisasi dipengaruhi oleh faktor keteraturan cara bertindak dari anggota yang dapat diamati, jenis-jenis standar perilaku yang ada di dalam organisasi, nilai-nilai pokok yang dipakai seluruh anggota organisasi, kebijakan-kebijakan yang terkait dengan keyakinan organisasi, pedoman, dan perasaan yang secara umum tergambar melalui tata ruang, cara interaksi dan lain sebagainya.

Budaya organisasi rumah sakit yang selama ini diterapkan melalui budaya senyum, salam, sapa, sopan dan santun telah menciptakan keikatan yang kuat antara perawat dengan rumah sakit dan menjadi pedoman perilaku sehari-hari di tempat kerja. Budaya ini adalah bagian dari pelayanan rumah sakit kepada pasien. Hal ini sebagai dampak dari adanya fenomena perubahan titik perhatian rumah sakit yang lebih memperhatikan keselamatan pasien. Keselamatan pasien merupakan salah satu sasaran dari proses akreditasi rumah sakit atau instansi kesehatan lainnya (Saryadi, 2018).

Akreditasi wajib dilakukan rumah sakit setiap minimal 1 kali dalam tiga tahun. Akreditasi dilakukan sebagai salah satu usaha untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien (Hendroyogi, 2016). Dengan kata lain, akreditasi dapat menurunkan risiko terjadinya bahaya atau kejadian tidak diharapkan. Hal ini akan terwujud apabila

institusi dapat menciptakan budaya keamanan antar stafnya (Pramayanti, 2017). Jadi, pelaksanaan akreditasi sebagai proses yang wajib dilakukan rumah sakit ataupun instansi kesehatan lainnya akan mendorong rumah sakit menerapkan budaya organisasi dengan lebih baik.

### **3. Budaya Keselamatan Pasien**

#### **a. Definisi Budaya Keselamatan Pasien**

Budaya keselamatan pasien dapat diartikan sebagai suatu kesadaran dan suatu potensi aktif yang dilakukan oleh anggota organisasi untuk mengenali hal-hal yang nampak tidak benar (NHS, 2013). Fleming (2012) menyebutkan bahwa budaya dalam sistem keselamatan pasien merupakan suatu bentuk yang terstruktur dari tindakan seseorang dan kelompok sesuai kepercayaan dan nilai-nilai yang ditujukan untuk memperkecil resiko yang muncul dari tindakan yang dapat membahayakan pasien selama perawatan. *European Society (2006)* dalam *report for Methods and Measures Working Group of WHO patient safety (2009)* menyebutkan budaya keselamatan pasien merupakan integrasi pola individu dan perilaku organisasi yang dilandasi oleh keyakinan dan nilai-nilai untuk mengurangi kondisi yang membahayakan pasien secara terus menerus.

Berdasarkan definisi-definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa budaya keselamatan kerja adalah suatu pola yang disusun secara terpadu menurut keyakinan dan nilai-nilai yang terdapat dalam suatu organisasi yang bertujuan untuk mengurangi tindakan yang dapat membahayakan pasien.

b. Tujuan Budaya Keselamatan Kerja

Colla *et al* (2005) dalam Mulyati (2016) menyebutkan bahwa tujuan dari budaya keselamatan kerja antara lain adalah:

- 1) Memperoleh norma-norma perilaku
- 2) Meminimalkan terjadinya kecelakaan dan cedera
- 3) Memastikan isu mengenai keselamatan pasien menjadi perhatian seluruh anggota organisasi
- 4) Meningkatkan kemampuan anggota organisasi untuk saling berbagi ide-ide dan keyakinan mengenai risiko, kecelakaan dan kondisi kesehatan terburuk
- 5) Untuk meningkatkan komitmen masyarakat mengenai keselamatan
- 6) Menentukan gaya dan kemampuan membuat program kesehatan dan keselamatan organisasi.

c. Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Reiling (2006) menyebutkan bahwa budaya keselamatan kerja terdiri atas beberapa dimensi, yaitu:

- 1) Budaya keterbukaan (*open culture*)

Budaya keterbukaan adalah budaya yang terkait dengan prosedur pertukaran informasi diantara staf dan perawat. Budaya keterbukaan mempunyai ciri-ciri yang menunjukkan bahwa adanya kenyamanan diantara perawat dalam mendiskusikan kejadian mengenai keselamatan pasien dan mengangkat hal-hal yang diindikasikan pada budaya keselamatan pasien bersama teman seprofesi serta pimpinan. Keterbukaan dalam komunikasi dapat dicerminkan melalui kegiatan supervisi dimana perawat dapat melakukan komunikasi yang terbuka tentang adanya risiko yang mungkin

muncul mengenai kejadian keselamatan pasien, berbagi dan bertanya mengenai isu-isu terkait keselamatan pasien selama perawatan pada kegiatan tersebut.

Budaya keterbukaan ini juga berlaku dalam hubungan perawat atau teman medis lain dengan pasien. Pasien berhak memperoleh informasi mengenai kondisi yang bisa memicu munculnya resiko kesalahan yang akan terjadi.

2) Budaya pelaporan (*reporting culture*)

Perawat akan membuat laporan apabila kondisi dirasa aman, dalam hal ini perawat merasa akan aman apabila membuat laporan. Setiap perawat yang terlibat dalam tindakan medis merasa bebas untuk memberikan laporan terkait semua hal yang telah terjadi. Budaya pelaporan juga akan terwujud apabila ada perlakuan yang adil terhadap semua perawat, tidak menyalahkan salah satu perawat, melainkan organisasi secara umum termasuk sistem yang ada di organisasi tersebut. Untuk membangun budaya pelaporan dalam suatu organisasi, salah satunya dapat dilakukan memberikan *reward* kepada perawat yang memberikan laporan secara tepat dan cepat.

3) Budaya keadilan (*just culture*)

Budaya keadilan menitikberatkan pada adanya perlakuan yang adil antar perawat ketika terjadi insiden, tidak menyalahkan salah satu perawat, melainkan lebih pada mempelajari sistem yang ada untuk mencari penyebab kesalahan yang ada. Aspek dalam budaya keadilan yang harus diperhatikan ialah adanya keseimbangan dari berbagai kondisi laten berpengaruh dan akibat sanksi yang bisa diterima seseorang yang melakukan kesalahan. Budaya keadilan dapat

dibangun dengan memberikan motivasi dan adanya keterbukaan dalam individu (perawat) untuk memberikan dan berbagi informasi mengenai kejadian yang bisa diterima dan yang tidak bisa diterima. Selain itu, bisa dilakukan dengan kerjasama diantara perawat sehingga dapat meminimalkan perasaan takut untuk membuat laporan mengenai insiden yang terkait dengan sistem budaya keselamatan pasien.

4) Budaya pembelajaran (*learning cculture*)

Budaya pembelajaran mempunyai arti bahwa suatu kelompok mempunyai sistem berupa umpan balik atas insiden kesalahan dan pelaporannya, serta diadakan beberapa pelatihan yang dapat meningkatkan dalam hal kualitas keperawatan dalam melakukan asuhan atau pemberian perawatan. Dalam bagian di organisasi, perawat ataupun manajemennya dapat mengambil pelajaran dari sebuah kejadian tersebut. Perawat serta manajemen terkait mempunyai komitmen untuk lebih mendalami kejadian yang ada, mengambil tindakan terkait kejadian tersebut dan menerapkannya agar tidak terulang kembali.

d. Manfaat Penerapan Budaya Keselamatan Kerja

Cahyono (2008) menyebutkan bahwa manfaat utama dari menerapkan budaya keselamatan kerja ialah sebuah organisasi akan menyadari hal apa yang kemudian salah dan mengambil pelajaran dari kesalahan yang terjadi tersebut. NPSA (2004) menyebutkan manfaat budaya keselamatan kerja antara lain:

- 1) Institusi kesehatan menjadi lebih tahu apabila terdapat kesalahan yang akan terjadi atau sudah terjadi.

- 2) Meningkatkan pembuatan laporan kejadian dan mengambil pelajaran dari adanya kesalahan yang terjadi akan menyebabkan penurunan insiden terulang.
  - 3) Semakin sadarnya akan keselamatan pasien, yaitu bekerja dengan baik agar tidak terjadi kesalahan dan melakukan pelaporan apabila terjadi kesalahan.
  - 4) Mengurangi tekanan yang ada pada perawat, perasaan bersalah dan malu yang disebabkan oleh kesalahan yang diperbuatnya.
  - 5) Mengurangi *turn over* dari segi pasien, karena apabila seorang pasien pernah mengalami sebuah insiden, biasanya akan berpengaruh terhadap lamanya waktu rawatan dan pengobatan lebih panjang dari yang seharusnya diterima.
  - 6) Menurunkan biaya pengobatan yang disebabkan oleh kesalahan serta penambahan pemberian terapi.
  - 7) Dalam mengatasi berbagai keluhan pasien, dengan memperkecil sumber daya terkait.
- e. Faktor yang Dapat Mempengaruhi Penerapan Sistem Budaya Keselamatan Pasien

Jardali *et al* (2011) menyebutkan bahwa penerapan budaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

1) Supervisi

Supervisi dalam pelayanan perawat merupakan aktivitas dinamis yang mempunyai tujuan pemenuhan kepuasan dan peningkatan motivasi dari beberapa bagian terlibat seperti pimpinan organisasi, bagian dari supervise dan pasien terkait pihak yang menerima pelayanan jasa keperawatan. Supervisi adalah tindakan pemimpin untuk melakukan pemeriksaan terhadap pekerjaan, melakukan evaluasi kinerja, memperbaiki

kinerja pegawai, memberikan dukungan dengan tujuan meningkatkan kinerja. Pimpinan yang memberikan dukungan lebih banyak atau sering melakukan supervise untuk keselamatan pasien akan meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat, yaitu meningkatnya jumlah keterbukaan dan pelaporan atas kejadian yang terkait keselamatan pasien.

2) Faktor kepegawaian (*staffing*)

Kepegawaian adalah faktor yang paling penting yang mendorong perawat bersedia menerapkan budaya sistem keselamatan pasien. Mempunyai sumber daya yang kuat, mampu serta memiliki motivasi kuat merupakan suatu tantangan tersendiri dalam sebuah organisasi. Tidak sedikit tenaga medis yang mengalami stress serta sulit tidur karena jam kerja cukup panjang yang mungkin dapat menyebabkan adanya kelalaian dalam kinerjanya sehingga akan menurunkan nilai kerja perawat. Perawat yang mempunyai motivasi akan meningkatkan persepsinya terhadap keselamatan pasien dan *safety* dalam bekerja, dengan demikian akan memberikan laporan terbuka atas setiap insiden yang terkait dengan keselamatan pasien.

3) Lingkungan fisik dan akreditasi

Lingkungan fisik merupakan besar kecilnya ukuran organisasi dan status akreditasi organisasi juga merupakan suatu faktor yang berpengaruh terhadap penerapan sistem budaya keselamatan pasien. Rumah sakit kecil memberikan frekuensi laporan insiden keselamatan pasien lebih banyak daripada rumah sakit besar, dan memiliki persepsi yang baik

tentang keselamatan pasien. Rumah sakit besar pada umumnya menghadapi tantangan untuk melaksanakan tugas yang lebih berkualitas, sebagai dampak dari adanya birokrasi. Sebaliknya rumah sakit kecil mempunyai budaya yang hampir sama diantara para anggotanya, sehingga mempermudah dalam membagi nilai-nilai yang sama terutama terkait dengan keselamatan pasien. Rumah sakit yang sudah terakreditasi bisa disebut mempunyai anggota dengan persepsi dan frekuensi laporan insiden keselamatan pasien lebih tinggi daripada rumah sakit yang belum terakreditasi.

f. Pengukuran Implementasi Budaya Keselamatan Pasien

Pengukuran implementasi budaya keselamatan pasien dalam penelitian ini dengan instrumen kuesioner The Hospital Survey of Patient Safety Culture (HSOPSC) yang dikembangkan oleh Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). AHRQ adalah suatu komite yang bertujuan menjaga kualitas dibidang kesehatan di Amerika yang menaungi lembaga Federal untuk penelitian mengenai kualitas segi kesehatan, outcome, biaya, dan keselamatan pasien (Fleming, 2006).

AHRQ mengembangkan empat dimensi budaya keselamatan pasien menjadi beberapa indikator yang dipakai untuk menilai implementasi budaya system keselamatan pasien pada suatu instansi kesehatan, yaitu (Fleming, 2006):

- 1) Dimensi budaya keterbukaan, meliputi indikator sebagai berikut:
  - a) Komunikasi terbuka
  - b) Kerjasama dalam unit
  - c) kerjasama antar unit

- d) Persepsi keselamatan pasien
- 2) Dimensi budaya keadilan, meliputi indikator sebagai berikut:
  - a) Umpan balik dan komunikasi
  - b) Staffing
  - c) respon tidak menghukum
- 3) Dimensi budaya pelaporan, meliputi indikator sebagai berikut:
  - a) Pelaporan kejadian
  - b) hand over
- 4) Dimensi budaya pembelajaran, meliputi indikator sebagai berikut:
  - a. Pembelajaran oleh perawat
  - b. Ekspektasi manajer
  - c. Dukungan manajer

Sorra dan Nieva (2007), menyebutkan bahwa terdapat tiga dimensi *patient safety culture* menurut 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 kelanjutan</li> <li>- Kerjasama dalam rumah sakit</li> <li>- Keterbukaan informasi</li> <li>- Umpan balik dan komunikasi terkait kesalahan yang terjadi</li> <li>- Respon yang tidak menyalahkan</li> <li>- Penyusunan staff</li> </ul>
--------------	--

Tingkat rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukungan manajemen rumah sakit terhadap budaya keselamatan pasien</li> <li>- Kerjasama antar unit di rumah sakit</li> <li>- Serah terima dan transisi pasien dari unit ke unit lain</li> </ul>
Outcome keselamatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persepsi keselamatan secara keseluruhan</li> <li>- Frekuensi kejadian yang dilaporkan</li> <li>- Tingkat keselamatan pasien pada unit</li> <li>- Jumlah kejadian yang dilaporkan</li> </ul>

Sumber: AHRQ dalam Sorra dan Nieva (2007)

Keselamatan pasien di sarana kesehatan diukur dengan 12 dimensi budaya keselamatan pasien, yaitu dimensi persepsi, dimensi pelaporan, dimensi supervise, dimensi pembelajaran organisasi, dimensi kerja sama intra bagian, dimensi keterbukaan dan komunikasi, timbal balik kesalahan, dimensi sanksi kesalahan, dimensi staf atau pegawai, dimensi dukungan manajemen, dimensi kerjasama atau bagian, dimensi pemindahan dan pergantian (Sorra dan Nieva, 2007).

Penelitian ini menggunakan menggunakan AHRQ menurut Sorra dan Nieva (2007) karena dimensi yang digunakan untuk mengukur keselamatan pasien menggunakan 12 dimensi, sesuai dengan HSOPSC (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*). Hal ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai keselamatan pasien dengan lebih luas dan menyangkut semua dimensi keselamatan pasien. Pembagian dimensi untuk setiap pertanyaan menggunakan bahasa yang sederhana, lebih terstruktur

dan lebih mudah dipahami bila dibandingkan dengan Kuisisioner pada Teori Flemming (2006).

#### **4. Akreditasi**

##### **a. Definisi Akreditasi**

Kusbaryanto (2010) menyebutkan akreditasi organisasi kesehatan adalah suatu pengakuan yang dilakukan oleh pemerintah pada organisasi kesehatan karena telah sesuai dengan standar yang disyaratkan. Akreditasi merupakan salah satu alat untuk mengevaluasi pelaksanaan kinerja organisasi kesehatan. Selain itu, akreditasi juga merupakan salah satu program untuk meningkatkan mutu eksternal organisasi kesehatan.

##### **b. Tujuan Akreditasi**

Akreditasi organisasi kesehatan mempunyai dua tujuan yaitu, tujuan umum dan tujuan khusus (Kusbaryanto, 2010).

###### **1) Tujuan umum**

Tujuan umum akreditasi adalah memperoleh gambaran mengenai seberapa jauh organisasi kesehatan di Indonesia telah sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan sehingga organisasi kesehatan dapat mempertanggungjawabkan mutu pelayanannya.

###### **2) Tujuan khusus**

Tujuan khusus akreditasi meliputi:

- a) Memberikan pengakuan dan penghargaan kepada organisasi kesehatan yang sudah mencapai tingkat pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan.
- b) Memberikan jaminan kepada petugas bahwa semua sarana prasarana, tenaga dan lingkungan yang dibutuhkan sudah

tersedia, sehingga mampu mendukung usaha yang dilakukan untuk menyembuhkan dan mengobati pasien dengan baik.

- c) Memberikan jaminan dan kepuasan kepada pasien dan masyarakat bahwa pelayanan yang dilakukan organisasi kesehatan dilakukan dengan sangat baik.

c. Manfaat Akreditasi

Akreditasi yang dilakukan organisasi kesehatan mempunyai beberapa manfaat (Kusbaryanto, 2010), yaitu:

1) Manfaat bagi organisasi kesehatan:

- a) Menjadi forum komunikasi dan konsultasi antara organisasi kesehatan dengan lembaga akreditasi yang bisa memberikan saran untuk perbaikan dalam pelayanan kesehatan.
- b) Dengan *self evaluation*, organisasi kesehatan bisa melihat pelayanan yang termasuk di bawah standar sehingga harus ditingkatkan.
- c) Menjadi faktor penting dalam penerimaan tenaga kerja.
- d) Menjadi sarana dalam melakukan negoisasi dengan lembaga asuransi kesehatan.
- e) Sebagai alat promosi kepada masyarakat.
- f) Sebagai salah satu kriteria yang ditetapkan pemerintah dalam memberikan ijin terkait tempat pendidikan tenaga medis/keperawatan.
- g) Meningkatkan *image* dan kepercayaan masyarakat kepada organisasi kesehatan .

2) Manfaat bagi masyarakat adalah:

- a) Menjadi penentu bagi masyarakat untuk memilih organisasi kesehatan yang mempunyai pelayanan yang baik.
  - b) Membuat masyarakat merasa aman ketika memperoleh pelayanan kesehatan di organisasi kesehatan tersebut.
- 3) Manfaat bagi pegawai organisasi kesehatan:
- a) Membuat perawat merasa aman dalam bekerja karena sarana prasarana sudah sesuai standar.
  - b) Meningkatkan kesadaran perawat akan pentingnya memenuhi standar dan meningkatkan mutu pelayanan.
- 4) Manfaat bagi pemilik organisasi kesehatan:  
Pemilik menjadi lebih tahu bahwa organisasi yang didirikannya dikelola dengan efektif dan efisien.
- d. Langkah-Langkah Persiapan Akreditasi Klinik

Pelaksanaan persiapan akreditasi pada klinik kesehatan dilakukan oleh Tim Pendamping Akreditasi dan/atau Pihak Ketiga yang ditunjuk dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Lokakarya di klinik selama dua hari efektif untuk menggalang komitmen dan pengenalan standar dan instrument akreditasi, pembentukan panitia persiapan akreditasi dan pembentukan kelompok kerja sesuai kebutuhan.
- 2) Pendampingan diikuti oleh seluruh staf untuk memahami dengan rinci standard an isntrumen akreditasi dan persiapan self-assessment.
- 3) Pelaksanaan *self-assessment* oleh Panitia Persiapan Akreditasi.
- 4) Panitia Persiapan Akreditasi melakukan pembahasan hasil self assessment bersama Tim Pendamping Akreditasi dan membuat Rencana Aksi untuk persiapan akreditasi.

- 5) Menyiapkan dokumen akreditasi.
- 6) Penataan sistem manajemen dan sistem pelayanan klinis sesuai dengan analisis hasil self assessment.
- 7) Setelah penyusunan dokumen dan program-program, selanjutnya adalah melakukan implementasi sesuai dengan kebijakan, pedoman, prosedur, dan program kegiatan yang direncanakan.
- 8) Penilaian Prasertifikasi oleh Tim Pendamping Akreditasi, untuk mengetahui kesiapan klinik agar dapat diusulkan untuk dilakukan penilaian akreditasi.

Pengusulan klinik yang siap diakreditasi dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat berdasarkan rekomendasi dari hasil Penilaian Prasertifikasi oleh Tim Pendamping Akreditasi.

e. Standar Akreditasi Klinik Pratama

Menurut Permenkes No. 46 Tahun 2015, standar akreditasi klinik pratama terdiri dari 4 bab, yaitu:

- 1) Bab I mengenai kepemimpinan dan manajemen klinik (KMK), yang terdiri dari 122 elemen mengenai persyaratan pendirian dan perijinan, ketenagaan, tata kelola, hak dan kewajiban penggunaan pelayanan, kontrak pihak ketiga dan pemeliharaan sarana dan prasarana.
- 2) Bab II mengenai layanan klinis yang berorientasi pasien (LKBP) meliputi 10 standar yang terbagi dalam 34 kriteria dengan total 151 elemen. Bab II mengenai standar akan pelayanan dari pendaftaran hingga pemulangan dan tindak lanjut.

- 3) Bab III mengenai manajemen penunjang layanan klinis, dengan keseluruhan 172 elemen. Bab III mengenai pelayanan penunjang yang ada di klinik sampai tata kelolanya, baik peralatan maupun sumber daya yang dimilikinya.
- 4) Bab IV mengenai peningkatan umum klinis dan keselamatan, terdiri atas 58 elemen. Bab IV meliputi perencanaan, monitoring serta evaluasi mengenai mutu layanan klinis dan keselamatan.

## **5. Klinik**

### **a. Definisi Klinik**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 Bab I pasal 1 ayat 1, mendefinisikan klinik sebagai “fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialistik”.

### **b. Jenis-Jenis Klinik**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 Bab II pasal 2 ayat 1 dan 2, disebutkan bahwa jenis-jenis klinik meliputi:

- 1) Klinik pratama, merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medis dasar baik umum maupun khusus.
- 2) Klinik utama, merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medis spesialistik atau pelayanan medis dasar dan spesialistik.

### **c. Kewajiban Klinik**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 Bab II pasal 35, klinik mempunyai kewajiban sebagai berikut:

- 1) Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan yang diberikan.
- 2) Memberikan pelayanan yang efektif, aman, bermutu dan non diskriminasi dengan mengutamakan kepentingan terbaik pasien sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional.
- 3) Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya tanpa meminta uang muka terlebih dahulu atau mendahulukan kepentingan financial.
- 4) Memperoleh persetujuan atas tindakan yang akan dilakukan
- 5) Menyelenggarakan rekam medis
- 6) Melaksanakan sistem rujukan dengan tepat
- 7) Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan
- 8) Menghormati dan melindungi hak-hak pasien
- 9) Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien
- 10) Melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan
- 11) Memiliki standar prosedur operasional
- 12) Melakukan pengelolaan limbah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku
- 13) Melaksanakan fungsi sosial
- 14) Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan
- 15) Menyusun dan melaksanakan peraturan internal klinik
- 16) Memberlakukan seluruh lingkungan klinik sebagai kawasan tanpa rokok.

## **B. Penelitian Terdahulu**

Kusbaryanto (2010) yang meneliti tentang peningkatan mutu rumah sakit dengan akreditasi. Jenis penelitian tersebut adalah deskriptif kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa akreditasi sangat penting bagi peningkatan mutu rumah sakit. Perbedaan penelitian sekarang dengan penelitian terdahulu adalah pertama pada variabel penelitian dimana penelitian sebelumnya menggunakan variabel peningkatan mutu rumah sakit dengan akreditasi, sedangkan penelitian sekarang menggunakan variabel peran akreditasi klinik dalam implementasi budaya keselamatan pasien. Kedua, penelitian sebelumnya menggunakan analisis deskriptif kualitatif, sedangkan penelitian sekarang menggunakan deskriptif kuantitatif. Ketiga, pada obyek penelitian.

Keles dkk (2015) yang meneliti tentang analisis pelaksanaan standar sasaran keselamatan pasien di unit gawat darurat RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano sesuai dengan akreditasi rumah sakit versi 2012. Penelitian tersebut menggunakan deskriptif kuantitatif dengan alat analisis distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan identifikasi pasien, pelaksanaan komunikasi efektif, pelaksanaan peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, pelaksanaan kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi sudah sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit versi 2012 sedangkan pelaksanaan pengurangan risiko infeksi dan pelaksanaan pengurangan risiko pasien jatuh belum sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit versi 2012. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah pertama pada obyek yang digunakan, dimana penelitian sebelumnya menggunakan RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano, sedangkan penelitian sekarang menggunakan Klinik Firdaus Yogyakarta. Kedua, penelitian sebelumnya menggunakan variabel pelaksanaan standar sasaran keselamatan pasien,

sedangkan penelitian sekarang menggunakan variabel peran akreditasi klinik dalam implementasi budaya keselamatan pasien.

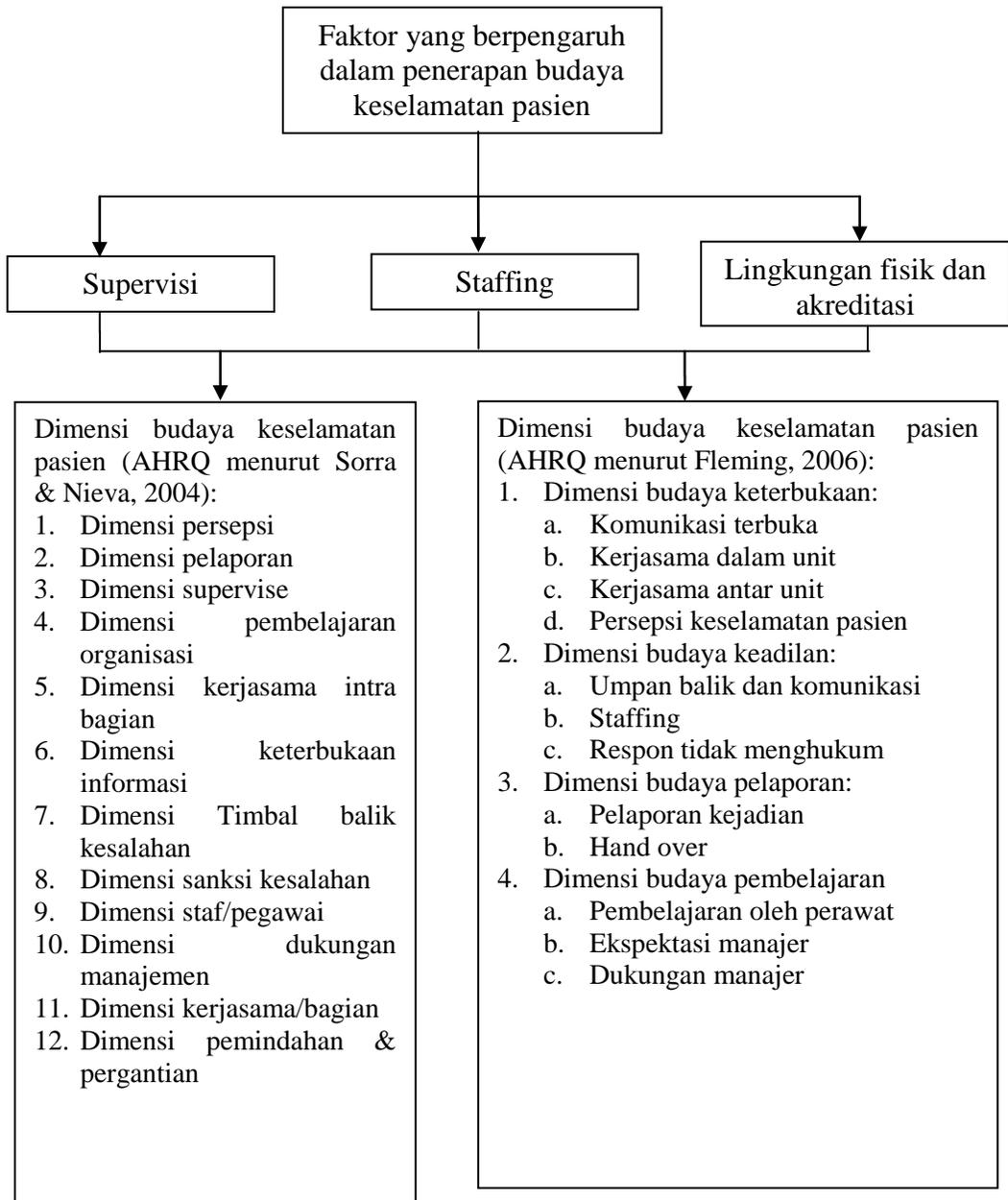
Hendroyogi dan Mugi (2016) yang meneliti tentang keterkaitan antara persepsi pentingnya akreditasi rumah sakit dengan partisipasi, komitmen, kepuasan kerja dan kinerja karyawan. Jenis penelitian tersebut merupakan penelitian kuantitatif. Sampel karyawan RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta. Teknik analisis menggunakan analisis jalur. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi manfaat akreditasi berpengaruh pada partisipasi akreditasi, komitmen organisasional, kepuasan kerja dan kinerja karyawan. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah pertama pada variabel yang digunakan dimana penelitian sebelumnya menggunakan variabel partisipasi akreditasi, komitmen organisasional, kepuasan kerja, kinerja dan persepsi manfaat akreditasi, sedangkan penelitian sekarang menggunakan variabel peran akreditasi klinik dalam implementasi budaya keselamatan pasien. Kedua, pada obyek yang digunakan, dimana penelitian sebelumnya menggunakan RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso, sedangkan penelitian sekarang menggunakan Klinik Firdaus Yogyakarta. Ketiga, teknik analisis dimana penelitian sebelumnya menggunakan analisis jalur, sedangkan penelitian ini menggunakan analisis deskriptif dengan distribusi frekuensi.

Pramayanti (2017) yang meneliti tentang analisis *safety culture klinik* Pratama Firdaus di Yogyakarta. Teknik analisis menggunakan analisis distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kerjasama tim dalam unit, kerja tim di seluruh unit dan pemindahan serta pergantian adalah tiga dimensi budaya keselamatan pasien yang termasuk dalam kategori baik, sedangkan 7 dimensi dalam kategori cukup dan dua dimensi dalam kategori kurang. Penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa akreditasi merupakan faktor pendukung yang digunakan sebagai

kerangka untuk membentuk *patient safety culture*. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah penelitian sebelumnya belum mengungkap mengenai kejadian yang dilaporkan, sedangkan dalam penelitian ini menambahkan dimensi kejadian yang dilaporkan.

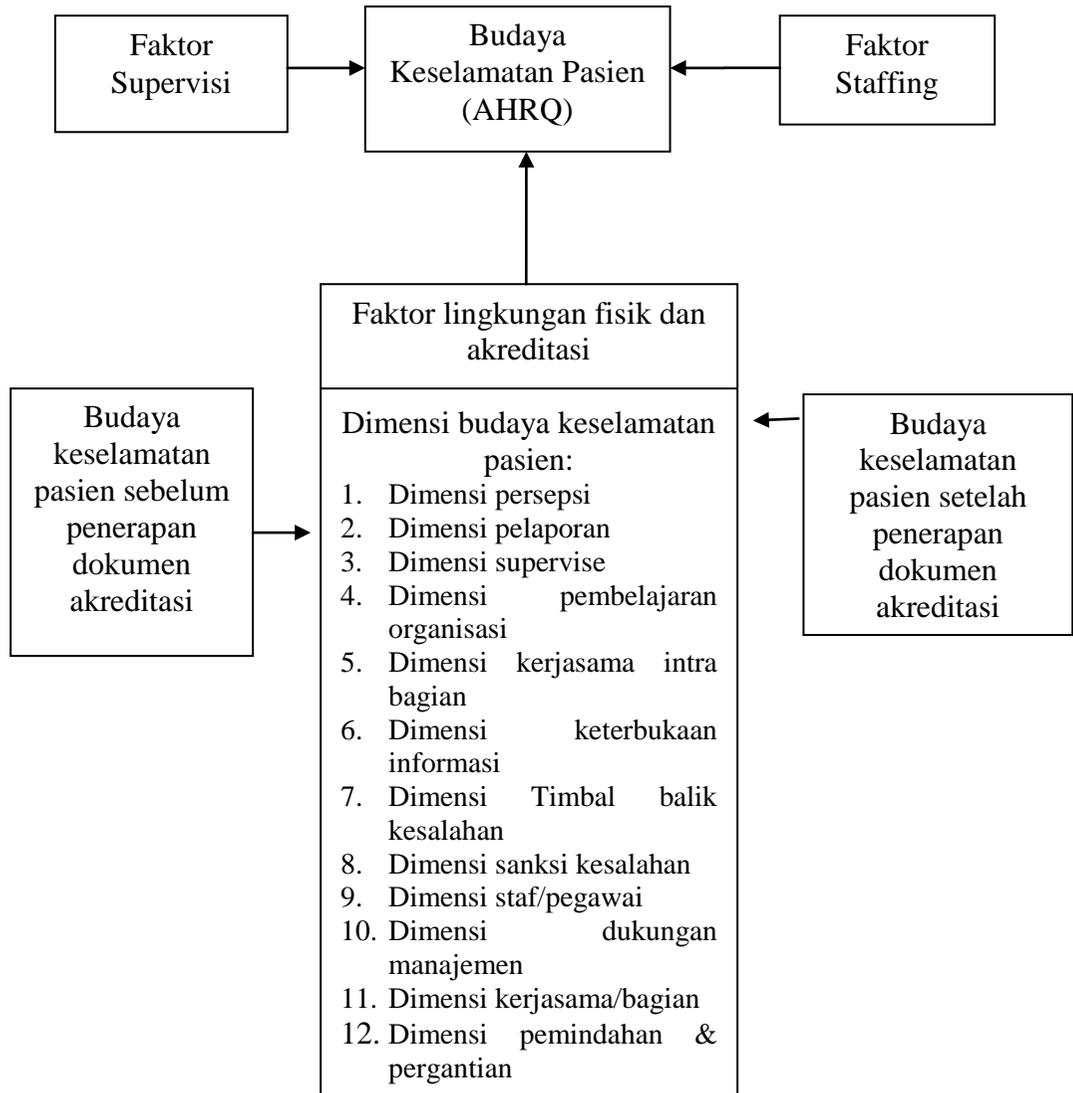
Penelitian Sorra dan Nieva (2007) yang meneliti tentang *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report*, menunjukkan bahwa keselamatan pasien diukur dengan 12 dimensi yang meliputi *communication openness, feedback & communication about error, frequency of events reported, handoffs & transitions, management response to error, nonpunitive response to error, organizational learning-continuous improvement, overall perceptions of patient safety, staffing, supervisor/manager expectations & actions promoting safety, teamwork across units and teamwork within units*. Perbedaan penelitian tersebut dengan penelitian sekarang adalah pada penelitian sekarang menambahkan variabel peran akreditasi. Perbedaan selanjutnya pada obyek penelitian, dimana penelitian sebelumnya menggunakan obyek staf rumah sakit di Rockville, sedangkan penelitian sekarang menggunakan tenaga kesehatan di klinik Firdaus Yogyakarta

### C. Kerangka Teori



**Gambar 2.1 Kerangka Teori**

### D. Kerangka Konsep



**Gambar 2.2 Kerangka Konsep**

### **E. Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan landasan teori dan kerangka konsep maka pertanyaan penelitian ini adalah “berpakah perubahan prosentase pencapaian dimensi-dimensi budaya keselamatan pasien di klinik Firdaus setelah mengimplementasikan standar akreditasi klinik?”