

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Manajemen budaya keselamatan pasien terhadap mutu pelayanan sakit

Penelitian Azyabi tentang menganalisis persepsi budaya keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit, menentukan instrumen yang tersedia, dan mengidentifikasi faktor paling kritis yang memiliki dampak pada budaya keselamatan pasien. Hasil temuan, mengungkapkan bahwa kerja tim dan organisasi dan perilaku pembelajaran adalah beberapa faktor yang memiliki dampak signifikan terhadap budaya keselamatan pasien. Penelitian ini juga menggambarkan bahwa pelaporan kesalahan dan kesadaran keselamatan, gender dan demografi, pengalaman pekerjaan, dan kepegawaian merupakan faktor penting tambahan yang perlu dipertimbangkan lebih lanjut untuk meningkatkan persepsi budaya keselamatan pasien. Di masa depan, dampak budaya pada keselamatan pasien dapat dianalisis secara lebih mendalam. Keselamatan pasien, khususnya di rumah sakit, merupakan fenomena yang dinamis dan kompleks. Oleh karena itu, dianjurkan bahwa penelitian dan survei dilakukan setiap dua hingga tiga tahun untuk memastikan praktik terbaik untuk keselamatan pasien. Pendekatan seperti itu juga dapat meningkatkan kualitas layanan Kesehatan (Azyabi, 2021).

Meningkatkan persepsi budaya keselamatan pasien di sektor pelayanan kesehatan (rumah sakit) memainkan peran kunci dalam meningkatkan kualitas, efisiensi, dan produktivitas pelayanan secara keseluruhan. Azyabi mengungkapkan bahwa kerja tim dan organisasi dan perilaku pembelajaran adalah beberapa faktor yang memiliki dampak signifikan terhadap budaya keselamatan pasien. Selain itu, digambarkan bahwa pelaporan kesalahan dan kesadaran keselamatan, gender dan demografi, pekerjaan pengalaman, dan kepegawaian merupakan faktor penting tambahan yang perlu dipertimbangkan lebih lanjut untuk meningkatkan persepsi budaya keselamatan pasien (Azyabi, 2021).

Keselamatan pasien tetap menjadi masalah global yang mempengaruhi negara maju dan berkembang. Rumah sakit harus fokus pada kebutuhan untuk menilai budaya keselamatan pasien. Budaya seperti itu akan memberikan pemahaman dasar tentang persepsi terkait keselamatan pada staf mereka. Instrumen penilaian budaya keselamatan dapat membantu rumah sakit dalam mengidentifikasi area-area untuk perbaikan. Hal ini juga sangat penting bahwa pembuat kebijakan di Negara-negara Arab menetapkan budaya yang adil di tempat kerja di mana karyawan harus didorong untuk melaporkan setiap efek samping, kesalahan, insiden atau kejadian nyaris cidera sehingga dapat diambil pelajaran. Lebih penting lagi, budaya keselamatan harus dinilai secara teratur untuk mengevaluasi keefektifannya program dan intervensi keselamatan pasien. Pemimpin layanan kesehatan, peneliti, dan legislator di Negara-negara Arab perlu menyadari bahwa keselamatan pasien adalah masalah kesehatan masyarakat yang serius yang merenggut nyawa. Penelitian ini telah mengidentifikasi bahwa respons non-hukuman terhadap kesalahan dipandang sebagai masalah serius yang perlu ditingkatkan sebagai profesional kesehatan di Negara-negara Arab cenderung berpikir bahwa 'budaya menyalahkan' masih ada yang mencegah mereka dari melaporkan insiden. Dengan demikian, pembuat kebijakan perlu untuk memastikan bahwa undang-undang dan peraturan diperkenalkan untuk mendorong organisasi kesehatan untuk menerapkan sistem pelaporan keselamatan pasien yang akan membantu mengidentifikasi risiko terhadap pasien dan membantu organisasi kesehatan belajar dari kesalahan mereka. (Elmonstri, 2016)

Ada kebutuhan untuk mempromosikan budaya keselamatan pasien sebagai strategi untuk meningkatkan keamanan pasien di dunia Arab. Meningkatkan budaya keselamatan pasien harus mencakup semua pemangku kepentingan, seperti pembuat kebijakan, penyedia layanan kesehatan dan mereka yang bertanggung jawab atas pendidikan kesehatan (Elmonsri, dkk, 2016).

Penilaian budaya keselamatan pasien sangat penting untuk promosi pelayanan kesehatan dan kualitasnya. Dari hasil review penelitian terhadap beberapa penelitian yang di laksanakan di beberapa negara di Amerika Serikat, Amerika Utara, Eropa, Asia, dan Amerika Selatan. Terdapat 13 instrumen penilaian budaya keselamatan digunakan dalam pelayanan darurat intra dan pra-rumah sakit. Diidentifikasi penggunaan 2 instrumen HSOPSC dan SAQ lebih menonjol, di mana instrumen yang terakhir berposisi sebagai kemungkinan adaptasi dengan layanan pra-rumah sakit. Hal ini juga menunjuk mana instrumen yang paling spesifik untuk pengaturan tertentu, seperti layanan transportasi udara dan institusi jangka panjang. Kuantitas dan nomenklatur dimensi bervariasi antara instrumen. Dimensi yang paling sering melibatkan kerja tim, dukungan, dan tindakan manajemen untuk keselamatan pasien, serta mereka yang fokusnya adalah pada peningkatan berkelanjutan, pembelajaran, pelatihan, dan sumber daya manusia sumber daya untuk keselamatan pasien (Torrente, 2021). Penilaian budaya keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan diperlukan, dan yang lebih penting, lakukan perubahan berdasarkan hasil penilaian-penilaian. Rumah sakit memiliki potensi untuk perbaikan dalam umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan dan keterbukaan komunikasi. Sebuah pendekatan dan perhatian yang dimodifikasi diperlukan untuk konteks ketika merancang intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan budaya keselamatan di rumah sakit. (Zhong, 2019)

Keselamatan pasien dianggap penting untuk organisasi kesehatan. Organisasi yang ingin meningkatkan kinerja secara keseluruhan dan kualitas layanan. Penilaian budaya keselamatan pasien dalam organisasi kesehatan ini diperlukan, dan yang lebih penting, lakukan perubahan berdasarkan hasil penilaian semacam itu. Adapun survei kami, rumah sakit memiliki potensi untuk perbaikan dalam umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan dan keterbukaan komunikasi. Sebuah pendekatan dan perhatian yang dimodifikasi

diperlukan untuk konteks ketika merancang intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan budaya keselamatan dalam organisasi ini (Zhong, 2019).

Dua belas variabel dimensi komposit dikelompokkan secara hierarkis. Tiga dimensi respons positif tertinggi termasuk 'Pembelajaran Organisasi dan peningkatan berkelanjutan' (92,9%), 'Kerja tim dalam unit' (89,7%), dan 'dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien' (83,7%), sementara 3 dimensi respons positif terendah termasuk 'Frekuensi kejadian dilaporkan' (43,9%), 'Tanggapan non-hukuman terhadap kesalahan' (51,1%), 'Keterbukaan komunikasi' (52,2%), dan 'Kepegawaian' (53,7%). Dibandingkan dengan skor rata-rata Amerika Serikat, skor Rumah Sakit Kanker Universitas Peking secara signifikan lebih rendah pada 'Keterbukaan komunikasi' dan 'Frekuensi peristiwa yang dilaporkan'. Setelah peningkatan berkelanjutan yang ditargetkan berdasarkan hasil di tahun 2018, semua 12 dimensi secara mengejutkan meningkat dalam budaya keselamatan yang dilakukan pada tahun berikutnya. Umpan balik dan komunikasi yang tidak memadai tentang kesalahan dan kurangnya keterbukaan komunikasi adalah tantangan utama bagi keselamatan pasien dalam pemberian perawatan di rumah sakit ini. Hasil survei dasar ini menunjukkan perlunya pendekatan yang dimodifikasi dan perhatian pada konteks ketika merancang intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan budaya keselamatan dalam organisasi ini (Zhong, 2019).

Terdapat beberapa dimensi dari budaya keselamatan pasien, dari dimensi yang dinilai paling tinggi oleh responden adalah: kerja tim (79,6%), dan pelacakan/tindak lanjut perawatan pasien (77,8%). Mereka diikuti oleh persepsi keseluruhan tentang keselamatan dan kualitas pasien (74,6%), komunikasi tentang kesalahan (60,2%), pelatihan staf (55,9%), proses kantor dan standardisasi (54,9%) dan keterbukaan komunikasi (43,9%). Skor terendah datang dari dukungan kepemimpinan untuk keselamatan pasien (39,2%) dan tekanan dan kecepatan kerja (11,5%). Peringkat keseluruhan pada kualitas memiliki skor

positif (persentase tanggapan 'sangat baik' dan 'sangat baik') dari 37,3% responden. Keselamatan pasien dan kualitas perlakuan dinilai sangat baik, dan karyawan melakukannya tidak melaporkan masalah. Beberapa masalah lagi adalah dibesarkan di bidang pendidikan, yaitu melakukan tugas yang stafnya tidak terlatih. Proses kerjanya adalah dinilai cukup baik. Dalam hal komunikasi, perawatan pasien dinilai terbaik, dan keterbukaan komunikasi sangat sedikit. Pembelajaran organisasi telah dinilai tinggi, yang berarti bahwa mereka dapat belajar dari kesalahan atau dari pengalaman kerja. Responden percaya bahwa manajemen peduli tentang kesalahan perawatan pasien yang terjadi dari waktu ke waktu dan menempatkan prioritas tinggi pada meningkatkan proses perawatan pasien. Rata-rata, responden menilai parameter kualitas baik. Fokus pada pasien, kinerja, ketepatan waktu dan efektivitas dinilai dengan baik. Mereka menganggap keadilan sebagai sangat baik. Pertukaran informasi dengan layanan lain sebagian besar tanpa masalah. Kerja tim dinilai dengan baik. Meningkatkan budaya keselamatan pasien harus juga mencakup semua pemangku kepentingan (pembuat kebijakan, layanan kesehatan, penyedia dan mereka yang bertanggung jawab untuk pendidikan kesehatan) (tevjic, 2021).

Dalam penelitian ini, secara keseluruhan tingkat budaya keselamatan pasien yang baik adalah (44,8%). Hasilnya sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan di Jimma (46,7%), rumah sakit umum wilayah Amhara (46%) dan Afrika Selatan (42,4%). Namun, temuan itu lebih rendah dari studi yang dilakukan di Internasional. Survei rumah sakit tentang keselamatan pasien (HSOPS) (68,8%), rumah sakit Iran (50,1%) dan Sri Lanka (81,3%). Demikian juga, hasilnya lebih tinggi dari penelitian yang dilakukan di Mesir dan Taiwan yang memperoleh (40,2%) dan (36%). Perbedaan ini mungkin dari perbedaan struktur lembaga, jenis profesi dan tingkat pendidikan. Di antara dua belas dimensi budaya keselamatan pasien, kerja tim dalam unit rumah sakit, kerja tim di seluruh departemen rumah sakit dan harapan supervisor adalah kontribusi dimensi tertinggi untuk budaya keselamatan

pasien yang baik secara keseluruhan. Hasilnya kongruen dengan sebuah penelitian dilakukan di wilayah Amhara. Di sisi lain, dalam penelitian ini dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien (33,94%) dan respons non-hukuman terhadap kesalahan (25,44%) adalah yang paling sedikit. memberikan kontribusi dimensi budaya keselamatan pasien sementara penelitian yang dilakukan di Sri Lanka menunjukkan beban kerja dan staf (15,7%) dan frekuensi pelaporan peristiwa yang terjadi (36,3%) adalah dimensi yang paling sedikit berkontribusi (mohammed, 2021).

Survei rumah sakit tentang keselamatan pasien (HSOPS) (68,8%), rumah sakit Iran (50,1%). Kerjasama lintas tim rumah sakit, kerjasama tim dalam unit dan harapan supervisor adalah dimensi yang memberi kontribusi tertinggi untuk budaya keselamatan pasien yang baik secara keseluruhan. Usia peserta, jenis rumah sakit dan bangsal kerja adalah secara signifikan terkait dengan budaya keselamatan pasien. Mengembangkan pedoman keselamatan pasien dan menerapkan tindakan yang mendukung semua dimensi budaya keselamatan harus dipromosikan di rumah sakit untuk semua profesional (mohammed, 2021).

Studi dari Rumyana mengungkapkan bahwa profesional perawatan kesehatan di usia antara 25-34 tahun adalah 75% cenderung memiliki budaya keselamatan pasien yang baik dibandingkan dengan mereka yang berusia 34 tahun. Penemuan ini mirip dengan penelitian, dilakukan di Riyadh, di Cina Utara dan di Kuwait. Kemungkinan penjelasan untuk ini bisa seiring bertambahnya usia; pengalaman, interaksi sosial, sikap, persepsi, dan nilai-nilai yang dimiliki staf dalam organisasi terkait dengan keselamatan pasien meningkat.

Tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit primer tiga kali lebih mungkin untuk mendapatkan hasil yang baik budaya keselamatan pasien daripada profesional perawatan kesehatan yang bekerja di rumah sakit rujukan. Terkait hasilnya sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Bhutan, di Ethiopia dan di Lebanon. Kemungkinan alasannya

bisa di rumah sakit rujukan; ada peningkatan aliran pasien dengan diagnosis yang parah dan berbagai kebutuhan perawatan kesehatan. Hal ini dapat mengakibatkan para profesional perawatan kesehatan kelebihan beban dan penurunan persepsi budaya keselamatan pasien. memberikan kontribusi dimensi budaya keselamatan pasien sementara penelitian yang dilakukan di Sri Lanka menunjukkan beban kerja dan staf (15,7%) dan frekuensi pelaporan peristiwa yang terjadi (36,3%) adalah dimensi yang paling sedikit berkontribusi.

Profesional perawatan kesehatan yang bekerja di bangsal/unit pediatri dan gawat darurat adalah 61% dan 75% lebih kecil kemungkinannya untuk memiliki budaya keselamatan pasien yang baik dibandingkan dengan mereka yang bekerja di bangsal medis dan bedah. Hasilnya serupa dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan di Swedia. Kesamaan mungkin terkait dengan karakteristik pasien, jenis kasus dan tugas. Bekerja di bangsal anak dan gawat darurat membutuhkan keterampilan dan komitmen yang relatif khusus. Oleh karena itu, ini memiliki beban profesional perawatan kesehatan yang signifikan pada budaya keselamatan pasien.

Dalam penelitian ini, jenis profesi, tingkat pendidikan dan pengalaman kerja tidak berhubungan dengan budaya keselamatan pasien yang baik. Hasilnya bertentangan dengan penelitian yang dilakukan di Ethiopia di mana perawat dilaporkan lebih baik dalam skor keselamatan pasien secara keseluruhan dibandingkan dengan profesional kesehatan lainnya dan dalam penelitian lain di mana tren penurunan berlaku untuk persepsi keseluruhan keselamatan sebagai pengalaman kerja meningkat dan peningkatan persepsi budaya keselamatan pasien sebagai profesional memiliki lebih banyak pengalaman kerja.

Budaya keselamatan pasien secara keseluruhan dalam penelitian ini di bawah 50%. Kerja tim lintas rumah sakit, kerja tim dalam unit dan harapan supervisor adalah dimensi kontribusi tertinggi untuk budaya keselamatan pasien yang baik secara keseluruhan. Usia peserta, jenis rumah sakit dan bangsal kerja adalah secara signifikan terkait dengan

budaya keselamatan pasien. Mengembangkan pedoman keselamatan pasien dan menerapkan tindakan yang mendukung semua dimensi budaya keselamatan harus dipromosikan ke semua tingkat rumah sakit untuk semua profesional. Juga, pemimpin dan manajer rumah sakit harus memfasilitasi dan mendukung rotasi staf di antara bangsal yang berbeda.

Para dokter mewakili 37,50% (144) sampel dan tenaga kesehatan lainnya 62,50% (240). Responden dari rumah sakit pemerintah/kota terbanyak (53,6%). Dimensi “Staffing” dan “Tanggapan non-hukuman terhadap error” paling bermasalah, karena persentase tingkat respons positif (PRR) mereka paling rendah. Namun, “Pengalihan dan transisi” dan “Ekspektasi dan tindakan supervisor/manajer yang mempromosikan keselamatan” menunjukkan nilai rata-rata tertinggi di keduanya dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Dari seluruh peserta, 76,0% tidak pernah melaporkan kejadian atau kesalahan yang merugikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua responden menunjukkan sikap positif mengenai budaya keselamatan pasien. Perbandingan nilai rata-rata dan PRR dalam dimensi tidak menunjukkan perbedaan kelompok, sesuai dengan jenis posisi staf, yaitu dokter atau profesi kesehatan lainnya. Manajemen rumah sakit harus fokus pada pengenalan budaya keselamatan pasien yang positif dan memperbaiki area yang bermasalah. Tidak diragukan lagi, penelitian skala besar dan lebih detail analisis dapat mendorong dan membantu otoritas kesehatan dan rumah sakit untuk mengembangkan kebijakan keselamatan pasien yang tepat dan strategis. Ini juga akan memfasilitasi adopsi pendekatan non-hukuman dan analisis kesalahan sistematis, daripada berfokus pada individu untuk disalahkan dan dihukum (Rumyana, 2021).

Dari beberapa uraian hasil penelitian di atas, beberapa hal yang bisa dirumuskan dalam manajemen budaya keselamatan dalam kontribusinya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit adalah;

1. Beberapa dimensi utama dalam menjalankan manajemen budaya keselamatan pasien diantaranya mengembangkan kerja tim dan organisasi, harapan supervisor serta perilaku pembelajaran bagi staf rumah sakit. Beberapa dimensi tambahan yang menunjang pelaksanaan manajemen budaya keselamatan yaitu pelaporan kesalahan, kesadaran keselamatan, jenis kelamin, pengalaman bekerja dan jumlah pegawai.
2. Guna menjamin pelaksanaan budaya keselamatan pasien dengan baik di suatu rumah sakit, perlu dilakukan survei budaya keselamatan pasien secara berkala setiap dua atau tiga tahun sekali.
3. Negara mempunyai peran dalam pelaksanaan manajemen budaya keselamatan pasien, yaitu dengan menetapkan instrumen-instrumen penilaian budaya keselamatan pasien, untuk instrumen budaya keselamatan pasien bisa mengacu pada instrumen yang sudah digunakan secara internasional (misal instrumen budaya keselamatan pasien yang dikembangkan oleh AHRQ (HSOPSC)), serta aturan-aturan pelaksanaan budaya keselamatan pasien yang mampu mendorong
4. Pelaksanaan budaya keselamatan pasien secara adil dan mengedepankan respon non hukuman terhadap kesalahan.
5. Manajemen budaya keselamatan pasien dapat berjalan dengan lebih baik, apabila dalam pelaksanaannya melibatkan semua pihak, meliputi pembuat kebijakan, tempat layanan kesehatan dan dunia pendidikan.
6. Hasil dari pelaksanaan budaya keselamatan pasien dapat dijadikan penilaian bagi rumah sakit tentang mutu pelayanan. Dari hasil ini berguna sebagai umpan balik untuk melakukan perbaikan dalam meningkatkan mutu pelayanan.

5.2 Keselamatan Pasien terhadap mutu pelayanan rumah sakit

Elmonstsri mengidentifikasi beberapa langkah dalam mengelola keselamatan pasien di Inggris. Pertama, Tata kelola dan regulasi keselamatan pasien. Keselamatan pasien di NHS sangat diatur. Beberapa badan menetapkan standar dan memantau organisasi untuk memastikan bahwa operasi mereka mengikuti protokol. Badan pengatur ini juga menegakkan konsekuensi pada manajer yang tidak memenuhi standar.

Kedua, Meningkatkan keselamatan pasien melalui pendidikan dan pelatihan, Pendidikan memainkan peran kunci dalam mengembangkan perawatan kesehatan dan keperawatan yang aman, berkualitas tinggi (Francis, 2013; Mansur, 2012; Pearson dkk., 2009; Slater dkk., 2012; Wong dkk., 2010). Kesehatan Education England (HEE) melaporkan bahwa pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien untuk sarjana dan magang saja tidak cukup untuk memastikan peningkatan keselamatan pasien (Komisi Pendidikan dan Pelatihan Keselamatan Pasien, 2016). Pendidikan Kesehatan Inggris manajer menyadari bahwa menggabungkan pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien dengan pembelajaran budaya dalam organisasi penyedia, dan sistem yang mendukung yang memungkinkan pekerja untuk memberikan perawatan yang efektif dan aman kepada pasien adalah penting. Profesional Layanan Kesehatan Nasional diberikan kesempatan untuk belajar dan berkembang sepanjang karir mereka; misalnya, mengikuti tinjauan Berwick (2013) tentang keselamatan pasien, National Quality Board (2013) (NQB) Human Factors in Healthcare concordat berkomitmen untuk memasukkan faktor manusia, prinsip dan praktik dalam pendidikan dan pelatihan inti di NHS Inggris.

Ketiga, Keterlibatan pasien dalam keselamatan pasien. 'Membangun NHS yang Lebih Aman untuk Pasien' (DoH, 2001) menekankan bahwa pasien perlu diberikan peran yang jelas dalam membantu mempromosikan dan mencapai tujuan keselamatan pasien. Sabar dan umum keterlibatan dalam keselamatan juga dipromosikan oleh NPSA sejak awal.

Beberapa kampanye dan banyak selebaran, yang bertujuan untuk mendorong dan memberdayakan pasien yang aktif, diperkenalkan di NHS selama dekade terakhir bersama dengan pedoman ketat untuk staf layanan kesehatan tentang cara terlibat, berkomunikasi dan melibatkan pasien atau keluarga setelah kesalahan atau bahaya (NPSA, 2006, 2007, 2009). Ada kepercayaan luas bahwa pasien dapat membantu meningkatkan keselamatan perawatan Kesehatan begitu mereka terlibat (Davis et al., 2011; Hibbard et al., 2005). Konstitusi NHS, yang menetapkan prinsip dan nilai NHS England, memperjelas bahwa pasien harus diberitahu tentang setiap insiden keselamatan yang terkait dengan perawatan mereka. Konstitusi NHS dengan jelas menetapkan hak pasien untuk hubungan yang terbuka dan transparan dengan penyedia layanan kesehatan mereka (DoH, 2009a). Keterlibatan pasien dan masyarakat di Inggris merupakan pilar utama dalam kebijakan perawatan kesehatan karena merupakan alat untuk meningkatkan kualitas layanan, yang meningkatkan akuntabilitas belanja publik. Laporan Departemen Kesehatan (DoH, 2009b) memandang keterlibatan pasien dan masyarakat sebagai kesempatan bagi pasien untuk membantu merancang dan memberikan layanan berkualitas tinggi. Pasien di Inggris diberi kesempatan untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan dan memiliki kesempatan untuk mengevaluasi layanan dan mengajukan keluhan tentang penyedia layanan kesehatan, yang harus mengarah pada sistem perawatan kesehatan yang lebih baik (Longtin et al., 2010). Pasien juga diundang untuk mempresentasikan pengalaman mereka kepada eksekutif tingkat dewan dan dalam pendidikan untuk mengevaluasi tingkat kepuasan dan perspektif mereka pada hasil klinis pengobatan (Jha et al., 2014; Langer et al., 2016).

Keempat, Pengukuran dan pemantauan keselamatan pasien. Manajer diwajibkan untuk melaporkan semua insiden yang terjadi di dalam tempat mereka untuk memastikan pelajaran yang dapat diambil. Skema pelaporan insiden, dikembangkan sesuai dengan tuan rumah organisasi, memiliki komponen teknis dan sosial yang dibentuk untuk memenuhi

kebutuhan (Balka et al., 2007), yang merupakan kasus di sistem Inggris sebagai sistem pelaporan ini disesuaikan dengan kebutuhan lokal. Ada juga data lain yang digunakan oleh staf NHS untuk mengukur dan memantau kinerja keselamatan pasien, yang memiliki tautan ke pelaporan insiden, seperti laporan tahunan Survei Staf NHS, yang mencakup pertanyaan budaya keselamatan dan pelaporan insiden (Perawatan Kesehatan KPU, 2008).

Perubahan kunci untuk meningkatkan keselamatan pasien adalah menetapkan Badan Keselamatan Pasien Nasional (NPSA) pada tahun 2001, yang bertujuan untuk mendorong pelaporan dan belajar dari insiden keselamatan pasien dan nyaris celaka.

Pemangku kepentingan Inggris lainnya dalam manajemen keselamatan pasien adalah Kantor Audit Nasional (NAO). Auditor menerbitkan 'Tempat yang Lebih Aman untuk Pasien' (Terry et al., 2005), yang memeriksa kinerja NHS tentang mempromosikan budaya keselamatan pasien dan mendorong melaporkan dan belajar dari insiden. Laporan tersebut menyimpulkan bahwa budaya yang lebih terbuka dan adil, dibuat di tingkat lokal, dan pelaporan telah ditingkatkan. Laporan mencatat penundaan dalam membangun sistem pelaporan nasional yang efektif dan pelajaran itu tidak dibagikan. Lebih-lebih lagi, program peningkatan keselamatan pasien besar pertama dikenal sebagai 'Pasien yang Lebih Aman' Initiative' (SPI), yang merupakan intervensi skala besar yang dikembangkan oleh Institute for Healthcare Peningkatan (IHI) staf (Yayasan Kesehatan, 2011). Tahap pertama diluncurkan pada tahun 2004 untuk meningkatkan keselamatan pasien di seluruh tingkat organisasi. Analisis Yayasan Kesehatan melaporkan bahwa SPI telah meningkatkan kesadaran akan bahaya yang dapat dihindari dan membantu meningkatkan pasien NHS profil keamanan. Banyak kampanye dan kolaborasi keselamatan pasien diluncurkan di seluruh Universitas Inggris, NHS dan di luar sebagai profil keselamatan pasien meningkat (Burston et al., 2011; Slater et al., 2012). Namun, masalah keselamatan pasien NHS tetap menjadi masalah yang berkelanjutan karena dilaporkan oleh beberapa pertanyaan Inggris seperti

perawatan yang diberikan di Mid Staffordshire NHS Trust (Francis, 2013), yang melaporkan bahwa budaya rumah sakit berfokus pada pelaksanaan system bisnis dan bukan perawatan pasien. Di antara masalah yang diidentifikasi adalah tingkat staf yang buruk, kesulitan melaporkan kesalahan dan pemantauan yang tidak efisien. Laporan itu juga mengatakan bahwa lebih dari 13 pasien terbunuh atau terluka setiap hari di NHS. Dari Oktober 2014 hingga Maret 2015, ada 622.000 insiden keselamatan pasien yang tercatat di rumah sakit umum (akut, nonspesialis, perwalian NHS) di Inggris dan Wales, di mana 23.000 di antaranya menyebabkan sedang atau parah membahayakan (NIHR, 2016). Beberapa inisiatif telah dilakukan selama lima belas tahun terakhir untuk meningkatkan keselamatan pasien dan sistem kesehatan Inggris. Banyak pemangku kepentingan yang terlibat, termasuk badan pengatur dan profesional, penyedia pendidikan dan organisasi non-pemerintah (Elmontsri, 2016).

Sebanyak 172 perawat terdaftar dalam penelitian ini, menghasilkan tingkat respons 99,4%. Usia rata-rata perawat adalah 32,53 tahun. Lebih dari setengah 94 (54,7%) dari mereka adalah perempuan. Mayoritas 133 (77,3%) dari mereka memenuhi syarat untuk gelar ke atas. mayoritas 155 (90,1%) dari mereka memiliki pengalaman kerja 13 tahun. Masing-masing tingkat pengetahuan perawat yang baik, sikap positif, dan praktik yang baik terhadap keselamatan pasien adalah 58,7% (n = 101), 52,9% (n = 91), dan 50% (n = 86). Analisis regresi logistik multivariabel menunjukkan; bekerja di operasi unit teater [AOR = 5.01], memiliki informasi tentang keselamatan pasien selama pendidikan awal [AOR = 4,99], dan memiliki informasi tentang keselamatan pasien selama melanjutkan pendidikan [AOR = 2,85] adalah faktor yang signifikan terkait dengan pengetahuan terhadap keselamatan pasien. Laki-laki [AOR = 3,09], memiliki pengalaman kerja >13 tahun [AOR = 8,37], memiliki informasi tentang keselamatan pasien selama pendidikan awal [AOR = 10.15], memiliki informasi tentang keselamatan pasien selama pendidikan berkelanjutan

[AOR = 3,33], dan memiliki Pengetahuan yang baik terhadap keselamatan pasien [AOR = 2,74] merupakan faktor yang secara signifikan berhubungan dengan sikap terhadap keselamatan pasien. Memiliki informasi tentang keselamatan pasien selama pendidikan awal [AOR = 5,35] dan memiliki nilai positif sikap terhadap keselamatan pasien [AOR = 3,02] adalah faktor yang signifikan terkait dengan praktik menuju keselamatan pasien. (wake, 2021).

Lebih dari separuh perawat memiliki pengetahuan dan sikap positif yang baik terhadap keselamatan pasien. Hanya setengah dari perawat memiliki praktik yang baik terhadap keselamatan pasien. Analisis menunjukkan unit kerja memiliki informasi keselamatan pasien selama pendidikan awal, dan memiliki informasi tentang keselamatan pasien selama melanjutkan pendidikan merupakan faktor yang berhubungan bermakna dengan pengetahuan terhadap keselamatan pasien. jenis kelamin, pengalaman kerja, memiliki informasi tentang keselamatan pasien selama pendidikan awal, memiliki informasi tentang keselamatan pasien selama pendidikan berkelanjutan, dan pengetahuan terhadap keselamatan pasien merupakan faktor yang secara signifikan berhubungan dengan sikap terhadap keselamatan pasien dan terkait dengan praktik menuju keselamatan pasien. Informasi-informasi ini, untuk mendukung kesehatan masyarakat dan untuk menghindari kesalahan dan morbiditas dan mortalitas terkait bahaya selama pelayanan medis. Selain itu, itu akan memberikan informasi mendasar secara klinis bagi rumah sakit untuk fokus pada keamanan pasien dan juga akan mendukung mereka untuk mengusulkan metode untuk mencegah masalah. Terakhir, kami menyarankan program pendidikan dan pelatihan tentang keselamatan pasien mungkin perlu dilakukan untuk perawat untuk meredakan masalah-masalah ini.(wake, 2021).

Semakin tinggi tuntutan pekerjaan, semakin rendah persepsi kontrol perilaku keselamatan pasien kegiatan manajemen. Beban fisik dan kognitif dari tuntutan pekerjaan

yang berlebihan melemahkan kemampuan pemecahan masalah seseorang yang terkait dengan kinerja keselamatan dan, oleh karena itu, terkait dengan peningkatan kejadian kecelakaan. Mengenai faktor organisasi, lebih tinggi skor untuk sistem manajemen keselamatan dikaitkan dengan sikap yang lebih positif, lebih kuat norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan dalam kegiatan manajemen keselamatan pasien.

Faktor organisasi, termasuk nilai-nilai manajemen, sistem keselamatan, praktik keselamatan, Pendidikan dan pelatihan, dan komunikasi, dapat memengaruhi faktor individu seperti motivasi keselamatan dan pengetahuan. Selanjutnya, niat perilaku yang lebih kuat mengenai keselamatan pasien kegiatan manajemen dikaitkan dengan sikap yang lebih positif terhadap manajemen keselamatan pasien aktivitas, norma subjektif yang lebih kuat, dan kontrol perilaku yang dirasakan lebih besar. Ini Temuan serupa dengan penelitian sebelumnya berdasarkan TPB, di mana sikap, subjektif norma, dan kontrol perilaku yang dirasakan memprediksi niat perilaku. Ini hasil mengkonfirmasi bahwa TPB yang dimodifikasi adalah model yang valid untuk menjelaskan manajemen keselamatan pasien kegiatan di OR (Kim, 2021).

Perilaku yang mengganggu dan tidak profesional sering terjadi di perawatan kesehatan dan secara signifikan terkait dengan minimnya iklim keselamatan dan iklim kerja tim, serta peningkatan burnout dan gejala depresi pada petugas kesehatan. Skala penyimpangan perilaku baru kami memberikan penilaian penyimpangan perilaku yang valid sebagai iklim di lingkungan kerja tingkat, memungkinkan untuk perbandingan pengaturan kerja dan identifikasi untuk target perbaikan. Satu atau lebih dari enam DB dilaporkan oleh 97,8% dari pengaturan kerja. DB dilaporkan dalam frekuensi yang sama oleh pria dan wanita, dan oleh sebagian besar peran pekerja perawatan kesehatan. Skala perilaku mengganggu enam item menunjukkan internal konsistensi $\alpha = 0,867$. Iklim DB secara signifikan berkorelasi dengan iklim kerja tim yang lebih buruk, iklim keselamatan, kepuasan

kerja, dan persepsi manajemen; keseimbangan kehidupan kerja yang lebih rendah; peningkatan kelelahan emosional (kelelahan); dan meningkat depresi ($p < 0,001$ untuk masing-masing). Peningkatan 10 unit dalam iklim DB dikaitkan dengan penurunan 3,89 dan 3,83 poin dalam kerja sama tim dan iklim keselamatan, masing-masing, dan peningkatan kelelahan dan depresi masing-masing 3,16 dan 2,42 poin (Rehder, 2020).

Kontrol perilaku yang dirasakan adalah faktor yang paling berpengaruh pada niat perilaku untuk kegiatan manajemen keselamatan pasien di ruang operasi, diikuti oleh norma subjektif dan sikap. Hasil ini bertentangan dengan penelitian yang meneliti pantang alkohol pada pasien dengan penyakit hati kronis dan yang meneliti agenda tersembunyi dalam penggunaan kesehatan mental layanan untuk depresi. Dalam dua studi ini, sikap tampaknya memiliki pengaruh terbesar pada perilaku. Dalam memprediksi niat perilaku, pengaruh sikap, subjektif norma, dan kontrol perilaku yang dirasakan dapat bervariasi tergantung pada sejauh mana perilaku dan situasi dikendalikan oleh seorang individu. Pada penelitian sebelumnya, faktor yang mempengaruhi niat perilaku menunjukkan hasil yang bervariasi tergantung pada karakteristik dan jenis perilaku. Tidak seperti perilaku individu, kontrol perilaku yang dirasakan dan norma subjektif bisa menjadi faktor kunci dalam niat perilaku yang terkait dengan perilaku sosial; faktor-faktor ini sulit untuk mengontrol melalui kehendak individu saja (Kim, 2021)

Selain itu, hasil menunjukkan bahwa kontrol perilaku yang dirasakan tidak berhubungan langsung dengan manajemen keselamatan pasien. Dengan demikian, kontrol perilaku yang dirasakan mungkin tidak secara langsung berhubungan dengan perilaku jika persepsi seseorang tidak konsisten dengan kontrol perilaku yang sebenarnya; oleh karena itu, hubungan antara kontrol perilaku dan perilaku ditunjukkan dengan garis putus-putus di TPB. Sebuah meta-analisis dari TPB juga menunjukkan hasil yang bertentangan untuk kontrol perilaku yang dirasakan tergantung pada jenis perilaku yang terlibat. Perawat

diharapkan mampu mengontrol pasien kegiatan manajemen keselamatan, tetapi mereka mungkin tidak dapat melakukannya jika ada yang tidak terkendali faktor lingkungan seperti beban kerja yang berat dan kurangnya persediaan yang diperlukan. Sebaliknya, karena mereka mungkin tidak dengan sengaja melakukan kegiatan manajemen keselamatan sebagai akibat dari percaya pada keterampilan mereka atau perilaku sembrono, analisis jalur spesifik antara sikap, subjektif norma, dan kontrol perilaku yang dirasakan perlu diteliti. Tindakan organisasi diperlukan untuk meningkatkan kegiatan manajemen keselamatan pasien di OR termasuk mengurangi pekerjaan tuntutan dan meningkatkan sistem manajemen keselamatan organisasi. Tindakan individu diperlukan termasuk menumbuhkan sikap positif dan meningkatkan niat perilaku seseorang dengan memperkuat norma subjektif dan kontrol perilaku yang dirasakan. Rumah sakit harus mengenali bahwa individu membentuk organisasi dan menyusun strategi yang sesuai untuk meningkatkan kegiatan manajemen keselamatan. Pendidikan khusus dan praktis yang disesuaikan dengan kondisi atau harus disediakan, dan standarisasi protokol manajemen keselamatan pasien dan manajemen informasi diperlukan untuk meningkatkan efisiensi system komunikasi (Kim)

Faktor penting yang mempengaruhi kegiatan manajemen keselamatan pasien di kamar operasi adalah keselamatan sistem manajemen, norma subjektif, kontrol perilaku yang dirasakan, dan niat perilaku. Oleh karena itu, perlu menyiapkan dukungan tingkat rumah sakit dan kebijakan keperawatan untuk memperkuat faktor-faktor ini. Organisasi serta individu dan staf medis harus bekerja sama untuk memperkuat atau kegiatan manajemen keselamatan pasien (Kim, 2021).

Perawat menilai budaya keselamatan lebih tinggi daripada dokter dan residen. Iklim kerja tim memiliki skor yang lebih tinggi dari proses rawat jalan dan iklim organisasi. Pengenalan stres dan persepsi beban kerja memiliki skor keseluruhan terendah. Variasi antar

jenis kelamin, usia, pengalaman kerja, dan wilayah tidak signifikan secara statistik (mesaric, 2021).

Analisis psikometri dari SAQAV versi Kroasia mengungkapkan struktur tiga faktor dengan subskala untuk iklim Organisasi, iklim Kerja Tim, dan Proses perawatan rawat jalan. Timbangan ini adalah, Namun, tidak secara langsung dibandingkan dengan penelitian lain yang menggunakan Kuesioner SAQ, karena set item dimuat subskala ini tidak sama. Analisis variasi dalam subskala SAQ atas posisi pekerjaan, jenis kelamin, usia, pekerjaan pengalaman, dan wilayah NUTS2 mengungkapkan signifikan variasi hanya di antara posisi pekerjaan. Perawat secara konsisten memiliki persepsi yang lebih positif tentang budaya keselamatan pasien dari dokter, diikuti oleh warga. Temuan serupa dilaporkan oleh Bondevik et al. dan Smits et al. . Klemenc-Ketiš dkk. juga melaporkan lebih banyak persepsi positif oleh perawat; namun, perbedaan di antara kelompok profesional tidak signifikan. atribut ini menemukan fakta bahwa perawat menghabiskan lebih banyak waktu di FM kantor, sementara dokter dan residen sering bergiliran. argumen yang sama berlaku dalam kasus Kroasia.

Persepsi warga tentang iklim organisasi adalah terendah, menunjukkan kebutuhan untuk meningkatkan dukungan organisasi ke dokter umum residen. Sepanjang pengetahuan penulis, tidak ada studi tentang persepsi warga tentang beban kerja dan dukungan organisasi di OOH FM di Kroasia. Namun, sebuah penelitian Swiss baru-baru ini melaporkan bahwa penduduk di praktik umum “diindikasikan tidak memiliki cukup waktu untuk kehidupan pribadi”, mereka juga memiliki risiko kelelahan yang lebih tinggi, dan kesejahteraan mental yang lebih rendah dibandingkan dengan dokter. Membandingkan sub-skala SAQ, semua kelompok posisi pekerjaan menilai iklim kerja sama tim dengan rata-rata tertinggi skor, dan iklim Organisasi dengan rata-rata terendah skor. Semua perbandingan berpasangan antara sub-skala SAQ signifikan secara statistik. Iklim kerja tim juga dirasakan lebih positif dalam

penelitian serupa lainnya. Pengenalan stres dan Persepsi beban kerja tidak diakui sebagai dimensi keselamatan pasien, dan dalam analisis kami mereka memiliki skor keseluruhan terendah. Ini mungkin merupakan konsekuensi dari kekurangan staf yang kronis dan tingginya omset dalam layanan OOH FM.

Sulit untuk memberikan penjelasan berbasis bukti untuk ini temuan, karena kelangkaan penelitian tentang keluarga OOH layanan obat di Kroasia. Perbandingan regional menunjukkan bahwa variasi di antara wilayah Kroasia dalam keselamatan pasien budaya relatif kecil. Namun, kami telah memasukkan penelitian ini hanya pusat kesehatan terbesar, dan hasilnya mungkin berbeda jika pusat kesehatan yang lebih kecil termasuk. Di sisi lain, kuesioner SAQ adalah dikembangkan untuk organisasi yang lebih besar, dan mungkin tidak valid untuk pusat kesehatan kecil seperti itu (mesaric, 2021).

Tingkat respons yang relatif rendah adalah batasan dari belajar. Kami tidak memiliki informasi tentang non-responden, dan itu bisa menjadi sumber bias. Kami menggunakan bahasa Kroasia versi kuesioner SAQ-AV, yang memiliki struktur faktor yang agak berbeda dari aslinya, sehingga komparabilitas skor agak terbatas. studi termasuk semua pusat kesehatan besar dan hadiah, untuk yang terbaik dari pengetahuan kita, studi pertama pasien sikap keselamatan dalam layanan OOH FM di Kroasia. Penelitian selanjutnya bisa mengeksplorasi sejauh mana persepsi budaya keselamatan pasien bervariasi di seluruh lokasi kerja di Layanan FM OOH Kroasia. Hasil seperti itu akan menunjukkan seberapa besar potensi perbaikannya (mesaric, 2021).

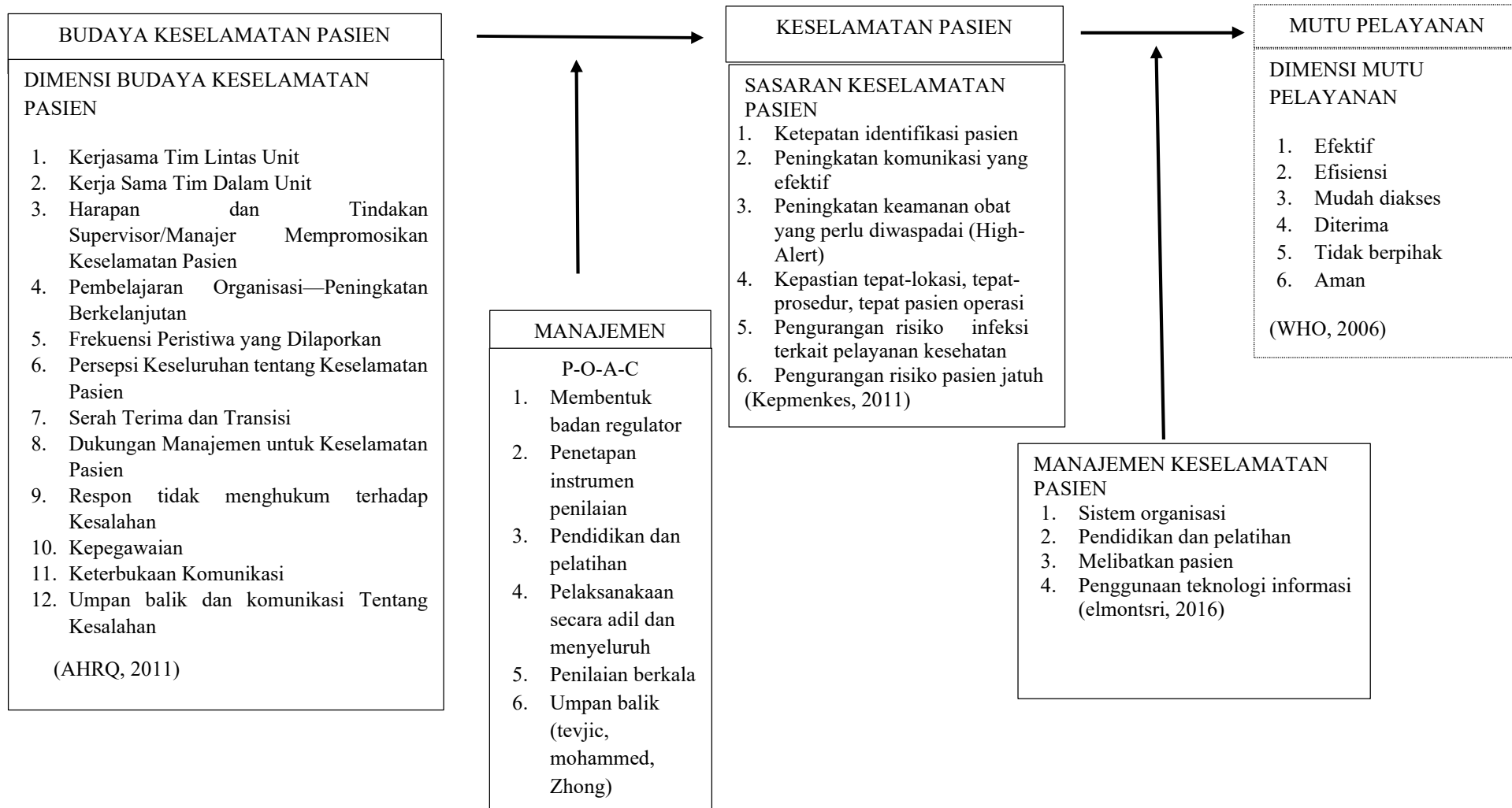
Pengalaman bertahun-tahun, pelatihan, usia dan informasi yang diterima tentang keselamatan pasien selama melanjutkan pendidikan adalah prediktor yang signifikan untuk pengetahuan tentang keselamatan pasien. Di sisi lain pelatihan, usia peserta dan pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien adalah faktor yang secara signifikan terkait dengan sikap perawat terhadap keselamatan pasien. Administrator rumah sakit perlu menyiapkan

pelatihan untuk staf, menyiapkan selebaran dan bahan bacaan tentang keselamatan pasien. (Biresaw, 2020). Juga SAQ-AV dapat digunakan untuk mengidentifikasi area untuk peningkatan keselamatan pasien di layanan Kesehatan.

Menurut beberapa penelitian diatas, dalam pengelolaan keselamatan pasien yang bermutu di rumah sakit dapat dilakukan dengan beberapa langkah.

1. Tata kelola dan regulasi keselamatan pasien, dimana negara membentuk suatu badan yang bertugas dalam menetapkan standar dan instrumen keselamatan pasien serta melakukan pemantauan pelaksanaan keselamatan pasien di seluruh rumah sakit dapat berjalan dengan baik.
2. Meningkatkan keselamatan pasien melalui pendidikan dan pelatihan. Pendidikan dan pelatihan mengenai keselamatan pasien dilakukan dimulai dari dunia Pendidikan, kegiatan magang dan kepada pekerja rumah sakit.
3. Keterlibatan pasien dalam keselamatan pasien, perlunya melibatkan pasien dan keluarga dalam mengelola keselamatan pasien dengan menginformasikan tentang keselamatan pasien, selalu berkomunikasi dengan tenaga kesehatan dan melibatkan langsung dalam menjalankan program keselamatan pasien sesuai kemampuan pasien dan keluarga.
4. Pengukuran dan pemantauan keselamatan pasien. Setiap manajer rumah sakit wajib melaporkan semua insiden dengan mengikuti skema yang sudah disepakati.
5. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien. Pentingnya pemberian pemahaman keselamatan pasien diberikan kepada calon tenaga kesehatan sejak di bangku kuliah sampai dengan yang sudah bekerja di rumah sakit.
6. Pemanfaatan teknologi informasi dalam menunjang pelayanan yang mengedepankan keselamatan pasien yang bermutu.
7. Perlu mempertimbangkan beban pekerjaan dan beban psikologis tenaga kesehatan supaya pelayanan tetap terjaga mutu dan keselamatan pasien.

5.3 Kerangka berpikir manajemen budaya keselamatan pasien dan keselamatan dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit



Gambar 5.1 Kerangka pikir manajemen Budaya Keselamatan Pasien dan keselamatan terhadap mutu pelayanan

Keterangan :

Budaya keselamatan pasien sebagai strategi untuk meningkatkan keamanan pasien terdiri dari beberapa dimensi utama dan dimensi tambahan budaya keselamatan pasien. Dimensi utama tersebut diantaranya mengembangkan kerja tim dan organisasi, harapan supervisor serta perilaku pembelajaran bagi staf rumah sakit. pelaporan kesalahan dan kesadaran keselamatan, gender dan demografi, pekerjaan pengalaman, dan kepegawaian merupakan dimensi tambahan. Melakukan survei budaya keselamatan pasien secara berkala setiap dua atau tiga tahun sekali. Menggunakan instrumen yang baku secara internasional (HSOPSC) dari AHRQ. Langkah-langkah dalam mengelola budaya keselamatan pasien dapat meliputi membentuk badan regulator, penetapan instrumen penilaian, pendidikan dan pelatihan, pelaksanaan secara adil dan menyeluruh, penilaian berkala, dan memberikan umpan balik.

Dalam pengelolaan keselamatan pasien yang bermutu di rumah sakit dapat dilakukan beberapa langkah yaitu tata kelola dan regulasi keselamatan pasien, pendidikan dan pelatihan, keterlibatan pasien, pengukuran dan pemantauan keselamatan pasien, pemanfaatan teknologi informasi. Pengelolaan ini guna mencapai sasaran keselamatan pasien terdiri dari ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (High-Alert), kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan risiko pasien jatuh yang dapat menunjang pelayanan dengan mengedepankan keselamatan pasien yang bermutu. Pelayanan bermutu dapat memperhatikan dimensi mutu yang meliputi efektif, efisiensi, mudah diakses, diterima, tidak berpihak, dan aman.