

SKRIPSI

**GAMBARAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN OLEH
PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN PELAYANAN
DI INSTALASI RAWAT INAP RSUP
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
TAHUN 2013**

AGUSTINA PUJILESTARI

K11109274



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

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar

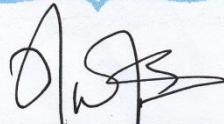
Makassar, Juni 2013

Tim Pembimbing
UNIVERSITAS HASANUDDIN
Pembimbing I Pembimbing II


Prof. Dr. dr.H. M. Alimin Maidin, MPH


Rini Anggraeni, SKM, M.Kes

Mengetahui,
Ketua Bagian Manajemen Rumah Sakit
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin


dr. Hj. A. Indahwati Sidin, MHSM

PENGESAHAN TIM PENGUJI

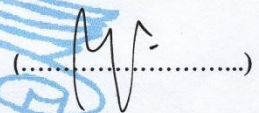
Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Selasa, tanggal 30 Mei 2013

Ketua : Prof. Dr. dr.H. M. Alimin Maidin, MPH



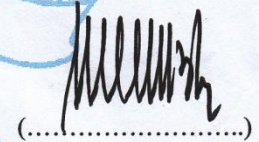
(.....)

Sekretaris : Rini Anggraeni, SKM, M.Kes



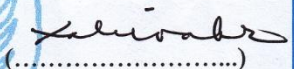
(.....)

Anggota : Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc



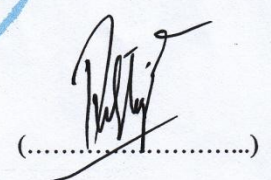
(.....)

Dr. dr. H. Muh. Tahir Abdullah, M.Sc, MSPH



(.....)

Ruslan, SKM, M.Kes



(.....)

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Agustina Pujilestari
NIM : K111 09 274
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini 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, Mei 20123

Yang Membuat Pernyataan

Agustina Pujilestari

ABSTRAK

**UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
MANAJEMEN RUMAH SAKIT
MAKASSAR, MEI 2013**

AGUSTINA PUJILESTARI

**“GAMBARAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT
DALAM MELAKSANAKAN PELAYANAN DI INSTALASI RAWAT INAP
RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO TAHUN 2013”**

(Dibimbing oleh M. Alimin Maidin dan Rini Anggraeni)

(xvii + 119 halaman + 40 tabel + 3 gambar + 11 lampiran)

Keselamatan telah menjadi isu global sejak *Institute of Medicine* di Amerika Serikat menerbitkan laporan bahwa angka kematian akibat KTD meningkat pada pasien rawat inap di Amerika berkisar 44.000 – 98.000 per tahun. IOM merekomendasikan pengembangan keselamatan pasien yang merujuk pada budaya organisasi untuk dapat memprediksi peluang kesalahan yang dapat terjadi dengan melakukan survey untuk mengukur iklim keselamatan pasien di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien oleh perawat dalam melaksanakan keselamatan pasien di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif. Teknik pengambilan sampel menggunakan *proportionate stratified random sampling*. Responden pada penelitian ini berjumlah 75 perawat. Analisis yang digunakan adalah analisis univariat. Alat analisis data yang digunakan adalah program SPSS 16.0.

Hasil penelitian ini menunjukkan dari 75 orang responden terdapat 37 responden (49,3%) termasuk dalam kategori budaya keselamatan pasien rendah dan 38 responden (50,7%) termasuk dalam kategori budaya keselamatan pasien tinggi. Dari 37 responden yang termasuk dalam kategori budaya keselamatan pasien yang rendah terdapat 23 perawat (62,2%) dengan pelaksanaan pelayanan yang kurang baik dan 14 perawat (37,8%) dengan pelaksanaan pelayanan yang baik. Sementara 38 responden dengan budaya keselamatan pasien yang tinggi seluruhnya (100%) telah melaksanakan pelayanan dengan baik.

Peneliti menyarankan agar pihak rumah sakit mempertimbangkan mengevaluasi aspek-aspek yang dinilai dalam budaya keselamatan pasien. Hal ini dengan dasar pemikiran bahwa semakin tinggi tingkat budaya keselamatan pasien oleh perawat akan berpengaruh terhadap tingkat pelaksanaan pelayanan dan pada akhirnya akan berdampak pada menurunnya angka KTD di rumah sakit.

Daftar bacaan : 50 (1999-2012)

Kata kunci : budaya keselamatan pasien

ABSTRACT

**HASANUDDIN UNIVERSITY
PUBLIC HEALTH FACULTY
HOSPITAL MANAGEMENT
MAKASSAR, MAY 2013**

AGUSTINA PUJILESTARI

**“PATIENT SAFETY CULTURE OVERVIEW BY NURSES IN
IMPLEMENTING THE SERVICES IN INPATIENT INSTALLATION OF
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO HOSPITAL IN 2013”**

(Supervised by M. Alimin Maidin and Rini Anggraeni)
(xvii + 119 pages + 40 tables + 3 pictures + 11 appendix)

Safety has become a global issue since the Institute of Medicine in the United States published a report that the increased mortality rate due to adverse event in hospitalized patients in the United States ranges from 44000-98000 per year. IOM recommends the development of a patient safety refers to an organization culture to be able to predict the chances of errors that can occur by conducting a survey to measure patient safety climate in hospitals. This research aims to describe the culture of patient safety by nurses in implementing patient safety in Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital.

This research is descriptive research with quantitative approach. Sampling technique using proportionate stratified random sampling. Respondents in this study amounted to 75 nurses. The analysis used is the univariate analysis. Data analysis tool using SPSS 16.0.

The results showed there were 75 respondents, 37 respondents (49.3%) included in the category of low patient safety culture and 38 respondents (50.7%) included in the category of high culture of patient safety. In 37 respondents were included in the category of low patient safety culture there are 23 nurses (62.2%) with the implementation of the services is poor and 14 nurses (37.8%) with the implementation of good services. While 38 respondents with high patient safety culture entirely (100%) has been carrying out with good services.

Researchers suggested that the hospital consider evaluating aspects assessed in patient safety culture. This is the premise that the higher the level of patient safety culture by nurses will affect the level of service delivery and will ultimately decrease adverse event rate in the hospital.

Reading List : 50 (1999-2012)

Keyword : patient safety culture

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur atas kehadiran Allah SWT karena berkat rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Gambaran Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat dalam Melaksanakan Pelayanan di Instalasi Rawat Inap RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013”** sebagai salah satu syarat yang diajukan untuk menyelesaikan studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Salam dan shalawat tak lupa penulis panjatkan kepada Nabi Muhammad SAW sebagai uswatun khasanah bagi umat manusia.

Berkat bantuan dari berbagai pihak, akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Terima kasih penulis ucapkan kepada **Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH**, selaku pembimbing I serta Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan kepada **Rini Anggraeni, SKM, M.Kes** selaku pembimbing II, untuk ilmu, perhatian, arahan, motivasi, nasehat, dan waktunya yang telah diberikan kepada penulis selama menyusun hingga menyelesaikan skripsi ini.

Pada kesempatan ini pula, penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. **Ibu dr. Hj. A. Indahwaty Sidin, MHSM** selaku Ketua Bagian Manajemen Rumah Sakit yang banyak membimbing dan memotivasi penulis dalam penyelesaian skripsi ini

2. **Prof. Dr. drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes** selaku penasehat akademik selama menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. **Dr. dr. Noer Bahry Noor, M.Sc** selaku penguji I, **Dr. dr. H. Muh. Tahir Abdullah, M.Sc., MSPH** selaku penguji II dan **Ruslan, SKM, M.Kes** selaku penguji III yang telah memberikan banyak masukan untuk perbaikan skripsi ini.
4. **Direktur, staf, dan perawat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo** atas izin dan partisipasi selama melakukan penelitian.
5. Seluruh dosen dan staf Jurusan Manajemen Rumah Sakit-Fakultas Kesehatan Masyarakat (**Kak Ima, Kak Ugha, Kak Eda dan Kak Masna**) .
6. Keluargaku yang terkasih kedua orangtuaku dan Saudara-saudariku, **Sandy, Sigit dan Arum** yang telah memberikan doa dan perhatiannya sehingga mampu menyelesaikan studi dengan baik.
7. Sahabat-sahabatku **Patrisia, Ma'rifah, Wasa, Kinar, Lilis, Nur, Restu, Zainuddin dan Nisa** yang telah memberikan banyak bantuan dan dukungan selama berada di bangku perkuliahan dan dalam penyusunan skripsi.
8. Teman-teman **Heriyati, Yunita, Patricia, Evi, Sukriani, Effi, Qalbi, Yuyun, Waddah dan Husni**, yang menjadi tempat *sharing* dan terus memberi semangat selama berada dibangku perkuliahan dan dalam penyusunan skripsi.
9. Teman-teman angkatan 2009, teman-teman HMSC (*Hospital Management Student Community*), teman-teman BEM-FKM Unhas, teman-teman PBL Kel.Bontorannu, Kec.Mariso, Kota Makassar, dan teman-teman KKN Kel. Togo-Togo, Kec. Batang, Kab. Jeneponto.

10. Adik-Adik Pondokan Istiqamah **Nur, Anti, Rara, Ana** dan **Ani** atas dukungan dan bantuannya dalam penyusunan skripsi ini.
11. Semua pihak yang telah membantu penyusunan skripsi dari awal hinggaakhir yang penulis tidak disebutkan. Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan dan melimpahkan rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah membantu hingga terselesaikannya skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat kekurangan-kekurangan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk perbaikan di masa yang akan datang.

Akhir kata semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat kepada kita semua.

Makassar, Mei 2013

P e n u l i s

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iii
RINGKASAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Mengenai Keselamatan Pasien	11
B. Tinjauan Umum Mengenai Budaya Keselamatan Pasien	14
C. Tinjauan Umum Mengenai Pelaksanaan Pelayanan	23
D. Tinjauan Umum Mengenai Perawat.....	41
E. Tinjauan Umum Mengenai Rumah Sakit.....	42
F. Kerangka Teori.....	46
G. Matriks Penelitian.....	47
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti	50
B. Kerangka Konsep	53
C. Definisi Operasional Variabel yang Diteliti	54
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	
A. Jenis dan Metode Penelitian	61
B. Lokasi Penelitian	61
C. Populasi dan Sampel	63
D. Instrumen Penelitian.....	65
E. Pengumpulan Data	67
F. Prosedur Penelitian.....	68
G. Pengolahan dan Penyajian Data	69
H. Analisis Data	70

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	71
B. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	73
C. Hasil Penelitian	74
D. Pembahasan	105
E. Keterbatasan Penelitian	114

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	116
B. Saran.....	118

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel	Uraian	Halaman
1	Jumlah Kejadian Insiden di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2011-2012	6
2	Matriks Penelitian	47
3	Definisi operasional dan Kriteria Objektif variabel Independen	55
4	Definisi operasional dan kriteria objektif untuk variabel dependen .	61
5	Distribusi Frekuensi Sampel pada Tiap Ruang Perawatan Inap di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	63
6	Hasil Uji Validitas Variabel Budaya Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap RS Stella Maris Tahun 2013	73
7	Hasil Uji Validitas Variabel Pelaksanaan Pelayanan di Instalasi Rawat Inap RS Stella Maris Tahun 2013	75
8	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	76
9	Kategori Mengenai Budaya Keselamatan Pasien di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	78
10	Kategori Mengenai Harapan dan Tindakan Manejer dalam Mempromosikan Keselamatan Pasien di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	79
11	Kategori Mengenai Pembelajaran Organisasi –Peningkatan yang Berkelanjutan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	80
12	Kategori Mengenai Kerjasama Tim dalam Unit di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	81
13	Kategori Mengenai Keterbukaan Komunikasi di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	82

14	Kategori Mengenai Umpan Balik terhadap <i>Error</i> di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	83
15	Kategori Mengenai Respon Tidak Menyalahkan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	84
16	Kategori Mengenai Staf yang Adekuat di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	85
17	Kategori Mengenai Persepsi Keselamatan Pasien Secara Keseluruhan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	86
18	Kategori Mengenai Dukungan Manajemen Rumah Sakit Untuk Keselamatan Pasien di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	87
19	Kategori Mengenai Kerjasama Tim Antar Unit di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	88
20	Kategori Mengenai Penyerahan dan Pemindahan Pasien di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	89
21	Kategori Mengenai Frekuensi Pelaporan Kejadian di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	90
22	Kategori Mengenai Pelaksanaan Pelayanan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	91
23	Hasil Tabulasi Silang antara Tingkat Pendidikan dengan Budaya Keselamatan Pasien di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	92
24	Hasil Tabulasi Antara Masa Kerja dengan Budaya Keselamatan Pasien di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	92

25	Hasil Tabulasi Silang Antara Klasifikasi Umur dengan Budaya Keselamatan Pasien di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	93
26	Hasil Tabulasi Silang Antara Budaya Keselamatan Pasien dengan Pelaksanaan Pelayanan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	94
27	Hasil Tabulasi Silang Antara Harapan dan Tindakan Supervisor/ Manajer dalam Mempromosikan Keselamatan Pasien dengan Pelaksanaan Pelayanan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	95
28	Hasil Tabulasi Silang Antara Pembelajaran Organisasi-Peningkatan yang Berkelanjutan dengan Pelaksanaan Pelayanan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	96
29	Hasil Tabulasi Silang Antara Kerjasama Tim dalam Unit dengan Pelaksanaan Pelayanan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	96
30	Hasil Tabulasi Silang Antara Keterbukaan Komunikasi dengan Pelaksanaan Pelayanan	97
31	Hasil Tabulasi Silang Antara Umpan Balik terhadap <i>Error</i> dengan Pelaksanaan Pelayanan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	98
32	Hasil Tabulasi Silang Antara Respon Tidak Menyalahkan dengan Pelaksanaan Pelayanan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	99
33	Hasil Tabulasi Silang Antara <i>Adequate Staffing</i> dengan	

	Pelaksanaan Pelayanan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo	
	Tahun 2013	99
34	Hasil Tabulasi Silang Antara Persepsi Keselamatan Pasien Secara Keseluruhan dengan Pelaksanaan Pelayanan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	100
35	Hasil Tabulasi Silang Antara Dukungan Manajemen Rumah Sakit Untuk Keselamatan Pasien dengan Pelaksanaan Pelayanan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	101
36	Hasil Tabulasi Silang Antara Kerjasama Tim Antar Unit dengan Pelaksanaan Pelayanan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	102
37	Hasil Tabulasi Silang Antara Penyerahan dan Pemindehan Pasien dengan Pelaksanaan Pelayanan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	102
38	Hasil Tabulasi Silang Antara Frekuensi Pelaporan Kejadian dengan Pelaksanaan Pelayanan di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	103
39	Rekap Gap Kategori Budaya Keselamatan Pasien yang Rendah dengan yang Tinggi pada Pelaksanakan Pelayanan yang Baik di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013	104
40	Rekap Gap Kategori Budaya Keselamatan Pasien yang Rendah dengan yang Tinggi pada Pelaksanakan Pelayanan yang Kurang Baik di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2013.....	104

DAFTAR GAMBAR

1	<i>The Patient Safety Chain</i>	40
2	Kerangka Teori.....	46
3	Kerangka Konsep	53

DAFTAR SINGKATAN

AHRQ	: Agency of Healthcare Research and Quality
BLU	: Badan Layanan Umum
Depkes	: Departemen Kesehatan
ICU	: Intensive Care Unit
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
ICN	: International Council of Nurses
IOM	: Institute of Medicine
JCI	: Join Commision on Accreditation
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KKP-RS	: Komite Keselamatan Pasien-Rumah Sakit
KS	: Kejadian Sentinel
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
LASA	: Look Alike Sound Alike
NORUM	: Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip
SPSS	: Statistical Package for Social Science
UPT	: Unit Pelaksana Teknis
WHO	: World Health Organization

DAFTAR LAMPIRAN

- 1 Kuesioner Sebelum Uji Validitas
- 2 Kuesioner yang Telah Divalidasi
- 3 Ketenagaan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
- 4 Proporsi Jawaban Item Pernyataan Variabel
- 5 Hasil Output SPSS
- 6 Surat Izin Pengambilan Data Awal
- 7 Surat Izin Turun Penelitian dari Fakultas
- 8 Surat Izin Penelitian dari Gubernur Sul-Sel
- 9 Surat Izin Turun Penelitian di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
- 10 Dokumentasi Penelitian
- 11 Biodata Mahasiswa

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Sejak *Institute of Medicine* (1999) di Amerika Serikat menerbitkan laporan yang mengagetkan banyak pihak : “*To Err Is Human*” , *Building a Safer Health Sistem*. Laporan itu mengemukakan penelitian di rumah sakit di Utah dan Colorado serta New York. Di Utah dan Colorado ditemukan KTD (Adverse Event) sebesar 2,9 % , dimana 6,6 % diantaranya 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 per tahun. Publikasi WHO pada tahun 2004, mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai negara : Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang 3,2 – 16,6 % . Dengan data-data tersebut, berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan Sistem Keselamatan Pasien (Depkes RI, 2006).

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan di rumah sakit dan hal ini terkait dengan isu mutu dan citra rumah sakit. Sejak awal tahun 1900, institusi rumah sakit selalu meningkatkan mutu pada tiga elemen yaitu struktur, proses dan *outcome* dengan berbagai macam program regulasi yang berwenang misalnya antara lain penerapan

Standar Pelayanan Rumah Sakit, ISO, Indikator Klinis dan lain sebagainya (Dep Kes R.I 2006).

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem yang dibuat oleh rumah sakit agar asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan pasien koma, pelaporan dan analisis *accident*, kemampuan belajar dari *accident* dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Tujuan dilakukannya kegiatan Keselamatan pasien di rumah sakit adalah untuk menciptakan budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatkan akuntabilitas rumah sakit, menurunkan KTD di rumah sakit, terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi kejadian tidak diharapkan (Depkes RI, 2006).

Standar keselamatan pasien rumah sakit yang saat ini digunakan mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan oleh Joint Commission on Accreditation of Health Organization di Illinois pada tahun 2002. Enam tujuan penanganan keselamatan pasien menurut Joint Commission International antara lain: mengidentifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi secara efektif, meningkatkan keamanan dari *high-alert medications*, memastikan benar tempat, benar prosedur, dan benar pembedahan pasien, mengurangi risiko infeksi dari pekerja kesehatan, mengurangi risiko terjadinya kesalahan yang lebih buruk pada pasien (Lia dan Asep, 2010).

Permasalahan mengenai tindakan-tindakan yang dapat membahayakan keselamatan pasien sendiri juga telah dibahas dalam beberapa perundang-undangan seperti yang tercantum pada Undang-undang No.36 Tahun 2009 pasal 53 (3) disebutkan bahwa "*Pasien berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit*". Apabila ketentuan tersebut tidak dipenuhi ataupun dilanggar oleh rumah sakit maka pasien memiliki hak untuk menuntut pertanggungjawaban pihak rumah sakit bersangkutan sesuai yang tercantum pada Undang-undang No.44 Pasal 32 (q) Tahun 2009 bahwa "*Setiap pasien mempunyai hak menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana*". Gugatan dari pasien tersebut tentunya akan mendatangkan kerugian bagi pihak rumah sakit.

Berbagai hasil studi merekomendasikan untuk memperbaiki upaya keselamatan pasien dengan memperhatikan isu-isu budaya/iklim keselamatan pasien di langkah awal. Survey untuk mengukur iklim keselamatan di RS kemudian berkembang dan digunakan secara rutin dan berperan dalam memprediksi perhatian RS terhadap keselamatan pasien (Rachmawati, 2011).

Pendapat ini diperkuat oleh penelitian yang telah dilakukan Mc Fadden et al (2009) bahwa budaya keselamatan pasien memiliki hubungan langsung terhadap peningkatan implementasi keselamatan pasien yang pada akhirnya akan berdampak pada *outcome* keselamatan pasien. Oleh karena itu penting bagi suatu rumah sakit mengetahui budaya keselamatan pasien yang sedang

berkembang saat ini di rumah sakit bersangkutan sehingga dapat diketahui upaya-upaya yang harus dikembangkan untuk meningkatkan keselamatan bagi pasien.

Menurut *Agency of Healthcare Research and Quality* (2004) dalam menilai budaya keselamatan pasien di rumah sakit terdapat beberapa aspek dimensi yang perlu diperhatikan yaitu harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien, pembelajaran-peningkatan berkelanjutan, kerjasama tim dalam unit, keterbukaan komunikasi, umpanbalik terhadap *error*, respon tidak menyalahkan, staf yang adekuat, persepsi secara keseluruhan, dukungan manajemen rumah sakit, kerjasama tim antar unit, penyerahan dan pemindahan pasien dan frekuensi pelaporan kejadian.

Upaya rumah sakit untuk menjamin keselamatan bagi pasien tidak terlepas dari peran seluruh sumber daya manusia di rumah sakit seperti dokter, paramedis, manajemen serta tenaga lainnya dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk pasien. Perawat memainkan peran penting terhadap proses implementasi keselamatan pasien di rumah sakit.

Hal tersebut karena perawat merupakan komponen tenaga terbanyak yang ada di rumah sakit. Pada rumah sakit tipe B contohnya yang memiliki jumlah tempat tidur di atas 200, seharusnya memiliki tenaga keperawatan dengan jumlah yang sama juga sesuai dengan ratio 1:1 yang telah menjadi aturan dalam penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit. Selain dari sisi jumlah, perawat juga merupakan tenaga yang paling sering berinteraksi dengan pasien

daripada tenaga lainnya yang ada di rumah sakit karena pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien atau yang biasa disebut dengan asuhan keperawatan berlangsung selama 24 jam.

Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar merupakan salah satu rumah sakit dengan klasifikasi A yang telah menerapkan BLU (Badan Layanan Umum). Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo juga menjadi rumah sakit rujukan Provinsi Sulawesi Selatan. Untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatannya Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo telah menerapkan berbagai program yang diuraikan dalam renstra rumah sakit, salah satunya adalah Program Keselamatan Pasien. Rumah sakit telah melakukan sosialisasi, pelatihan dan uji coba untuk melaksanakan program ini.

Instalasi rawat inap merupakan salah satu unit yang ada di Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo yang bertugas memberikan pelayanan kesehatan tirah baring. Rumah Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar membagi pelayanan rawat inap yang dimilikinya ke dalam 4 jenis ruang perawatan yaitu: Ruang Perawatan Lontara I, Lontara II, Lontara III dan Lontara IV.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Instalasi Penjamin Mutu diperoleh kejadian infeksi nosokomial tercatat di instalasi rawat inap mencapai **4,62%** pada tahun 2012. Dengan melihat besar kejadian infeksi nosokomial tersebut maka dapat dikatakan bahwa kejadian infeksi nosokomial di instalasi rawat inap terbilang cukup tinggi, mengingat standar yang telah ditetapkan Kepmenkes No.129 Tahun 2008 untuk kejadian infeksi nosokomial yang bisa

ditolerir adalah $\leq 1,5\%$. Selain data yang telah dipaparkan di atas, masih terdapat lagi data lainnya yang juga dipandang sebagai tolak ukur penerapan keselamatan pasien yang akan diperlihatkan pada tabel berikut ini:

Tabel 1
Jumlah Kejadian Insiden di Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo
Makassar Tahun 2011-2012

NO	Tipe Insiden	2011		2012		Jenis Insiden		
		Jumlah	%	Jumlah	%	KTD	KNC	KS
1	Luka operasi terbuka	1	11,11	0	0	0	0	1
2	Salah transfuse	1	11,11	2	5,56	0	3	0
3	Salah melakukan tindakan/ prosedur	1	11,11	13	36,11	9	3	2
4	Pasien jatuh	4	44,45	11	30,55	15	0	0
5	Penanganan pasien terlambat	1	11,11	4	11,11	3	2	0
6	Kesalahan pemberian obat	1	11,11	4	11,11	0	5	0
7	Penundaan operasi	0	0	1	2,78	1	0	0
8	Kerusakan alat medis	0	0	1	2,78	1	0	0
Jumlah		9	100	36	100	29	13	3

Sumber: Instalasi Penjamin Mutu, RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

Dengan melihat data di atas maka dapat dilihat bahwa masih terdapat insiden yang terjadi di intalasi rawat inap. Adanya insiden tersebut mengindikasikan bahwa terdapat banyak kejadian yang berpotensi menimbulkan kerugian bahkan mengancam keselamatan pasien.

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden yang dimaksudkan pada tabel 1.1 di atas adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera (Menkes RI, 2011).

Berangkat dari masalah tingginya angka kejadian infeksi nosokomial dan berbagai kejadian tidak diharapkan yang terjadi serta pentingnya dilakukan survey terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit untuk mengidentifikasi upaya yang perlu dikembangkan dalam pelaksanaan pelayanan maka penulis merasa tertarik untuk melakukan “Gambaran Budaya Keselamatan pasien oleh Perawat dalam Melaksanakan Pelayanan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudiro Husodo Makassar Tahun 2013”

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasar atas kajian yang telah dijelaskan di latar belakang mengenai *trend* masalah keselamatan pasien yang ditinjau dari kejadian infeksi nosokomial dan berbagai kejadian tidak diharapkan, maka rumusan masalah untuk penelitian adalah: “Gambaran Budaya Keselamatan pasien oleh Perawat dalam Melaksanakan Pelayanan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudiro Husodo Makassar Tahun 2013”

C. TUJUAN PENELITIAN

Sesuai dengan rumusan masalah yang ada di atas maka tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Tujuan Umum

Untuk mendeskripsikan Budaya Keselamatan pasien pada Perawat dalam Pelaksanaan Pelayanan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudiro Husodo Makassar Tahun 2013

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran harapan dan tindakan supervisor/manajer mempromosikan keselamatan pasien dalam pelaksanaan pelayanan di instalasi rawat inap RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo
- b. Mengetahui gambaran pembelajaran organisasi dan peningkatan berkelanjutan dalam pelaksanaan pelayanan di instalasi rawat inap RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo
- c. Mengetahui gambaran kerjasama tim di dalam unit dalam pelaksanaan pelayanan di instalasi rawat inap RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo
- d. Mengetahui gambaran keterbukaan komunikasi dalam pelaksanaan pelayanan di instalasi rawat inap RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo
- e. Mengetahui gambaran umpanbalik dan komunikasi mengenai *error* dalam pelaksanaan pelayanan di instalasi rawat inap RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo
- f. Mengetahui gambaran respon tidak menyalahkan dalam pelaksanaan pelayanan di instalasi rawat inap RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo
- g. Mengetahui gambaran staf yang adekuat dalam pelaksanaan pelayanan di instalasi rawat inap RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo
- h. Mengetahui gambaran persepsi keselamatan pasien secara keseluruhan dalam pelaksanaan pelayanan di instalasi rawat inap RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo

- i. Mengetahui gambaran dukungan manajemen rumah sakit dalam pelaksanaan pelayanan di instalasi rawat inap RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo
- j. Mengetahui gambaran kerjasama tim antar unit dalam pelaksanaan pelayanan di instalasi rawat inap RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo
- k. Mengetahui gambaran penyerahan dan pemindahan pasien antar unit dalam pelaksanaan pelayanan di instalasi rawat inap RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo
- l. Mengetahui gambaran frekuensi pelaporan kejadian dalam pelaksanaan pelayanan di instalasi rawat inap RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Untuk Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi dan bahan evaluasi dalam menilai mutu pelayanan di rawat inap khususnya dalam mengevaluasi pelaksanaan program keselamatan pasien.

2. Untuk Peneliti

Selain sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat, penelitian ini menjadi metode dan sarana untuk menerapkan teori-teori yang diperoleh selama mengecap bangku perkuliahan. Khususnya teori Manajemen Rumah Sakit.

3. Untuk Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber referensi informasi bagi penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan masalah yang diangkat pada penelitian ini dan menjadi sumbangan dalam memperluas khasanah ilmu, khususnya yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien pada perawat dalam pelaksanaan program keselamatan pasien di Kota Makassar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Mengenai Keselamatan pasien

1. Definisi Keselamatan pasien

Keselamatan pasien (*Patient Safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi : assessmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Depkes RI, 2006).

National Patient Safety Foundation mendefinisikan Keselamatan pasien sebagai upaya penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari *outcome* yang merugikan atau cedera pada proses pelayanan kesehatan (Mc Fadden et al, 2009). Sedangkan menurut *Ministry of Sosial Affairs and Health* (2009) (dalam Luigi Macchi et al, 2011) Keselamatan pasien adalah prinsip-prinsip dan tindakan individu yang digunakan dalam perawatan kesehatan dan organisasi dengan tujuan menjamin keselamatan pasien dan melindungi pasien dari kerugian. Dari sudut pandang pasien yang dilibatkan bahwa

pasien menerima perawatan yang benar dan dibutuhkan sehingga sedapat mungkin meminimalkan timbulnya kerugian. Keselamatan pasien meliputi keamanan perawatan, keamanan obat, keamanan peralatan, dan merupakan bagian dari kualitas pelayanan.

Pada Permenkes RI No.1691 tahun 2006 tentang Keselamatan Pasien disebutkan bahwa tujuan penerapan Keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatnya akutanbilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

Menurut panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (Depkes RI, 2006). Terdapat tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit:

- a. *Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien*, menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- b. *Memimpin dan mendukung staf*, membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit.
- c. *Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko*, mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.

- d. *Mengembangkan sistem pelaporan*, memastikan staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/ insiden begitu juga rumah sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS (Komite Keselamatan Pasien-Rumah Sakit).
- e. *Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien*, mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien
- f. *Melakukan kegiatan belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien*, mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah sehingga belajar untuk mengetahui proses kejadian yang timbul.
- g. *Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien*, menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan .

2. Insiden dalam Keselamatan pasien

Insiden keselamatan pasien atau yang disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera dan kejadian potensial cedera (Menkes RI, 2011). Adapun jenis-jenis insiden yang ditetapkan dalam Permenkes RI No. 1691 tahun 2011 adalah sebagai berikut:

- a. Kejadian tidak diharapkan (*Adverse Event*), merupakan insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

- b. Kejadian nyaris cedera (*Near Miss*), terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- c. Kejadian tidak cedera, merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera.
- d. Kejadian potensial cedera, merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden.
- e. Kejadian sentinel (*Sentinel Event*), merupakan bagian dari kejadian tidak diharapkan yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

B. Tinjauan Mengenai Budaya Keselamatan Pasien

Menurut Kreitner & Kinicki (dalam Wulantika, 2007), budaya organisasi adalah nilai dan keyakinan bersama yang mendasari identitas organisasi. Menurut Hughes, 2008 (dalam Setiowati, 2008), budaya organisasi dapat diartikan sebagai iklim organisasi yang menunjuk pada atmosfer dalam sikap dan persepsi pada perasaan individual tentang tempat bekerja, yang dikaitkan dengan kepuasan individu dan motivasi tim.

Menurut Yulia dalam penelitiannya (2010), budaya keselamatan adalah kondisi dimana staf memiliki kesadaran yang konstan dan aktif tentang hal yang potensial menimbulkan kesalahan, staf maupun organisasi mampu membicarakan kesalahan, belajar dari kesalahan dan mau memperbaiki kesalahan. Kemudian Ferguson dan Fakelman (dalam Setiowati, 2010) mengemukakan bahwa budaya keselamatan pasien merupakan nilai,

kepercayaan yang dianut bersama dengan struktur organisasi dan sistem pengawasan dan pengendalian untuk menghasilkan norma-norma perilaku. Dari berbagai uraian yang telah dijelaskan sebelumnya maka dapat disimpulkan bahwa budaya keselamatan merupakan nilai dan keyakinan yang dianut bersama dalam suatu organisasi untuk membuat asuhan pasien yang lebih aman.

Rumah sakit seharusnya menyadari arti penting budaya keselamatan pasien karena dengan memahami budaya keselamatan pasien tersebut maka rumah sakit dapat mengidentifikasi program-program yang dapat dilaksanakan sebagai upaya menjamin keselamatan bagi pasien sehingga terbebas dari kejadian yang tidak diharapkan. Waslshe dan Boaden (dalam Setiowati, 2010) menyatakan bahwa kesalahan yang terjadi di rumah sakit kebanyakan disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit yang mengakibatkan rantai-rantai dalam sistem terputus dan bukannya oleh faktor kesalahan dari individu perseorangan saja.

Reiling (dalam Yulia, 2010) membagi budaya keselamatan pasien sebagai berikut:

a. *Informed Culture*

Keselamatan pasien sudah diinformasikan ke semua karyawan, arti penting dari ke pasien, ada upaya dari rumah sakit dalam menciptakan keselamatan pasien, adanya kebijakan yang menjadi draf/ rencana strategis tentang keselamatan pasien oleh tatanan manajerial, adanya

pelatihan, pengembangan berupa jurnal berdasarkan *evidence based*, informasi tentang kendala dan hambatan dalam menciptakan keselamatan pasien.

b. *Reporting Culture*

Adanya program evaluasi/ sistem pelaporan, adanya upaya dalam peningkatan laporan, hambatan dan kendala dalam pelaporan, adanya mekanisme penghargaan dan sanksi yang jelas terhadap laporan.

c. *Just Culture*

Staf di rumah sakit terbuka dan memiliki motivasi untuk memberikan informasi terhadap hal yang bisa atau tidak bisa diterima, adanya ketakutan apabila staf melaporkan kejadian kesalahan, kerjasama antar sesama staf.

d. *Learning Culture*

Adanya sistem umpan balik terhadap kejadian kesalahan dan pelaporannya, adanya pelatihan di rumah sakit yang menunjang peningkatan SDM.

Semenjak isu mengenai keselamatan pasien dipublikasikan oleh *Institute of Medicine* (IOM) pada tahun 1999 berbagai riset penelitian dilakukan oleh beberapa ahli untuk mengukur budaya/ iklim keselamatan pasien di rumah sakit. Salah satu metode pengukuran budaya keselamatan pasien yang dikeluarkan oleh AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) yang telah digunakan oleh banyak rumah sakit di dunia seperti di Taiwan (Chen dan Li, 2010), Amerika Serikat, Norwegia, Arab Saudi, Turki, Lebanon, Spanyol,

Belanda serta berbagai negara lainnya sehingga menjadikan metode pengukuran ini sebagai rekomendasi pertama bagi rumah sakit dalam mengukur budaya keselamatan pasien (The Health Foundation, 2011). Adapun metode pengukuran budaya ini terdiri dari beberapa dimensi sebagai berikut:

a. Harapan dan Tindakan Supervisor/ Manajer dalam Mempromosikan Keselamatan Pasien:

Penerapan budaya dalam sebuah organisasi tidak terlepas dari peran aktif atasan dalam hal ini supervisor ataupun manajer dalam mempromosikan nilai-nilai yang dianut dengan melakukan tindakan-tindakan terkait yang mampu mendukung proses penanaman nilai yang dimaksudkan. Untuk menilai harapan dan tindakan supervisor/ manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien dapat dilihat dari pertimbangan supervisor/ manajer dalam menerima saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, penghargaan untuk staf yang mengikuti prosedur keselamatan pasien, dan sikap yang tidak mengabaikan masalah keselamatan pasien (Agency for Healthcare Research and Quality, 2004).

b. Pembelajaran Organisasi- Peningkatan Berkelanjutan

Menurut Agency for Healthcare Research and Quality (2004), pembelajaran organisasi dan peningkatan berkelanjutan dapat dinilai dari adanya budaya belajar pada organisasi yang menganggap kesalahan membawa perubahan positif dan perubahan dievaluasi

untuk efektivitas. Hal ini sejalan dengan pendapat Pam Marshall dan Rob Robson (2005) yang mengemukakan bahwa ketakutan akan kesalahan yang membuat organisasi memilih untuk tidak melaporkan kesalahan tersebut akan menghilangkan kesempatan organisasi tersebut untuk belajar, berubah dan melakukan perbaikan.

Banyak kejadian insiden yang terjadi kemudian tidak dilaporkan yang dikarenakan laporan yang diadakan tersebut akan dikaitkan dengan area kerja mereka dimana insiden terjadi. Hasilnya, para pengambil kebijakan di rumah sakit tidak mengetahui peringatan akan potensial bahaya yang dapat menyebabkan *error* (M Tamuz et al, 2002). Pembelajaran yang berkelanjutan bertujuan untuk menciptakan tenaga yang terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab terjadinya kesalahan sehingga dapat meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien (Depkes RI, 2006).

c. Kerjasama Tim dalam Unit

Tim adalah sekelompok orang yang bekerjasama dan menghasilkan output yang bermakna dalam mengkombinasikan keahlian dan kemampuan masing-masing individu yang menjadi tanggungjawabnya (Yulia, 2010). Menurut Agency for Healthcare Research and Quality (2004) kerjasama tim dapat diukur dari sikap staf yang saling

mendukung satu sama lain, memperlakukan satu sama lain dengan hormat, dan bekerja sama sebagai sebuah tim.

Menurut J Firth dan Cozens (2001), salah satu hal terpenting yang perlu diperhatikan dalam kerjasama tim adalah keinginan staf yang satu untuk mendengarkan pendapat atau saran dari staf lain yang lebih berpengalaman untuk saling berbagi informasi mengenai kesalahan yang mungkin timbul pada saat proses pelayanan berlangsung.

d. Keterbukaan Komunikasi

Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Komunikasi yang kurang baik dapat mengganggu kelancaran organisasi dalam mencapai tujuan organisasi. Bentuk komunikasi dalam keselamatan pasien yang dilakukan perawat yaitu *briefing* dengan tujuan agar staf dapat saling berbagi informasi mengenai isu-isu keselamatan pasien yang berpotensi terjadi dalam proses pelayanan keperawatan sehari-hari (Setiowati, 2010). Menurut Agency for Healthcare Research and Quality (2004), komunikasi terbuka adalah kebebasan yang diberikan kepada staf dalam mengemukakan pendapat yang berpengaruh terhadap keputusan yang diambil dalam memberikan pelayanan yang aman bagi pasien.

e. Umpan Balik terhadap *Error*

Menurut AHRQ (2004), umpan balik terhadap kesalahan dalam mengukur budaya keselamatan pasien dapat dilihat dari informasi yang diterima staf mengenai kesalahan yang terjadi seperti umpan balik

yang diberikan tentang perubahan pengimplementasian, dan membahas cara-cara untuk mencegah terjadinya kesalahan. Adanya umpan balik mengenai kesalahan yang telah terjadi sangat berperan penting dalam menginformasikan staf untuk waspada terhadap potensi kesalahan yang mungkin timbul pada saat proses pelayanan kepada pasien berlangsung.

f. Respon Tidak Menyalahkan

Yahya, 2006 (dalam Setiowati, 2010), mengemukakan bahwa tenaga profesional adalah perfeksionis sehingga apabila terjadi kesalahan, maka akan mengakibatkan permasalahan psikologis sehingga akan berdampak kepada penurunan kinerja, karenanya pertanyaan individual perlu dihindari dan fokus pada permasalahan yang terjadi. Menurut AHRQ (2004) respon tidak menyalahkan dapat diukur dengan memperhatikan sikap staf terhadap kesalahan atas insiden yang terjadi yang menganggap bahwa kesalahan mereka dan laporan yang diadakan terhadap mereka akan disimpan dalam data personalia mereka.

g. *Adequate Staffing*

Ketersediaan sumberdaya manusia merupakan salah satu faktor yang perlu dipertimbangkan dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Kurangnya jumlah maupun kualitas tenaga perawatan berdampak pada tingginya beban kerja perawat yang

merupakan faktor kontribusi terbesar sebagai penyebab *human error* dalam pelayanan keperawatan. Rumah sakit dengan staf keperawatan yang tidak memadai sangat berisiko untuk terjadi kesalahan yang berujung kepada terjadinya hal yang tidak diinginkan. (Yulia, 2010)

Untuk menciptakan staf yang adekuat maka harus diselenggarakan pendidikan, pelatihan dan orientasi mengenai keselamatan pasien. Hal ini bertujuan untuk memperoleh kesatuan pemahaman mengenai bagaimana keselamatan pasien harus dilaksanakan (Depkes RI, 2006).

h. Frekuensi Pelaporan Kejadian

Menurut Yulia (2010), salah satu bentuk nyata penerapan identifikasi risiko adalah dirumuskannya suatu bentuk sistem pelaporan kejadian atau insiden. Pelaporan kejadian merupakan laporan tertulis setiap keadaan yang tidak konsisten dengan kegiatan rutin terutama untuk pelayanan kepada pasien. Tujuan pelaporan insiden adalah untuk mengingatkan manajemen bahwa ada resiko atau keadaan mengancam terjadinya klaim atau komplain.

Untuk mempermudah rumah sakit dalam melakukan pelaporan kejadian, KKP-RS telah menetapkan format untuk laporan kejadian atau insiden. Apabila suatu insiden telah terjadi maka staf yang bersangkutan harus segera melaporkan kejadian tersebut sehingga diperoleh penanganan yang tepat untuk kejadian tersebut (Yulia, 2010).

i. Persepsi secara Keseluruhan

Menurut Agency for Healthcare Research and Quality (2004), persepsi secara keseluruhan merupakan interpretasi pada prosedur dan sistem yang baik untuk mencegah kesalahan dan ada tidaknya masalah keselamatan pasien. Persepsi yang muncul dari salah satu anggota mengenai buruknya kerjasama yang dirasakan sudah cukup untuk mengubah dinamika dalam tim itu yang menyebabkan anggota tersebut menarik diri (J Bryan et al, 2000).

j. Dukungan Manajemen RS

Dalam penerapan budaya keselamatan pasien manajemen rumah sakit memiliki tugas untuk menyediakan iklim kerja yang mempromosikan keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama (Agency for Healthcare Research and Quality, 2004). Dukungan manajemen rumah sakit dalam penerapan budaya keselamatan pasien dapat dilihat dari kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan terkait pelaksanaan keselamatan pasien seperti kebijakan prosedur pelaporan insiden, kebijakan yang mengatur rasio antara perawat dan pasien yang dilayani, standar operasional prosedur pelayanan dan beberapa kebijakan lain yang harus dikembangkan untuk menjamin penyelenggaraan pelayanan yang aman bagi pasien. Tidak berhenti sampai disitu setelah kebijakan ditetapkan oleh rumah sakit, maka

pihak manajemen harus melakukan sosialisasi kepada seluruh staf sehingga dihasilkan satu persepsi yang sama dalam menyelenggarakan layanan yang seharusnya untuk pasien.

k. Kerjasama Tim antarunit

Menurut J Firth dan Cozens (2001), kerjasama tim merupakan bagian dari faktor organisasi yang dapat mempengaruhi keberhasilan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Kemudian lebih lanjut dijelaskan bahwa staf yang memahami peran masing-masing dalam tim dapat menurunkan tingkat stress yang selanjutnya akan berpengaruh dalam pencapaian pelayanan.

Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien (Depkes, 2006). Setiap unit di rumah sakit bekerja sama dan melakukan koordinasi yang baik dengan satu sama lain untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien. Selain itu kerjasama tim antarunit di rumah sakit juga dapat dilihat dari kenyamanan yang dirasakan pada saat bekerja dengan staf dari unit lain (Agency for Healthcare Research and Quality, 2004).

l. Penyerahan dan Pemindehan Pasien antarunit

Penyerahan dan pemindahan merupakan proses transfer informasi dalam rangkaian transisi keperawatan dengan tujuan memastikan keberlanjutan dan keselamatan pasien selama dalam perawatan. Selama proses penyerahan dan pemindahan ini terjadi transfer informasi yang akurat mengenai perawatan, pengobatan, pelayanan, kondisi terkini pasien, perubahan yang terjadi dan perubahan yang dapat diantisipasi (Yulia, 2010).

Lebih lanjut dijelaskan bahwa kesenjangan yang terjadi saat serah terima pasien antarunit-unit pelayanan ataupun antarstaf keperawatan dalam satu unit pada pergantian *shift* kerja dapat menimbulkan terputusnya kesinambungan pelayanan sehingga berdampak kepada tindakan perawatan yang tidak tepat dan berpotensi mengakibatkan terjadinya cedera terhadap pasien. Hal tersebutlah yang menjadikan kesalahan medikasi terjadi paling sering pada saat transisi atau pemindahan pelayanan pasien.

C. Tinjauan Umum Mengenai Pelaksanaan Pelayanan Keselamatan Pasien

1. Standar Keselamatan pasien

Dalam mengevaluasi pelaksanaan keselamatan pasien tidak terlepas dari penilaian terhadap prosedur dengan standar yang diberlakukan. Adapun standar keselamatan pasien yang telah ditetapkan Depkes RI (2006) adalah sebagai berikut:

i. Hak pasien

Standar:

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

Kriteria:

- a. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
- 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 insiden.

ii. 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. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
 - g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.
- iii. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Standar:

Rumah Sakit menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antartnaga dan antarunit pelayanan.

Kriteria:

- a. Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
 - b. Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antarunit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
 - c. 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.
 - d. Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.
- iv. Penggunaan metode-metode 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 insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriteria:

- a. Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (desain) 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”.
- b. Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan : pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
- c. Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
- d. Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.
- v. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Standar:

- a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
- c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antarunit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

Kriteria:

- a. Terdapat tim antardisiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- b. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.

- 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 “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 antarunit 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, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.

- 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.
- vi. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standar:

- a. Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
- b. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner 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 *in-service* training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.

- c. Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.
- vii. 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
- c. Untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

2. Sasaran Keselamatan Pasien

Untuk mendorong perbaikan yang spesifik maka diperlukan sasaran-sasaran untuk menyoroti bagian yang bermasalah dari

pelaksanaan keselamatan pasien sehingga dapat ditemukan solusi menyeluruh untuk mengatasinya. Perbaikan sistem yang dilakukan dengan menerapkan solusi dari permasalahan yang ditemukan diharapkan dapat meningkatkan mutu dari pelayanan kesehatan, khususnya dalam hal yang menyangkut keselamatan pasien. Ada enam sasaran yang telah ditetapkan oleh Depkes RI (2006) yang mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan oleh Joint Commission on Accreditation of Health Organization yaitu:

i. Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien

Standar SKP I

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

Maksud dan Tujuan Sasaran I

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 sensorik, atau akibat situasi lain.

Elemen Penilaian Sasaran I

- 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.
- ii. Peningkatan Komunikasi Yang Efektif

Standar SKP II

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

Maksud dan Tujuan Sasaran II

Komunikasi efektif, 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. 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.

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 telepon 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.
- iii. Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai (*High-Alert*)

Standar SKP III

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

Maksud dan Tujuan Sasaran III

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 Soun Alike/LASA). 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.

Elemen Penilaian Sasaran III

- a. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
 - b. Implementasi kebijakan dan prosedur.
 - c. 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.
 - d. Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).
- iv. Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi

Standar SKP IV

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

Maksud dan Tujuan Sasaran IV

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 antaranggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi. 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; dan melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant yang dibutuhkan.

Elemen Penilaian Sasaran IV

- 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.
- v. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Standar SKP V

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

Maksud dan Tujuan Sasaran V

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan 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.

Elemen Penilaian Sasaran V

- a. Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari WHO Keselamatan pasien).
 - 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.
- vi. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Standar SKP VI

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

Maksud dan Tujuan Sasaran VI

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.

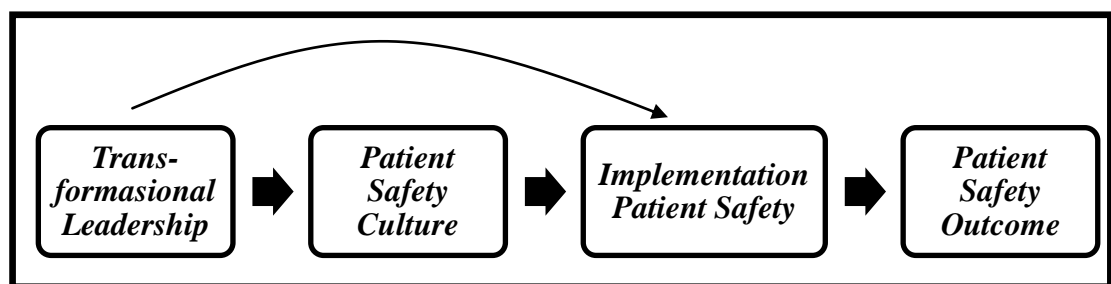
Elemen Penilaian Sasaran VI

- a. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen 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 berisiko 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.

3. Teori yang Menghubungkan Budaya Keselamatan Pasien dengan Pelaksanaan Keselamatan Pasien

Mc Fadden et al (2009), mengembangkan *The patient Safety Chain* yang menjelaskan bahwa terdapat hubungan langsung antara kepemimpinan transformasional dalam menciptakan budaya keselamatan pasien. Kemudian lebih lanjut dijelaskan bahwa budaya keselamatan pasien memiliki hubungan dalam meningkatkan implementasi dari

upaya keselamatan pasien yang akhirnya akan berdampak kepada *outcome* dari keselamatan pasien mencakup frekuensi *error*, pemahaman mengenai *error*, tingkat kepedulian terhadap *error* dan dampak yang ditimbulkan oleh *error* tersebut. Dalam model yang dikembangkan ini juga dijelaskan bahwa terdapat hubungan tidak langsung antara kepemimpinan transformasional dengan implementasi dari upaya *keselamatan pasien*. Model yang dikembangkan oleh Mc Fadden et al digambarkan dalam skema berikut ini:



Gambar 1. *The Patient Safety Chain* (Sumber: Mc Fadden et al, 2009)

D. Tinjauan Umum Mengenai Perawat

Perawat adalah tenaga profesional di bidang perawatan kesehatan yang terlibat dalam kegiatan perawatan. Perawat bertanggungjawab untuk perawatan, perlindungan dan pemulihan orang yang luka atau pasien penderita penyakit akut atau kronis, pemeliharaan kesehatan orang sehat dan penanganan keadaan darurat yang mengancam nyawa dalam berbagai jenis perawatan kesehatan. Perawat juga dapat terlibat dalam riset medis dan

perawatan serta menjalankan fungsi non-klinis yang diperlukan untuk melaksanakan fungsi perawatan kesehatan (Depkes, 2005).

Perawat memiliki peran penting dalam pelaksanaan upaya keselamatan pasien. Pada saat proses perawatan berlangsung perawat melakukan kontak dengan pasien yang berlangsung selama 24 jam terus-menerus. Hal ini membuat perawat lebih mengetahui perubahan fisik dan psikis pada pasien sehingga perawat dipandang lebih memahami dan mengetahui hal-hal yang dibutuhkan pasien dibanding dengan tenaga medis lainnya. (Cahyono, 2008)

Menurut ICN (International Council of Nurses), 2002 (dalam Yulia, 2010), tanggung jawab perawat terhadap keselamatan pasien meliputi:

- a. Menginformasikan potensial resiko terhadap pasien dan keluarga.
- b. Melaporkan KTD secara cepat dan tepat kepada pengambil kebijakan.
- c. Mengambil peran aktif serta dalam mengkaji keselamatan dan mutu perawatan.
- d. Mengembangkan komunikasi dengan pasien dan tenaga profesional kesehatan yang lain.
- e. Melakukan negosiasi untuk pemenuhan level staf yang adekuat.
- f. Mendukung langkah-langkah pengembangan keselamatan pasien.
- g. Meningkatkan program pengendalian infeksi yang tepat.
- h. Melakukan negosiasi terhadap standarisasi kebijakan dan protokol pengobatan untuk meminimalisir kesalahan.

- i. Mempertanggungjawabkan profesionalitas dengan melibatkan tenaga farmasi, dokter, dan lainnya untuk mengembangkan pengemasan dan penamaan obat-obatan.
- j. Berkolaborasi dengan sistem pelaporan nasional untuk mencatat, menganalisis dan belajar dari KTD.
- k. Mengembangkan suatu mekanisme, misalnya melalui akreditasi untuk menilai karakter penyedia layanan kesehatan sebagai standar yang digunakan untuk mengukur kesempurnaan dalam kesehatan pasien.

E. Tinjauan Umum Mengenai Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Menurut Permenkes RI No.1045 tahun 2006 tentang pedoman organisasi rumah sakit, yang dimaksud dengan rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan rawat inap dan rawat jalan yang memberikan pelayanan kesehatan jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri dari observasi, diagnostic, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, cedera dan melahirkan.

Kemudian menurut Undang-undang RI No.44 Tahun 2009, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (meliputi preventif, kuratif, promotif dan rehabilitatif) yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

2. Kedudukan, Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan unit pelaksana teknis di lingkungan Departemen Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik. Berdasarkan Permenkes RI No.1045 tahun 2006 rumah sakit memiliki tugas untuk melaksanakan pelayanan kesehatan paripurna dan pendidikan dan pelatihan. Selain itu, rumah sakit dapat melaksanakan penelitian, pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan sesuai dengan kemampuan pelayanan kesehatan dan kapasitas sumber daya yang dimiliki.

Dalam melaksanakan tugasnya berdasarkan atas UU No.44 Tahun 2009 rumah sakit menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan

pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

3. Indikator Pelayanan Rumah Sakit

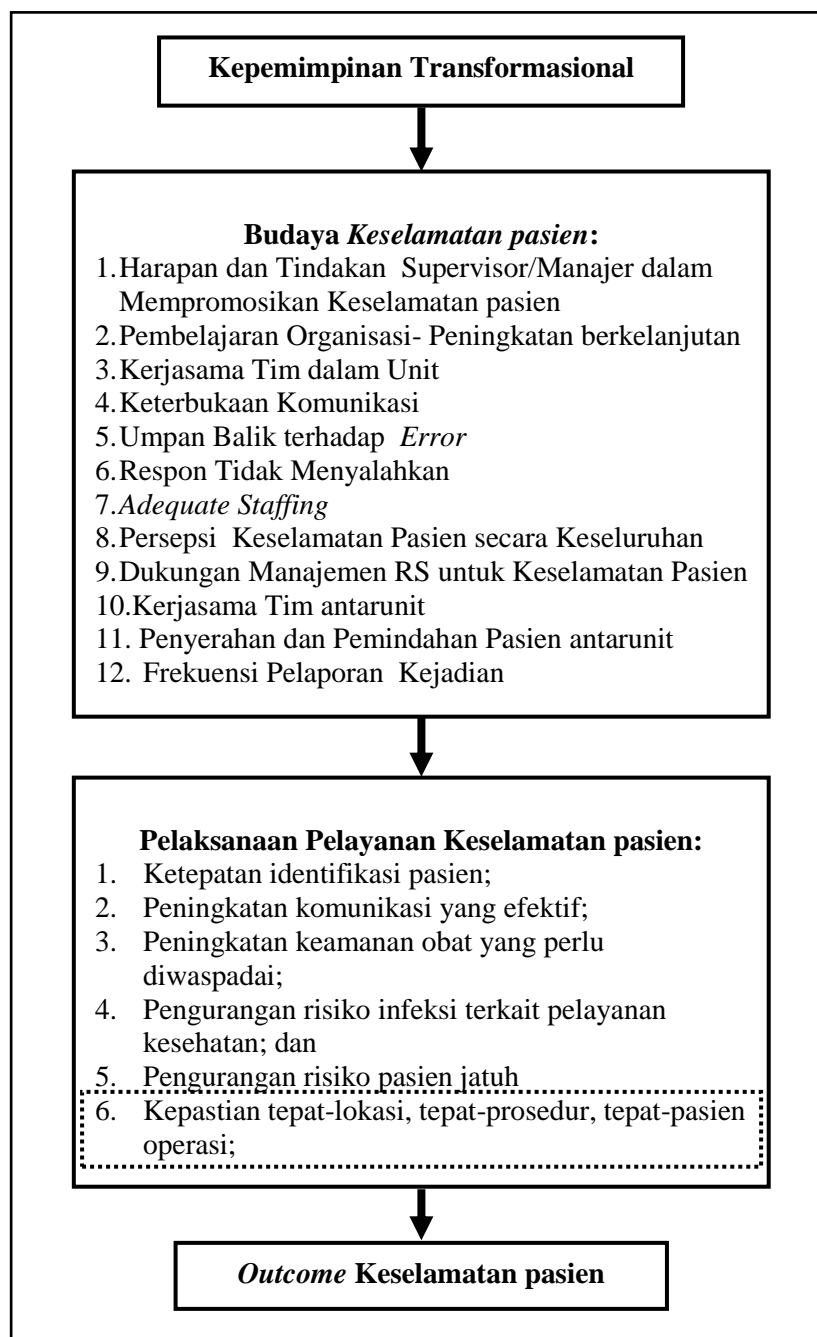
Indikator merupakan variable ukuran atau tolak ukur yang dapat menunjukkan indikasi-indikasi terjadinya perubahan tertentu. Adapun jenis-jenis indikator yang digunakan untuk mengukur kinerja rumah sakit adalah sebagai berikut:

- a. Input, yang dapat mengukur pada alat, bahan, sistem prosedur atau orang yang memberikan pelayanan. Misalnya jumlah dokter, kelengkapan alat, prosedur tetap dan lain-lain.
- b. Proses, yang dapat mengukur perubahan pada saat pelayanan. Misalnya kecepatan layanan, keramahan dan lain sebagainya.
- c. Output, adalah tolak ukur pada hasil yang dicapai, misalnya jumlah yang dilayani, jumlah pasien yang dioperasi, kebersihan ruangan.
- d. Outcome, yang menjadi tolak ukur dan merupakan dampak dari hasil pelayanan sebagai misalnya keluhan pasien yang merasa tidak puas terhadap pelayanan dan lain-lain.
- e. Benefit, adalah tolak ukur dari keuntungan yang diperoleh pihak rumah sakit maupun penerima atau pasien misalnya biaya pelayanan yang lebih murah, meningkatnya pendapatan rumah sakit.

- f. Impact, adalah toak ukur dampak pada lingkungan atau masyarakat
ua misalnya angka kematian ibu yang menurun, meningkatnya
derajat kesehatan atau meningkatnya kesejahteraan karyawan.

F. Kerangka Teori

Berikut adalah kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini



Sumber: Modifikasi Mc Fadden et.al, 2009. AHRQ 2004. Joint Commission on Accreditation of Health Organization 2002

Gambar 2. Kerangka Teori

Keterangan:

..... : Variabel yang tidak diteliti

———— : Variabel yang diteliti

Penjelasan:

Makna dari kerangka teori di atas yaitu bahwa *outcome* keselamatan pasien (persepsi, kesadaran, dan frekuensi insiden keselamatan pasien) dipengaruhi langsung oleh pelaksanaan pelayanan yang mengacu kepada *patient safety standart* yang dikeluarkan oleh Joint Commission on Accreditation of Health Organization (2002) yang meliputi ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan, pengurangan resiko pasien jatuh dan ketepatan lokasi, prosedur dan pasien operasi.

Budaya keselamatan pasien yang ada di rumah sakit memiliki hubungan langsung terhadap pelaksanaan pelayanan yang bertujuan untuk menjamin keselamatan pasien. Kemudian budaya keselamatan pasien itu sendiri juga dipengaruhi oleh kepemimpinan transformasional dalam organisasi tersebut (Mc Fadden et al, 2009). Adapun dimensi yang diukur dalam budaya keselamatan pasien adalah kerjasama tim dalam unit, kerjasama tim antarunit, keterbukaan komunikasi, respon tidak menyalahkan, frekuensi pelaporan kejadian, harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien, pembelajaran organisasi- peningkatan berkelanjutan, umpan balik terhadap *error*, *adequate staffing*, persepsi keselamatan pasien secara keseluruhan, dukungan manajemen rumah sakit dan penyerahan serta pemindahan pasien antarunit (Agency for Healthcare Research and Quality, 2004).

G. Matriks Penelitian

Tabel 2
Matriks Penelitian

No	Nama Peneliti	Lokasi Penelitian	Judul Penelitian	Variabel	Rancangan Penelitian	Analisis Data	Hasil Penelitian
1.	Syahara Hikmah (2008)	RSUP Fatmawati, Jakarta	Persepsi Staf Mengenai <i>Keselamatan pasien</i> di IRD RSUP Fatmawati	<p><u>Dependen:</u> Persepsi <i>Keselamatan pasien</i></p> <p><u>Independen:</u> -Pendidikan -Umur -Posisi Kerja -Masa Kerja</p>	Kuantitatif	Korelasi	<p>-Persepsi staf mengenai <i>keselamatan pasien</i> tergolong cukup tinggi</p> <p>-Tidak ada hubungan signifikan antara pendidikan, umur, posisi kerja dan masa kerja dengan persepsi staf mengenai <i>keselamatan pasien</i></p>
2.	Dwi Setiowati (2010)	RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta	Hubungan Kepemimpinan Efektif <i>Head Nurse</i> dengan Penerapan Budaya <i>Keselamatan Pasien</i> oleh Perawat Pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo	<p><u>Dependen:</u> Budaya <i>Keselamatan Pasien</i></p> <p><u>Independen:</u> -Kepemimpinan Efektif</p> <p><u>Confounding:</u> -Jenis Kelamin -Umur -Pelatihan yang diikuti -Tingkat Pendidikan -Masa Kerja</p>	kuantitatif	korelasi	-Terdapat hubungan positif dengan kekuatan hubungan lemah antara kepemimpinan efektif dengan penerapan budaya <i>keselamatan pasien</i>

No	Nama Peneliti	Lokasi Penelitian	Judul Penelitian	Variabel	Rancangan Penelitian	Analisis Data	Hasil Penelitian
3.	Emma Rachmawati (2011)	RS Muhammadiyah- 'Aisyiyah, Jakarta	Model Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien Di RS Muhammadiyah- 'Aisyiyah	<u>Dependen :</u> Budaya Keselamatan Pasien <u>Independen:</u> -Kepemimpinan Transformasional -Kerjasama Tim -Kesadaran Individu	Kuantitatif	<i>Confirmatory Faktor Analysis (CFA) dan Structural Equation Model (SEM) 2nd level.</i>	pengukuran iklim keselamatan pasien di RS Muhammadiyah- "Aisyiyah" menunjukkan karakteristik psikometrik yang baik. Kepemimpinan Transformasional merupakan faktor yang paling dominan dalam budaya keselamatan pasien di RS Muhammadiyah- 'Aisyiyah
4.	Yayu Sudarwaty (2011)	Rumah Sakit Islam Muhammadiyah Kendal	Pengaruh budaya <i>Keselamatan pasien</i> terhadap intensitas kerja perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Muhammadiyah Kendal	<u>dependen:</u> Intensitas Kerja Perawat Pelaksana <u>Independen:</u> Budaya <i>keselamatan pasien</i>	Kuantitatif	<i>Crossectional</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara parsial hanya persepsi, kerjasama intra bagian, dan pemindahan pergantian berpengaruh terhadap intensitas kerja. Dimensi pemindahan dan pergantian pada budaya <i>keselamatan pasien</i> mempunyai pengaruh yang paling besar terhadap intensitas kerja perawat pelaksana , sedangkan dimensi budaya <i>keselamatan pasien</i> yang berpengaruh paling rendah terhadap intensitas kerja adalah dimensi dukungan manajemen.