

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien adalah sejauh mana keyakinan, nilai, dan norma organisasi mendukung dan mempromosikan keselamatan pasien. Keyakinan ini meluas ke semua tingkat organisasi (misalnya, sistem, departemen, unit) dan mempengaruhi tindakan dan perilaku staf di seluruh organisasi.

Budaya keselamatan pasien adalah produk dari nilai, sikap, kompetensi dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen, style dan kemampuan suatu organisasi pelayanan kesehatan terhadap program keselamatan pasien (Kemenkes, 2017).

Menurut Blegen (2006) dalam Hamdani (2007), budaya keselamatan pasien adalah persepsi yang dibagikan diantara anggota organisasi ditujukan untuk melindungi pasien dari kesalahan tata laksana maupun cedera akibat intervensi.

Persepsi ini meliputi kumpulan norma, standar profesi, kebijakan, komunikasi dan tanggung jawab dalam keselamatan pasien. Budaya ini kemudian mempengaruhi keyakinan dan tindakan individu dalam memberikan pelayanan. Budaya keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam keseluruhan budaya organisasi yang diperlukan dalam istitusi kesehatan. Budaya keselamatan didefinisikan sebagai seperangkat keyakinan, norma, perilaku, peran, dan praktek sosial maupun teknis dalam meminimalkan pajanan yang membahayakan atau mencelakakan karyawan, manajemen, pasien, atau anggota masyarakat lainnya.

Kohn (2000) menyatakan dalam Hamdani (2007), budaya keselamatan pasien dikembangkan dari konsep-konsep budaya keselamatan di dunia industri. Walaupun memiliki karakteristik yang berbeda, berbagai penelitian budaya keselamatan di industri lain menjadi dasar pengembangan konsep keselamatan pasien di rumah sakit. Salah satu perbedaan konsep budaya keselamatan yang ada di rumah sakit adalah fokus untuk melindungi pasien lebih besar daripada perlindungan terhadap personel sendiri. Menurut IOM, terciptanya lingkungan yang aman bagi pasien berarti tercipta juga lingkungan yang aman bagi pekerja, karena keduanya terikat satu sama lain.

Menurut Fleming (2006) dalam Hamdani (2007), budaya keselamatan pasien merupakan suatu hal yang penting karena membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan, karena apabila kita lebih fokus pada budaya keselamatan pasien maka akan lebih menghasilkan keselamatan yang lebih apabila dibandingkan hanya dengan memfokuskan programnya saja. Walshe dan Boalden (2006) dalam Hamdani (2007) menyatakan bahwa kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara individu, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit yang mengakibatkan rantai-rantai sistem terputus.

2.2 Komposisi Budaya Keselamatan Pasien

Survei rumah sakit tentang budaya keselamatan pasien menekankan keselamatan pasien dan kesalahan dan kejadian pelaporan. Ada 42 item yang dikelompokkan menjadi 12 ukuran komposisi. Sebagai tambahannya komposisi, survei mencakup dua pertanyaan yang meminta responden untuk memberikan

keseluruhan penilaian keselamatan pasien untuk area/unit kerja mereka dan untuk menunjukkan jumlah kejadian yang mereka laporkan selama 12 bulan terakhir. Selain itu, responden diminta untuk memberikan latar belakang yang terbatas informasi demografis tentang diri mereka sendiri (area/unit kerja mereka, posisi staf, apakah mereka berinteraksi langsung dengan pasien, masa kerja di area/unit kerja mereka, dll.).

Komposisi Budaya Keselamatan Pasien:

1. Keterbukaan komunikasi; Staf bebas berbicara jika mereka melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada pasien dan merasa bebas untuk menanyai mereka yang lebih berwenang.
2. Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan; Staf diberitahu tentang kesalahan yang terjadi, diberi umpan balik tentang perubahan yang diterapkan, dan mendiskusikan cara untuk mencegah kesalahan
3. Frekuensi peristiwa yang dilaporkan; Jenis kesalahan berikut dilaporkan: (1) kesalahan yang diketahui dan diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien, (2) kesalahan yang tidak berpotensi membahayakan pasien, dan (3) kesalahan yang dapat membahayakan pasien tetapi tidak.
4. Serah terima dan transisi; Informasi penting perawatan pasien ditransfer ke seluruh unit rumah sakit dan selama pergantian shift
5. Dukungan manajemen untuk keselamatan pasien; Manajemen rumah sakit menyediakan iklim kerja yang mengedepankan keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama

6. Respon tidak menghukum terhadap Kesalahan; Staf merasa bahwa kesalahan dan laporan acara mereka tidak ditahan dan kesalahan tidak disimpan dalam arsip personel mereka.
7. Pembelajaran organisasi—peningkatan berkelanjutan; Kesalahan telah menyebabkan perubahan positif dan perubahan dievaluasi untuk efektivitas
8. Persepsi keseluruhan tentang keselamatan pasien; Prosedur dan sistem baik dalam mencegah kesalahan dan kurangnya masalah keselamatan pasien
9. Kepegawaian; Ada cukup staf untuk menangani beban kerja dan jam kerja yang tepat untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien
10. Harapan dan tindakan supervisor/manajer mempromosikan keselamatan pasien; Supervisor/manajer mempertimbangkan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, memuji staf karena mengikuti prosedur keselamatan pasien, dan tidak mengabaikan masalah keselamatan pasien
11. Kerjasama tim lintas unit; Unit-unit rumah sakit bekerja sama dan berkoordinasi satu sama lain untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien
12. Kerja sama tim dalam unit; Staf saling mendukung, memperlakukan satu sama lain dengan hormat, dan bekerja sama sebagai sebuah tim

Menurut Bird (2005) dalam Hamdani (2007) manfaat budaya keselamatan pasien antara lain:

1. Organisasi lebih tahu jika ada kesalahan yang akan terjadi atau jika kesalahan telah terjadi

2. Meningkatnya laporan kejadian yang dibuat dan belajar dari kesalahan yang terjadi akan berpotensi menurunnya kejadian sama yang berulang kembali dan keparahan dari keselamatan pasien.
3. Kesadaran akan keselamatan pasien, yaitu bekerja untuk mencegah error dan melaporkan jika ada kesalahan.
4. Berkurangnya perawat yang merasa tertekan, bersalah, malu karena kesalahan yang telah diperbuat.
5. Berkurangnya turn over pasien, karena pasien yang mengalami insiden umumnya akan mengalami perpanjangan hari perawatan dan pengobatan yang diberikan lebih dari pengobatan yang seharusnya diterima pasien.
6. Mengurangi biaya yang diakibatkan oleh kesalahan dan penambahan terapi.
7. Mengurangi sumber daya yang dibutuhkan dalam menangani keluhan pasien.

2.3 Komponen Budaya Keselamatan Pasien

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

1. *Informed culture*. Budaya dimana pihak yang mengatur dan mengoperasikan sistem memiliki pengetahuan terkini tentang faktor-faktor yang menjelaskan keselamatan dalam suatu sistem.
2. *Reporting culture*. Budaya dimana anggota di dalamnya siap untuk melaporkan kesalahan atau near miss. Pada budaya ini organisasi dapat belajar dari pengalaman sebelumnya. Konsekuensinya makin baik *reporting culture* maka laporan kejadian akan semakin meningkat

3. *Just culture*. Budaya membawa atmosfer *trust* sehingga anggota bersedia dan memiliki motivasi untuk memberikan data dan informasi serta sensitif terhadap perilaku yang dapat diterima dan tidak dapat diterima. Termasuk di dalamnya lingkungan *non punitive (no blame culture)* bila staf melakukan kesalahan. Penting bagi setiap level di organisasi untuk bersikap jujur dan terbuka.
4. *Learning culture*. Budaya dimana setiap anggota mampu dan bersedia untuk menggali pengetahuan dari pengalaman dan data yang diperoleh serta kesediaan untuk mengimplementasikan perubahan dan perbaikan yang berkesinambungan (*continuous improvement*). *Learning culture* merupakan budaya belajar dari insiden dan *near miss*.

Pada tahun 2004 *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* suatu komite untuk kualitas kesehatan di Amerika meluncurkan *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)* merupakan sebuah survei bagi seluruh staf rumah sakit yang didesain untuk membantu rumah sakit menilai budaya keselamatan pasien di institusinya. Sejak saat itu 100 rumah sakit di Amerika telah mengimplementasi survei ini (AHRQ, 2004).

Survei *Hospital Survey On Patient Safety Culture* mengukur budaya keselamatan pasien dari segi perspektif staf rumah sakit. Survei ini dapat mengukur budaya keselamatan pasien untuk seluruh staf rumah sakit dari *housekeeping*, bagian keamanan, sampai dokter dan perawat. AHRQ menilai budaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh 3 aspek yang dibagi kedalam 12 dimensi, diantaranya (AHRQ, 2004):

1. Tingkat unit, terdiri atas dimensi:
 1. *Supervisor/manager action promoting safety*

2. *Organizational learning* – perbaikan berkelanjutan
 3. Kerja sama dalam unit di rumah sakit
 4. Komunikasi terbuka
 5. Umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan
 6. Respon tidak mempersalahkan terhadap kesalahan (*respon non-punitive*)
 7. *Staffing*
2. Tingkat rumah sakit, terdiri atas dimensi:
 1. Dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien,
 2. Kerja sama antar unit di rumah sakit,
 3. *Handsoff*/perpindahan dan transisi pasien.
 3. Keluaran, terdiri atas dimensi:
 1. Persepsi keseluruhan staf di rumah sakit terkait keselamatan pasien
 2. Frekuensi pelaporan kejadian,

Survei budaya keselamatan berguna untuk mengukur kondisi organisasi yang dapat mengurangi KTD dan kecelakaan pasien di rumah sakit. Rumah sakit yang ingin menilai budaya keselamatan pasien di organisasinya harus menyadari pelaksanaan survei budaya keselamatan pasien. Survei budaya keselamatan pasien dapat digunakan untuk (AHRQ, 2004):

1. Meningkatkan kesadaran staf rumah sakit mengenai keselamatan pasien
2. Mendiagnosa dan menilai keadaan budaya keselamatan pasien saat itu
3. Mengidentifikasi kekuatan/kelebihan suatu area/unit untuk pengembangan program keselamatan pasien

4. Menguji perubahan trend budaya keselamatan pasien sepanjang waktu
5. Mengevaluasi dampak budaya dari inisiatif dan intervensi keselamatan pasien
6. Mengadakan perbandingan baik internal maupun eksternal

Berikut adalah penjelasan dari dimensi-dimensi yang digunakan untuk mengukur budaya keselamatan pasien :

a. Kepemimpinan

Yahya (2006) dalam konvensi nasional mutu rumah sakit dalam membangun budaya keselamatan pasien di rumah sakit ada dua model kepemimpinan sekaligus yang dibutuhkan yakni kepemimpinan transaksional dan transformasional. Kepemimpinan transaksional dapat digunakan untuk mendorong staf melakukan pelaporan kejadian insiden dan kepemimpinan transformasional dipakai untuk proses belajar dari kejadian dan merancang kembali program untuk keselamatan pasien.

Menurut Kohn (2000) dalam Hamdani (2007) IOM merekomendasikan bahwa prinsip pertama dalam mendesain sistem keselamatan dalam organisasi kesehatan adalah dengan kepemimpinan. Termasuk di dalamnya *patient safety* dijadikan sebagai prioritas utama, menjadikan *patient safety* menjadi tanggung jawab bersama serta menyediakan sumber daya manusia maupun dana untuk analisis error dan merancang ulang sistem

Penelitian yang dilakukan Singer (2005) dalam Hamdani (2007) menyimpulkan bahwa untuk membangun *safety culture* yang kuat ada 6 perilaku yang harus dimiliki oleh senior leader yakni:

1. Membuat dan mengkomunikasikan visi *safety* yang jelas

2. Mendorong personel untuk mencapai visi
3. Secara aktif melakukan upaya pengembangan *patient safety*
4. Memberikan contoh
5. Fokus pada isu dibandingkan pada kesalahan individu
6. Secara kontinyu melakukan penelitian sebagai upaya melakukan perbaikan

b. Kerja sama/Teamwork

Kerja sama didefinisikan sebagai kumpulan individu dengan keahlian spesifik yang bekerja sama dan berinteraksi untuk mencapai tujuan bersama (Ilyas, 2003). Sedangkan Thompson (2000) dalam Hamdani (2007) mendefinisikan tim sebagai sekelompok orang yang saling terkait terhadap informasi, sumber daya, keterampilan, dan berusaha mencapai tujuan bersama.

Menurut *Canadian Nurse Association* tahun 2004, faktor-faktor yang menjadi tantangan bagi perawat dalam memberikan keperawatan yang aman dan memberikan kontribusi dalam keselamatan pasien salah satunya adalah kerja sama tim (Setiowati, 2010). Kinerja kerja sama tim yang terganggu juga merupakan salah satu penyebab insiden keselamatan pasien yang merupakan kombinasi dari kegagalan sistem. Peluang insiden terjadi akibat dari kondisi-kondisi tertentu. Kondisi yang memudahkan terjadinya kesalahan misalnya gangguan lingkungan dan teamwork yang tidak berjalan (Cahyono, 2008).

Menurut Vincent (2003) dalam Setiowati (2010) hambatan komunikasi dan pembagian tugas yang tidak seimbang menjadi penyebab tidak berjalannya teamwork yang efektif. Efektivitas teamwork sangat tergantung pada komunikasi dalam tim, kerjasama, adanya supervisi dan pembagian tugas.

Sebuah studi observasional dan analisis retrospektif terhadap insiden keselamatan menunjukkan bahwa faktor teamwork yang kurang, berkontribusi lebih banyak dibandingkan dengan kemampuan klinis yang lemah.

c. Komunikasi Terbuka

Menurut Nazhar (2009) dalam Hamdani (2007) komunikasi dalam keselamatan pasien telah menjadi standar dalam *Joint Commission Accreditation of Health Organization* sejak tahun 2010. Komunikasi terbuka dapat diwujudkan pada saat serah terima, briefing, dan ronde keperawatan. Perawat menggunakan komunikasi terbuka pada saat serah terima dengan mengkomunikasikan kepada perawat lain tentang risiko terjadinya insiden, melibatkan pasien pada saat serah terima. Briefing digunakan untuk berbagi informasi seputar isu-isu keselamatan pasien, perawat dapat secara bebas bertanya seputar keselamatan pasien yang potensial terjadi dalam kegiatan sehari-hari. Ronde keperawatan dapat dilakukan setiap minggu dan fokus hanya pada keselamatan pasien.

Keterbukaan pada komunikasi juga melibatkan pasien. Pasien mendapatkan penjelasan akan tindakan dan juga kejadian yang telah terjadi. Pasien mendapatkan informasi tentang kondisi yang akan menyebabkan risiko terjadinya kesalahan. Perawat memberi motivasi untuk memberikan setiap hal yang berhubungan dengan keselamatan pasien (Nurmalia, 2012).

Dalam komunikasi hal menjadi pokok penting salah satunya adalah komunikasi efektif. Komunikasi efektif merupakan salah satu strategi untuk membangun budaya keselamatan pasien. Komunikasi efektif sangat berperan

dalam menurunkan KTD dalam sebuah asuhan medis pasien. Strategi ini ditetapkan oleh *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) sebagai tujuan nasional keselamatan pasien. Hal ini didasarkan pada laporan *Agency of Healthcare Research and Quality* (AHRQ) bahwa komunikasi merupakan 65 % menjadi akar masalah dari KTD. Strategi yang diterapkan JCAHO untuk menciptakan proses komunikasi efektif adalah pendekatan standarisasi komunikasi dalam serah terima pasien (hand over). Komunikasi saat proses transisi perawatan pasien dapat berisiko kesalahan ketika informasi yang diberikan tidak akurat (Cahyono, 2008).

d. Respon *Non-Punitive*/Respon tidak menyalahkan

Perawat dan pasien diperlakukan secara adil ketika terjadi insiden. Ketika terjadi insiden, tidak berfokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan. Budaya tidak menyalahkan perlu dikembangkan dalam menumbuhkan budaya keselamatan pasien. Perawat akan membuat laporan kejadian jika yakin bahwa laporan tersebut tidak akan mendapatkan hukuman atas kesalahan yang terjadi. Lingkungan terbuka dan adil akan membantu membuat pelaporan yang dapat menjadi pelajaran dalam keselamatan pasien (Nurmalia, 2012).

Fokus pada kesalahan yang diperbuat perawat akan mempengaruhi psikologis perawat. Kesalahan yang dilakukan perawat akan berdampak secara psikologis yang akan menurunkan kinerja (Yahya, 2006). Menurut Reason (2000) dalam Hamdani (2007), kesalahan yang terjadi lebih banyak disebabkan kesalahan sistem, jadi fokus apa yang diperbuat, hambatan yang

mengakibatkan kesalahan serta risiko lain yang dapat terjadi dapat dijadikan pembelajaran dari pada hanya terfokus pada siapa yang melakukan.

e. *Staffing*

Menurut Doughlas dkk (1976) dalam Beginta (2012), staffing didefinisikan sebagai proses menegaskan pekerja yang ahli untuk mengisi struktur organisasi melalui seleksi dan pengembangan personel. Dengan adanya staffing diharapkan terpenuhinya jumlah dan keterampilan yang dimiliki perawat sesuai dengan kebutuhan yang ada di tiap unit yang dibutuhkan. Jumlah perawat di rumah sakit memengaruhi kualitas pelayanan yang diterima pasien di rumah sakit. Karena staf yang memadai merupakan suatu hal yang mendasar untuk perawatan yang berkualitas.

Terbukti dengan banyaknya perawat setara dengan keselamatan pasien yang lebih baik. Aiken, dkk (2002) dalam Beginta (2012) menyebutkan bahwa terdapat hubungan langsung antara staffing perawat dan dampaknya terhadap keselamatan pasien, hasil, dan kepuasan perawat professional dalam rumah sakit.

f. *Reporting culture*

Menurut Jeff dkk (2007) dalam Beginta (2012) pelaporan merupakan unsur penting dari keselamatan pasien. Informasi yang adekuat pada pelaporan akan dijadikan bahan oleh organisasi dalam pembelajaran. Organisasi belajar dari pengalaman sebelumnya dan mempunyai kemampuan untuk

mengidentifikasi faktor risiko terjadinya insiden sehingga dapat mengurangi atau mencegah insiden yang terjadi.

Menurut Bird (2012) dan Buginta (2012), hambatan atau kendala dalam pelaporan telah diidentifikasi sehingga proses pelaporan insiden menjadi lebih mudah. Hambatan yang dapat terjadi pada pelaporan diantaranya: perasaan takut akan disalahkan, perasaan kegagalan, takut akan hukuman, kebingungan dalam bentuk pelaporan, kurang kepercayaan dari organisasi, kurang menyadari keuntungan dari pelaporan.

Perawat akan membuat pelaporan jika merasa aman apabila membuat laporan tidak akan menerima hukuman. Perawat yang terlibat merasa bebas untuk menceritakan atau terbuka terhadap kejadian yang terjadi. Perlakuan yang adil terhadap perawat, tidak menyalahkan secara individu tetapi organisasi lebih fokus terhadap sistem yang berjalan akan meningkatkan budaya pelaporan (NPSA, 2004).

Budaya keselamatan dalam implementasi sistem manajemen keselamatan yang kuat mencakup: mendorong setiap orang bertanggung jawab akan keselamatan terhadap diri sendiri, rekan kerja, pasien, dan pengunjung; mengutamakan keselamatan dan keuntungan di atas keuntungan dan tujuan organisasi; mendorong dan memberikan penghargaan terhadap identifikasi, pelaporan, dan penyelesaian isu keselamatan; memberi kesempatan pembelajaran dari kejadian celaka; mengalokasikan sumber daya, struktur dan tanggung jawab, yang sesuai untuk memelihara sistem keselamatan yang efektif; serta menghindari tindakan sembrono yang absolut (Buginta, 2012).

2.4 Keselamatan Pasien

2.4.1 Definisi Keselamatan Pasien

Menurut Institute of Medicine (IOM) keselamatan pasien memiliki pengertian bebas dari kejadian cedera. Selain pengertian tersebut *patient safety* dapat diartikan sebagai *the prevention of harm patient* penekanan ditempatkan pada pemberi perawatan yang mencegah kesalahan, belajar dari kesalahan yang terjadi dan dibangun di atas sebuah budaya keselamatan pasien yang melibatkan perawat kesehatan profesional, organisasi, dan pasien. Hal tersebut diperluas oleh *Agency of Healthcare Research and Quality* (AHRQ) keselamatan pasien diartikan sebagai bebas dari cedera yang disengaja atau cedera yang dicegah yang dihasilkan oleh petugas medis (AHRQ, 2008) dalam (Beginta, 2012).

Dalam Permenkes RI Nomor 1691/Menkes/ PER/VIII/2011 disebutkan bahwa keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Dalam Depkes (2006), tujuan dari sistem keselamatan pasien rumah sakit adalah:

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

2.4.2 Program Keselamatan Pasien

Menurut Kohn (2000) dalam Hamdani (2007) IOM merekomendasikan beberapa hal yang terkait keselamatan pasien untuk kebijakan tingkat nasional diantaranya adalah :

1. Pembuatan standar untuk organisasi kesehatan dimana organisasi kesehatan harus memberikan perhatian yang besar untuk program keselamatan pasien. Regulator dan badan akreditasi mengharuskan organisasi kesehatan untuk mengimplementasikan program keselamatan pasien.
2. Pembuatan standar untuk profesi kesehatan yakni dengan tes periodik bagi dokter, perawat, dan tenaga lain, sertifikasi, pembuatan kurikulum keselamatan pasien, pelatihan, konferensi, jurnal, dan publikasi lainnya.

Menurut IOM terdapat lima prinsip untuk merancang *patient safety system* di organisasi kesehatan yakni (Hamdani, 2007):

Prinsip I : Provide leadership meliputi:

- a. Menjadikan keselamatan pasien sebagai tujuan utama/prioritas.

- b. Menjadikan keselamatan pasien sebagai tanggung jawab bersama.
- c. Menunjuk/menugaskan seseorang yang bertanggung jawab untuk program keselamatan pasien.
- d. Menyediakan sumber daya manusia dan dana untuk analisis error dan redesign system.
- e. Mengembangkan mekanisme yang efektif untuk mengidentifikasi “unsafe” dokter.

Prinsip II : Memperhatikan keterbatasan manusia dalam perancangan proses yakni:

- a. *Design job for safety.*
- b. Menyederhanakan proses.
- c. Membuat standar proses.

Prinsip III : Mengembangkan tim yang efektif.

Prinsip IV : Antisipasi untuk kejadian yang tidak terduga ; pendekatan proaktif, menyediakan antidotum dan training simulasi.

Prinsip V : Menciptakan atmosfer learning.

2.4.3 Standar keselamatan pasien

Standar keselamatan pasien rumah sakit yang disusun ini mengacu pada ”Hospital Patient safety Standards” yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2002, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahsakitannya di Indonesia (Depkes, 2006).

Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar menurut Depkes (2006) yaitu :

1. Standar I: Hak pasien

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

2. Standar II: Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

3. Standar III: Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

4. Standar IV : Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

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

1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi kejadian tidak diharapkan.

2) 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.
6. Standar VI: Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
- 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.
7. Standar VII: Komunikasi merupakan kunci bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien
- 1) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
 - 2) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

2.4.4 Tujuh Langkah Keselamatan Pasien

Tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit menurut Depkes (2006)
yaitu:

- 1) Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.
Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- 2) Pimpin dan dukung staf anda
Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit anda.
- 3) Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko
Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang berpotensi masalah
- 4) Kembangkan sistem pelaporan
Pastikan staf Anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/ insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS).
5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
Dorong staf anda untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.
7. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien
Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

2.4.5 Enam Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit.

Tujuan dari Sasaran keselamatan pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Berikut 6 sasaran keselamatan pasien (Kemenkes, 2011):

Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien

Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif

Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (High-Alert)

Sasaran IV : Kepastian tepat-lokasi, Tepat-prosedur, Tepat pasien operasi

Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh

2.4.6 Insiden Keselamatan Pasien

Dalam Permenkes No 1691 tahun 2011 disebutkan bahwa insiden keselamatan pasien 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. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Insiden keselamatan pasien juga

merupakan akibat dari melaksanakan suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (ommission) (Depkes, 2008).

Selanjutnya dalam Permenkes No 1691 tahun 2011 disebutkan insiden keselamatan pasien terdiri dari :

- a. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- b. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
- c. Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- d. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

2.5 Standar Keselamatan Pasien

Menurut Permenkes Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang keselamatan pasien rumah sakit harus ada beberapa standar yang wajib dimiliki oleh rumah sakit dalam menjalankan program keselamatan pasien.

Standar I. Ketentuan tentang hak pasien

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

Adapun kriteria dari standar ini adalah :

- a. Harus terdapat dokter penanggung jawab pelayanan.
- b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan kesehatan.

- c. Dokter yang menjadi penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan dan prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

Standar II. Mendidik pasien dan keluarga.

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung pasien dalam asuhan kesehatan pasien.

Adapun kriteria dari standar tersebut antara lain.

Keselamatan pasien dalam pemberian pelayanan dapat di tingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan patner 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 di harapkan pasien dan keluarga dapat :

- a. Memberi informasi yang tepat, 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 kesehatan.
- e. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
- f. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
- g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

Standar III. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan. Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria:

- a. Adanya koordinasi yang baik dari pelayanan kesehatan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
- b. Adanya koordinasi pelayanan kesehatan yang di sesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transaksi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
- c. Adanya 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. Adanya komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

Standar IV. Rumah sakit mesti mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriteria dari standar IV adalah sebagai berikut:

- a. Setiap rumah sakit melakukan proses perencanaan yang baik dengan 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 resiko bagi pasien sesuai dengan "Tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit"
- b. Setiap rumah sakit melakukan pengumpulan data kinerja antara lain yang terkait dengan pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan dan keuangan.
- c. Setiap rumah sakit melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua KTD/KNC, dan secara proaktif melakukan evaluasi suatu proses kasus resiko tinggi bagi pasien.
- d. Setiap rumah sakit menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang di perlukan agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

Standar V. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

- 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 mengidentifikasi risiko keselamatan pasien dan program untuk menekan atau mengurangi KTD/KNC.

- c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit terkait dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengkaji, mengukur, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- e. Pimpinan mengkaji dan mengukur efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja Rumah Sakit dan keselamatan pasien.

Kriteria dari standar ini adalah sebagai berikut.

- a. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien guna meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.
- b. Tersedia program proaktif untuk mengidentifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden yang mencakup jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari KNC/Kejadian Nyaris Cedera (*Near miss*) sampai dengan KTD (*Adverse event*)
- c. Tersedianya mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi serta berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- d. Tersedia prosedur yang 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.
- f. Tersedia mekanisme pelaporan baik internal dan eksternal yang berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang

analisis akar masalah kejadian pada saat program keselamatan pasien mulai di laksanakan.

- g. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden atau kegiatan proaktif untuk memperkecil resiko termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan kejadian yang tidak diinginkan.
- h. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.
- i. 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.
- j. Tersedia sasaran terukur dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria obyektif untuk mengevaluasi efektifitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

Standar VI. Mendidik staf tentang keselamatan pasien.

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

Kriteria dari standar ini adalah sebagai berikut :

- a. Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik tentang 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 training tentang kerjasama kelompok guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

Standar VII. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

- a. Rumah sakit harus 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 dari standar ini adalah :

- a. Rumah sakit perlu menyediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- b. Tersedia mekanisme untuk mengidentifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

2.6 Mutu Pelayanan

Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata serata penyelenggaranya sesuai dengan standar dan kode etik profesi (azrul azwar, 1996).

Mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau puskesmas secara wajar, efisien, dan efektif serta diberika secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan mempertimbangkan keterbatasan dan kemampuan pemerintah, serta masyarakat konsumen.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) di Amerika Serikat mempublikasikan empat kelompok indikator mutu, yaitu *prevention quality indicator, inpatient quality indicator, patient safety indicator, dan pediatric quality indicator* (dapat diakses di sini). Sementara itu, *Joint Commission International* juga menerbitkan *International Hospital Inpatient Quality Measures* yang terdiri dari sepuluh kelompok indikator klinis. Contoh dari kedua sumber tersebut sering dipakai bergantian dalam ceramah mengenai akreditasi rumah sakit di Indonesia.

Di Indonesia, penetapan indikator dipandu Peraturan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit. Dalam lampiran Permenkes tersebut, diatur 21 jenis pelayanan dan 107 indikator yang telah ditetapkan standar minimalnya dengan nilai tertentu.

Kementrian kesehatan menetapkan standar ini menjadi tolak ukur pelayanan rumah sakit badan layanan umum daerah.

Tebel 2.1 Dimensi mutu (WHO, 2006)

Dimensi Mutu	Maksud Dimensi Mutu
Efektif	Pelayanan kesehatan yang erat pada basis bukti dan berhasil dalam meningkatkan luaran kesehatan individu atau komunitas berdasarkan kebutuhan
Efisiensi	Pelayanan kesehatan yang memaksimalkan sumber daya dan menghindari pemborosan
Mudah diakses	Pelayanan kesehatan yang tepat waktu, wajar secara geografis, dan disediakan dalam kerangka yang tepat dari sisi ketarampilan dan sumber daya untuk memenuhi kebutuhan
Diterima	Pelayanan kesehatan yang mempertimbangkan pilihan dan aspirasi individu pengguna layanan dan budaya komunitasnya

Tidak berpihak	Pelayanan kesehatan yang tidak berbeda dalam kualitas karena karakteristik personal seperti gender, ras, etnis, lokasi geografis, dan status sosio ekonomi.
Aman	Pelayanan kesehatan yang meminimalkan risiko dan harm.

2.7 Manajemen

Manajemen dalam arti luas juga mempunyai pengertian sebagai perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian sumber daya organisasi untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Pengertian manajemen secara umum adalah ilmu dan seni dalam mengatur, mengelola, dan mengkoordinasi yang bertujuan untuk melakukan suatu tindakan guna mencapai tujuan (Erita, 2019).

Secara umum, fungsi dari manajemen dapat dikatakan sebagai serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh manajemen didalam hal untuk mencapai tujuannya. Fungsi dari manajemen juga dikenal dengan istilah POAC:

1. Perencanaan (Planning), Perencanaan adalah salah satu fungsi yang digunakan untuk merencanakan segala sesuatu dengan sebaik mungkin dalam upaya untuk mencapai tujuannya. Hal tersebut akan berjalan dengan lancar apabila kita memiliki gambaran mengenai hal apa saja yang akan

digunakan atau dijalani, oleh sebab itu hal ini harus melibatkan perencanaan.

2. Pengorganisasian (Organizing), Setelah kita melakukan sebuah perencanaan dengan matang, maka hal berikutnya yang akan kita lakukan adalah Pengorganisasian. Sebab pengorganisasian ini sangat penting untuk dilakukan agar mempermudah manajer melakukan sebuah pengewasan yang lebih efektif.
3. Pengarahan (Actuating), Fungsi dari manajemen yang ketiga adalah Pengarahan, pengarahan ini sangat penting dilakukan agar segala sesuatu yang sudah direncanakan dapat berjalan dengan lancar sesuai dengan perencanaan yang dibuat. Seorang manajer akan melakukan pengarahan kepada setiap karyawannya, apabila didalam perusahaan tersebut sedang mengalami suatu permasalahan atau apa yang sedang dikerjakan tidak sesuai dengan apa yang sudah direncanakan.
4. Pengawasan (Controlling), Fungsi yang terakhir dari manajemen adalah melakukan pengawasan. Dari serangkaian rencana atau pekerjaan yang sudah dilaksanakan, maka hal ini sangat memerlukan yang namanya pengawasan. Manajer akan secara aktif melakukan pengawasan terhadap sumber daya yang telah diorganisasikan sebelumnya dan memastikan apa yang dikerjakan itu sesuai dengan apa yang sudah direncanakan atau tidak.

2.8 Budaya Organisasi

Budaya organisasi adalah pola asumsi bersama sebagai pembelajaran untuk mengatasi masalah eksternal dan integrasi internal,

diajarkan kepada anggota baru sebagai cara yang benar untuk memahami, berpikir, dan merasakan adanya masalah (Schein, 2010). Budaya organisasi adalah sebuah sistem makna bersama yang dianut oleh anggota-anggota yang membedakan organisasi itu dengan organisasi lainnya (Robins).

Trice and Beyers (1993) berpendapat bahwa sebuah organisasi dapat mempunyai budaya secara keseluruhan dan sekaligus mempunyai berbagai subcultures. Sifat-sifat subcultures yang dimiliki oleh profesional dalam organisasi mempunyai elemen yang sama dengan kultur organisasi. Berbagai ciri tersebut antara lain: (1) anggota subculture mempunyai suatu rasa kebersamaan; (2) anggota kelompok profesi saling belajar dari pengalaman kerja; (3) anggota kelompok mempunyai keadaan emosi yang luar biasa dalam pekerjaannya; (4) citra diri dan status sosial anggota meningkat dengan prestasi dalam pekerjaannya; (5) anggota kelompok mengembangkan hubungan sosialnya ke kegiatan hidup di luar kerja.

Pola asumsi dasar bersama yang dipelajari kelompok saat memecahkan masalah adaptasi eksternal dan integrasi internal, yang telah bekerja cukup baik untuk dianggap valid dan, oleh karena itu, untuk diajarkan kepada anggota baru sebagai cara yang benar untuk memahami, berpikir, dan rasakan dalam kaitannya dengan masalah tersebut. Schein (1992) menyatakan bahwa terdapat berbagai tingkat budaya, yaitu (1) asumsi dasar yang berada di bawah sadar dan menjadi kepercayaan kuat dalam organisasi, (2) nilai-nilai yang dicari dan diekspresikan dalam berbagai kegiatan termasuk menyusun strategi, tujuan organisasi, dan

filosofi organisasi, dan (3) artefak atau hal yang tampak dan benda-benda yang terlihat sebagai ciri budaya kelompok.

Budaya sektor kesehatan tersebut dapat dicermati terjadi pada: (1) perubahan budaya pada tingkat nasional; (2) budaya kerja rumah sakit; dan (3) budaya para profesional seperti budaya para dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya.

2.9 Riset Terdahulu

Tabel 2.1 Riset terdahulu manajemen budaya keselamatan dan keselamatan pasien dalam meningkatkan mutu pelayanan

No	Judul	Design Penelitian	Sampel dan teknik sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
1.	Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien Melalui Peningkatan Motivasi Perawat dan Optimalisasi Peran Kepala Ruang	Deskripsi korelasi	Sampel 49, teknik total sampling	<ul style="list-style-type: none"> • Motivasi perawat • Peran kepala ruangan • Budaya keselamatan pasien 	kuesioner	<i>chi-square</i>	Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa peningkatan motivasi perawat dan optimalisasi peran kepala ruang dapat mempengaruhi peningkatan budaya keselamatan pasien.
2.	Analisis Dimensi Budaya Keselamatan Pasien Oleh Tenaga Kesehatan di RSUD dr Rasidin Padang	Mix methode	Sampel 250, teknik total sampling	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensi budaya keselamatan pasien 	Kuesioner dan indepth interview	Analisis data kualitatif metode <i>thematic frameworks analysis</i> . Analisis data	Hasil penelitian menunjukkan dimensi yang paling tinggi respon positifnya adalah dimensi supervisi (78%) dan dimensi yang paling rendah adalah frekuensi pelaporan (31%). Hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien adalah perilaku dari petugas kesehatan dan dukungan dari

						kuantitatif; deskriptif	manajemen yang belum maksimal.
3.	Analisis Budaya Organisasi dan Budaya Keselamatan Pasien Sebagai Langkah Pengembangan Keselamatan Pasien	Mix methode	Sampel 152 (budaya keselamatan pasien) 15 sampel udaya organisasi	Budaya keselamatan pasien Budaya organisasi	Kuesioner FGD	Analisis data kualitatif metode competing values <i>frameworks</i> Analisis data kuantitatif; deskriptif	kerjasama dalam unit merupakan dimensi budaya keselamatan pasien yang terkuat. Sementara <i>staffing</i> dan respons <i>non punitive</i> merupakan dimensi yang terlemah. Tipe budaya <i>Clan</i> didapatkan sebagai tipe budaya organisasi yang dominan sekaligus kuat dan menjadi panduan untuk melakukan perubahan dalam organisasi khususnya dalam pengembangan keselamatan pasien.
4.	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit	<i>explanatory sequential</i>	115 sampel	budaya keselamatan pasien	Kuesioner Indepth interview	Regresi logistik	Budaya keselamatan pasien di RSKBP masih kurang. <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi pelaporan dan jumlah insiden yang dilaporkan masih sangat kurang, 2. budaya tidak menyalahkan menempati urutan ke dua yang dinilai paling jelek 3. Keselamatan pasien tingkat unit dan keselamatan pasien

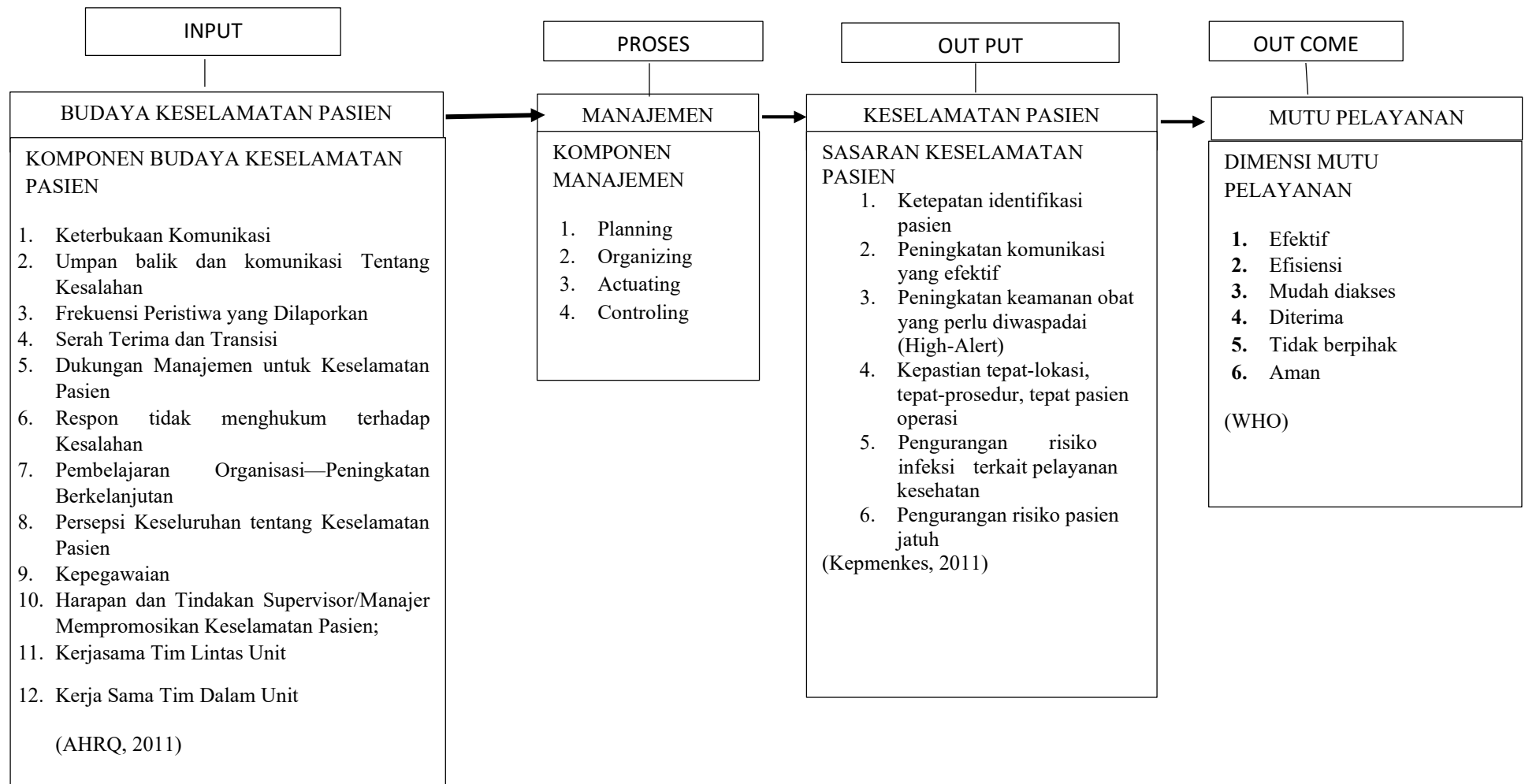
							tingkat rumah sakit menurut responden juga masih kurang
5.	Implementation of patient safety culture in outcome level in X general hospital in Yogyakarta	mixed methods research- <i>explanatory sequential</i>	72 sampel	Budaya keselamatan pasien	Kuesioner Indepth interview	deskriptif	Kesimpulan dari penelitian ini adalah tingkat hasil budaya keselamatan pasien yang meliputi frekuensi pelaporan kejadian keselamatan pasien, persepsi keselamatan pasien pada tingkat keselamatan pasien, jumlah pelaporan kejadian di RSUD Kota Yogyakarta belum semua dilakukan perawat. sehingga diperlukan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan persepsi perawat khususnya pada tingkat outcome
6	Gambaran budaya keselamatan pasien Di rs roemani muhamaddiyah semarang	<i>cross-sectional study</i>	72 sampel	Budaya keselamatan pasien	Kuesioner	deskriptif	Budaya keselamatan di RS Roesmani Semarang dikategorikan sedang dengan persentasi (71%), dengan rincian tiap dimensi yaitu dimensi frekuensi pelaporan dikategorikan rendah dengan persentase (48,2%) dan 5 dimensi dikategorikan kuat

						<p>yaitu harapan dan tindakan supervise dalam mempromosikan patient safety (84,7%), komunikasi terbuka (88,9%), umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan (88,9%), kerja sama antar unit (80,2%), handsoff dan Transisi (86,1%). Dimensi yang tergolong sedang yaitu perbaikan berkelanjutan (72,6%), kerja sama dalam unit (71,2%), respon non punitive (51,8%), staffing (62,3%), dukungan manajemen (67,6%), persepsi keseluruhan tentang patient safety (74,7%)</p>
7	Persepsi perawat tentang budaya keselamatan pasien dalam upaya peningkatan mutu pelayanan	metode qualitative dengan pendekatan fenomenologi	8 informan	Budaya keselamatan pasien	Wawancara mendalam	<p>Hasil penelitian terdapat tujuh tema yaitu Dukungan manajemen dalam menciptakan keselamatan pasien tidak dilakukan secara berkesinambungan. Keterbatasan sarana dan prasarana yang mendukung keselamatan pasien. Kurangnya sosialisasi tentang pentingnya pelaporan keselamatan pasien. Pelatihan keselamatan pasien hanya sosialisasi dalam rangka</p>

							<p>persiapan penilaian akreditasi. Komunikasi tentang keselamatan pasien masih belum efektif. Evaluasi yang dilakukan hanya sebatas mencari penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien. Pelaksanaan kerjasama tim belum mendukung terciptanya keselamatan pasien.</p>
8	Pentingnya penerapan keselamatan pasien di rumah sakit	Literatur review	Buku dan jurnal	Budaya keselamatan pasien			<p>Patient safety merupakan inti dari pelayanan kesehatan terutama dalam lingkup manajemen rumah sakit. Tujuan patient safety adalah mengurangi risiko kerugian pasien dari kesalahan, memberikan pelayanan pasien yang lebih aman termasuk didalamnya asesmen resiko, indentifikasi dan manajemen resiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya resiko.</p>
9	Nurses' Adherence to Patient Safety Principles	Systematic review	Jurnal	Kepatuhan perawat			<p>Pencerahan individu dan faktor-faktor sistemik memiliki implikasi untuk praktik asuhan keperawatan, karena keduanya</p>

							mempengaruhi kepatuhan terhadap keselamatan pasien prinsip. Lebih banyak penelitian yang menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif diperlukan untuk meningkatkan kualitas kami. pengetahuan tentang tindakan yang diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan perawat terhadap prinsip-prinsip keselamatan pasien dan efek pada hasil keselamatan pasien.
--	--	--	--	--	--	--	---

2.10 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep manajemen Budaya Keselamatan Pasien

KETERANGAN ;

Sebagaimana yang diketahui bahwa kualitas rumah sakit di dasarkan oleh dua hal yaitu mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Dalam memberikan pelayanan di rumah sakit sangat dituntut adanya mutu pelayanan yang baik oleh seluruh komponen pemberi pelayanan di rumah sakit. Salah satu capaian mutu pelayanan adalah adanya keselamatan pasien.

Budaya keselamatan pasien merupakan unsur penting dalam mencapai indikator-indikator keselamatan pasien. Dalam menjalankan budaya keselamatan pasien diperlukan pengelolaan yang meliputi ; perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan.

2.11 Definisi Operasional

1. Manajemen budaya keselamatan pasien

Perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian sumber daya organisasi untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien dalam mencapai nilai, sikap, kompetensi dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen, style dan kemampuan suatu organisasi pelayanan kesehatan terhadap program keselamatan pasien (kemenkes 2017).

2. Keselamatan pasien

Sistem yang diterapkan untuk mencegah terjadinya cedera akibat perawatan medis dan kesalahan pengobatan melalui suatu sistem assesment resiko, identifikasi dan pengelolaan faktor risiko, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dan tindak lanjut dari insident serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko (Dep Kes RI, 2006).

3. Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Pelayanan kesehatan yang memenuhi dimensi mutu dan dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata serata penyelenggaranya sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Azwar, 1996).