

SKRIPSI

**GAMBARAN PENYEBAB INSIDEN KESELAMATAN PASIEN
DI RAWAT INAP RSUP Dr. TADJUDDIN CHALID
MAKASSAR**

**NELLY AGUSTINA
K111 15 055**



*Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**GAMBARAN PENYEBAB INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RAWAT
INAP RSUP Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

NELLY AGUSTINA

K11115055

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 22 Maret 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

Menyetujui,

Pembimbing utama

Dr. Fridawaty Rivai, SKM., M.Kes
NIP. 19731016 199702 2 001

Pembimbing pendamping

Rini Anggraeni, SKM., M.Kes
NIP. 19770311 200212 2 001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat



PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah di pertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Senin, Tanggal 22 Maret 2021

Ketua : Dr. Fridawaty Rivai, SKM.,M.Kes 

Sekretaris : Rini Anggraeni, SKM., M.Kes 

Anggota :

1. Adelia U. Ady Mangilep, SKM., MARS 

2. A.Muflihah, SKM., M.Kes 

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nelly Agustina
Nim : K11115055
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Jurusan : Manajemen Rumah Sakit

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau karya orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti bahwa pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Makassar, 24 Maret 2021

Yang membuat pernyataan

METERAI
TEMPEL
77835AHF523488870
6000
ENAM RIBU RUPIAH
Nelly Agustina



RINGKASAN

**UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
MANAJEMEN RUMAH SAKIT
MAKASSAR, MARET 2021**

NELLY AGUSTINA

“Gambaran Penyebab Insiden Keselamatan Pasien Di Rawat Inap RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar”

Dibimbing Oleh Fridawati Rivai Dan Rini Anggraeni

(x + 138 halaman+16 tabel+ 8 lampiran)

Insiden keselamatan pasien merupakan kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Penelitian ini dilatar belakangi oleh adanya kejadian insiden keselamatan pasien yang tercatat yaitu kejadian infeksi nosokomial yang mengalami fluktuasi yaitu pada tahun 2015-2017. Tujuan penelitian ini bertujuan untuk mngetahui gambaran penyebab insiden keselamatan pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Dr.Tadjuddin Chalid Makassar meliputi komunikasi, kerjasama tim, supervisi, lingkungan kerja, kelelahan kerja dan stres kerja.

Penelitian ini merupakan penelitian survei kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif. Populasi penelitian yaitu seluruh perawat pada Unit Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar terkait insiden keselamatan pasien. Metode pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *total sampling* dengan sampel sebanyak 53 orang. Pengolahan data menggunakan bantuan program SPSS yang disajikan dalam bentuk tabel dan narasi

Adapun hasil penelitian ini yakni pada variabel komunikasi kurang efektif sebesar 0%, komunikasi cukup sebesar 47,2% dan komunikasi efektif sebesar 92,5%, kerjasama tim kurang baik sebesar 62, %, kerjasama cukup sebesar 3,8% dan kerjasama baik sebesar 34%, supervisi kurang baik sebesar 34 %, supervisi cukup sebesar 71,7% dan supervisi baik sebesar 28,3%, lingkungan kerja buruk 22,6%, lngkungan kerja cukup sebesar 5,6% dan lingkungan kerja baik 58,5%, kelelahan rendah 85% dan stres rendahi sebesar 92,5%. Berdasarkan penelitian tersebut, disarankan kepada pihak rumah sakit untuk memperhatikan faktor yang berperan dalam insiden keselamatan pasien dan meningkatkan fungsi pengawasan terhadap setiap insiden keselamatan pasien.

Daftar Pustaka:43 (2000-2018)

Kata kunci : Insiden keselamatan pasien, perawat, rawat inap

ABSTRACT

**HASANUDDIN UNIVERSITY
PUBLIC HEALTH FACULTY
HOSPITAL MANAGEMENT
MAKASSAR, MARCH 2021**

NELLY AGUSTINA

"Description of the Causes of the Incident Patient Safety in Hospitalized

RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar "

Supervised by Fridawati Rivai and Rini Anggraeni

(x + 138 pages + 16 tables + 8 attachments)

Patient safety incidents are incidental events and conditions that result in or have the potential to result in preventable injury to the patient. This research was motivated by the incidence of recorded patient safety incidents, namely the incidence of nosocomial infections which fluctuated, namely in 2015-2017. The purpose of this study was to identify the causes of patient safety incidents at the Hospital Dr.Tadjuddin Chalid Makassar including communication, teamwork, supervision, work environment, work fatigue and work stress.

This research is a quantitative survey research with a descriptive research design. The study population was all nurses in the Dr. Hospital Inpatient Unit. Tadjuddin Chalid Makassar regarding patient safety incidents. The sampling method in this study was total sampling with a sample of 53 people. Data processing uses the help of the SPSS program which is presented in table and narrative form

The results of this study are the communication variable is less effective is 7.5% and good effective is 92,5% , poor teamwork is 62.3% and good teamwork is 37,7%, poor supervision is 28,3% and good supervision 71,7%, bad work environment is 41.5% and good work environment is 58,5% , low fatigue is 85% and low stress is 92,5%. Based on this research, it is advisable for the hospital to pay attention to the factors that play a role in patient safety incidents and to increase the monitoring function of each patient safety incident..

Bibliography: 43 (2000-2018)

Keywords: patient safety incidents, nurses, inpatient care

Kata Pengantar



Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal yang berjudul “Gambaran Terjadinya Insiden Keselamatan Pasien Di Rawat Inap Rumah Sakit Tadjuddin Chalid Makassar”.

Penulis menyadari bahwa Skripsi ini tidak terlepas dari segala keterbatasan dan kendala, tetapi berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, baik moral maupun material sehingga dapat berjalan dengan baik. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu **Dr. Fridawaty Rivai, SKM., M.Kes**, selaku pembimbing I dan Ibu **Rini Anggraeni, SKM, M.Kes**, selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktunya memberikan petunjuk, arahan dan motivasinya.

Pada kesempatan ini, penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Rektor Universitas Hasanuddin Makassar **Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA.**, dan seluruh Wakil Rektor dalam Lingkungan Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat **Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M. Med. ED** dan para Wakil Dekan serta seluruh staf yang telah memberikan bantuan selama penulis mengikuti pendidikan di FKM Unhas serta kepada bapak/ibu dosen FKM, terima kasih untuk segala ilmu yang telah diberikan.

3. Ibu **Prof. Dr., A. Ummu Salmah, SKM, M.Sc** selaku penasehat akademik selama menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Bapak **Dr. Irwandy, SKM, M.ScPH,M.Kes** selaku ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit.
5. Ibu **Adelia U. Ady Mangilep, SKM., MARS** selaku penguji I dan Ibu **A. Muflihah, SKM.,M.Kes** selaku penguji II yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama ini demi kesempurnaan tulisan ini.
6. Seluruh Dosen Bagian Manajemen Rumah Sakit yang telah banyak memberikan ilmu yang sangat berharga kepada penulis.
7. Direktur Rumah Sakit Tadjuddin Chalid Makassar beserta staf yang telah memberikan izin penelitian dan membantu selama penelitian berlangsung.
8. Kepada para perawat ruang inap Rumah Sakit Tadjuddin Chalid Makassar yang bersedia menjadi responden dalam proses penelitian berlangsung.
9. Kepada staf Departemen Manajemen Rumah Sakit FKM Unhas (**bu Ija, kak Rani dan kak Fuad**) terima kasih atas segala bantuannya selama penulis menjadi mahasiswa Manajemen Rumah Sakit.
10. Keluarga besar **HMSC (*Hospital Management Student Community*)**. Terima kasih untuk pengalaman dan ilmu yang tak bisa saya dapatkan selama di bangku kuliah.
11. kepada teman saya **farida dan Asriadi Syam. Amd** yang telah membantu, memotivasi dalam mengerjakan skripsi ini..
12. Semua pihak yang telah memberikan bantuan kepada penulis baik berupa materi dan non materi yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, terima kasih untuk bantuan dan dukungannya.

Segala wujud bakti dan kasih sayang ku persembahkan skripsi ini terkhusus kepada kedua orang tua tercinta A. Massaguni (Almarhum) dan Wahba, serta saudara-saudari penulis (A. wahyudi, A. Sulfikar, Sulfidar, Nurleli Aulia dan Adam Akbar) terima kasih atas segala pengorbanan, kesabaran, doa, dan

dukungan yang tak ternilai hingga penulis dapat menyelesaikan studi, kiranya amanah yang diberikan kepada penulis tidak tersia-siakan.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan penulis. Oleh karena itu, saran dan kritik demi penyempurnaan skripsi ini sangat penulis harapkan. Akhir kata, semoga apa yang disajikan dalam skripsi ini dapat bermanfaat bagi setiap yang membacanya

Makassar, April 2021

Penulis

DAFTAR ISI

	halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR TIM PENGUJI	iii
LEMBAR BEBAS PLAGIAT	iv
RINGKASAN	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR LAMPIRAN	vi
DAFTAR SINGKATAN	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Tinjauan Umum <i>Patient Safety</i>	13
1. Pengertian <i>Patient Safety</i>	13
2. Tujuan Program <i>Patient Safety</i>	13
3. Standar <i>Patient Safety</i>	14
4. Model Manajeen <i>Patient Safety</i>	20
5. Sasaran <i>Patient Safety</i>	22
B. Tinjauan Umum Insiden Keselamatan Pasien	34
1. Jenis-Jenis Keselamatan Pasien	33
2. Faktor-Faktor Kontribusi <i>Patient Safety</i>	37
C. Matriks Penelitian	44

D. Kerangka Teori.....	51
BAB III KERANGKA KONSEP	53
A. Dasar Pemikiran Variabel	53
B. Kerangka Konsep.....	54
C. Definisi Operasional.....	55
BAB IV METODE PENELITIAN	58
A. Desain Penelitian	58
B. Lokasi dan Waktu penelitian	58
C. Populasi dan Sampel	59
D. Instrumen Penelitian	59
E. Pengumpulan Data	60
F. Manajemen Data	60
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	64
A. Hasil Penelitian	64
B. Pembahasan	79
C. Keterbatasan Penelitian.....	91
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	93
A. KESIMPULAN	93
B. SARAN	94
DAFTAR PUSTAKA	95
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 1	Matriks Penelitian Terdahulu 50
Tabel 2	Definisi Operasional..... 59
Tabel 3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Di Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020 73
Tabel 4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pemerintah Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020 73
Tabel 5	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Faktor Komunikasi di Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makasar Tahun 2020 74
Tabel 6	Distribusi Penilaian Responden terhadap Faktor Komunikasi di Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassr Tahun 2020 75
Tabel 7	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Kerjasama Tim di Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassr Tahun 2020..... 76
Tabel 8	Distribusi Penilaian Responden terhadap Faktor Kerjasama Tim Tim di Rawat Inap RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassr Tahun 2020 77
Tabel 9	Distribusi Penilaian Responden terhadap Faktor Kerjasama Tim Tim di Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassr Tahun 2020 78
Tabel 10	Distribusi Penilaian Responden terhadap Faktor Supervisi di Rawat Inap Rumah Sakit Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020..... 79
Tabel 11	Distribusi Jawaban Responden berdasarkan faktor lingkungan kerja di Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020..... 80

Tabel 12	Distribusi Penilaian Responden terhadap faktor lingkungan di Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020.....	81
Tabel 13	Distribusi Jawaban Responden berdasarkan Faktor Kelelahan di Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020.....	82
Tabel 14	Distribusi Penilaian Responden terhadap Faktor Kelelahan di Rawat Inap Rumah Sakit Umum pemerintah Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020.....	83
Tabel 15	Distribusi Jawaban Responden berdasarkan Stres Kerja di Rawat Inap Rumah Sakit Umum pemerintah Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020.....	84
Tabel 16	Distribusi Penilaian Responden terhadap Faktor Stres di Rawat Inap Rumah Sakit Umum pemerintah Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020.....	85

DAFTAR GAMBAR

	halaman
Gambar 2 Kerangka Teori.....	56
Gambar 3 Kerangka Konsep	58

DAFTAR SINGKATAN

DEPKES	: Departemen Kesehatan
IKP	: Ikatan Keselamatan Pasien
IOM	: <i>Institute Ofmedicine</i>
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
Ktd	: Kejadian Tidak Diharapkan
PERMENKES	: Peraturan Menteri Kesehatan
RI	: Republik Indonesia
Rs	: Rumah Sakit
RSTC	: Rumah Sakit Tadjuddin Chalid
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SOP	: <i>Standar Operational Procedure</i>
RI	: Republik Indonesia

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan pasien (*Patient Safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya di ambil (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien, 2017)

Keselamatan pasien menjadi salah satu dimensi dalam mutu pelayanan kesehatan yang harus ditegakkan karena menyangkut keselamatan jiwa pasien sebagaimana yang dipaparkan oleh (*Institute of medicine, 1999*), sehingga keselamatan pasien perlu dikelola dengan baik agar rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien

Isu tentang keselamatan pasien mendapatkan perhatian dari pemerintah seperti yang dituangkan (Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan) dan (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit) . Rumah sakit wajib melaksanakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif, dengan mengutamakan kepentingan pasien. Rumah sakit wajib memenuhi hak pasien memperoleh keamanan dan keselamatan selama dalam perawatan di rumah sakit. Acuan bagi rumah sakit untuk pelaksanaan program keselamatan

pasien di rumah sakit sesuai standar yang ditetapkan, tertuang dalam Permenkes RI Nomor 1691 Tahun 2011.

Terjadinya insiden keselamatan pasien di suatu rumah sakit akan memberikan dampak yang merugikan bagi pihak rumah sakit, staf, dan pasien sebagai penerima pelayanan. Adapun dampak yang ditimbulkan adalah semakin meningkatnya perasaan tidak puas hingga maraknya tuntutan pasien atau keluarganya. Dengan demikian keselamatan pasien merupakan hal yang sangat penting dalam bidang kesehatan terutama dalam pelayanan rumah sakit (Apriningsih, 2013).

Pada tahun 2000 *Institute of Medicine* di Amerika Serikat menerbitkan laporan yang mengagetkan banyak pihak: “*To Err Is Human*”, *Building a Safer Health System*. Laporan ini mengemukakan penelitian di rumah sakit di Utah Colorado ditemukan Kejadian Tidak Diharapkan KTD sebesar 2,9%, dan 6,6% meninggal. Sedangkan di New York KTD adalah sebesar 3,7% dengan angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000- 98.000 jiwa per tahun (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2013)

Laporan insiden keselamatan pasien di Indonesia tahun 2006 - 2007 sebanyak 145, tahun 2008 sebanyak 61, tahun 2009 sebanyak 114, tahun 2010 sebanyak 103, tahun 2011 sebanyak 34 (KKP-RS, 2011). Pelaporan jenis kejadian KNC lebih banyak dilaporkan sebesar 47,6% dibandingkan KTD sebesar 46,2% (KKP-RS,2008). Hasil studi pendahuluan ditemukan

jumlah insiden keselamatan pasien di RS Muhammadiyah Gresik meningkat 7,4 – 14,6% dari tahun 2010 sampai 2013 yang seharusnya sesuai tujuan keselamatan pasien di rumah sakit (Qomariah, 2015)

Laporan insiden keselamatan pasien dari KKPRS di Indonesia periode Januari-April Tahun 2011, menemukan bahwa terjadi peningkatan secara signifikan pada kasus insiden keselamatan pasien dari satu bulan ke bulan berikutnya, dengan rincian pada Januari (0,0%) kemudian meningkat pada Februari (3,9%) dan meningkat lagi pada Maret (5,15%) selanjutnya meningkat 5 kali lipat pada April (26,76%). Berdasarkan tipe insidennya, dilaporkan bahwa Proses/Prosedur Klinik (9,26%) dan Medikasi (9,26%) sementara Jatuh (5,15%), Dokumentasi (3,9%), Perilaku Pasien (3,9%), Lab (2,6%), dan Transfusi Darah (1,3%). Selanjutnya berdasarkan jenis insidennya dilaporkan bahwa KNC (18,53%) lebih tinggi dari KTD (14,41%) dan dilaporkan sebesar 2,6% insiden yang menyebabkan kematian (Asranti, 2014)

WHO dalam *Human Factors in Patient Safety : Review of Topics and Tools* pada tahun 2009 mengemukakan beberapa faktor yang mempengaruhi insiden keselamatan pasien. WHO mengembangkan empat kategori faktor yang sangat berhubungan dengan penyebab insiden keselamatan pasien. Kategori faktor individu yang terdiri atas kewaspadaan situasi, pengambilan keputusan, stres, dan kelelahan. Kategori faktor kerja tim yang terdiri atas kerja tim dan supervisi. Kategori faktor organisasi terdiri atas budaya

keselamatan kepemimpinan dan komunikasi sedangkan untuk lingkungan terdiri dari lingkungan kerja.

Kerjasama tim merupakan suatu kelompok kecil orang dengan keterampilan saling melengkapi yang berkomitmen pada tujuan bersama, sasaran-sasaran kinerja dan pendekatan yang mereka jadikan tanggung jawab bersama. Kerjasama merupakan bentuk perilaku dari perawat dalam bekerja didalam tim karena membuat individu saling mengingatkan, mengoreksi, berkomunikasi sehingga peluang terjadinya kesalahan dapat dihindari. Dalam penelitian ini, kerjasama menjadi faktor yang tidak bermakna terhadap implementasi keselamatan pasien oleh perawat pelaksana (Tery 2010).

(WHO, 2009) mengemukakan bahwa 70% - 80% dari kesalahan terkait insiden keselamatan pasien disebabkan karena komunikasi dan kerjasama tim yang buruk. Begitu pula laporan insiden keselamatan oleh KKPRS tahun 2011 menyebutkan bahwa penyebab insiden keselamatan pasien sebesar 19,58% berasal dari tim kerja yang kurang. Selain itu, penyebab lain terjadinya insiden keselamatan pasien dikemukakan pula oleh Cooper & Clarke pada tahun 2003 yakni stres di tempat kerja.

Kerjasama merupakan bentuk perilaku dari perawat dalam bekerja didalam tim karena membuat individu saling mengingatkan, mengoreksi, berkomunikasi sehingga peluang terjadinya kesalahan dapat dihindari. berdasarkan hasil penelitian dari (Ayu, 2018) bahwa masih kurangnya sikap komunikatif perawat dalam menjelaskan hal-hal yang terkait dengan keselamatan pasien kepada pasien. Supervisi merupakan bagian fungsi

manajemen yang berperan untuk mempertahankan agar segala kegiatan yang diprogramkan dapat dilaksanakan dengan benar dan lancar (Suarli dkk, 2010). Kepala ruang mempunyai tanggung jawab yang besar dalam organisasi dan menentukan pencapaian tujuan organisasi dalam hal ini melakukan pengawasan untuk meningkatkan keselamatan pasien yang dilakukan perawat dan mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien (Yusuf, 2017). Dalam penelitian (Kartika, 2015) supervisi memiliki hubungan atau berkontribusi dalam pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit.

Menurut AHRQ (2000) mengungkapkan bahwa salah satu yang mempengaruhi dari *medical error* yaitu kelelahan kerja yang dialami perawat yang berdampak dari dimana Lingkungan kerja dan pekerjaan perawat.

Berdasarkan data evaluasi dan pelaporan RS Dr. Tadjuddin Chalid angka infeksi nosokomial pada tahun 2015 mencapai 9,9 %, tahun 2016 angka kejadian infeksi nosokomial mencapai 5% dan pada tahun 2017 angka kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit tadjuddin chalid Makassar mencapai 8,8 %. Dimana angka kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit tersebut mengalami fluktuasi. Hal tersebut dapat menunjukkan bahwa jumlah kejadian infeksi nosokomial di Instalasi rawat inap belum optimal karena dilihat dari tahun 2016 tidak stabil dan berada di atas standar yang telah ditetapkan oleh (Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008, standar kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit sebesar $\leq 1,5$ %. Hal ini menggambarkan bahwa sikap perawat dalam

melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien secara aman yang merujuk pada konsep *patient safety* belum optimal, selain itu pada tahun 2018 berdasarkan laporan data yang didapatkan pada rumah sakit Tadjuddin Chalid pada bagian rawat inap angka kejadian Kematian pasien ≥ 48 jam mencapai 2,64 %. hal ini berarti melebihi dari standar yang telah ditetapkan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008, yaitu $\leq 0,24$ %).

Dengan demikian melihat masih banyaknya insiden yang terjadi di instalasi Rumah Sakit Umum Pemerintah Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Adanya insiden tersebut mengindikasikan bahwa terdapat kejadian yang berpotensi menimbulkan kerugian bahkan mengancam keselamatan pasien. Berangkat dari masalah tingginya angka infeksi nosokomial dan kejadian kematian pasien ≥ 48 jam yang ada di rawat inap rumah sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar maka peneliti tertarik untuk mengetahui dan meneliti mengenai “**Gambaran Penyebab Insiden Keselamatan Pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Tadjuddin Chalid Makassar**”.

A. Rumusan Masalah

Berdasarkan temuan hasil penelitian angka kejadian infeksi nosokomial yang melebihi dari standar dari Kepmenkes no. 129 tahun 2008, sebesar $\leq 1,5$ %. Dengan adanya kasus insiden keselamatan pasien yang belum diketahui secara spesifik gambaran penyebab insiden keselamatan pasien sehingga menjadi dasar permasalahan penelitian. maka rumusan pertanyaan penelitian

ini adalah “Bagaimana Gambaran Penyebab Insiden Keselamatan Pasien Di Rawat Inap RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar?”

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Gambaran Penyebab Insiden Keselamatan Pasien di RSUP Tadjuddin Chalid Makassar

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran Komunikasi perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Tadjuddin Chalid Makassar
- b. Untuk mengetahui gambaran Kerjasama perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Tadjuddin Chalid Makassar
- c. Untuk mengetahui gambaran Supervisi petugas di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Tadjuddin Chalid Makassar
- d. Untuk mengetahui gambaran Lingkungan Kerja petugas di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Tadjuddin Chalid Makassar
- e. Untuk mengetahui gambaran Kelelahan perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Tadjuddin Chalid Makassar
- f. Untuk mengetahui gambaran Stres Perawat di Unit Rawat Inap Rumah sakit Tadjuddin Chalid Makassar

C. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. **Manfaat bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin**
Penelitian ini dapat menjadi bahan referensi bagi pembaca kajian ilmu pengetahuan terutama tentang budaya keselamatan pasien
2. **Manfaat Bagi Rumah Sakit Tadjuddin Chalid**
Penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi dan tinjauan untuk penerapan keselamatan pasien di rumah sakit. hal ini berguna untuk mengurangi angka kejadian yang tidak diharapkan bagi pasien sehingga rumah sakit dapat meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang dimiliki khususnya mengenai keselamatan pasien
3. **Manfaat Bagi Peneliti**
Peneliti dapat menerapkan ilmu atau teori pada waktu kuliah yang digunakan untuk penelitian ini. Disamping itu penelitian ini menambah wawasan bagi peneliti mengenai gambaran insiden keselamatan pasien

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Keselamatan Pasien

1. Definisi Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat pasien lebih aman yang meliputi *asesment* risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjut 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 (Permenkes, 2017).

Patient safety adalah konsep pasien yang sedang dalam pelayanan kesehatan dapat mencapai dampak yang diharapkan. Dalam hal *injury*, *patient safety* didefinisikan sebagai terbebas dari *accidental injury* dengan menjamin keselamatan pasien melalui penetapan sistem operasional, meminimalisasi kemungkinan kesalahan, dan meningkatkan pencegahan agar kecelakaan tidak terjadi dalam proses pelayanan (Elrifda, 2011)

2. Tujuan Program Keselamatan Pasien

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, tujuan program keselamatan pasien di rumah sakit antara lain :

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit

- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien
- c. Menurunnya KTD di rumah sakit
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

3. Standar Keselamatan Pasien

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang penting dalam sebuah rumah sakit, maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang dapat digunakan sebagai acuan bagi rumah sakit di Indonesia. Standar keselamatan pasien rumah sakit yang saat ini digunakan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

a. Hak pasien

Standar :

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.

Kriteria :

- 1) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- 2) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
- 3) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya

c) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

b. Mendidik Pasien dan keluarga

Standar :

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban

dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien

Kriteria :

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan.

Karena itu, di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat :

- a) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
- b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
- c) Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- d) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
- e) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.

f) Memperllihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.

g) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Standar :

Rumah Sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria :

- 1) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
- 2) Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
- 3) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
- 4) Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

d. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Standar :

Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriteria :

- 1) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (*design*) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit".
- 2) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, *utilisasi*, mutu pelayanan, keuangan.
- 3) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua Kejadian Tidak Diharapkan, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
- 4) Setiap rumah sakit menggunakan semua data informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan system yang di perlukan.

e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Standar :

- 1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- 2) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- 3) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- 4) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

Kriteria :

- a) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- b) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis-jenis

Kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari “ Kejadian Nyaris Cedera ”

sampai dengan kejadian “ kejadian tidak diharapkan”.

- c) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- d) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- e) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah (RCA) “Kejadian Nyaris Cedera”(Near miss) dan “Kejadian Sentinel’ pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
- f) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (*Sentinel Event*) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.
- g) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.

- h) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien.
- i) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standar :

- 1) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas
- 2) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

Kriteria :

- a. Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
- b. Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- c. Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan mengenai

kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

g. Komunikasi merupakan kunci bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien

Standar :

- a) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
- b) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriteria :

- a) Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- b) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada..

4. Model Manajemen Keselamatan Pasien

Model manajemen keselamatan pasien adalah latar belakang asumsi organisasi tentang cara di mana keamanan harus dikelola dan ditingkatkan. Model manajemen keselamatan secara implisit atau eksplisit meliputi: unit analisis, konsep dan sarana yang dibutuhkan untuk mengembangkan keselamatan, cara di mana manajemen keselamatan terintegrasi dalam pengelolaan organisasi secara menyeluruh, dan

fenomena yang harus dipertimbangkan dalam pengembangan sistem manajemen keselamatan (Ayudyawardani, 2012).

Badan Nasional Keselamatan Pasien mengidentifikasi tujuh langkah untuk keselamatan pasien (NPSA, 2004):

- Langkah 1 : Membangun budaya keselamatan. Melakukan audit untuk menilai budaya keselamatan
- Langkah 2 : Memimpin dan mendukung tim, Memandang pentingnya keselamatan pasien, dan menerapkannya dalam usaha nyata.
- Langkah 3 : Mengintegrasikan aktivitas manajemen risiko. Secara teratur meninjau arsip pasien.
- Langkah 4 : Meningkatkan pelaporan. Berbagi insiden keselamatan pasien.
- Langkah 5 : Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat. Mencari tahu pandangan pasien; Mendorong umpan balik dengan survei pasien.
- Langkah 6 : Belajar dan berbagi pelajaran keselamatan. Mengadakan pertemuan rutin kejadian yang signifikan.
- Langkah 7 : Mengimplementasikan solusi untuk mencegah kerusakan. Memastikan bahwa tindakan yang telah disetujui di dokumentasikan, diimplementasikan *review*, dan disetujui.

Ketujuh langkah untuk keselamatan pasien, sekali lagi menangani bidang utama model manajemen keselamatan, mulai dari komitmen manajemen untuk berkomunikasi, terbuka dan budaya tidak menyalahkan, budaya untuk pelaporan insiden dan analisa, integrasi manajemen keselamatan dalam fungsi manajemen lain untuk pelaksanaannya dan dokumentasi (Ayudyawardani, 2012).

5. Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan Pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017, merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Sasaran tersebut mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO *Patient Safety* tahun 2007. Sasaran tersebut juga digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI) dan dari *Joint Commission International* (JCI) maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran-sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Enam sasaran keselamatan pasien rumah sakit menurut Kepmenkes No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan pasien Rumah Sakit adalah sebagai berikut.

a. Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki atau meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain.

Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.

Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan bar-code, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa

digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

3) Elemen Penilaian Sasaran

- a) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- b) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- c) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis
- d) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur
- e) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi

b. Sasaran II : Peningkatan Komunikasi yang Efektif

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan yang

dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien.

Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk: mencatat (atau memasukkan ke komputer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat.

Kebijakan dan/atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

3) Elemen Penilaian Sasaran II

- a) Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
- b) Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
- c) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
- d) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

c. Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (*High-Alert*)

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*).

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse*

outcome) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/ NORUM, atau *Look Alike Sound/ LASA*).

Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0.9%, dan magnesium sulfat = 50 % atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit.

Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut,

sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/ kurang hati-hati.

3) Elemen Penilaian Sasaran

kebijakan/ prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi,

menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.

a) Implementasi kebijakan dan prosedur.

b) Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.

c) Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus di beri label yang jelas dan disimpan pada area ketat.

d. Sasaran IV: Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat Pasien Operasi

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepatlokasi, tepat-prosedur, dan tepat- pasien.

2) Maksud dan Tujuan Sasaran

Salah lokasi, salah-prosedur, pasien-salah pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang

tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi.

Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible hand writing*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor sering terjadi. Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari WHO *Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*.

Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat.

Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang). Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar, memastikan bahwa semua dokumen, foto (imaging), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang, melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant-implant yang dibutuhkan. Tahap “Sebelum insisi” (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*.

3) Elemen Penilaian Saran

- a) Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
- b) Rumah sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
- c) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur

“sebelum insisi/ *time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan

- d) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

e. Sasaran V : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

2) Maksud dan tujuan Sasaran

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat.

Pedoman *hand hygiene* bisa dibaca kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

3) Elemen Penilaian saran

- a) Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari WHO *Patient Safety*).
- b) Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
- c) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

f. Sasaran VI : Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh

2) Maksud dan tujuan

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien Rawat Darurat. Dalam konteks populasi/ masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan

untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit.

3) Elemen Penilaian Sasaran

- a) Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan *asesment* ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
- b) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap beresiko jatuh.
- c) Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
- d) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

B. Tinjauan Umum Tentang Insiden Keselamatan Pasien

Dalam PMK No. 11 tahun 2017, insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian atau situasi yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Menurut Depkes (2008), insiden keselamatan

pasien juga merupakan akibat dari melaksanakan suatu tindakan (*comission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*).

Adapun jenis – jenis kejadian yang terkait insiden keselamatan pasien dalam penelitian ini terdiri dari:

a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Event*

(James Reason, 2000) mengungkapkan bahwa KTD dapat terjadi di semua tahapan dalam pemberi pelayanan kesehatan mulai dari diagnosis, pengobatan, dan pencegahan. (Cahyono, 2008) berpendapat bahwa KTD ada yang dapat dicegah (*preventable adverse event*) dan ada yang tidak dapat dicegah (*unpreventable adverse event*). KTD yang dapat dicegah berasal dari kesalahan proses asuhan pasien. KTD sebagai dampak dari kesalahan proses asuhan sudah banyak dilaporkan terutama di negara maju. KTD yang tidak dapat dicegah adalah suatu kesalahan akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah. Menurut KKPRS (2008), KTD merupakan suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*comission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), dan bukan karena penyakit dasarnya (*underlying disease*) atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis.

Bentuk KTD yang dilaporkan oleh (Ballard, 2003) meliputi: 28% reaksi dari pengobatan atau obat – obat yang diberikan, 42% adalah kejadian yang mengancam kehidupan tetapi dapat dicegah, 20% pelayanan yang didapat di poliklinik, 10% - 30% merupakan kesalahan hasil laboratorium. (Yahya, 2006) memaparkan di Indonesia sepanjang tahun 2004 – 2005 laporan dari berbagai sumber tentang dugaan malpraktek didapatkan data 47 insiden meliputi: pasien meninggal karena operasi, meninggal saat melahirkan, operasi yang mengakibatkan luka dan cacat, keracunan obat, salah pemberian obat, dan kelalaian yang mengakibatkan kematian.

b. Kejadian Nyaris Cedera

(Aspen, 2004) mengungkapkan bahwa KNC lebih sering terjadi dibandingkan dengan KTD, frekuensi kejadian ini tujuh sampai seratus kali dibandingkan dengan KTD. Bentuk KNC yang dilaporkan oleh Shaw et al. tahun 2005 dari total insiden sebanyak 28.998 kasus yang dilaporkan sebanyak (41%) pasien tergelincir, tersandung dan jatuh, (9%) insiden terkait manajemen obat, (8%) insiden terkait sumber dan fasilitas, dan (7%) terkait pengobatan sebanyak 138 laporan merupakan masalah besar (katastropik) dan 260 laporan KTD. Kejadian tergelincir, tersandung, dan jatuh dilaporkan merupakan hal yang paling besar (n = 11.766).

Data KNC harus dianalisis agar pencegahan dan pembentukan sistem dapat dibuat sehingga cedera aktual tidak terjadi. Pada sebagian besar kasus KNC dapat memberi dampak pada pembuatan model penyebab dari insiden (*incident causation model*) atau proses hingga KNC terjadi. Model penyebab terjadinya insiden, KNC berperan sebagai pelopor awal sebelum terjadinya KTD. KNC menyediakan dua tipe informasi terkait dengan keamanan pasien:

- a) kelemahan dari sistem pelayanan kesehatan (kesalahan dan kegagalan termasuk tidak adekuatnya sistem pertahanan), dan
- b) kekuatan dari sistem pelayanan kesehatan, yaitu tidak ada perencanaan atau tindakan pemulihan secara informal (Robert, 2002 dalam Aspden, 2004).

Berdasarkan (KKPRS, 2008), KNC adalah suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*comission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi karena:

- 1) “keberuntungan” (misalnya: pasien yang menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat).
- 2) “pencegahan” (misalnya: secara tidak sengaja pasien akan diberikan suatu obat dengan dosis lethal, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan).
- 3) “peringatan” (misalnya: pasien secara tidak sengaja telah diberikan suatu obat dengan dosis lethal, segera diketahui secara dini lalu

diberikan antidotumnya, sehingga tidak menimbulkan cedera yang berarti).

C. Tinjauan Umum Faktor Penyebab Insiden Keselamatan Pasien

IOM melalui laporannya yang berjudul “*To Err is Human: Building a Safety Health System*” pada tahun 2000 menekankan bahwa yang meningkatkan pencegahan terhadap insiden (*adverse event*) adalah berupa faktor yang sistemik, artinya tidak hanya berasal dari kinerja seorang perawat, dokter, atau tenaga kesehatan lain menurut Sanders, 1993 dalam (Kohn, 2000)). Laporan tersebut juga memberi perhatian pada faktor komunitas manusia yang terlibat pada masalah pelayanan kesehatan. Insiden keselamatan pasien dihasilkan dari interaksi atau kecenderungan dari beberapa faktor yang diperlukan kecuali beberapa faktor yang tidak sesuai.

Kekurangan pada faktor – faktor tersebut terlihat pada sistem, telah lama ada sebelum terjadi suatu insiden. Yang menjadi poin penting adalah pada pemahaman bahwa, ada kebutuhan untuk menyadari dan memahami fungsi dari banyaknya sistem yang masing – masing berkaitan dengan setiap penyedia layanan kesehatan dan bagaimana kebijakan, serta tindakan yang diambil pada suatu bagian (dalam sistem tersebut) akan berdampak pada keamanan, kualitas, dan efisiensi pada sistem bagian lainnya (Kohn, 2000). Adanya laporan tersebut berdampak pada gerakan untuk melakukan program keselamatan pasien di setiap rumah sakit diseluruh dunia untuk mengatasi

masalah insiden keselamatan pasien yang sering terjadi di berbagai rumah sakit yang ada di dunia.

Beberapa peneliti telah mengusulkan beberapa model sistem dengan faktor. salah satunya yakni WHO tahun 2009 mengembangkan empat kategori faktor dengan sepuluh topik yang sangat berhubungan dengan penyebab insiden keselamatan pasien.

Tabel 2.1 Faktor yang Berpengaruh terhadap Insiden Keselamatan Pasien (WHO, 2009)

NO	KATEGORI	TOPIK
1	Individu	1. Stres 2. Kelelahan 3. Kewaspadaan Situasi 4. Pengambilan Keputusan
2	Organisasi	5. Komunikasi 6. Budaya Keselamatan 7. Kepemimpinan Manajer
3	Kerjasama Tim	8. Kerjasama tim 9. Supervisor
4	Lingkungan	10. Lingkungan Kerja dan Budaya

Sebuah istilah yang dikenal dalam bidang keselamatan pasien adalah bahwa setiap sistem secara sempurna dirancang untuk meraih hasil yang didapatkan (Henriksen et al., 2008). Beberapa peneliti telah

mengusulkan beberapa model sistem dengan faktor. Perbandingan elemen – elemen model pada sistem sosioteknikal sebagai berikut:

Tabel 1.2 Faktor Model Sistem yang Berkontribusi dalam Insiden Keselamatan Pasien (Henriksen, 2008)

No	Penulis	Faktor Pada Model Sistem
1	Henriksen et al., 1993	1. Karakteristik individu 2. Sifat dasar pekerjaan 3. Interaksi antara sistem dan manusia 4. Lingkungan fisik 5. Lingkungan sosial/ organisasi 6. Manajemen 7. Lingkungan Eksternal
2	Vincent, 1998	1. Karakteristik pasien 2. Faktor pekerjaan 3. Faktor individu 4. Lingkungan kerja 5. Faktor manajemen dan organisasi
3	Carayon, 2000	1. Manusia (disiplin ilmu) 2. Teknologi dan perangkat 3. Lingkungan fisik 4. Target organisasi 5. Proses pelayanan

Pelayanan kesehatan tidak terlepas dari sebuah sistem yang kompleks. Terdiri dari berbagai bagian sistem yang saling bertautan. Pendekatan sistem memberikan perspektif yang luas untuk mencari solusi

dalam lingkungan secara fisik dan budaya. Sebagai contoh, yakni bagaimana pengaturan unit, prosedur pelayanan kesehatan, transfer pengetahuan oleh organisasi, kesalahan teknis, kurangnya kebijakan dan prosedur, komunikasi antar tim, dan isu dalam ketenagaan mempengaruhi seorang individu dalam memberikan layanan yang aman dan berkualitas. Apabila hal tersebut tidak terpenuhi, maka akan menghasilkan *error* atau kesalahan (Carayon, 2008)

Faktor yang berkontribusi dalam insiden keselamatan pasien yang disampaikan oleh WHO (2009) dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Komunikasi

Komunikasi merupakan hal sangat penting untuk efisiensi, menjaga kualitas keamanan ditempat kerja. Komunikasi memberikan hubungan institusi, pengetahuan dan membangun pola perilaku yang dapat diprediksikan. Hal itu sangat vital bagi kepemimpinan dan koordinasi tim. Masalah komunikasi dapat dikategorikan kedalam kegagalan sistem, peran dan penerima. Kegagalan sistem dalam hal ini adalah tidak adanya jalur komunikasi. Kegagalan transmisi, yaitu saluran ada tetapi informasi yang diperlukan tidak disampaikan atau sulit untuk disampaikan. Kegagalan penerima yaitu saluran ada, informasi disampaikan tetapi disalah artikan oleh penerima. Kegagalan waktu seperti pesan terlambat datang. Masalah fisiologi seperti buta dan

tuli atau masalah peralatan yaitu kurangnya radio penerima, keterlibatan rasional dan emosi seperti *argument* atau pendapat seseorang.

2. Kerjasama Tim

Tim merupakan pekerjaan yang sering melibatkan orang-orang yang memiliki keahlian yang berbeda yang harus bekerja sama dalam tugas yang sama. Seluruh pekerjaan dalam pelayanan kesehatan dilakukan oleh kelompok interdisipliner misalnya Tim operating room, shift staf dari setiap unit pelayanannya. Kerja Tim adalah proses dinamis yang melibatkan dua orang atau lebih yang saling berinteraksi, dinamis, *interdependently* dan adaptif yang memiliki tujuan/misi yang masing-masing memiliki peran dan fungsi. Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja tim yaitu termasuk ukuran dan komposisi psikologis kelompok (struktur kelompok), apa yang terjadi ketika kelompok bekerja sama (proses kelompok atau dinamika) dan bagaimana kelompok memimpin.

3. Supervisi

Supervisi keperawatan dapat diartikan sebagai satu proses pemberian berbagai sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas-tugas dalam mencapai tujuan organisasi (Nursalam, 2014). Sasaran dari supervisi keperawatan dapat berupa pekerjaan yang dilakukan atau bawahan yang melakukan

pekerjaan. Jika sasaran supervisi berupa pekerjaan yang dilakukan, disebut supervisi langsung. Jika sasaran supervisi berupa bawahan yang melakukan pekerjaan, disebut supervisi tidak langsung. Dengan meningkatnya kinerja yang dilakukan oleh bawahan, maka sasaran supervisi sudah sesuai dengan tujuan dari supervisi itu sendiri (Suarli & Bahtiar, 2009) Menurut (Agus darma, 2003), supervisor memiliki tanggung jawab untuk mengkoordinasikan sistem kerjanya sebaik mungkin dengan mengarahkan, melancarkan, membimbing, memotivasi, dan mengendalikan. Menurut (Suyanto, 2009) supervisor harus memiliki kemampuan sebagai berikut :

- 1) Memberikan petunjuk dan pengarahan yang jelas sehingga dapat dimengerti oleh perawat pelaksana dan staf.
- 2) Memberi saran, nasihat, dan bantuan kepada perawat pelaksana dan staf.
- 3) Memberikan motivasi dengan meningkatkan semangat kerja kepada perawat pelaksana dan staf.
- 4) Memahami dinamika kelompok.
- 5) Memberikan bimbingan dan latihan kepada para perawat pelaksana dan staf.
- 6) Menilai kinerja perawat

4. Lingkungan kerja

Menurut (Nitisemito, 2002) Lingkungan kerja adalah segala sesuatu yang ada di sekitar para pekerja dan yang dapat mempengaruhi dirinya dalam menjalankan tugas-tugas yang di bebankan kepadanya. Untuk meningkatkan produktivitas individual yang sekaligus meningkatkan produktivitas organisasional atau perusahaan maka keadaan lingkungan kerja harus nyaman mungkin.

Keadaan lingkungan kerja yang baik memberikan kenyamanan kepada manusia yang bekerja di dalamnya, sehingga mereka merasa bersemangat, bergairah dan memperoleh kepuasan dalam bekerja. Secara garis besar lingkungan kerja terbagi atas dua, yaitu lingkungan kerja fisik dan lingkungan kerja non fisik (Sedarmayanti, 2009). Lingkungan kerja fisik adalah semua keberadaan yang berbentuk fisik, yang terdapat disekitar 12 tempat kerja karyawan, yang dapat mempengaruhi karyawan tersebut secara langsung maupun tidak langsung. Lingkungan kerja fisik ada yang langsung berhubungan langsung dengan karyawan, namun ada juga yang berhubungan dengan perantara atau lingkungan umum, yang dapat juga disebut lingkungan kerja yang mempengaruhi kondisi manusia, seperti temperatur, kelembaban, dan sirkulasi udara. Sementara itu, lingkungan kerja non fisik merupakan suatu keadaan

yang terjadi dan memiliki kaitan dengan hubungan kerja, baik hubungan dengan atasan, sesama rekan kerja, maupun bawahan

5. Kelelahan

Kelelahan adalah kondisi seseorang ketika merasa letih dalam bekerja dan bisa berdampak terhadap keselamatan produktivitas pegawai. Kelelahan juga dapat berefek merugikan fungsi kognitif yang dapat jatuh hingga hampir 40% dari batas setelah kerja dua malam tanpa tidur. Kelelahan juga dapat diukur menggunakan teknik subyektif, perilaku, psikologis atau kognitif. Manajer dan pegawai dapat dididik tentang efek kelelahan. Hal ini dapat diatasi dengan jam istirahat, tidur siang, makanan yang cukup atau memadai serta pencahayaan yang kuat agar dapat membantu beradaptasi terhadap *shift* malam.

6. Stres

Pada titik tertentu dalam dunia pekerjaan banyak orang akan mengalami stres terkait pekerjaan. Stres dipengaruhi oleh keseimbangan antara persepsi terhadap tuntutan seseorang (misalnya: dengan beban kerja yang ada, bagaimana menilai sumberdaya untuk memenuhi tuntutan tersebut). Ketika tuntutan dirasa lebih utama dari kemampuan, seseorang akan mengalami efek tidak menyenangkan, seperti kelelahan atau perasaan lelah, konsentrasi kurang, dan mudah tersinggung (Arfan, 2014)

Menurut (Manojlovich, 2007) stres kerja memiliki efek yang negatif pada kesehatan mental dan kesejahteraan fisik perawat. Perawat yang mengalami stres kerja yang tinggi tidak dapat menunjukkan kinerja yang optimal. Hasil penelitian Olaleye (2002) juga mengungkapkan bahwa stres pekerjaan berpengaruh signifikan terhadap kondisi kesehatan dan kemampuan perawat dalam melayani pasien. Pengaruh stres pada kesehatan fisik muncul dalam bentuk, yakni sakit kepala, sakit punggung atau leher, nyeri otot, tekanan darah tinggi, sedangkan pengaruhnya terhadap kondisi psikis adalah munculnya perasaan cemas, merasa tertekan, kurang konsentrasi, dan kesulitan dalam membuat keputusan.

Dari gambaran tersebut diketahui bahwa, kesehatan fisik dan mental dipengaruhi oleh stres kerja yang secara tidak langsung akan mempengaruhi konsentrasi dan kinerja dari perawat itu sendiri sehingga berpengaruh ketika melayani pasien.

Oleh karena itu, manajemen stres penting untuk diterapkan di unit kerja dimana responden mengalami stres kerja demi mengurangi angka insiden keselamatan pasien. Adapun beberapa cara yang direkomendasikan oleh para ahli berdasarkan kebutuhan dan tingkat stres yang dialami. WHO tahun 2009 menyatakan bahwa stres dapat dicegah dengan tiga cara, yakni secara primer, sekunder (meliputi: mendeteksi dan mengelola

gejala), dan tersier (meliputi: efek stres yang dapat diobati). Berdasarkan penelitian oleh Everly & Mitchell tahun 1999 menyarankan melakukan Insiden Kritis Manajemen Stres (CISM) untuk tim atau individu yang mungkin terkena situasi stres tinggi (WHO, 2009). Menurut Sauter et al. (1990), identifikasi risiko dapat dikelola dengan berbagai cara, misalnya dengan memastikan jumlah staf yang memadai dan memberikan pelatihan yang tepat. Selain itu, organisasi dapat mengurangi stres kerja, misalnya dengan memungkinkan periode pemulihan setelah periode beban kerja yang tinggi, memberikan peran atau tugas yang jelas, serta meningkatkan kesempatan untuk mendapatkan promosi jabatan.

D. Matriks Penelitian

Nama peneliti	Judul	Desain	Sampel	Hasil
Ita Kartika (2016)	Faktor Yang Berhubungan Dengan Implementasi Keselamatan Pasien Di Rsud Ajjappanngge Soppeng Tahun 2015	penelitian observasional dengan pendekatan <i>cross sectional study</i>	137 perawat	Hasil penelitisn juga menunjukkan adanya hubungan kepemimpinan ($p=0,015$), komunikasi ($p=0,004$) dan supervisi ($p=0,000$) dengan implementasi keselamatan pasien oleh perawat pelaksana.
Sri Rahayu, 2010	Pengembangan Program <i>Patient Safety</i> Berdasarkan Analisis Pengaruh Faktor Pengetahuan, Persepsi, Awareness, Komitmen Dan Efektifitas <i>Teamwork</i> Terhadap Kinerja	Observasional dan Analitik	Seluruh Perawat yang ada di ruang Rawat Darurat.	Pengetahuan, persepsi, <i>awareness</i> , komitmen dan efektifitas <i>teamwork</i> berpengaruh terhadap kinerja pelaksanaan <i>Patient Safety</i>

Nama peneliti	Judul	Desain	Sampel	Hasil
	Pelaksanaan <i>Patient Safety</i> (Di Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik)			
Sunarti Swastikarini (2019)	Analisis Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien Oleh Perawat Pelaksana	Penelitian ini berjenis kuantitatif dengan desain <i>cross sectional</i>	166 PERAWAT	ada hubungan pengetahuan (p=0,002), sikap (p=0,004), faktor tim (p=0,001), faktor lingkungan kerja (p=0,000) dan faktor manajemen dan organisasi (p=0,018) dengan pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien. Untuk faktor motivasi (p=0,099) dan faktor tugas dan teknologi (p=0,188) tidak memiliki hubungan

Nama peneliti	Judul	Desain	Sampel	Hasil
				dengan pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien. Analisis multivariat didapatkan variabel paling berhubungan dengan pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien adalah faktor lingkungan kerja dengan OR=5,535
Siti Nur Qomariah (2015)	Hubungan Faktor Komunikasi Dengan Insiden Keselamatan Pasien	Desain penelitian adalah <i>cross sectional</i>	30 perawat yang bekerja di Ruang Rawat Inap.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan komunikasi antar perawat dengan Insiden Keselamatan Pasien ($p = 0,001$). Ada hubungan komunikasi perawat dan dokter dengan Insiden Keselamatan Pasien ($p = 0,000$).

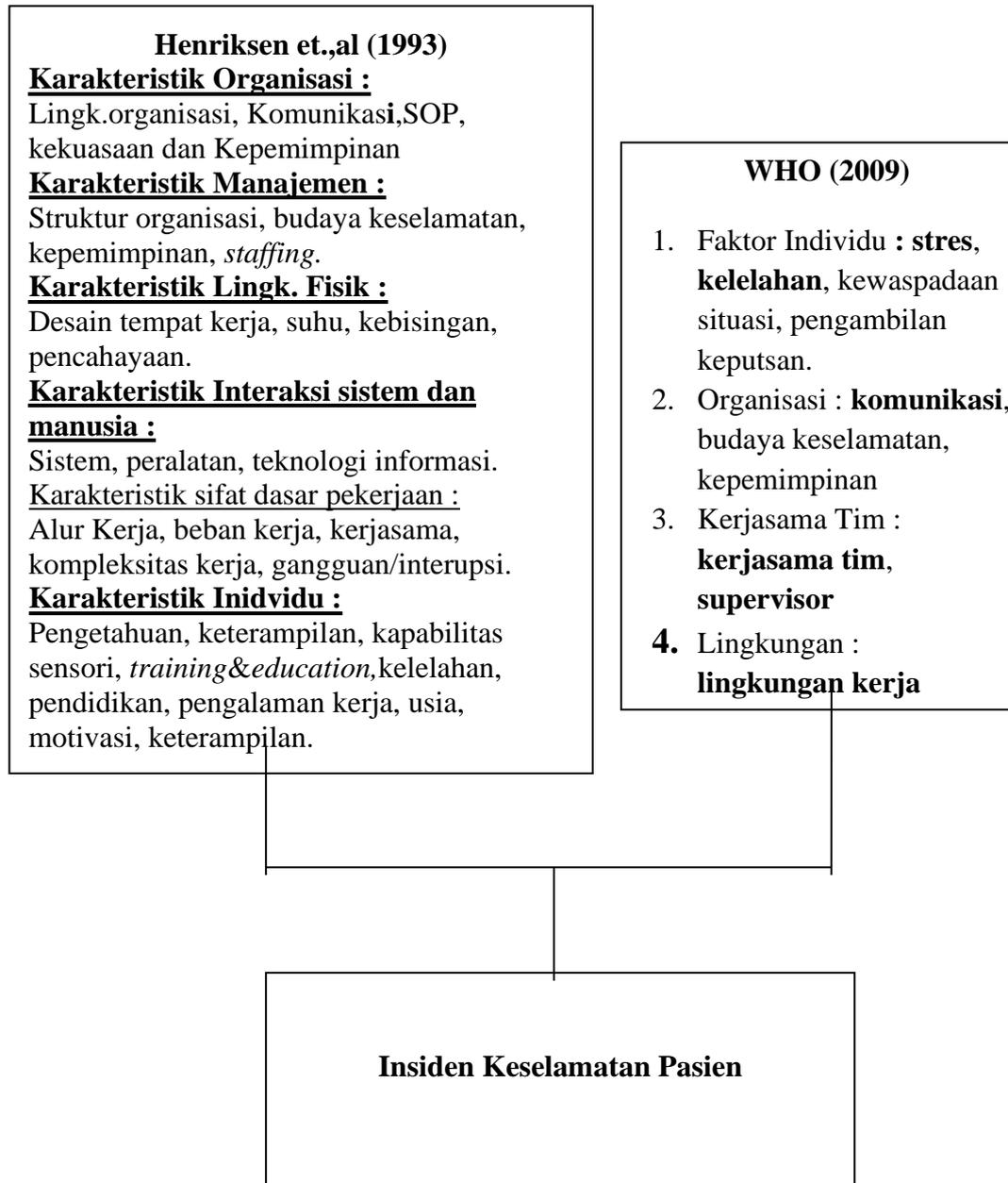
Nama peneliti	Judul	Desain	Sampel	Hasil
				Ada hubungan komunikasi perawat dan Departemen Penunjang Medis dengan Insiden Keselamatan Pasien ($\rho = 0,000$). Ada hubungan komunikasi perawat dan Pasien dengan Insiden Keselamatan Pasien ($\rho = 0,000$).
Astrianty N.Irfan (2013)	Gambaran Determinan Insiden Keselamatan Pasien Pada Petugas Kesehatan Di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin	Populasi adalah seluruh petugas kesehatan di RS Unhas berjumlah 223 orang. Sampel adalah petugas kesehatan di sembilan unit kerja RS	Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan kuesioner	Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi kurang efektif (80%), persepsi kurang terhadap SOP (57%), kerjasama tim kurang (40%), persepsi kurang terhadap supervisor(75%), gangguan/interupsi tinggi (48%),

Nama peneliti	Judul	Desain	Sampel	Hasil
		Unhas yang memiliki kasus IKP.	sebagai alat ukur.	pengetahuan kurang (100%), stres kerja tinggi (100%), kelelahan tinggi (54%), dan usia ≤ 25 tahun (38%) pernah melakukan kesalahan terkait insiden keselamatan pasien. Penelitian ini menyarankan agar pihak rumah sakit lebih memperhatikan faktor komunikasi seperti memberikan umpan balik positif dan diskusi bersama dan faktor supervisor seperti pengawasan dan penyelidikan dilakukan secara <i>intensive</i> .
Hetty Ismainar	Efektivitas Kepemimpinan	observasional,	20 informan	dan 50% kasus tidak dilakukan

Nama peneliti	Judul	Desain	Sampel	Hasil
dkk (2012)	Dan Komunikasi Tim Keselamatan Pasien Di RSI Ibnu Sina Pekanbaru Riau	deskriptif		<p>analisis. Tidak ada laporan internal dan eksternal yang dilakukan oleh tim KP-RS. Evaluasi efektivitas kepemimpinan dan komunikasi masih berada pada level 2 dan 3. Kesimpulan dari penelitian adalah bahwa evaluasi efektivitas kepemimpinan dan komunikasi pada tim ini belum optimal. Fungsi, perilaku dan gaya kepemimpinan di tim KP-RS adalah <i>passive leadership</i>. Ronde Keselamatan Pasien (RKP), <i>The SBAR Tools</i>, <i>reward and punishment</i> adalah</p>

Nama peneliti	Judul	Desain	Sampel	Hasil
				program yang direkomendasikan pada penelitian ini.
Andini (2017)	Gambaran Tingkat Kelelahan Kerja Perawat Di Ruang Perawatan Intenif	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif <i>descriptif survey</i>	Total sampling sebanyak 81 responden	Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden (63,0%) mengalami kelelahan kerja dalam kategori sedang, 23,5% mengalami kelelahan berat, dan 13,6% mengalami kelelahan ringan. Kelelahan kerja yang dialami berupa mengantuk, menguap, ingin berbaring, rasa tidak percaya diri, cenderung melupakan berbagai hal, kurang sabar, pusing, dan merasa haus.

E. Kerangka Teori



Gambar 1. Modifikasi Kerangka Teori Faktor yang mempengaruhi penerapan Budaya Keselamatan Pasien