

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Keselamatan Pasien (Patient Safety) Rumah Sakit

Standar Pelayanan Rumah Sakit, telah diterapkan pada sistem Manajemen Mutu ISO, dan lain-lainnya, yang mana dapat meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit dilihat dari aspek struktur, pada prosesnya dan juga pada hasilnya. Kenyataannya masih terdapat kejadian yang tidak diharapkan (KTD) sehingga masyarakat merasa tidak puas dan terjadi tuntutan hukum. Dalam mengantisipasi hal tersebut diperlukan program keselamatan Pasien (Patient Safety) dengan melibatkan hak pasien dalam rangka memperbaiki pelayanan karena sering terjadi kejadian yang tidak diharapkan (KTD). Dalam Depkes (2006), sasaran dari keamanan Pasien RS adalah:

- a. Terlaksananya budaya keamanan pasien di RS
- b. Meningkatnya akutanbilitas RS untuk pasien dan warga masyarakat
- c. Rendahnya angka kecelakaan (KTD) di RS.

Terwujudnya rencana-rencana untuk penanggulangan kecelakaanJoint Commision on Accreditation of Health Organizations, Illinois, USA, tahun 2002, mengeluarkan "Hospital

Patient safety Standards” pada standarisasi di berbagai RS Indonesia (Depkes, 2006).

Ada 7 Standar keselamatan pasien Depkes (2006) yaitu :

a. Standar I

Merupakan hak pasien dalam mendapatkan berbagai macam keterangan tentang kecelakaan yang tak terduga

b. Standar II: Mendidik pasien dan keluarga

Yakni pasien dan keluarga dididik oleh RS supaya mengerti akan kewajiban pasien

c. Standar III: Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Merupakan jaminan dari RS tentang adanya pelayanan yang rutin dan keselamatan pasien

d. Standar IV :

Yaitu adanya evaluasi dalam rangka meningkatkan kinerja dalam meningkatkan keselamatan pasien

e. Standar V : Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

1) Merupakan peningkatkan keselamatan pasien oleh pimpinan RS dengan program proaktif supaya rendahnya angka kejadian yang tidak diharapkan

- 2) Pimpinan RS berusaha berkomunikasi dengan berbagai pihak individu dalam mengambil keputusan berkaitan dengan keselamatan pasien
- 3) Pimpinan RS berusaha dengan adanya sumber daya yang dimilikinya untuk mencapai peningkatan kinerja dan keselamatan
- 4) Pimpinan RS berusaha mengkaji kontribusinya untuk mencapai peningkatan kinerja dan keselamatan

f. Standar VI

- 1) Rumah sakit berusaha mengadakan pelatihan terhadap staf tentang keselamatan pasien.
- 2) Rumah sakit melaksanakan pendidikan dan pelatihan bagi stafnya dalam pelayanan pasien.

g. Standar VII: Komunikasi merupakan kunci bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien

- 1) Rumah sakit memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
- 2) Informasi yang tepat waktu dan handal

Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit menurut

Depkes (2006) yaitu:

- a. Adanya kesadaran terhadap nilai keamanan pasien.
Dengan menciptakan budaya dan kepemimpinan yang adil
- b. Staf didukung dengan kepemimpinan Dengan menciptakan Keselamatan Pasien di rumah sakit
- c. Satukan berbagai aktivitas penanganan risiko Wujudkan penanganan risiko, identifikasi hal yang menimbulkan masalah.
- d. Luaskan sistem dalam pelaporan
Melaporkan kejadian/ insiden, kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS).
- e. Ikutkan pasien dalam berkomunikasi Komunikasi yang terbuka dengan pasien.
- f. Pengalaman tentang keselamatan dibagikan kepada pasien
Melaksanakan analisis mengapa kejadian itu timbul.
- g. Cegah timbulnya kecelakaan dengan sistem Implementasi
Menggunakan informasi yang ada tentang adanya kecelakaan atau kejadian yang tidak terduga

2. Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Budaya organisasi adalah suatu pola keyakinan, nilai-nilai perilaku, norma-norma yang disepakati/diterima dan melingkupi semua proses sehingga membentuk bagaimana seseorang berperilaku

dan bekerja bersama. Budaya organisasi merupakan kekuatan yang sangat besar dan sesuatu yang tetap ada walaupun terjadi perubahan tim dan perubahan personal.

Menurut Blegen (2006) dalam Hamdani (2007), budaya keselamatan pasien adalah persepsi yang dibagikan diantara anggota organisasi ditujukan untuk melindungi pasien dari kesalahan tata laksana maupun cedera akibat intervensi. Persepsi ini meliputi kumpulan norma, standar profesi, kebijakan, komunikasi dan tanggung jawab dalam keselamatan pasien. Budaya ini kemudian mempengaruhi keyakinan dan tindakan individu dalam memberikan pelayanan. Budaya keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam keseluruhan budaya organisasi yang diperlukan dalam istitusi kesehatan. Budaya keselamatan didefinisikan sebagai seperangkat keyakinan, norma, perilaku, peran, dan praktek sosial maupun teknis dalam meminimalkan kejadian yang tak dikehendaki. Budaya keamanan memiliki 4 pengertian utama:

- a. Kesadaran (awareness) yang aktif dan konstan tentang potensi terjadinya kesalahan,
- b. Terbuka dan adil,
- c. Pendekatan sistem,
- d. Pembelajaran dari pelaporan insiden.

Menurut Fleming (2006) dalam Hamdani (2007), budaya keselamatan pasien yaitu suatu jalan untuk menciptakan program keselamatan dengan cara focus pada pelaksanaan programnya sehingga dapat menghasilkan keselamatan pasien.

Walshe dan Boalden (2006) dalam Hamdani (2007) menyatakan bahwa penyebab utama kesalahan medis karena kesalahan sistem di rumah bukan karena kesalahan individu (NPSA, 2004) Manfaat penting dari budaya keselamatan

- a. Kesalahan yang telah terjadi lebih dapat diketahui oleh suatu organisasi kesehatan
- b. Meningkatkan pelaporan insiden dan belajar dari insiden yang terjadi untuk mengurangi berulangnya dan kecelakaan yang terjadi
- c. Adanya kesadaran terhadap keselamatan pasien dengan cara mengurangi kecelakaan secara fisik dan psikis
- d. Mengurangi biaya pengobatan dan ekstra terapi.
- e. Mengurangi sumber daya untuk manajemen komplain dan klaim.

Menurut Reason (1997) dalam Hamdani (2007) budaya keselamatan terdiri dari empat komponen (subculture) yaitu:

- 1) Informed culture. Budaya dimana pihak yang mengatur dan mengoperasikan sistem memiliki pengetahuan terkini tentang faktor-faktor yang menjelaskan keselamatan dalam suatu sistem.“

- 2) Reporting culture. Budaya dimana anggota di dalamnya siap untuk melaporkan kesalahan atau near miss. Pada budaya ini organisasi dapat belajar dari pengalaman sebelumnya. Konsekuensinya makin baik reporting culture maka laporan kejadian akan semakin meningkat
- 3) Just culture. Budaya membawa atmosfer trust sehingga anggota bersedia dan memiliki motivasi untuk memberikan data dan informasi serta sensitif terhadap perilaku yang ada. Termasuk di dalamnya lingkungan non punitive (no blame culture) bila staf melakukan kesalahan. Penting bagi setiap level di organisasi untuk bersikap jujur dan terbuka.
- 4) Learning culture. Budaya dimana setiap anggota mampu dan bersedia untuk menggali pengetahuan dari pengalaman dan data yang diperoleh serta kesediaan untuk mengimplementasikan perubahan dan perbaikan yang berkesinambungan (continuous improvement). Learning culture merupakan budaya belajar dari insiden dan near miss.

Survei Hospital Survey On Patient Safety Culture mengukur budaya keselamatan pasien dari segi perspektif staf rumah sakit. Survei ini dapat mengukur budaya keselamatan pasien untuk seluruh staf rumah sakit dari housekeeping, bagian

keamanan, sampai dokter dan perawat. AHRQ menilai budaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh 10 dimensi, diantaranya (AHRQ, 2004):

a) Komitmen peningkatan menyeluruh dan berkelanjutan

Terdapat sedikit komitmen terhadap kualitas umum atau penguatan pentingnya perawatan yang tersedia. Sikap ini ditunjukkan di tingkat Dewan dan seluruh organisasi pelayanan kesehatan. Kurangnya waktu dan sumber daya yang dialokasikan dalam penilaian kualitas dan perbaikan. Tidak ada ketegasan dan respon terhadap temuan yang didapat dari audit Protokol atau kebijakan yang dipakai sebagai dasar hukum organisasi tidak digunakan, diulas atau diperbarui.

b) Memprioritaskan keselamatan pasien

Rendahnya prioritas terhadap keselamatan pasien. Beberapa sistem manajemen risiko yang berlaku, seperti strategi dan komite, tidak terasa dan tidak ada yang benar-benar disampaikan. Ini adalah sebuah organisasi kanker, organisasi yang mempercayai bahwa risiko layak diambil dan jika ada insiden yang berkaitan

- c) Tolok ukur penyebab insiden keselamatan pasien dan identifikasinya Insiden dilihat sebagai nasib buruk dan diluar kendali, mengacu pada kesalahan staff atau perilaku pasien. Pelaporan sistem Ad hoc berlaku tapi organisasi melakukan “pembiaran” kecuali jika terjadi insiden yang serius atau mendapat surat peringatan. insiden dan keluhan “disembunyikan” jika memungkinkan. Ada kebiasaan menyalahkan dan kemudian memberikan tindakan disiplin kepada individu tertentu
- d) Menyelidiki insiden keselamatan pasien

Kejadian-kejadian keselamatan kesehatan ditanggapi oleh manajer pemula yang bertujuan agar kejadian tersebut dapat ditutup atau disembunyikan. Informasi yang didapat dari penyelidikan disimpan namun ada tindakan kecil sebagai respon yang merupakan bagian dari kegiatan disipliner alih-alih tindakan yang mewakili.

- e) Pembelajaran lingkup organisasi menyusul insiden keselamatan pasien Ini bukan merupakan pembelajaran organisasi karena tidak adanya upaya pembelajaran kecuali dikarenakan adanya tekanan luar seperti pertanyaan dari masyarakat. Tujuan dari organisasi melakukan

pembelajaran setelah terjadinya insiden tidak lain hanya untuk menutupi insiden yang terjadi dan sebagai proteksi diri agar media tidak mengetahui insiden yang terjadi. Tidak ada perubahan yang dilakukan setelah terjadinya insiden terlepas untuk menjadi perhatian perorangan.

f) Komunikasi tentang keselamatan

Komunikasi pada umumnya lemah. Komunikasi dari atas ke bawah tanpa memberikan kesempatan kepada staff untuk berbicara kepada atasan mengenai risiko. Apa yang terjadi disimpan dan tidak dibicarakan. organisasi ini pada dasarnya tertutup. Komunikasi yang berjalan adalah komunikasi negatif, dengan fokus pada menyalahkan. Pasien hanya diberikan informasi yang secara hukum boleh dilakukan oleh sebuah organisasi.

g) Manajemen personil dan hal-hal berkaitan keselamatan

Staff hanya dipandang sebagai pengisi pos. kurangnya pengetahuan bahwa manajemen personil berkaitan dengan agenda manajemen risiko apapun. Belum sempurnanya kebijakan sumber daya manusia, program pengembangan personil yang tidak terstruktur dan tidak berhubungan dengan kegiatan kesehatan. Proses

perekrutan dan seleksi belum bagus. Para staff merasa tidak didukung dan melihat personil sebagai mereka bukan kita. Personil mendapat beban menanggung insiden yang terjadi-bahasa yang digunakan adalah bahasa yang negative dan kurang sehat dan absensi dinilai sebagai tindakan disiplin.

h) Pendidikan dan pelatihan keselamatan bagi karyawan

Pelatihan tidak terlalu diprioritaskan. Satu-satunya pelatihan adalah pelatihan yang dilaksanakan pemerintah. Pelatihan ini dinilai oleh petinggi organisasi sebagai hal yang menciderai, memakan waktu dan biaya. Tidak ada cek yang dilakukan terhadap kualitas atau relevansi risiko pelatihan yang diberikan. Para karyawan dinilai telah dilatih untuk melakukan pekerjaan mereka, jadi kenapa harus dilatih lagi

i) Bekerja sama dalam hal keselamatan.

Masing-masing individu bekerja sendiri-sendiri namun ketika dimasukkan kedalam tim, mereka tidak bekerja efektif dalam hal risiko dan keselamatan. Ada ketegangan dan berkuat pada hirarki. Mereka seperti sekelompok orang yang dipimpin tanpa tujuan.

j) Kerjasama tim

3. Teori Budaya

Menurut Carthey & Clarke (2010) dalam buku “Implementing Human Factors in Healthcare ‘how to’ Guide” bahwa organisasi kesehatan akan memiliki budaya keselamatan pasien yang positif, jika memiliki dimensi budaya sebagai berikut:

- a. Budaya keterbukaan (open culture). Budaya ini menggambarkan semua staf RS merasa nyaman berdiskusi tentang insiden yang terjadi ataupun topik tentang keselamatan pasien dengan teman satu tim ataupun dengan manajernya. Staf merasa yakin bahwa fokus utama adalah keterbukaan sebagai media pembelajaran dan bukan untuk mencari kesalahan ataupun menghukum. Komunikasi terbuka dapat juga diwujudkan pada saat serah terima pasien, briefing staff maupun morning report.
- b. Budaya keadilan (just culture). Hal tersebut membawa atmosfer “trust” sehingga anggota bersedia dan memiliki motivasi untuk memberikan data dan informasi serta melibatkan pasien dan keluarganya secara adil dalam setiap pengambilan keputusan terapi. Perawat dan pasien diperlakukan secara adil saat terjadi insiden dan tidak berfokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan.

- c. Budaya pelaporan (reporting culture). Budaya dimana staf siap untuk melaporkan insiden atau near miss, sehingga dapat dinilai jenis error dan dapat dilihat oleh staf tentang kesalahan sebagai bahan pelajaran
- d. Budaya pembelajaran (learning culture). Yaitu organisasi berusaha secara konsisten mempelajari kejadian yang tidak diinginkan.
- e. Budaya informasi (informed culture). Organisasi mampu belajar dari pengalaman masa lalu sehingga memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi dan menghindari insiden yang akan terjadi karena telah belajar dan terinformasi dengan jelas dari insiden yang sudah pernah terjadi, misalnya dari pelaporan kejadian dan investigasi.

1) Faktor-faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien

Menurut Geller dalam Chooper (2000), tentang Total Safety Culture, menyebutkan bahwa ada tiga kelompok faktor yang dapat mempengaruhi budaya keselamatan pasien, yaitu sebagai berikut (Chooper, 2000):

- 2) Faktor personal yaitu cenderung dari orang/ manusia yang bekerja dalam suatu organisasi rumah sakit. Faktor personal ini terdiri dari:

- a) Pengetahuan
 - b) Sikap
 - c) Motivasi
 - d) Kompetensi
 - e) Kepribadian
- 3) Faktor perilaku organisasi yaitu kondisi lingkungan kerja yang diukur dari segi organisasi pelayanan kesehatan secara umum.
- Faktor perilaku organisasi yaitu:
- a) Kepemimpinan
 - b) Kewaspadaan Situasi
 - c) Komunikasi
 - d) Kerja Tim
 - e) Stress
 - f) Kelelahan
 - g) Kepemimpinan Tim
 - h) Pengambilan Keputusan
- 4) Faktor lingkungan merupakan pendukung proses pelayanan dalam organisasi kesehatan, yang terdiri dari:
- a) Perlengkapan
 - b) Peralatan
 - c) Mesin

- d) Kebersihan
 - e) Teknik
 - f) Standar prosedur operasional
- 5) Kelebihan dan Kekurangan beberapa Dimensi Keselamatan Pasien

Dimensi Komunikasi tentang keselamatan pasien, focus tentang keselamatan pasien yang mana dilaksanakan oleh supervise setiap minggu pada bagian yang berbeda di RS(Setiowati, Dwi, 2010). Adanya kesalahan yang terjadi, seharusnya dicarikan jalan keluarnya. Komunikasi terbuka terhadap pasien belum berjalan dengan lancar. Hasil penelitian menyatakan bahwa adanya penyalahgunaan kekuasaan terhadap staf yaitu staf merasa tidak bebas untuk mengemukakan pendapat ketika berhadapan dengan atasan.

Dimensi kerjasama oleh Bodur dan Filiz yaitu dari penelitian budaya keselamatan pasien rumah sakit di Turki, hasil penelitian menunjukkan kerjasama dalam unit (70%) merupakan dimensi yang respon positif tertinggi dan dimensi respon positif terendah adalah frekuensi pelaporan kejadian (15%). Respon positif didapatkan pada unit saling mendukung

satu sama lain dalam bekerja dan apabila salah satu petugas sibuk dengan pekerjaannya maka petugas lain akan membantu

Dimensi kerjasama tim dalam satu unit sejalan pada kenyataan pihak eksternal (KARS dan JCI) merupakan keadaan yang baik pada budaya aman di RS. Dan merupakan salah satu kekuatan terbesar RSJPDHK

Dimensi pembelajaran organisasi untuk perbaikan yang berkelanjutan merupakan suatu keadaan yang mendukung dalam rangka perbaikan diri dan menimbulkan budaya aman di RS. Organisasi pembelajaran (learning organization), yaitu suatu organisasi yang telah memberikan manfaat bagi organisasi pemecahan suatu masalah yang sistematis sebagai aktivitas awal terpadu yang mengutamakan filosofi dan metode yang digunakan terhadap peningkatan mutu yang dilaksanakan dengan program pelatihan

Dimensi pelaporan insiden keselamatan RS, kelemahannya adalah jumlah laporan sangat sedikit, diasumsikan para petugas masih takut melakukan pelaporan kesalahan karena takut akan disalahkan, takut terlihat kinerjanya buruk dan takut akan sanksi yang mungkin akan diberikan. sehingga sistem pelaporan ini sebenarnya

menunjukkan sistem pelaporan di RS masih belum berjalan dengan baik. Keadaan keselamatan pasien (DEPKES RI, 2006) adalah suatu sistem untuk membuktikan keadaan yang terjadi dan tidak diinginkan, yang dapat menimbulkan kecelakaan pada pasien. Kelebihannya bahwa sistem ini juga mendeteksi keadaan yang tidak selaras dengan operasional rutin RS Dimensi persepsi yang dimiliki oleh para petugas mengenai budaya patient safety, mempunyai kelemahan antara lain diasumsikan masih kurangnya pemahaman patient safety di dalam setiap departemen. Selain itu juga ditemukan perbedaan persepsi mengenai keselamatan pasien, prosedur dan sistem serta kesalahan diantara sesama pegawai. Sedangkan kelebihannya adalah mendapatkan strategi utama dalam peningkatan budaya patient safety adalah persepsi yang kuat dan komitmen serta keaktifan organisasi untuk keselamatan pasien. Mereka mengusulkan dengan cara meningkatkan komunikasi menggunakan formulir target harian, serta rekonsiliasi medikasi

4. Teori Mapsaf

Langkah awal mengembangkan budaya keselamatan pasien adalah menetapkan tingkat budaya organisasi saat ini. Terdapat

sejumlah alat ukur untuk mengukur keyakinan, perilaku dan sikap organisasi. Secara umum ada 2 jenis alat ukur, yaitu Dimensional Tool dan Typological Tool. Dimensional Tool contohnya SAQ (Safety Attitude Questionnaire) dan MSI (Modified Stanford Instrument). Typological Tool contohnya adalah MaPSaF (Manchester Patient Safety Framework) yang merupakan hasil kolaborasi dari The National Primary Care Research and Development Centre dan Manchester University's Psychology Departemen. Parket et al pada tahun 2008 membuat suatu model untuk mengukur tingkat budaya keselamatan organisasi yaitu Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). Tingkat maturitas dalam budaya keselamatan menurut MaPSaF, yaitu:

a. Pathological

Belum memiliki sistem yang mendukung budaya keselamatan pasien. Lingkungan kerja masih bersifat menyalahkan (blaming), informasi disembunyikan, pelapor (messenger) di "bunuh", pertanggung jawaban dielakkan, koordinasi dilarang, kegagalan ditutupi, ide-ide baru dihancurkan.

b. Reaktif

Sistem bersifat fragmentasi, dikembangkan hanya sekedar menjawab akreditasi organisasi dan reaktif terhadap insiden/cedera medis yang terjadi.

c. Birokratis

Sistem tertata dengan baik, namun implementasi masih bersifat segmental. Koordinasi diijinkan tetapi sia-sia, organisasi hanya ada di atas kertas namun tidak berfungsi. Sistem dibuat untuk membuktikan pada auditor dan penilai akreditasi bahwa mereka fokus pada keselamatan pasien.

d. Proaktif

Organisasi yang menempatkan nilai yang tinggi dalam memperbaiki keselamatan pasien, yang tampak dalam investasi yang diberikan dalam perbaikan berkelanjutan pada keselamatan dan memberikan penghargaan bagi staf yang meningkatkan keselamatan pasien. Sistem bersifat komprehensif, berskala luas dan melibatkan stakeholder, pendekatan berbasis pada bukti (evidence based) sudah ditetapkan dalam organisasi.

e. Generatif

Budaya keselamatan pasien menjadi misi sentral dalam organisasi, organisasi selalu mengevaluasi efektivitas intervensi dan selalu belajar dari kegagalan dan kesuksesan. Informasi secara aktif dicari, pelapor dilatih, berbagi pertanggungjawaban, koordinasi dihargai (rewarded), penyebab kegagalan diselidiki, ide-ide baru diterima. Keselamatan sudah menjadi budaya yang

tertanam dalam hati dan pikiran setiap orang dan manajer senior hingga karyawan di garis depan.

MaPSaF adalah alat ukur yang telah dikembangkan untuk membantu tim pelayanan kesehatan dan merefleksikan organisasinya dalam tahap mengembangkan budaya keselamatan. Pada mulanya alat ini dirancang untuk perawatn kesehatan primer, tetapi saat ini MaPSaF sudah diadaptasi untuk penggunaan di layanan kesehatan lainnya, seperti pelayanan gawat darurat, ambulans dan pelayanan kesehatan mental. Alat ini dapat membantu tenaga pelayanan kesehatan untuk mengeksplorasi level atau tingkatan perkembangan kematangan budaya keselamatan organisasi dimana mereka bekerja MaPSaF merefleksikan sikap, nilai dan perilaku terkait keselamatan pasien. Sebagai contoh misalnya bagaimana insiden keselamatan pasien diinvestigasi, pendidikan dan pelatihan staf tentang manajemen resiko dilaksanakan.

Maturitas budaya patient safety dalam organisasi diklasifikasikan oleh Ashcroft et.al. (2005) menjadi lima tingkat maturitas yaitu patologis, reaktif, kalkulatif, proaktif dan generatif.

1) Patologis:

Suatu organisasi melihat bahwa masalah yang utama adalah masalah keselamatan pasien sehingga lebih diutamakan tentang berbagai macam informasi yang berhubungan dengan patient safety

2) Reaktif

Menunjukkan bahwa organisasi sudah menyadari bahwa hal penting, adalah keselamatan pasien tetapi hanya ada tanggapan ketika terjadi keadaan yang penting.

3) Kalkulatif

Yaitu organisasi lebih mementingkan jabatan dan kewenangan dalam organisasi. Setelah kecelakaan terjadi, informasi diabaikan

4) Proaktif

Organisasi berfokus pada usaha untuk mencegah adanya masalah-masalah patient safety dengan melibatkan banyak pemilik yang terkait pada patient safety.

5) Generatif

Merupakan organisasi yang secara aktif mencari berbagai macam informasi dalam rangka mengetahui apakah usaha-usaha yang dilakukan dalam organisasi ini sudah aman atau belum

MaPSaF mengembangkan tingkat kematangan (maturity) organisasi dalam menerapkan budaya keselamatan pasien yang terdiri dari 5 elemen, yaitu : patologis, reaktif, kalkulatif, proaktif dan generative dimana tingkat maturitas generatif adalah yang paling tinggi dimana budaya KP sudah terintegrasi dengan tujuan RS. Tingkat maturitas budaya keselamatan pasien terdiri atas lima tingkatan. Berikut adalah tingkatan maturitas budaya keselamatan pasien. (NPSA; 2004)

- a) Patologis, yaitu keadaan belum terdapat cara yang menyelenggarakan budaya keselamatan pasien dan terdapatnya keadaan lingkungan kerja yang belum baik. Organisasi belum memiliki system yang mendukung budaya keselamatan pasien yang positif
- b) Reaktif, yaitu suatu keadaan dimana budaya keselamatan pasien bersifat fragmentasi, dikembangkan hanya sekedar menjawab akreditasi organisasi dan reaktif terhadap cedera medis yang terjadi. Keadaan system yang belum baik. Organisasi hanya berfikir tentang keselamatan setelah terjadi insiden. Sistem bersifat fragmentasi, dikembangkannya hanya pada saat akreditasi dan reaktif terhadap insiden yang terjadi.

- c) Kalkulatif, suatu keadaan budaya keselamatan pasien tertata baik namun implementasinya masih bersifat segmentasi. Sistem sudah tertata baik, tetapi implementasinya masih bersifat segmental dan pada event tertentu. Adanya pendekatan sistematis yang belum terpadu
- d) Proaktif, suatu keadaan budaya keselamatan pasien bersifat komprehensif, berskala luas, dan melibatkan stakeholder, pendekatan yang berbasis pada bukti (evidence based) sudah diterapkan dalam organisasi. Organisasi aktif meningkatkan persepsi keselamatan pasien dan memberikan reward atas peningkatan keselamatan pasien. Sistem bersifat komprehensif dan melibatkan stakeholder pendekatan berbasis pada bukti (evidence based).
- e) Generatif, suatu keadaan bahwa organisasi selalu mengevaluasi efektivitas dan selalu belajar dari kegagalan dan kesuksesan. Budaya keselamatan pasien terpadu dengan sasaran rumah sakit. Keadaan budaya patient safety merupakan sentral dari misi organisasi, Organisasi menilai efektivitas intervensi dari kegagalan sebelumnya

dengan cara pembelajaran Budaya patient safety dinilai dengan cara self-completion questionnaires yaitu dengan mengirimkan kuesioner kepada semua staff, selanjutnya dihitung nilai rata-rata respon terhadap masing-masing item Langkah pertamanya adalah dengan menilai budaya yang ada. Selanjutnya alat yang tersedia untuk penilaian budaya patient safety, salah satunya adalah 'Manchester Patient Safety Framework'. Ada beberapa pernyataan yang digunakan dalam menilai dimensi budaya patient safety yaitu

- (1) Pernyataan-pernyataan untuk mengukur nilai, pemahaman dan sikap
 - (2) Pernyataan-pernyataan untuk mengukur aktifitas atau perilaku yang bertujuan untuk pengembangan budaya patient safety, seperti kepemimpinan, kebijakan dan prosedur. Beberapa contoh pernyataan tersebut
- Pertanyaan kunci untuk penilaian budaya patient safety
- (a) Apakah patient safety menjadi prioritas utama dari organisasi pelayanan kesehatan, termasuk pemimpinya?

- (b) Apakah patient safety dipandang sebagai sesuatu yang positive danmendapatkan fokus perhatian pada semua aktivitas?
- (c) Apakah ada sistem „blame free“ untuk mengidentifikasi ancaman-ancaman pada patient safety, berbagi informasi dan belajar dari pengalaman?
- (d) Apakah ada penilaian resiko pada semua aktivitas yang terjadi di dalam organisasi pelayanan kesehatan?
- (e) Apakah ada lingkungan kerjasama yang baik sehingga semua anggota tim bisa berbagi informasi mengenai patient safety?
- (f) Apakah pasien dan keluarga pasien terlibat dalam proses pengembangan patient safety?

5. Akreditasi PKU Muhammadiyah Bantul

RS PKU Muhammadiyah Bantul ialah yang memberikan pelayanan Kesehatan milik Organisasi Islam Bantul yang bermodel RSU, diurus oleh Pemda Kabupaten Islam dan tercatat kedalam RS Tipe C. Layanan Kesehatan ini telah terdaftar sejak 05/02/2013 dengan Nomor Surat ijin HK.03.05/I/1568/11 dan Tanggal Surat ijin

28/06/2011 dari PEMERINTAH dengan Sifat Perpanjang, dan berlaku sampai AGUSTUS 2014. Sehabis melakukan Proses AKREDITASI Rumah sakit dengan proses Pentahapan I akhirnya diberikan status Penuh Akreditasi Rumah Sakit. RSU ini beralamat di Jl. Jenderal Sudirman 124 Bantul, Bantul, Indonesia.

B. Penelitian Terdahulu

1. Topic utamanya Perawat di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassa dengan Implementasi Budaya Keselamatan Pasien Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran implelementasi budaya keselamatan pasien oleh perawat (Nur Syarianingsih Syam,2017),Hasil Penelitiannya adalah ari hasil penelitian diperoleh infromasi mayoritas responden berasal dari Instalasi Rawat Inap (49,6%), 82,3% responden berjenis kelamin perempuan, dimana sebagian besar berada pada kelompok usia 26-30 tahun, yakni 44,68%. Sebanyak 47,5% responden beralatar belakang pendidikan D3 Keperawatan dan mayoritas atau sebesar 39% merupakan pegawai tetap di RS tersebut. Dari hasil penelitian diperoleh informasi 90,8% responden telah mendapatkan sosialisasi dan pelatihan keselamatan pasien
 - a. Persamaannya dalam hal Budaya Keselamatan Pasien

- b. Perbedaannya dalam hal subyek penelitian, Penelitian ini menggunakan total sampling dikarenakan mengambil semua perawat pelaksana yang bekerja di RS Ibnu Sina Makassar yang berjumlah 141 perawat, dengan kriteria bersedia menjadi responden, dan tidak sedang cuti
2. Judul “Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di RS Roemani Muhammadiyah Semarang” Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran Budaya Keselamatan Pasien di RS Roemani Muhammadiyah Semarang (Tio Dora Ultaria S, 2017) Hasil penelitiannya adalah RS Roemani Semarang dikategorikan sedang dengan persentasi (71%), dan lima dimensi dikategorikan kuat yaitu harapan dan tindakan supervise dalam mempromosikan, komunikasi terbuka umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, kerja sama antar unit handsoff dan transisi
 - a. Persamaannya adalah dengan penelitian kuantitatif deskriptif
 - b. Perbedaannya adalah sejumlah perawat yang bekerja di RS Roemani.
3. Judul “Budaya keselamatan pasien di instlasi rawat inap RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo kota Makassar. Penelitian ini bertujuan melihat budaya keselamatan pasien oleh perawat dalam menjalankan keselamatan pasien di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. (Agustina

Pujilestari, 2014). Hasil penelitiannya adalah Hasil penelitian ini menunjukkan dari 75 responden, 37 responden mempunyai budaya keselamatan pasien rendah dan 38 responden mempunyai budaya keselamatan pasien tinggi. Responden dengan budaya keselamatan rendah diantaranya terdapat 23 perawat dengan pelayanan yang kurang baik dan 14 perawat dengan pelayanan yang baik.

Responden dengan budaya keselamatan pasien yang tinggi seluruhnya telah melaksanakan pelayanan dengan baik.

- a. Persamaannya dalam hal Budaya Keselamatan Pasien
 - b. Perbedaannya adalah pada teknik pengambilan sampel proportionate stratified random sampling. Responden pada pengamatan ini berjumlah 75 perawat
4. Judul perawat pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dengan Kepemimpinan efektif head nurse meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien. Adapun sasaran penelitian ini adalah untuk melihat hubungan kepemimpinan efektif head nurse dengan penerapan budaya keselamatan pasien (Dwi Setiowati, 2013).

Hasil penelitiannya adalah Adanya hubungan lemah dan positif antara kepemimpinan efektif Head Nurse dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Penelitian ini berharap adanya pengetahuan head nurse pada fungsi pengorganisasian keselamatan pasien, diskusi

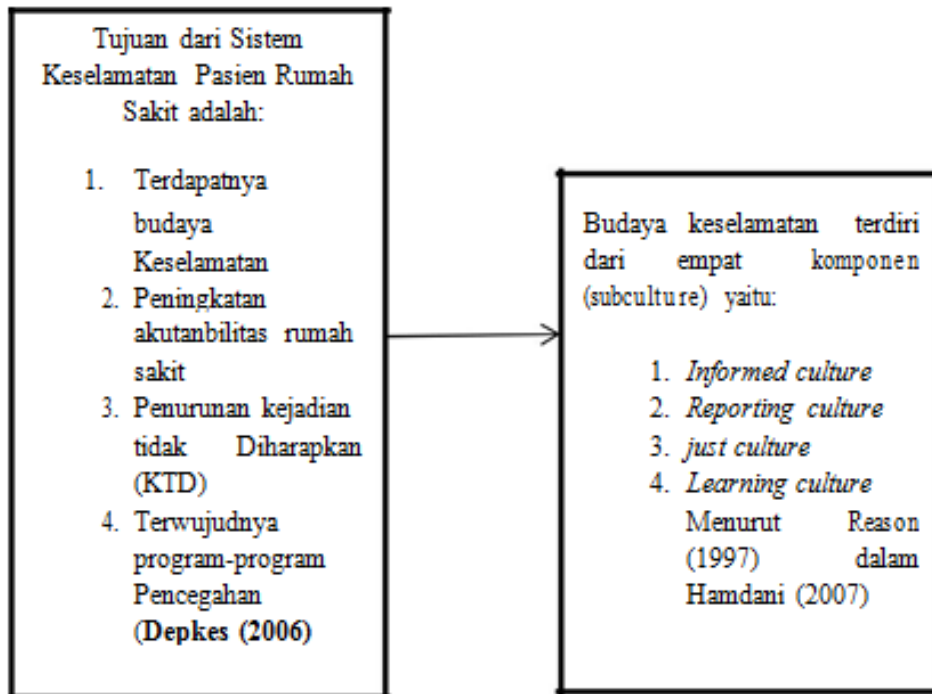
keselamatan pasien, sistem penghargaan atas penerapan budaya keselamatan pasien.

- a. Persamaannya dalam hal Budaya Keselamatan Pasien
- b. Perbedaannya adalah analisis korelasi secara cross sectional pada 206 perawat pelaksana. Analisis data dengan Pearson, Spearman, t independent

C. Landasan Teori

Penerapan budaya keselamatan pasien yang adekuat akan menghasilkan pelayanan keperawatan yang bermutu. Pelayanan kesehatan yang bermutu tidak cukup dinilai dari kelengkapan teknologi, sarana prasarana yang canggih dan petuugas kesehatan yang profesional, namun juga ditinjau dari proses dan hasil pelayanan yang diberikan. Mutu pelayanan yang ada sekarang bukan lagi hanya dinilai dari tingkat kepuasan pasien dan pengadaan fasilitas rumah sakit saja tetapi lebih berfokus pada keselamatan pasien.

Budaya keselamatan dalam implementasi system manajemen keselamatan yang kuat mencakup: mendorong setiap orang bertanggung jawab akan keselamatan terhadap diri sendiri, rekan kerja, pasien, dan pengunjung; mengutamakan keselamatan dan keuntungan di atas keuntungan dan tujuan organisasi

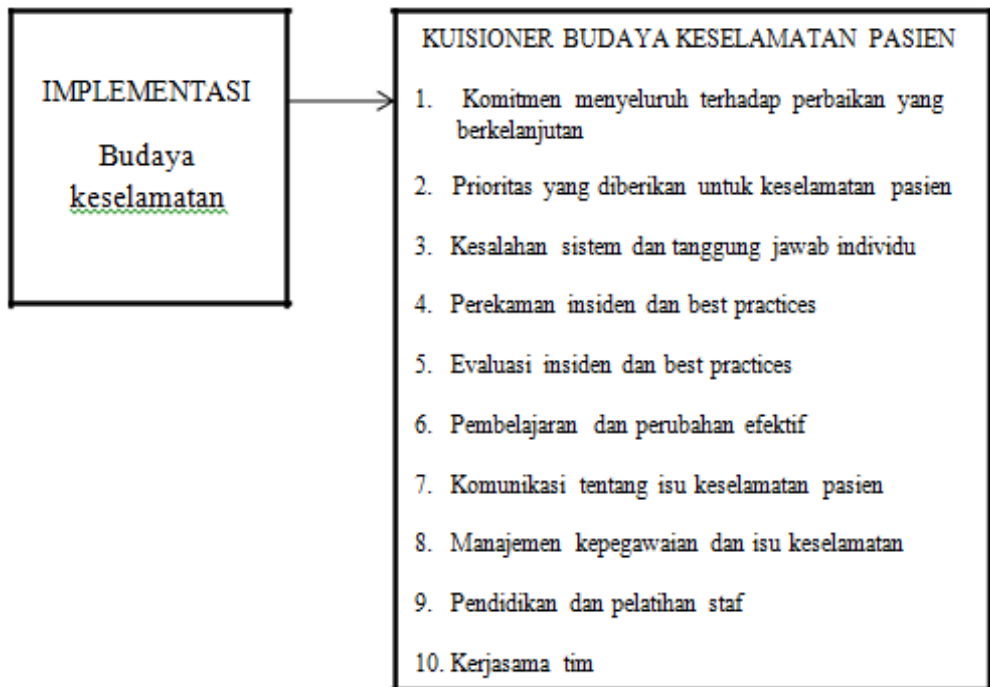


Gambar 2. 1 Landasan Teori

D. Kerangka Konsep

Patient safety lahir dari tuntutan eksternal baik dari masyarakat maupun rumah sakit lainnya sehingga penerapannya saat ini merupakan keharusan bagi setiap pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Penerapan patient safety adalah untuk menjaga agar pelayanan kesehatan baik medis, paramedis dan non medis pada semua unit rumah sakit dapat terselenggara dengan baik berdasarkan standar pelayanan yang bermutu.

Berdasarkan kajian teori dan permasalahan yang diuraikan diatas, maka dapat disusun kerangka konsep sebagai berikut



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep Penelitian

E. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah budaya keselamatan pasien yang terbangun di rumah sakit PKU Muhammadiyah Bantul?
2. Berada di level maturitas manakah budaya keselamatan pasien menurut kuesioner MAPSaF di rumah sakit PKU Muhammadiyah Bantul?