

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Keselamatan Pasien**

##### **2.1.2 Pengertian**

Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan 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 (Permenkes, 2017). Keselamatan pasien menurut Carl de Wet (2012) adalah kebebasan yang terkait dengan kesehatan pencegahan bahaya. Sebuah penjelasan sederhana adalah bahwa 'bila ada sesuatu yang benar, tidak ada yang buruk terjadi.' Untuk meningkatkan keselamatan pasien, kesalahan kesehatan harus dicegah, pulih atau setidaknya diminimalkan. Insiden keselamatan pasien sebuah insiden keselamatan pasien adalah insiden kesehatan yang berhubungan setiap yang tidak diinginkan, tak terduga dan tidak diinginkan dan yang dapat memiliki atau melakukan membahayakan pasien. Hal ini telah menjadi istilah yang lebih disukai ketika membahas efek samping, dekat meleset dan peristiwa penting. acara yang merugikan. Kejadian yang tidak diinginkan dan tidak diinginkan dalam proses kesehatan karena kinerja atau kurangnya itu dari penyedia layanan kesehatan dan / atau sistem kesehatan. Efek samping yang ditandai dengan tiga aspek kunci: negatif, keterlibatan pasien (dampak) dan sebab-akibat (Carl de Wet,

2012). Pengertian lain tentang keselamatan pasien yaitu menurut Emanuel (2008), yang menyatakan bahwa keselamatan pasien adalah disiplin ilmu di sektor perawatan kesehatan yang menerapkan metode ilmu keselamatan menuju tujuan mencapai sistem penyampaian layanan kesehatan yang dapat dipercaya. Keselamatan pasien juga merupakan atribut sistem perawatan kesehatan. Ini meminimalkan kejadian dan dampak, dan memaksimalkan pemulihan dari efek samping (Tutiany, 2017).

Keselamatan Pasien Dalam UU. No 44 th 2009 Tentang Rumah Sakit Pasal 43 :

1. Rumah sakit wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien
2. Standar Keselamatan Pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)
3. RS melaporkan kegiatan ayat 2 kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan Menteri
4. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) pada ayat 2 dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.
5. Ketentuan lebih lanjut mengenai keselamatan pasien ayat 1 dan ayat 2 diatur dengan Peraturan Menteri Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/ Menkes/Per/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Pasal 6;

- 1) Setiap rumah sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien.
  - a. TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada kepala rumah sakit.
  - b. Keanggotaan TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari manajemen rumah sakit dan unsur dari profesi kesehatan di rumah sakit
  - c. TKPRS melaksanakan tugas:
    - a) mengembangkan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut;
    - b) menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit;
    - c) menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (monitoring) dan penilaian (evaluasi) tentang terapan (implementasi) program keselamatan pasien rumah sakit; bekerja sama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk
    - d) melakukan pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit;
    - e) melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisa insiden serta mengembangkan solusi untuk pembelajaran
    - f) memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepala rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit

## 2) Standar Keselamatan Pasien

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di rumah sakit di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya. 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.

Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu :

### 1. Hak pasien

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

1.1 Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.

1.2 Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan

1.3 Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.

### 2. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat :

- 1) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
  - 2) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
  - 3) Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
  - 4) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
  - 5) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
  - 6) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
  - 7) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.
3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

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

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

- 4) Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif
4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

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

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

- 4) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

#### 5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan.

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

- a. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- b. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis-jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari “Kejadian Nyaris Cedera” (*Near Miss*) sampai dengan “Kejadian Tidak Diharapkan” (*Adverse Event*).
- c. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- d. Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- e. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah (RCA) “Kejadian Nyaris Cedera” (*Near Miss*) dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
- f. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (*Sentinel Event*) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.



- g. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.
- h. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
- i. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

#### 6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi stafserta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien. Kriteria :

- 1) Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.

- 2) Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *in service training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
  - 3) Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*Teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien
- Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan. Kriteria :
- 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.
  - 3) Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
  - 4) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

## **2.2 Konsep *Surgical Safety Checklist***

Pembedahan dilakukan pada klien ketika terapi terbaik untuk gangguan yang dialaminya berupa perbaikan, pengangkatan atau penggantian jaringan atau organ tubuh. Prosedur invasif yang dilakukan pada pembedahan

diperlukan kehati hatian. *Surgical Safety Checklist* merupakan bagian dari *Safe Surgery Saves Lives* yang berupa alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim bedah di ruang operasi. *Surgical Safety Checklist* adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. *Surgical safety checklist* merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim bedah di ruang operasi. Tim bedah terdiri dari perawat, dokter bedah, anestesi dan lainnya. Tim bedah harus konsisten melakukan setiap item yang dilakukan dalam pembedahan mulai dari *sign in, time out, sign out* sehingga dapat meminimalkan setiap risiko yang tidak diinginkan (*Safety & Compliance*, 2012).

### **2.2.1 Tiga Fase Surgical Safety Checklist**

Dalam pelaksanaan prosedur *safetysurgical* operasi meliputi tiga fase, yaitu:

#### **1. Pelaksanaan Sign In**

*Sign In* adalah prosedur yang dilakukan sebelum dilakukan induksi anestesi. Prosedur *Sign In* idealnya dilakukan oleh tiga komponen, yaitu pasien (bila kondisi sadar/memungkinkan), perawat anestesi, dan dokter anestesi serta perawat bedah (perawat sirkular)

Pada fase *Sign In* dilakukan konfirmasi berupa identitas pasien, sisi operasi yang sudah tepat dan telah ditandai, apakah mesin anestesi sudah berfungsi, apakah *pulse oksimeter* pada pasien berfungsi, serta faktor risiko pasien seperti apakah ada reaksi alergi, risiko kesulitan jalan nafas, dan adanya risiko kehilangan darah lebih dari 500 ml.

Langkah-langkah *Surgical Safety Checklist* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan *Sign In* adalah :

a. Konfirmasi identitas pasien

Koordinator *Checklist* secara lisan menegaskan identitas pasien, jenis prosedur pembedahan, lokasi operasi, serta persetujuan untuk dilakukan operasi. Langkah ini penting dilakukan agar petugas kamar operasi tidak salah melakukan pembedahan terhadap pasien, sisi, dan prosedur pembedahan. Bagi pasien anak-anak atau pasien yang tidak memungkinkan untuk berkomunikasi dapat dilakukan kepadapihak keluarga, itulah mengapa dilakukan konfirmasi kepada pasien sebelum pembedahan.

b. Konfirmasi sisi pembedahan

Koordinator *Checklist* harus mengkonfirmasi kalau ahli bedah telah melakukan penandaan terhadap sisi operasi bedah pada pasien (biasanya menggunakan marker permanen) untuk pasien dengan kasuss lateralitas (perbedaan kanan atau kiri) atau beberapa struktur dan tingkat (misalnya jari tertentu, jari kaki, lesi kulit, vertebrata) atau tunggal (misalnya limpa). Penandaan yang permanen dilakukan dalam semua kasus, bagaimanapun, dan dapat memberikan ceklist cadangan agar dapat mengkonfirmasi tempat yang benar dan sesuaiprosedur

c. Persiapan mesin pembedahan dan anestesi

Koordinator *Checklist* melengkapi langkah berikutnya dengan meminta bagian anestesi untuk melakukan konfirmasi penyelesaian

pemeriksaan keamanan anastesi, dilakukan dengan pemeriksaan peralatan anastesi, saluran untuk pernafasan pasien nantinya (oksigen dan inhalasi), ketersediaan obat-obatan, serta resiko pada pasien setiap kasus.

d. Pengecekan *pulse oximetri* dan fungsinya

Koordinator *Checklist* menegaskan bahwa *pulse oksimetri* telah ditempatkan pada pasien dan dapat berfungsi benar sebelum induksi anastesi. Idealnya *pulse oksimetri* dilengkapi sebuah sistem untuk dapat membaca denyut nadi dan saturasi oksigen, *pulse oksimetri* sangat direkomendasikan oleh WHO dalam pemberian anastesi, jika *pulse oksimetri* tidak berfungsi atau belum siap maka ahli bedah anastesi harus mempertimbangkan menunda operasi sampai alat-alat sudah siap sepenuhnya.

e. Konfirmasi tentang alergi pasien

Koordinator *Checklist* harus mengarahkan pertanyaan ini dan dua pertanyaan berikutnya kepada ahli anastesi. Pertama, koordinator harus bertanya apakah pasien memiliki alergi? Jika iya, apa itu? Jika koordinator tidak tahu tentang alergi pada pasien maka informasi ini harus dikomunikasikan.

f. Konfirmasi Resiko Operasi

Ahli anastesi akan menulis apabila pasien memiliki kesulitan jalan nafas pada status pasien, sehingga pada tahapan *Sign In* ini tim bedah dapat mengetahuinya dan mengantisipasi pemakaian jenis anastesi yang digunakan. Resiko terjadinya aspirasi dievaluasi sebagai bagian dari

penilaian jalan nafas sehingga apabila pasien memiliki gejala refluks aktif atau perut penuh, ahli anestesi harus mempersiapkan kemungkinan terjadi aspirasi. Resiko aspirasi dapat dikurangi dengan cara memodifikasi rencana anestesi, misalnya menggunakan teknik induksi cepat dan dengan bantuan asisten memberikan tekanan krikoid selama induksi untuk mengantisipasi aspirasi pasien yang telah dipuasakan enam jam sebelum operasi.

- g. Konfirmasi resiko kehilangan darah lebih dari 500 ml (700ml/kg pada anak-anak).

Dalam langkah keselamatan, koordinator *Checklist* meminta tim anestesi memastikan apa ada resiko kehilangan darah lebih dari setengah liter darah selama operasi karena kehilangan darah merupakan salah satu bahaya umum dan sangat penting bagi pasien bedah, dengan resiko syok hipovolemik terjadi ketika kehilangan darah 500ml (700ml/kg pada anak-anak), Persiapan yang memadai dapat dilakukan dengan perencanaan jauh-jauh hari dan melakukan resusitasi cairan saat pembedahan berlangsung.

## 2. Pelaksanaan *Time Out*

*Time Out* adalah prosedur keselamatan pembedahan pasien yang dilakukan sebelum dilakukan insisi kulit, *Time Out* dikoordinasi oleh salah satu dari anggota petugas kamar operasi (dokter atau perawat). Saat *Time Out* setiap petugas kamar operasi memperkenalkan diri dan tugasnya, ini bertujuan agar diantara petugas operasi dapat saling mengetahui dan mengenal peran masing-masing. Sebelum melakukan insisi petugas kamar

operasi dengan suara keras akan mengkonfirmasi mereka melakukan operasi dengan benar, pasien yang benar, serta mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan minimal 60 menit sebelumnya.

Langkah-langkah *Surgical Safety Checklist* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan *Time Out* adalah sebelum melakukan insisi atau sayatan pada kulit, jeda sesaat harus diambil oleh tim untuk mengkonfirmasi bahwa beberapa keselamatan penting pemeriksaan harus dilakukan

a. Konfirmasi nama dan peran anggota tim

Konfirmasi dilakukan dengan cara semua anggota tim memperkenalkan nama dan perannya, karena anggota tim sering berubah sehingga dilakukan manajemen yang baik yang diambil pada tindakan dengan resiko tinggi seperti pembedahan. Koordinator harus mengkonfirmasi bahwa semua orang telah diperkenalkan termasuk staf, mahasiswa, atau orang lain

b. Anggota tim operasi melakukan konfirmasi secara lisan identitas pasien, sisi yang akan dibedah, dan prosedur pembedahan.

Koordinator *Checklist* akan meminta semua orang berhenti dan melakukan konfirmasi identitas pasien, sisi yang akan dilakukan pembedahan, dan prosedur pembedahan agar tidak terjadi kesalahan selama proses pembedahan berlangsung. Sebagai contoh, perawat secara lisan mengatakan “sebelum kita melakukan sayatan pada kulit (*Time Out*) apakah semua orang setuju bahwa ini adalah pasien X?, mengalami Hernia

Inguinal kanan?”. Ahli anastesi, ahli bedah, dan perawat secara eksplisit dan individual mengkonfirmasi kesepakatan, jika pasien tidak dibius akan lebih mudah membantu baginya untuk mengkonfirmasi hal yang sama.

c. Konfirmasi antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit terakhir

Koordinator *Checklist* akan bertanya dengan suara keras apakah antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit terakhir, anggota tim yang bertanggung jawab dalam pemberian antibiotik profilaksis adalah ahli bedah, dan harus memberikan konfirmasi secara verbal. Jika antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit sebelum, tim harus mempertimbangkan pemberian ulang pada pasien.

d. Antisipasi Peristiwa kritis

Untuk memastikan komunikasi pada pasien dengan keadaan kritis, koordinaor *Checklist* akan memimpin diskusi secara cepat antara ahli bedah, ahli anastesi, dan perawat terkait bahaya kritis dan rencana selama pembedahan

Hal ini dapat dilakukan dengan meminta setiap pertanyaan langsung dijawab, urutan diskusi tidak penting, tetapi masing-masing disiplin klinis saling berkomunikasi, isi diskusi meliputi:

1) Untuk dokter bedah : langkah kritis apa, berapa lama kasus ini dilakukan, dan bagaimana antisipasi kehilangan darah

Diskusi langkah-langkah kritis ini dimaksudkan untuk meminimalkan resiko pembedahan. Semua anggota tim mendapat informasi tentang resiko kehilangan darah, cedera, morbiditas. Kesempatan ini juga dilakukan untuk



meninjau langkah-langkah yang mungkin memerlukan peralatan khusus, implan, atau persiapan yang lainnya

- 2) Untuk dokter anastesi : kekhawatiran pada pasien yang mungkin terjadi  
 Pada pasien dengan resiko untuk kehilangan darah besar, ketidakstabilan hemodinamik, atau morbiditas (seperti penyakit jantung, paru, aritmia, kelainan darah, dll), anggota tim anastesi harus meninjau ulang rencana spesifik dan kekhawatiran untuk resusitasi khususnya. Dalam diskusi ini dokter anastesi cukup mengatakan, “saya tidak punya perhatian khusus mengenai hal ini”
- 3) Untuk perawat : konfirmasi sterilitas (termasuk hasil indikator) Masalah peralatan atau masalah apapun.  
 Perawat menanyakan kepada ahli bedah apakah alat-alat yang diperlukan sudah diperlukan sehingga perawat dapat memastikan instrumen di kamar operasi telah steril dan lengkap
- e. Pemeriksaan penunjang berupa foto perlu ditampilkan di kamar operasi  
 Ahli bedah memberi keputusan apakah foto penunjang diperlukan dalam pelaksanaan operasi atau tidak

### 3. Pelaksanaan *Sign Out*

*Sign Out* adalah prosedur keselamatan pembedahan yang dilakukan oleh petugas kamar operasi sebelum penutupan luka, dikoordinasi oleh salah satu anggota petugas kamar operasi (dokter atau perawat). Saat *Sign Out* akan dilakukan review tindakan yang telah dilakukan sebelumnya, dilakukan juga pengecekan kelengkapan spons, penghitungan instrumen,

pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah yang perlu ditangani, selanjutnya langkah akhir adalah memusatkan perhatian pada manajemen post-operasi serta pemulihan pasien sebelum dipindah dari kamar operasi.

Pemeriksaan keamanan ini harus diselesaikan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi, tujuannya adalah untuk memfasilitasi transfer informasi penting kepada tim perawatan yang bertanggung jawab untuk pasien setelah pembedahan.

Langkah-langkah *Surgical Safety Checklist* yang harus dikonfirmasi saat pelaksanaan *Sign Out* adalah :

a. Review pembedahan

Koordinator *Checklist* harus mengkonfirmasi dengan ahli bedah dan tim apa prosedur yang telah dilakukan, dapat dilakukan dengan pertanyaan, “apa prosedur yang telah dilakukan?” atau sebagai konfirmasi, “kami melakukan prosedur X, benar?”

b. Penghitungan instrumen, spons, dan jumlah jarum

Perawat harus mengkonfirmasi secara lisan kelengkapan akhir instrumen, spons, dan jarum, dalam kasus rongga terbuka jumlah instrumen dipastikan harus lengkap, jika jumlah tidak lengkap maka tim harus waspada sehingga dapat mengambil langkah (seperti memeriksa tirai, sampah, luka, atau jika perlu mendapatkan gambar radiografi).

c. Pelabelan specimen

Pelabelan digunakan untuk pemeriksaan diagnostik patologi. Salah melakukan pelabelan berpotensi menjadi bencana untuk pasien dan terbukti menjadi salah satu penyebab *error* pada laboratorium. Perawat sirkuler harus mengkonfirmasi dengan benar dari setiap spesimen patologis yang diperoleh selama prosedur dengan membacakan secara lisan nama pasien, deskripsi spesimen, dan setiap tanda berorientasi.

d. Konfirmasi masalah peralatan

Apakah ada masalah peralatan di kamar operasi yang bersifat universal sehingga koordinator harus mengidentifikasi peralatan yang bermasalah agar instrumen atau peralatan yang tidak berfungsi tidak mengganggu jalannya pembedahan di lain hari.

e. Ahli bedah, ahli anastesi, dan perawat meninjau rencana pemulihan dan pengelolaan pasien

Sebelum pasien keluar dari ruang operasi maka anggota tim bedah memberikan informasi tentang pasien kepada perawat yang bertanggung jawab di ruang pemulihan (*recovery room*), tujuan dari langkah ini adalah transfer efisien dan tepat informasi penting untuk seluruh tim.

Dengan langkah terakhir ini, *Checklist* WHO selesai, jika diinginkan *Checklist* dapat ditempatkan dalam catatan pasien atau perlu dipertahankan untuk kualitas ulasan jaminan

### 2.2.2 Dasar Hukum *Surgical Safety Checklist*

1. Rekomendasi WHO (*World Health Organization*) tentang *Patient Safety*

*dan Safe Surgical Saves Live*

2. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1691/menkes/Per/VIII/2011 tentang keselamatan pasien di rumah sakit yang tertuang dalam Bab IV Pasal 8 ayat 1 dan 2 yang isinya adalah :
  - a. Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien
  - b. Sasaran keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi :
    - 1) Ketepatan identifikasi pasien
    - 2) Peningkatan komunikasi yang efektif
    - 3) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
    - 4) Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
    - 5) Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
    - 6) Pengurangan resiko pasien jatuh
3. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) tentang sasaran keselamatan pasien.

Standart SKP 4, rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur pembedahan. Standart SKP 4.1 rumah sakit melaksanakan prosedur bedah yang aman dengan menggunakan “*surgical safety checklist*” (WHO *Cheklis* terkini) serta memastikan terlaksananya proses *time-out* dikamar operasi sebelum operasi dimulai (KARS,2019).

### 2.2.3 Faktor yang berhubungan dengan Penerapan *Surgical Safety Checklist* (SSC)

#### 2.2.3.1 Pendidikan

Undang undang SISDIKNAS No. 20 tahun 2003, menyebutkan bahwa pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi – potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara (Undang undang No.20, 2003).

Pengertian di atas mengindikasikan betapa peranan pendidikan sangat besar dalam mewujudkan manusia yang utuh dan mandiri serta menjadi manusia yang mulia dan bermanfaat bagi lingkungannya. Dengan pendidikan, manusia akan paham bahwa dirinya itu sebagai makhluk yang dikaruniai kelebihan dibandingkan dengan makhluk lainnya. Bagi negara, pendidikan memberi kontribusi yang sangat besar terhadap kemajuan suatu bangsa dan merupakan wahana dalam menerjemahkan pesan – pesan konstitusi serta membangun watak bangsa (*nation character building*).

Menurut Redja Mulyahardjo (dalam Sulistiawan, 2008) pengertian pendidikan dapat dibagi menjadi tiga, yakni secara sempit, luas dan alternatif. Definisi pendidikan secara luas adalah mengartikan pendidikan sebagai hidup. Pendidikan adalah segala pengalaman belajar yang berlangsung dalam lingkungan dan sepanjang hidup (*long life education*).

Pendidikan adalah segala situasi hidup yang mempengaruhi pertumbuhan individu. Secara simplistik pendidikan didefinisikan sebagai sekolah, yakni pengajaran yang dilaksanakan atau diselenggarakan di sekolah sebagai lembaga pendidikan formal. Pendidikan adalah segala pengaruh yang diupayakan terhadap anak dan remaja yang diserahkan kepadanya agar mempunyai kemampuan yang sempurna dan kesadaran penuh terhadap hubungan – hubungan dan tugas sosial mereka. Secara alternatif pendidikan didefinisikan sebagai usaha sadar yang dilakukan oleh keluarga, masyarakat dan pemerintah, melalui kegiatan bimbingan, pengajaran atau latihan yang berlangsung di sekolah dan luar sekolah sepanjang hayat untuk mempersiapkan peserta didik agar dapat memainkan peranan dalam berbagai lingkungan secara tepat di masa yang akan datang. Pendidikan adalah pengalaman – pengalaman belajar yang memiliki program – program dalam pendidikan formal, nonformal ataupun informal di sekolah yang berlangsung seumur hidup yang bertujuan mengoptimalisasi pertimbangan kemampuan – kemampuan individu, agar dikemudian hari dapat memainkan peranan secara tepat.

Menurut Hoy dan Kottnap (dalam Harmanto, 2008) terdapat sejumlah nilai budaya yang dapat ditransformasikan sekolah kepada diri setiap peserta didik agar mereka dapat berperan secara aktif dalam era global yang bercirikan persaingan yang sangat ketat (*high competitiveness*), yakni:

- 1) Nilai produktif

- 2) Nilai berorientasi pada keunggulan (par excellence), dan
- 3) Kejujuran. Nilai yang berorientasi pada keunggulan adalah identik dengan motivasi berprestasi seseorang.

Pendidikan mempunyai makna yang lebih luas dari pembelajaran, tetapi pembelajaran merupakan sarana yang ampuh dalam menyelenggarakan pendidikan. Jadi pembelajaran merupakan bagian dari pendidikan. Pendidikan sebagai usaha sadar yang dilakukan oleh keluarga, masyarakat dan pemerintah melalui kegiatan bimbingan, pembelajaran, dan atau latihan yang berlangsung di sekolah dan di luar sekolah.

PERMENKES nomor 40 tahun 2017 tentang pengembangan jenjang karir professional perawat klinis (PK) berdasarkan strata pendidikan dan berbasis kompetensi adalah D-III Keperawatan dan Ners (DIRSECIU, 2017).

### **2.2.3.2 Pengetahuan**

Pengetahuan adalah suatu hasil dari rasa keingintahuan melalui proses sensoris, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang penting dalam terbentuknya perilaku terbuka atau open behavior (Donsu, 2017). Pengetahuan atau *knowledge* adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui pancaindra yang dimilikinya. Panca indra manusia guna penginderaan terhadap objek yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Pada waktu penginderaan untuk menghasilkan pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh

intensitas perhatian persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang sebagian besar diperoleh melalui indra pendengaran dan indra penglihatan (Notoatmodjo, 2014).

Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal dan sangat erat hubungannya. Diharapkan dengan pendidikan yang tinggi maka akan semakin luas pengetahuannya. Tetapi orang yang berpendidikan rendah tidak mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, tetapi juga dapat diperoleh dari pendidikan non formal. Pengetahuan akan suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini akan menentukan sikap seseorang. Semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap semakin positif terhadap objek tertentu (Notoatmojo, 2014).

#### 1. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo pengetahuan seseorang terhadap suatu objek mempunyai intensitas atau tingkatan yang berbeda.

##### Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut Nursalam (2016) pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- a. Pengetahuan Baik: 76 % -100 %
- b. Pengetahuan Cukup: 56 % -75 %
- c. Pengetahuan Kurang: < 56 %



### 2.2.3.3 Sikap

Sikap merupakan konsepsi yang bersifat abstrak tentang pemahaman perilaku manusia. Seseorang akan lebih mudah memahami perilaku orang lain apabila terlebih dahulu mengetahui sikap atau latar belakang terbentuknya sikap pada orang tersebut. Perubahan sikap yang sedang berlangsung merupakan perubahan sistem dari penilaian positif ke negatif atau sebaliknya, merasakan emosi dan sikap setuju atau tidak setuju terhadap objek. Objek sikap itu sendiri terdiri dari pengetahuan, penilaian, perasaan dan perubahan sikap

Sikap adalah pernyataan evaluatif terhadap objek, orang atau peristiwa. Hal ini mencerminkan perasaan seseorang terhadap sesuatu. Sikap mungkin dihasilkan dari perilaku tetapi sikap tidak sama dengan perilaku. Menurut Fishbein dalam Ali (2006) “Sikap adalah predisposisi emosional yang dipelajari untuk merespons secara konsisten terhadap suatu objek”.

Sedangkan menurut Secord dan Backman dalam Saifuddin Azwar (2012) “Sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognitif), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya”.

Sikap yang menjadi suatu pernyataan evaluatif, penilaian terhadap suatu objek selanjutnya yang menentukan tindakan individu terhadap sesuatu. Menurut Azwar S (2012) struktur sikap dibedakan atas 3 komponen yang saling menunjang, yaitu:

- a. Komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap, komponen kognitif berisi kepercayaan stereotype

yang dimiliki individu mengenai sesuatu dapat disamakan penanganannya terutama apabila menyangkut masalah isu yang kontroversial.

- b. Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin adalah mengubah sikap seseorang komponen afektif disamakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu.
- c. Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang. Dan berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak/ bereaksi terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu dan berkaitan dengan objek yang dihadapinya adalah logis untuk mengharapkan bahwa sikap seseorang adalah dicerminkan dalam bentuk tendensi perilaku.

#### Pengukuran Sikap

Sikap selalu dikaitkan dengan perilaku yang berada di dalam batas kewajaran dan kenormalan yang merupakan respon atau reaksi terhadap suatu stimulus (Azwar, dalam Mar'at 2000). Sikap pada hakikatnya hanyalah merupakan predisposisi atau tendensi untuk bertingkah laku, sehingga belum dapat dikatakan merupakan tindakan atau aktivitas (Mar'at, 2000)

Aspek yang digunakan memahami sikap manusia adalah :

a. Observasi Perilaku

Perilaku merupakan salah satu indikator sikap individu yaitu:

- 1) Perilaku hanya akan konsisten dengan sikap apabila kondisi dan situasi memungkinkan.
- 2) Interpretasi sikap harus sangat hati-hati apabila hanya didasarkan dari pengamatan terhadap perilaku yang ditampakkan oleh seseorang.

b. Penanyaan Langsung

- 1) Individu merupakan orang yang paling tahu mengenai dirinya sendiri.
- 2) Manusia akan mengemukakan secara terbuka apa yang dirasakannya.
- 3) Orang akan mengemukakan pendapat dan jawaban yang sebenarnya secara terbuka hanya apabila situasi dan kondisi memungkinkan.
- 4) Sikap merupakan variabel yang terlalu kompleks untuk diungkap dengan pertanyaan tunggal sangat tergantung pada kalimat yang digunakan dalam pertanyaan, konteks pertanyaannya, cara menanyakannya, situasi dan kondisi yang merupakan faktor luar, dll.

c. Pengungkapan Langsung

- 1) Pengungkapan secara tertulis dapat dilakukan dengan menggunakan item tunggal atau item ganda.
- 2) Item tunggal, responden diminta menjawab langsung suatu pernyataan sikap tertulis dengan memberi tanda setuju, kurang setuju atau tidak setuju.
- 3) Item ganda, disajikan dengan menggunakan sepasang kata sifat yang bertentangan satu sama lain. Contoh: Cantik – Jelek, Suka – Benci.

d. Skala Sikap

- 1) Berupa kumpulan pernyataan-pernyataan mengenai suatu objek sikap.
- 2) Dapat berupa pernyataan langsung yang jelas tujuan ukurnya tapi juga bisa berupa pernyataan tidak langsung yang tampak kurang jelas tujuan ukurnya bagi responden.
- 3) Model pengungkapan sikap dalam bentuk self-report yang hingga kini dianggap paling dapat diandalkan.

e. Pengukuran terselubung

- 1) Observasi perilaku berupa pengamatan terhadap reaksi-reaksi fisiologis yang terjadi tanpa disadari oleh yang bersangkutan. Contoh: reaksi wajah, nada suara, gerak tubuh.
- 2) Reaksi-reaksi fisiologis dapat mencerminkan intensitas sikap seseorang terhadap suatu objek akan tetapi tidak menjelaskan arah sikapnya apakah positif atau negative.

#### **2.2.3.4 Masa Kerja**

Menurut Siagian (2001) menyatakan bahwa masa kerja merupakan keseluruhan pelajaran yang diperoleh oleh seseorang dari peristiwa – peristiwa yang dilalui dalam perjalanan hidupnya. Masa kerja adalah jangka waktu atau lamanya seseorang berkerja pada instansi, kantor dan sebagainya.

Masa kerja seseorang dapat dikaitkan dengan pengalaman yang didapatkan di tempat kerja. Semakin lama seseorang berkerja semakin banyak pengalaman dan semakin tinggi pengetahuan dan ketrampilannya (Simanjutak, 1985). Menurut Tulus (1992) masa kerja merupakan kurun waktu atau lamanya

tenaga kerja berkerja di suatu tempat. Masa kerja dapat memberikan pengaruh positif pada kinerja apabila semakin lamanya masa kerja personal semakin berpengalaman dalam melaksanakan tugasnya. Sebaliknya dapat memberikan pengaruh negative apabila dengan semakin lama masa kerja akan timbul perasaan terbiasa dengan keadaan dan menyepelkan pekerjaan serta akan menimbulkan kebosanan.

Klasifikasi masa kerja menurut Tulus (1992) juga menyebutkan secara garis besar masa kerja dapat dikategorikan menjadi tiga yaitu :

- a. Masa kerja baru adalah  $< 6$  tahun
- b. Masa kerja sedang adalah  $6 - 10$  tahun
- c. Masa kerja lama adalah  $> 10$  tahun

Pada PERMENKES nomor 40 tahun 2017 tentang pengembangan jenjang karir professional perawat klinis (PK) terbagi berdasarkan masa kerja dan pendidikan serta berdasarkan sertifikasi (DIRSECIU, 2017). pembagian perawat klinis juga digunakan di dalam ruang operasi yaitu :

- a. PK I : D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja  $\geq 1$  tahun dan menjalani masa klinis level I selama 3 - 6 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja  $\geq 1$  tahun dan menjalani masa klinis level I selama 2 -4 tahun.
- b. PK II : D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja  $\geq 4$  tahun dan menjalani masa klinis level II selama 6 - 9 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja  $\geq 3$  tahun dan menjalani masa klinis level II selama 4 - 7 tahun.

- c. PK III : D- III Keperawatan dengan pengalaman kerja  $\geq 10$  tahun dan menjalani masa klinis level III selama 9 - 12 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja  $\geq 7$  tahun dan menjalani masa klinis level III selama 6 - 9 tahun.
- d. PK IV : D- III Keperawatan dengan pengalaman kerja  $\geq 19$  tahun dan menjalani masa klinis level IV sampai memasuki masa pensiun atau Ners dengan pengalaman kerja  $\geq 13$  tahun dan dan menjalani masa klinis level IV selama 9 – 12 tahun.
- e. PK V : Ners dengan pengalaman kerja  $\geq 22$  tahun dan menjalani masa klinis level V sampai memasuki usia pensiun.

#### **2.2.3.5 SPO (Standart Prosedur Operasional)**

##### **1. Pengertian Standar Prosedur Operasional (SPO)**

Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah sistem yang disusun untuk memudahkan, merapihkan dan menertibkan pekerjaan. Sistem ini berisi urutan proses melakukan pekerjaan dari awal sampai akhir. Menurut Sailendra (2015) menyatakan “*Standard Operating Procedure (SOP)* merupakan panduan yang digunakan untuk memastikan kegiatan operasional organisasi atau perusahaan berjalan dengan lancar”. Menurut Hartatik (2014) Standard Operating Procedure (SOP) adalah satu set instruksi tertulis yang digunakan untuk kegiatan rutin atau aktivitas yang berulang kali dilakukan oleh sebuah organisasi. Sedangkan Budihardjo (2014) menyatakan :“*Standard Operating Procedure (SOP)* adalah suatu

perangkat lunak pengatur, yang mengatur tahapan suatu proses kerja atau prosedur kerja tertentu.”

## 2. Jenis-Jenis Standar Prosedur Operasional (SPO)

Jenis-Jenis Standar Prosedur Operasional (SPO) Menurut Sailendra (2015) ada dua jenis SPO sebagaimana disebutkan dalam sebuah modul. Jenis yang pertama adalah SPO teknis dan yang kedua adalah SPO administratif. SPO teknis adalah standar prosedur yang sangat rinci dan bersifat teknis. Disebut sebagai SPO yang sangat rinci dikarenakan setiap prosedur diuraikan dengan sangat teliti sehingga tidak ada kemungkinan variasi lain.

Pada umumnya, SPO teknis dicirikan dengan pelaksana prosedur (aktor) bersifat tunggal, yaitu satu orang atau satu kesatuan tim kerja. Selain itu, juga berisi mengenai cara melakukan pekerjaan atau langkah rinci pelaksanaan pekerjaan. SPO ini biasanya diterapkan dalam penyelenggaraan kegiatan administrasi, antara lain pada bidang pemeliharaan sarana dan prasarana, keuangan (auditing), kearsipan, korespondensi, dokumentasi, pelayanan kepada masyarakat, dan kepegawaian.

Jenis yang kedua adalah SPO administratif yang merupakan standar prosedur yang disusun untuk jenis pekerjaan yang bersifat administratif. Yakni, pekerjaan yang dilaksanakan oleh lebih dari satu orang atau pekerjaan yang melibatkan banyak orang dan bukan merupakan satu kesatuan yang tunggal (tim, panitia). SPO ini dapat diterapkan pada

pekerjaan yang menyangkut urusan kesekretariatan (administrative) pada unit-unit pendukung (supporting units) dan urusan teknis (substantif) pada unit-unit teknis (operating units). Adapun ciri-ciri dari SPO administratif yaitu :

- a. Pelaksana prosedur (aktor) berjumlah banyak (lebih dari satu orang) dan bukan merupakan satu kesatuan yang tunggal.
- b. Berisi tahapan pelaksanaan pekerjaan atau langkah-langkah pelaksanaan pekerjaan yang bersifat makro ataupun mikro yang tidak menggambarkan cara melakukan pekerjaan.
- c. Dalam penyelenggaraan pemerintahan, jenis SPO administratif melingkupi pekerjaan yang bersifat makro dan mikro. SPO administratif makro menggambarkan pelaksanaan pekerjaan yang bersifat makro. Pelaksanaan tersebut melingkupi beberapa pekerjaan yang bersifat mikro dan berisi langkah

### 3. Monitoring dan Evaluasi SPO

Pelaksanaan penerapan SPO harus dipantau secara berkelanjutan sehingga proses penerapannya dapat berjalan baik. Masukan-masukan dalam setiap upaya monitoring akan menjadi bahan berharga dalam evaluasi sehingga penyempurnaan SPO dapat dilakukan secara cepat sesuai kebutuhan. Baik monitoring maupun evaluasi adalah proses yang digunakan untuk menilai perkembangan (*progress*) penerapan standar operasional prosedur.



Monitoring digunakan untuk menilai penerapan secara rutin untuk mengumpulkan data yang diperlukan agar pelaksanaan SPO tetap berada dalam kerangka yang diinginkan (*on track progress assessment*). Evaluasi digunakan untuk menilai akhir pelaksanaan penerapan SPO dalam kurun waktu tertentu (*one-off event*) sehingga dapat diidentifikasi berbagai hal yang masih memerlukan peningkatan atau yang harus dipertahankan kualitas pelaksanaannya untuk peningkatan kualitas secara berkelanjutan (*continuous improvement*).

a. Monitoring

Proses ini harus diarahkan untuk membandingkan dan memastikan kinerja pelaksana sesuai dengan maksud dan tujuan yang tercantum dalam SPO yang baru, mengidentifikasi masalah yang mungkin timbul, dan menentukan cara meningkatkan hasil penerapan atau menyediakan dukungan tambahan untuk semua pelaksana. Monitoring SPO dilaksanakan secara reguler, sedangkan pelaksanaan monitoring secara umum melekat pada saat SPO dilaksanakan oleh pelaksananya.

Dengan menggunakan instrumen-instrumen tersebut selanjutnya dapat ditentukan metode - metode monitoring, yang antara lain dapat berupa:

1) Observasi supervisor.

Metode ini menggunakan supervisor di setiap unit kerja sebagai observer yang memantau jalannya penerapan SPO

2) Interview dengan pelaksana.

Monitoring dilakukan melalui wawancara dengan para pelaksana

- 3) Interview dengan pelanggan/anggota masyarakat.

Pengumpulan informasi dari pihak luar organisasi, terutama para pelanggan atau masyarakat

- 4) Pertemuan dan diskusi kelompok kerja.

Pengarahan dalam pelaksanaan. Monitoring juga dapat dilakukan melalui pengarahan-pengarahan dalam pelaksanaan, untuk menjamin agar proses berjalan sesuai dengan prosedur yang telah dibakukan

- b. Evaluasi

SOP secara substansial akan membantu organisasi untuk mewujudkan sebuah komitmen jangka panjang dalam rangka membangun sebuah organisasi menjadi lebih efektif dan kohesif. Tidak selamanya sebuah SOP berlaku secara permanen, karena perubahan lingkungan organisasi selalu membawa pengaruh pada SOP yang telah ada.

Oleh karena itulah SOP perlu secara terus-menerus dievaluasi agar prosedur-prosedur dalam organisasi selalu merujuk pada akuntabilitas dan kinerja yang baik.

Evaluasi SOP secara reguler dilaksanakan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun dan secara insidental dapat dilakukan sesuai kebutuhan organisasi yang bersangkutan. Evaluasi dalam siklus penyusunan SOP berupa analisa sistematis terhadap serangkaian proses operasi dan aktivitas yang telah dibakukan dalam bentuk SOP dari sebuah organisasi dalam rangka

menentukan efektifitas pelaksanaan tugas dan fungsi organisasi secara keseluruhan.

Tujuannya ialah untuk melihat kembali tingkat ketepatan SOP yang sudah disusun dengan proses penyelenggaraan tugas dan fungsi organisasi sehingga organisasi dapat berjalan secara efisien dan efektif. Evaluasi, sebagai langkah tindak lanjut dari tahapan monitoring, dapat meliputi substansi SOP itu sendiri atau berkaitan dengan proses penerapannya

### **2.2.3.6 Motivasi**

Motivasi merupakan suatu dorongan yang membuat orang bertindak atau berperilaku dengan cara – cara motivasi yang mengacu pada sebab munculnya sebuah perilaku, seperti faktor – faktor yang mendorong seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Motivasi dapat diartikan sebagai kehendak untuk mencapai status, kekuasaan dan pengakuan yang lebih tinggi bagi setiap individu. Motivasi justru dapat dilihat sebagai basis untuk mencapai sukses pada berbagai segi kehidupan melalui peningkatan kemampuan dan kemauan.

Selain itu motivasi dapat diartikan sebagai keadaan yang memberikan energi, mendorong kegiatan atau moves, mengarah dan menyalurkan perilaku kearah mencapai kebutuhan yang memberi kepuasan atau mengurangi ketidakseimbangan.

#### 1. Teori Motivasi

Ada beberapa macam teori motivasi :

##### a. Hierarki Teori Kebutuhan (*Hierarchical of Needs Thry*)

Teori motivasi Maslow dinamakan, “ *A theory of human motivation*”. Teori ini mengikuti teori jamak, yakni seorang berperilaku atau bekerja karena adanya dorongan untuk memenuhi bermacam –macam kebutuhan. Kebutuhan yang diinginkan seseorang berjenjang, artinya bila kebutuhan yang pertama telah terpenuhi, maka kebutuhan tingkat kedua akan menjadi yang utama. Selanjutnya jika kebutuhan tingkat kedua telah terpenuhi, maka muncul kebutuhan tingkat ketiga dan seterusnya sampai tingkat kebutuhan kelima. Dasar dari teori ini adalah :

- 1) Manusia adalah makhluk yang berkeinginan, Keinginan ini terus menerus dan hanya akan berhenti bila akhir hayat tiba
- 2) Suatu kebutuhan, hanya kebutuhan yang belum terpenuhi yang akan menjadi motivator
- 3) Kebutuhan manusia tersusun dalam suatu jenjang.

b. Teori Clyton Alderfer (Teori “ERG”)

Teori Alderfer dikenal dengan akronim “ERG”. Akronim “ERG” dalam teori Alderfer merupakan huruf –huruf pertama dari tiga istilah yaitu : E = *Existence* (kebutuhan akan eksistensi), R = *Relatedness* (kebutuhan untuk berhubungan dengan pihak lain) , G = *Growth* (kebutuhan akan pertumbuhan).

Apabila teori Alderfer disimak lebih lanjut akan tampak bahwa:

- 1) Makin tidak terpenuhinya suatu kebutuhan tertentu, makin besar pula keinginan untuk memuaskannya.
- 2) Kuatnya keinginan memuaskan kebutuhan yang “lebih tinggi” semakin

besar apabila kebutuhan yang lebih rendah telah dipuaskan.

- 3) Sebaliknya, semakin sulit memuaskan kebutuhan yang tingkatnya lebih tinggi, semakin besar keinginan untuk memuaskan kebutuhan yang lebih mendasar.

c. Teori Herzberg (Teori Dua Faktor)

Model dua faktor dari motivasi, yaitu faktor motivasional dan faktor pemeliharaan. Menurut teori ini yang dimaksud faktor motivational adalah hal – hal yang mendorong seseorang untuk berprestasi yang sifatnya intrinsik, yang berarti bersumber dalam diri seseorang, sedangkan yang dimaksud dengan faktor atau pemeliharaan adalah faktor-faktor yang sifatnya ekstrinsik yang berarti bersumber dari luar diri yang turut menentukan perilaku seseorang dalam kehidupan seseorang.

Faktor motivasional antara lain ialah pekerjaan seseorang, keberhasilan yang diraih, kesempatan bertumbuh, kemajuan dalam karier dan pengakuan orang lain. Sedangkan faktor –faktor hygiene atau pemeliharaan mencakup antara lain status seseorang dalam organisasi, hubungan seorang individu dengan atasannya, hubungan seseorang dengan rekan –rekan sekerjanya, kebijakan organisasi, kondisi kerja dan sistem imbalan yang berlaku. Salah satu tantangan dalam memahami dan menerapkan teori Herzberg ialah menghitung dengan tepat faktor mana yang lebih berpengaruh kuat dalam kehidupan seseorang, apakah yang bersifat intrinsik ataukah yang bersifat ekstrinsik.

## 1. Sumber Motivasi

Sumber motivasi digolongkan menjadi dua, yaitu sumber motivasi dari dalam diri (intrinsik) dan sumber motivasi dari luar (ekstrinsik).

### a. Motivasi Intrinsik

Yang dimaksud dengan motivasi intrinsik adalah motif – motif yang menjadi aktif atau berfungsinya tidak perlu dirangsang dari luar, karena dalam diri setiap individu sudah ada dorongan untuk melakukan sesuatu. Itu sebabnya motivasi intrinsik dapat juga dikatakan sebagai bentuk motivasi yang di dalamnya aktivitas dimulai dan diteruskan berdasarkan suatu dorongan dari dalam diri dan secara mutlak berkaitan dengan aktivitas belajarnya.

### b. Motivasi Ekstrinsik

Motivasi ekstrinsik adalah motif – motif yang aktif dan berfungsi karena adanya perangsang dari luar. Motivasi ekstrinsik dapat juga dikatakan sebagai bentuk motivasi yang di dalamnya aktivitas dimulai dan diteruskan berdasarkan dorongan dari luar yang tidak terkait dengan dirinya. Ada dua faktor utama di dalam organisasi (faktor eksternal) yang membuat karyawan merasa puas terhadap pekerjaan yang dilakukan, dan kepuasan tersebut akan mendorong mereka untuk bekerja lebih baik, faktor tersebut antara lain :

- 1) Motivator, yaitu prestasi kerja, penghargaan, tanggung jawab yang diberikan, kesempatan untuk mengembangkan diri dan pekerjaannya itu sendiri.

- 2) Faktor kesehatan kerja, merupakan kebijakan dan administrasi perusahaan yang baik, gaji yang memuaskan, kondisi kerja yang baik dan keselamatan kerja.

Dilingkungan suatu organisasi atau perusahaan kecenderungan penggunaan motivasi ekstrinsik lebih dominan dari pada motivasi intrinsik. Kondisi ini disebabkan tidak mudah untuk menumbuhkan kesadaran dari dalam diri karyawan, sementara kondisi kerja disekitarnya lebih banyak menggiringnya pada mendapatkan kepuasan kerja yang hanya dapat dipenuhi dari luar dirinya.

## 2. Indikator Motivasi

Sejalan dengan teori dan pendapat ahli McClelland`s ada tiga faktor atau dimensi dari motivasi yaitu *High need for achievement*, *highneed for affiliation*, dan *high need for power*.

### a. *High need for achievement*

Berprestasi tinggi harus diberikan proyek, yang menantang dengan tujuan yang dapat dicapai. Mereka harus diberika umpan balik yang sering. Sementara uang bukanlah motivator penting dalam dirinya sendiri. Sebaliknya, itu adalah bentuk umpan balik yang efektif.

### b. *High need for affiliation*

Karyawan dengan afiliasi yang tinggi perlu melakukan yang terbaik dalam lingkungan koperasi.

### c. *High need for power*

Manajemen harus memberikan pencari kekuatan kesempatan untuk mengelola orang lain.

#### 2.2.4 Implikasi *Safety Patient Checklist*

*Safety Patient Checklist* merupakan bagian dari kualitas perawatan kesehatan (*quality of control care*) adalah layanan perawatan kesehatan untuk individu dan populasi meningkatkan kemungkinan hasil kesehatan yang diinginkan. Kualitas perawatan memainkan peran penting dalam menggambarkan hubungan perawatan kesehatan antara kualitas, biaya, dan aksesibilitas perawatan kesehatan dalam masyarakat. Kualitas perawatan kesehatan ditentukan enam domain untuk mengukur dan menggambarkan kualitas perawatan Kesehatan (Richardson, William C. 2000):

1. aman  
menghindari cedera pada pasien dari perawatan yang dimaksudkan untuk membantu mereka
2. efektif  
menghindari penggunaan berlebihan dan penyalahgunaan perawatan
3. Berpusat pada pasien  
memberikan perawatan yang unik untuk kebutuhan pasien
4. tepat waktu  
mengurangi waktu tunggu dan penundaan yang merugikan bagi pasien dan penyedia layanan
5. efisien  
menghindari pemborosan peralatan, persediaan, ide, dan energi



## 6. adil

memberikan perawatan yang tidak bervariasi di seluruh karakteristik pribadi intrinsik

Penilaian kualitas perawatan kesehatan dapat terjadi pada dua tingkat yang berbeda: tingkat individu pasien dan tingkat populasi. Pada tingkat pasien individu, atau tingkat mikro, penilaian berfokus pada layanan pada titik pengiriman dan efek selanjutnya. Pada tingkat populasi, atau tingkat makro, penilaian kualitas pelayanan kesehatan mencakup indikator seperti harapan hidup, angka kematian bayi, insiden, dan prevalensi kondisi kesehatan tertentu (Shi, 2015)

Penilaian kualitas mengukur indikator-indikator ini terhadap standar yang ditetapkan. Langkah-langkahnya bisa sulit untuk didefinisikan dalam perawatan kesehatan. Model Donabedian adalah kerangka umum untuk menilai kualitas perawatan kesehatan dan mengidentifikasi tiga domain di mana kualitas perawatan kesehatan dapat dinilai: struktur, proses, dan hasil (Donabedian, 1988). *Ketiga domain terkait erat dan saling membangun.* Perbaikan dalam struktur dan proses sering terlihat pada hasil. Beberapa contoh perbaikan dalam proses adalah: pedoman praktik klinis, analisis efisiensi biaya, dan manajemen risiko. Ketiganya merupakan langkah-langkah proaktif untuk mencegah kesalahan medis.

Efisiensi Biaya menentukan manfaat suatu layanan melebihi biaya yang dikeluarkan untuk menyediakan layanan tersebut. Layanan perawatan kesehatan terkadang tidak hemat biaya karena penggunaan yang berlebihan atau penggunaan yang kurang. Pemanfaatan berlebihan, atau penggunaan berlebihan, terjadi ketika

nilai perawatan kesehatan diencerkan dengan sumber daya yang terbuang. Akibatnya, menghilangkan manfaat potensial dari orang lain dari memperoleh layanan. Biaya atau risiko pengobatan lebih besar daripada manfaat dalam perawatan kesehatan yang digunakan secara berlebihan. Sebaliknya, underutilization, atau underuse, terjadi ketika manfaat pengobatan lebih besar daripada risiko atau biaya, tetapi tidak digunakan. Ada potensi hasil kesehatan yang merugikan dengan pemanfaatan yang kurang. Salah satu contohnya adalah kurangnya deteksi dini dan pengobatan kanker yang menyebabkan penurunan tingkat kelangsungan hidup kanker.

Jalur Kritis adalah alat manajemen kasus berbasis hasil dan berpusat pada pasien yang mengambil pendekatan interdisipliner dengan "memfasilitasi koordinasi perawatan di antara berbagai departemen klinis dan pemberi perawatan". Manajer perawatan kesehatan memanfaatkan jalur kritis sebagai metode untuk mengurangi variasi dalam perawatan, mengurangi pemanfaatan sumber daya, dan meningkatkan kualitas perawatan. Penggunaan jalur kritis untuk mengurangi biaya dan kesalahan meningkatkan kualitas dengan menyediakan pendekatan sistematis untuk menilai hasil perawatan kesehatan. Mengurangi variasi dalam pola praktik mendorong peningkatan kolaborasi di antara pemain interdisipliner dalam sistem perawatan kesehatan.

Kualitas perawatan kesehatan yang diberikan oleh seorang perawat dapat dinilai dari hasilnya, kinerja teknis perawatan dan hubungan interpersonal. Hasil dari kualitas adalah perubahan kesehatan pasien, seperti pengurangan rasa sakit, kambuh, atau tingkat kematian. Inisiatif signifikan untuk meningkatkan

hasil kualitas layanan kesehatan telah dilakukan yang mencakup pedoman praktik klinis, efisiensi biaya, jalur kritis, dan manajemen risiko.

Pedoman Praktik Klinis adalah sejauh mana seorang profesional kesehatan menyesuaikan diri dengan praktik terbaik yang ditetapkan oleh pedoman medis . Pedoman praktik klinis, atau pedoman praktik medis, adalah protokol berbasis ilmiah untuk membantu penyedia dalam mengadopsi pendekatan "praktik terbaik" dalam memberikan perawatan untuk kondisi kesehatan tertentu. Asumsinya adalah penyedia yang mengikuti pedoman medis memberikan perawatan terbaik dan memberikan harapan besar untuk hasil yang baik.

Manajemen Risiko merupakan upaya proaktif untuk mencegah kejadian buruk yang berkaitan dengan perawatan klinis" dan difokuskan untuk menghindari malpraktik medis. Profesional perawatan kesehatan tidak kebal terhadap tuntutan hukum; oleh karena itu, organisasi perawatan kesehatan telah mengambil inisiatif untuk menetapkan protokol khusus untuk mengurangi litigasi malpraktik. Kekhawatiran malpraktik dapat mengakibatkan pengobatan defensif, atau ancaman litigasi malpraktik, yang dapat membahayakan keselamatan dan perawatan pasien dengan mendorong pengujian atau perawatan tambahan. Pendekatan manajemen risiko menggunakan prinsip efisiensi biaya dengan pedoman praktik standar dan jalur kritis.

## **2.3 Teori *High Reliability Organisation* (HRO)**

### **2.3.1 Definisi**

Teori *High Reliability Organisation* (HRO) adalah organisasi yang berhasil menghindari bencana di lingkungan kecelakaan normal yang dapat terjadi karena faktor risiko dan kompleksitas. Teori HRO mengalir dari Teori Kecelakaan Normal yang lahir dari sekelompok peneliti di Universitas California, Berkeley (Todd LaPorte, Gene Rochlin, dan Karlene Roberts). Teori HRO digunakan untuk mempelajari cara kerja organisasi dengan sistem yang kompleks dan berbahaya beroperasi tanpa kesalahan (Hopkins, 2014).

Organisasi menampilkan beberapa karakteristik, dalam HRO menampilkan semua karakteristik secara bersamaan. Kecelakaan Normal dan teori HRO menunjukkan bahwa kompleksitas interaktif dan kopling ketat, secara teoritis, dapat menyebabkan kecelakaan sistem. Para ahli teori dari kedua sekolah menempatkan banyak penekanan pada interaksi manusia dengan sistem sebagai penyebab (NAT) atau pencegahan (HRO) dari kecelakaan sistem (Le Coze, 2019). Teori organisasi keandalan tinggi dan HRO sering dikontraskan dengan Teori Kecelakaan Normal. Perrow (2011) berhipotesis bahwa terlepas dari keefektifan manajemen dan operasi, kecelakaan dalam sistem yang ditandai dengan kopling yang erat dan kompleksitas interaktif akan menjadi normal atau tak terhindarkan karena seringkali tidak dapat diramalkan atau dicegah. Pandangan pesimistis ini, yang dijelaskan oleh beberapa ahli teori sebagai deterministik teknologi yang tidak malu-malu, kontras dengan pandangan yang lebih optimis dari para pendukung HRO, yang menyatakan bahwa organisasi yang berisiko tinggi dan berisiko tinggi dapat berfungsi dengan aman meskipun ada bahaya dari sistem yang kompleks. Teori HRO beroperasi dalam lingkungan

sosial dan politik. HRO berisiko dan menghadirkan potensi kesalahan dan tingkat keparahan serta skala kemungkinan konsekuensi dari kesalahan atau kesalahan menghalangi pembelajaran melalui eksperimen.

Semua organisasi ini menggunakan proses yang kompleks untuk mengelola teknologi yang kompleks dan pekerjaan yang kompleks untuk menghindari kegagalan. HRO berbagi banyak properti dengan organisasi berkinerja tinggi lainnya termasuk personel yang sangat terlatih, pelatihan berkelanjutan, sistem penghargaan yang efektif, audit proses yang sering, dan upaya peningkatan berkelanjutan. Namun sifat-sifat lain seperti rasa kerentanan di seluruh organisasi, rasa tanggung jawab dan akuntabilitas yang tersebar luas untuk keandalan, kekhawatiran luas tentang kesalahpahaman, kesalahpahaman dan kesalahpahaman yang digeneralisasikan di berbagai tugas, operasi, dan asumsi, pesimisme tentang kemungkinan kegagalan, redundansi dan berbagai pemeriksaan dan pemeriksaan balik sebagai tindakan pencegahan terhadap potensi kesalahan yang lebih menonjol (Agwu & Haldeigh, 2019).

HRO atau organisasi dengan keandalan tinggi yang menekankan sifat dinamis dalam menghasilkan keandalan. Keandalan adalah terus berupaya meningkatkan keandalan dan melakukan intervensi untuk mencegah kesalahan dan kegagalan dan untuk mengatasi dan memulihkan dengan cepat jika kesalahan menjadi nyata. Beberapa peneliti memandang HRO sebagai pencari keandalan daripada pencapaian keandalan. Organisasi yang mencari keandalan tidak dibedakan berdasarkan kesalahan absolut atau tingkat kecelakaan mereka, melainkan oleh "manajemen efektif dari teknologi berisiko bawaan melalui kontrol organisasi

baik dari bahaya maupun probabilitas (Haaviks,et.al., 2019). Akibatnya adanya "keandalan tinggi" diartikan bahwa risiko tinggi dan efektivitas tinggi dapat hidup berdampingan, untuk organisasi yang harus bekerja dengan baik dalam kondisi yang sangat sulit, dan bahwa dibutuhkan upaya intensif untuk melakukannya.

Karl Weick, Kathleen M. Sutcliffe dan David Obstfeld (2005) melakukan rekonseptualisasi dari literatur tentang keandalan yang tinggi. Para peneliti ini secara sistematis meninjau literatur studi kasus tentang HRO dan mengilustrasikan infrastruktur dengan keandalan yang tinggi didasarkan pada proses kesadaran kolektif yang ditunjukkan oleh keasyikan dengan kegagalan, keengganan untuk menyederhanakan interpretasi, kepekaan terhadap operasi, komitmen terhadap ketahanan, dan penghormatan terhadap keahlian. Dengan kata lain, HRO berbeda karena upaya mereka untuk mengatur dengan cara yang meningkatkan kualitas perhatian di seluruh organisasi, sehingga meningkatkan kewaspadaan dan kesadaran orang terhadap detail sehingga mereka dapat mendeteksi cara halus di mana konteks bervariasi dan meminta tanggapan kontingen meliputi perhatian dan kolektif. Pengorganisasian yang penuh perhatian membentuk dasar bagi individu untuk berinteraksi terus-menerus saat mereka mengembangkan, menyempurnakan, dan memperbarui pemahaman bersama tentang situasi yang mereka hadapi dan kemampuan mereka untuk bertindak berdasarkan pemahaman tersebut. Pengorganisasian yang cermat secara proaktif memicu tindakan yang mencegah dan mengandung kesalahan dan krisis serta menuntut para pemimpin dan karyawannya untuk memberikan perhatian khusus dalam membentuk infrastruktur sosial dan relasional organisasi. Serangkaian

proses dan praktik pengorganisasian yang saling terkait, yang secara bersama-sama berkontribusi pada budaya keselamatan keseluruhan sistem (misalnya, tim, unit, organisasi).

### **2.3.2 Karakteristik**

Para peneliti telah menemukan bahwa organisasi yang sukses dalam industri berisiko tinggi terus mengubah diri. Misalnya, ketika tim komando insiden menyadari apa yang mereka anggap sebagai kebakaran garasi kini telah berubah menjadi insiden material berbahaya, mereka sepenuhnya merestrukturisasi organisasi respons mereka.

Ada lima karakteristik HRO yang telah diidentifikasi sebagai penyebab "perhatian" yang membuat mereka bekerja dengan baik saat menghadapi situasi yang tidak terduga. Situasi tersebut adalah :

#### **1. Keasyikan dengan kegagalan**

HRO memperlakukan anomali sebagai gejala masalah dengan sistem. Kelemahan organisasi laten yang berkontribusi pada kesalahan kecil juga dapat berkontribusi pada masalah yang lebih besar, sehingga kesalahan segera dilaporkan sehingga masalah dapat ditemukan dan diperbaiki.

#### **2. Keengganan untuk menyederhanakan interpretasi**

HRO mengambil langkah-langkah yang disengaja untuk memahami secara komprehensif lingkungan kerja serta situasi tertentu. Mereka menyadari bahwa lingkungan operasi sangat kompleks, sehingga mereka melihat melintasi batas sistem untuk menentukan jalur masalah (di mana mereka mulai, di mana mereka akan berakhir) dan menghargai keragaman pengalaman dan pendapat.

### 3. Sensitivitas terhadap pengoperasian

HRO terus-menerus sensitif terhadap perubahan kondisi yang tidak terduga. Mereka memantau penghalang dan kontrol keselamatan dan keamanan sistem untuk memastikan mereka tetap pada tempatnya dan beroperasi sebagaimana dimaksud. Kesadaran situasional sangat penting bagi HRO.

### 4. Komitmen terhadap ketahanan

HRO mengembangkan kemampuan untuk mendeteksi, menahan, dan memulihkan dari kesalahan. Kesalahan akan terjadi, tetapi HRO tidak dilumpuhkan olehnya.

### 5. Menghargai keahlian

HRO mengikuti hierarki komunikasi yang khas selama operasi rutin, tetapi tunduk pada orang yang memiliki keahlian untuk memecahkan masalah selama kondisi yang tidak menyenangkan. Selama krisis, keputusan dibuat di garis depan dan otoritas berpindah ke orang yang dapat menyelesaikan masalah, terlepas dari peringkat hierarki mereka.

Meskipun penelitian asli dan penerapan awal teori HRO dalam praktik terjadi di industri berisiko tinggi, penelitian saat ini mencakup berbagai macam aplikasi dan pengaturan. Perawatan kesehatan telah menjadi bidang praktisi terbesar selama beberapa tahun terakhir (Cantu, Tolk, Fritts & Gharehyakheh, (2020). Penerapan *Crew Resource Management* adalah area fokus lain bagi para pemimpin di HRO yang membutuhkan intervensi dan pengukuran sistem perilaku yang kompeten.



Perilaku HRO dapat dikenali dan dikembangkan lebih lanjut menjadi keterampilan antisipasi dan ketahanan yang berfungsi tinggi. Organisasi pembelajar yang mengupayakan kinerja tinggi dalam hal-hal yang dapat mereka rencanakan, dapat menjadi HRO yang mampu mengelola peristiwa tak terduga dengan lebih baik yang menurut definisi tidak dapat direncanakan. Peristiwa Insiden Keselamatan pasien (*safety patient*) di rumah sakit harus menjadi perhatian utama. Rumah sakit merupakan tempat pelayanan kesehatan yang sangat kompleks dan padat risiko. Di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus-menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik bisa saja menyebabkan kejadian tidak diharapkan (KTD) dan kejadian nyaris cedera (KNC).

Industri Rumah Sakit termasuk dalam High Reliability Organization (HRO), memungkinkan menjalankan pelayanan sebaik mungkin, walaupun memiliki kompleksitas proses dalam organisasi (Yulia, Hamid, Mustikasari, 2012). Rumah sakit yang menyadari kedudukan sebagai HRO mengedepankan peningkatan mutu pelayanan melalui pengembangan program keselamatan pasien dan lingkup kerja untuk membangun budaya keselamatan di kalangan perawat.

Butar-butar dan Simamora (2016) menyatakan bahwa langkah awal memperbaiki pelayanan yang berkualitas adalah keselamatan, sedangkan kunci dari pelayanan bermutu dan aman adalah membangun budaya keselamatan pasien. Perawat merupakan kunci dalam pengembangan mutu melalui keselamatan

pasien. Keselamatan pasien dan mutu pelayanan kesehatan yang tinggi adalah tujuan yang selalu diharapkan oleh rumah sakit, manajer, tim penyedia pelayanan kesehatan, pihak jaminan kesehatan, serta pasien, keluarga dan masyarakat.

## 2.4 Penelitian yang terkait

No	Author & Tahun	Judul	Tujuan & Metode	Hasil
1	Dwi Ernawati, 2017	Analisa factor yang berhubungan insiden keselamatan di unit ambulans gawat darurat RSUD Haji Surabaya	Untuk mengetahui hubungan antara factor-faktor yang berhubungan dengan insiden keselamatan pasien di RSUD Haji Surabaya  Penelitian ini menggunakan desain korelasi dengan pendekatan cross sectional	Tidak ada hubungan antara umur terhadap insiden keselamatan pasien yang menggunakan layanan ambulans gawat darurat. Tidak ada hubungan antara pendidikan terhadap insiden keselamatan pasien yang menggunakan layanan ambulans gawat darurat Tidak ada hubungan antara masa kerja di rumah sakit terhadap insiden keselamatan pasien yang menggunakan ambulans gawat darurat. Ada hubungan antara masa kerja di ambulans gawat darurat terhadap insiden keselamatan pasien yang menggunakan ambulans gawat darurat Ada hubungan antara kerjasama terhadap insiden keselamatan pasien yang menggunakan layanan ambulans gawat darurat
2	Armansyah Jaya Putra ZA (2013)	Analisa factor-faktor yang berhubungan dengan kejadian keselamatan pasien (patient safety) di ruang perawatan RS Haji Jakarta	Untuk mengetahui factor-faktor yang berhubungan dengan kejadian keselamatan pasien di RS haji Jakarta  Menggunakan desain kualitatif dan kuantitatif dengan menggunakan pendekatan cross sectional	Dari data yang di dapat 65.9% petugas diruang perawatan belum mengikuti pelatihan dan 34,1% sudah mengikuti pelatihan patient safety. Dari angket dimensi pelatihan patient safety kepada 60 responden didapat gambaran 95% responden mengatakan pelatihan patient safety bermanfaat, 80% responden mengatakan materi pelatihan patient safety sudah sesuai, 90% Respon mengatakan sudah memahami pelatihan patient safety dan 93,3% responden mengatakan melaporkan setiap ada kejadian yang berhubungan dengan patient safety. 5% responden mengatakan pelatihan patient safety tidak bermanfaat, 20% responden mengatakan materi pelatihan belum

				sesuai, 10% responden mengatakan belum memahami pelatihan patient safety dan 6,7% responden belum melaporkan setiap ada kejadian yang berhubungan dengan patient safety
3	Aldia Lailifah Kurinavip dkk (2017)	Hubungan karakteristik individu perawat dengan insiden keselamatan pasien tipe administrasi klinik di RSU Haji Surabaya	Untuk menganalisis hubungan antara karakteristik individu perawat dengan insiden keselamatan tipe administrasi klinik  Penelitian deskriptif observasional dengan desain cross sectional	Menunjukkan bahwa semakin rendah pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien tipe administrasi klinik, semakin tinggi kelelahan kerja perawat. Semakin rendah motivasi perawat terhadap penerapan program keselamatan pasien
4	Sukasih (2012)	Analisa factor-faktor yang berkontribusi terhadap patient safety di kamar operasi RS Premier Bintoro	Untuk mengetahui hubungan antara factor sign in, time out dan sign out terhadap pasien safety  Desain penelitian deskriptif dan analisa data menggunakan uji chi square	Terdapat hubungan yang bermakna antara time out dengan pasien safety (p value = 0,002) untuk proses sign in atau sign out dari hasil uji statistic menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna , namun disini prosedur ini tetap dijalankan karena proses ini sangat penting untuk upaya keselamatan pasien.
5	Hartono dkk 2014	Manajemen pengetahuan untuk keselamatan pasien	Untuk mengetahui apakah terdapat kesalahan dalam layanan di laboratorium patologi klinik instalasi patologi klinik RSUD Soetomo Surabaya	Pasca pelaksanaan manajemen pengetahuan menunjukkan perbuahan terkait kemampuan petugas secara bermakna ( $p < 0,001$ ) tampak peningkatan mutu kerja yang menunjukkan perubahan secara bermakna ( $p < 0,001$ ), Peningkatan kemampuan petugas berpengaruh dalam pross secara bermakna ( $p = 0,172$ , $\beta = 0,187$ ), peningkatan kemampuan

		(knowledge management on patient safety)	Pra eksperimental	petugas berpengaruh secara bermakna terhadap perbaikan kinerja petugas ( $p < 0,002$ , $\beta = 0,406$ ) Serta oeningkatan mutu proses kerja yang mempengaruhi kinerja petugas ( $p = 0,001$ , $\beta = 0,581$ )
6	Prihatini (2009)	Berbagai kesalahan tata langkah pekerjaan laboratorium (errors during clinival laboratoric prosedur)	Untuk memberitahukan dan memahami cara mengelola bahan periksaan laboratorik klinis sesuai tata langkah beku. Sehingga hasil yang diperoleh dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis yang dapat dipercaya  Adverse event, identifikasi after reporting, identifikasi before reporting	Kesalahan yang terbanyak pada pemeriksaan laboratorium terjadi pada masa pra analitik
7	Hetty ismaniar 2012	Efektivitas kepemimpinan dan komunikasi tim keselamatan pasien di RSI Ibnu Sina Pekanbaru Riau	Untuk mengevaluasi efektivitas kepemimpinan dan komunikasi kinerja Tim KP RS di RSI Ibnu Sina Pekanbaru Riau  Observasional, deskriptif menggunakan mixed methods dengan rancangan seguesial eksploratory	Terjadi 45,22% medication error, 2,38% mengakibatkan kematian dan 50% kasus tidak dilakukan analisis, tidak ada laporan internal dan eksternal yang dilakukan tim KPRS. Evaluasi efektivitas kepemimpinan dan komunikasi masih berada pada level 2 dan 3
8	Yuni Kartika dkk 2015	Analisa pengaruh gaya kepemimpinan	Menjelaskan gaya kepemimpinan transformational direktur sesuai tujuh langkah keselamatan rumah	Gaya kepemimpinan tranformasional direktur telah melibatkan staf dalam menerapkan budaya keselamatan pasien terutama budaya tidak menyalahkan dan budaya belajar dari insiden tetapi untuk melapor

		direktur terhadap budaya keselamatan pasien di RS Hermina Pandanaran	sakit dalam pelaksanaan budaya keselamatan di RS Hermina Pandanaran  Jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan cross sectional	belum berjalan dengan baik. Gaya kepemimpinan transformasional direktur dalam menerapkan budaya keselamatan pasien belum seluruhnya sesuai dengan tujuh langkah keselamatan pasien di RS , direktur belum memotivasi staff dengan optimal
9	Kurnia 2019	Hubungan tingkat stress kerja dengan tingkat kelelahan kerja perawat ICU RS Immanuel Bandung	Tujuan penelitian ini mengukur hubungan tingkat stress kerja dengan tingkat kelelahan kerja perawat ICU  Penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan cross sectional	Hasil penelitian menunjukkan bahwa hamper seluruh responden berada pada tingkat kelelahan ringan 84,8% dan tingkat stress kerja perawat ICU sebagian besar berada pada tingkat ringan 57,6%. Secara statistic tingkat kelelahan dengan tingkat stress kerja tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan nilai p value 0,105. Kategori tingkat stress kerja yang ringan dan tingkat kelelahan ringan ini dapat disebabkan oleh perawat ICU mempunyai sumber coping yang terdapat dari individu seperti umur, tingkat pendidikan dan lama kerja sehingga perawat ICU adaptif terhadap stressor
10	Chaerunisa SUkmaretnawati dkk 2013	Pengaruh stress kerja perawat terhadap perilaku implementasi patient safety di IGD RS Panembahan Senopati Bantul	Membuktikan dan menganalisa apakah ada pengaruh stress kerja perawat terhadap perilaku implementasi patient safety perawat di IGD RS Panembahan Senopati Bantul  Jenis penelitian kuantitatif deskriptif dengan rancangan Penelitian cross sectional survey. Metode yang digunakan adalah kuantitatif dengan kuesioner dan	Hasil penelitian bahwa pengaruh variable stress kerja perawat terhadap perilaku implementasi Patient safety di IGD RS Panembahan Senopati Bantul. Adalah sebesar 28,1% dan sisanya 71,9% dipengaruhi oleh factor lain atau variable lain diluar model dalam penelitian. Variable Stress kerja perawat X mempunyai signifikansi sebesar 0,514 yang artinya stress kerja perawat tidak berpengaruh terhadap perilaku implementasi pasien safety di IGD, factor penyebab stress organisasi adalah tidak signifikan dikarenakan 0,366 > dan 0,05 hasil dari individu adalah tidak signifikan dikarenakan 0,954 > dari 0,05 dan hasil dari factor tim adalah 0,119 > dari 0,05

			observasi.	
11	Monica pakasi (2016)	Hubungan antara kelelahan kerja dengan stress kerja pada perawat di RS TK III R.W Mongisidi manado	<p>Penelitian untuk mengetahui hubungan antara kelelahan kerja dengan stess kerja pada perawat di rumah sakit TK III R.W Mongisidi Manado</p> <p>Penelitian ini menggunakan pendekatan cross-Sectional</p>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa, kategori kelelahan normal 20,4%, kategori kelelahan ringan 36,6%, kategori kelelahan sedang 15,1%, dan kategori kelelahan berat 28%. Kategori yang mengalami stess 49,5% dan kategori yang tidak mengalami stress 50,5% tidak terdapat hubungan antara kelelahan kerja dengan stress kerja