

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Keselamatan Pasien**

##### **1. Definisi Keselamatan pasien**

Keselamatan pasien merupakan suatu proses atau struktur yang digunakan untuk mengurangi kemungkinan dampak kejadian tidak diharapkan dari kesalahan prosedur dan system yang digunakan dalam sistem pelayanan kesehatan (AHRQ, 2011). Kementerian Kesehatan RI (2011) juga memberikan definisi yang serupa, yaitu keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: assessmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

Tujuan keselamatan pasien yaitu tercapainya budaya keselamatan pasien dirumah sakit, meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunkan kejadian tidak diharapkan di rumah sakit, terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

##### **2. Faktor yang Berpengaruh terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien**

Menurut (KKP-RS, 2015), faktor yang berkontribusi terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien, dalam hal ini yang melatar belakangi meningkatnya risiko suatu kejadian, digolongkan menjadi faktor kontributor eksternal dan internal. Faktor kontributor eksternal yakni regulator dan ekonomi; peraturan dan kebijakan Kemenkes ; peraturan nasional, dan hubungan dengan organisasi lain. Sedangkan faktor internal merupakan faktor kontribusi dari dalam rumah sakit, yaitu faktor organisasi dan manajemen, budaya keselamatan pasien, lingkungan kerja, tim, petugas, serta pasien.

### 3. Jenis Kejadian dalam Keselamatan Pasien

Menurut PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera, dan kejadian potensial cedera. Adapun jenis-jenis insiden yang ditetapkan dalam PMK No. 11 Tahun 2017 adalah sebagai berikut.

- 3.1. Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Contohnya obat-obatan LASA (*look alike sound alike*) disimpan berdekatan.
- 3.2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah suatu kejadian insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Contohnya suatu obat dengan over dosis lethal diberikan kepada pasien, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat tersebut diberikan kepada pasien.
- 3.3. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seluruhnya diambil (*omission*) yang dapat mencederai pasien tetapi cedera tidak terjadi karena:
  - 3.3.1. “Keberuntungan” (misalnya pasien yang menerima suatu obat kontraindikasi tetapi tidak timbul reaksi obat); dan
  - 3.3.2. “Peringatan” (misalnya pasien secara tidak sengaja telah diberikan suatu obat dengan dosis lethal, segera diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya sehingga tidak menimbulkan cedera berat).
  - 3.3.3. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan (*omission*) dan bukan karena penyakit dasarnya (*underlying disease*) atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis. Contoh KTD yaitu pasien yang diberikan obat dengan dosis lebih karena kesalahan saat membaca dosis obat pada resep sehingga pasien mengeluhkan efek samping dari obat tersebut.
  - 3.3.4. Kejadian Sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan

membutuhkan intervensi untuk memperthankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien. Kejadian sentinel biasanya dipakai untuk kejadian tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata sentinel terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi misalnya amputasi pada lokasi yang salah, dll, sehingga pencarian fakta-fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

#### 4. Standar Keselamatan Pasien

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang penting dalam sebuah rumah sakit, maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang dapat digunakan sebagai acuan bagi rumah sakit di Indonesia. Standar keselamatan pasien rumah sakit yang saat ini digunakan mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organization* kondisi di Indonesia.

Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

- 4.1. Hak pasien
- 4.2. Mendidik pasien dan keluarga
- 4.3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
- 4.4. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
- 4.5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- 4.6. Mendidik staff tentang keselamatan pasien.
- 4.7. Komunikasi merupakan kunci bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien

#### 5. Tujuan Keselamatan Pasien

Menurut Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit oleh Depkes Republik Indonesia (2006), tujuan dari Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah:

- 5.1. Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit.
- 5.2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- 5.3. Menurunnya KTD dirumahsakit.

- 5.4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

Adapun tujuan nasional keselamatan pasien dalam *National Patient Safety Goals* tahun 2015 adalah:

- 1) *Improve the accuracy of patient identification* yakni meningkatkan ketelitian terhadap identifikasi pasien.
- 2) *Improve the effectiveness of communication among caregivers* yakni meningkatkan efektivitas komunikasi antar pemberi pelayanan.
- 3) *Improve the safety of using medications* yakni meningkatkan keamanan penggunaan obat.
- 4) *Reduce the harm associated with clinical alarm systems* yakni mengurangi bahaya yang berkaitan dengan sistem alarm klinis.
- 5) *Reduce the risk of health care-associated infections* yakni mengurangi risiko infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan.
- 6) *The hospital identifies safety risks inherent in its patient population* yakni rumah sakit mengidentifikasi risiko keselamatan melekat pada populasi pasien.

## **B. Budaya Keselamatan Pasien**

### **1. Budaya Organisasi**

Budaya organisasi adalah suatu realita asumsi dasar, nilai-nilai, kebiasaan-kebiasaan yang hidup dan dihayati dan dilakukan oleh para anggotanya (*culture-in-practice*). Budaya bukan sekadar slogan-slogan yang mencantumkan nilai-nilai yang diinginkan (*espoused culture*). Karena itu dalam mengkaji budaya organisasi, harus difokuskan pada kebiasaan, perilaku dan nilai-nilai yang dianut dan dijalankan oleh para anggotanya (*das Sein*) dan bukan mengkaji budaya yang diinginkan (*das Sollen*). Memang akan ideal jika budaya yang diinginkan tersebut tepat (misalnya: *professional/safety-culture*) dan budaya yang hidup (*das Sein*) sesuai dengan budaya yang diinginkan (*das Sollen*). Pada umumnya pembentukan budaya organisasi ditentukan oleh para pendiri organisasi. Mengacu pada filosofi, visi, misi, nilai-nilai yang dianutnya, pendiri organisasi memilih orang-orang yang mempunyai relatif menganut hal-hal yang sama (Budihardjo, 2008).

Budaya organisasi yang dominan berpengaruh kuat pada perilaku para anggota

organisasi. Deal (2000) mengemukakan bahwa budaya yang dominan bahkan berpengaruh terhadap kinerja organisasi. Rumah Sakit seyogyanya mengaplikasikan *das Sein* yang bersumber pada *das Sollen* yang tepat (*patient-safety culture*). Secara umum, *safety culture* dapat didefinisikan sebagai polaterpadu perilaku individu dan organisasi yang berorientasi pada nilai-nilai dan asumsi dasar yang secara terus menerus berupaya meminimalkan kejadian-kejadian yang tidak diharapkan karena dapat membahayakan pasien.

## 2. Budaya Keselamatan Pasien

### 2.1. Definisi Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien merupakan produk dari nilai, sikap, kompetensi, dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen, gaya dan kemampuan suatu organisasi pelayanan kesehatan terhadap program keselamatan pasien (ACSNI,1993 dalam AHRQ,2016).

Menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) (2017), budaya keselamatan di rumah sakit adalah sebuah lingkungan yang kolaboratif karena staf klinis memperlakukan satu sama lain secara hormat dengan melibatkan serta memberdayakan pasien dan keluarga. Pimpinan mendorong staf klinis pemberi asuhan bekerjasama dalam tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan berfokus pada pasien.

Menurut Yulia dalam penelitiannya (2010), budaya keselamatan adalah kondisi dimana staf memiliki kesadaran yang konstan dan aktif tentang hal yang potensial menimbulkan kesalahan, staf maupun organisasi mampu membicarakan kesalahan, belajar dari kesalahan dan mau memperbaiki kesalahan. Kemudian Ferguson dan Fakelman (dalam Setiowati, 2010) mengemukakan bahwa budaya keselamatan pasien merupakan nilai, kepercayaan yang dianut bersama dengan struktur organisasi dan sistem pengawasan dan pengendalian untuk menghasilkan norma-norma perilaku. Dari berbagai uraian yang telah dijelaskan sebelumnya maka dapat disimpulkan bahwa budaya keselamatan merupakan nilai dan keyakinan yang dianut bersama dalam suatu organisasi untuk membuat asuhan pasien yang lebih aman.

Menurut Kreitner & Kinicki (dalam Wulantika, 2007), budaya organisasi adalah nilai dan keyakinan bersama yang mendasari identitas organisasi.

Menurut Hughes, 2008 (dalam Setiowati, 2008), budaya organisasi dapat diartikan sebagai iklim organisasi yang menunjuk pada atmosfer dalam sikap dan persepsi pada perasaan individual tentang tempat bekerja, yang dikaitkan dengan kepuasan individu dan motivasi tim.

Budaya keselamatan juga merupakan hasil dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu maupun kelompok yang menentukan komitmen terhadap kemampuan manajemen pelayanan kesehatan maupun keselamatan. Budaya keselamatan dicirikan dengan komunikasi berdasar atas rasa saling percaya dengan persepsi yang sama tentang pentingnya keselamatan dan dengan keyakinan akan manfaat langkah-langkah pencegahan (SNARS, 2017).

Komitmen organisasi menyediakan sumberdaya, seperti staf, pelatihan metode pelaporan yang aman, dan sebagainya untuk menangani masalah keselamatan. Masih banyak rumah sakit yang masih.

Memiliki budaya untuk menyalahkan suatu pihak yang akhirnya merugikan kemajuan budaya keselamatan (SNARS, 2017).

Berdasarkan beberapa definisi para ahli di atas, dapat disimpulkan bahwa budaya keselamatan pasien merupakan suatu pola perilaku individu atau kelompok dalam suatu organisasi pelayanan kesehatan yang berfokus kepada pasien untuk memberikan pelayanan kesehatan secara aman.

Hal-hal penting menuju budaya keselamatan menurut SNARS (2017) yaitu sebagai berikut.

- 1) Staf RS mengetahui bahwa kegiatan operasional RS berisiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman.
- 2) Regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut untuk mendapat hukuman bila membuat laporan tentang KTD dan KNC.
- 3) Direktur RS mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- 4) Mendorong kolaborasi antar staf lintas dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.

### 3. Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien

Telah diketahui dengan jelas bahwa pembentukan budaya keselamatan adalah elemen utama dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien ( Weaver *et al*, 2013). Namun saat ini organisasi pemberi layanan kesehatan masih mempunyai keterbatasan dalam pendekatan untuk memahami apakah budaya keselamatan di unitnya telah berubah. Nieva dan Sorra ( 2003 ) menyebutkan bahwa cara terbaik untuk mengetahui adanya transformasi budaya keselamatan adalah dengan melakukan penilaian sebelum dan sesudah dilakukan intervensi program keselamatan pasien. Adanya tren dalam hasil survei budaya dari waktu ke waktu menentukan perubahan dalam budaya keselamatan . Ini merupakan area yang penting sebagai fokus pada penilaian dan perbaikan di rumah sakit (AHRQ, 2009).

AHRQ telah mengajukan program Team SSTEPS dengan tujuan perubahan budaya keselamatan melalui penggunaan tim dan strategi dalam rencana aksi tiga fase (AHRQ, 2010). Pada awal proses ini, fokus organisasi adalah untuk menilai budaya keselamatan menggunakan sebuah metode survei yang dipilih dan diikuti dengan perencanaan dan tindakan lanjut . Pada tahap Beberapa alat ukur yang sering digunakan dalam penilaian budaya keselamatan pasien di rumah sakit adalah :

#### *3.1.Hospital Survey on Patient Safety Culture*

Alat ukur berupa kuesioner ini dikembangkan oleh Agency for Healthcare Research and Quality Care ( AHRQ). Kuesioner terdiri dari 12 dimensi budaya keselamatan dan 42 item. Kekuatan dari alat ukur ini adalah:

- 1) Dapat menilai budaya organisasi
- 2) Dapat melihat perubahan budaya yang terjadi
- 3) Dapat untuk melakukan evaluasi pasca intervensi
- 4) Dapat menilai pada tingkat individu , unit dan organisasi
- 5) Dapat membandingkan dengan data negara lain
- 6) Di samping kekuatan, kelemahan yang ada pada alat ukur ini adalah penggunaannya terbatas pada konteks rumah sakit dan adanya beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa tidak semua item valid, reliabel dan dapat digeneralisir. Alat ukur ini digunakan pertama kali di United States dan secara luas telah digunakan pada survei di berbagai negara. Terjemahan dalam berbagai bahasa telah divalidasi termasuk di antaranya ke dalam bahasa Indonesia.

### 3.2. *Manchester Patient Safety Culture Assessment Tool*

Alat ini dikembangkan di Inggris oleh National Patient Safety Agency ( NPSA ) untuk menilai kematangan budaya keselamatan di organisasi . Terdapat 10 dimensi penilaian meliputi perbaikan berkesinambungan, prioritas pada keselamatan, kesalahan sistem dan tanggung jawab individu, pelaporan insiden, evaluasi insiden, perubahan dari pembelajaran, komunikasi, manajemen, pendidikan staf dan kerjasama tim. Kekuatan dari alat ukur ini adalah

- 1) Mampu menilai lima tingkat kematangan organisasi
- 2) Dapat digunakan pada tingkat organisasi atau tim
- 3) Dapat menunjukkan area prioritas untuk perbaikan
- 4) Beberapa item dalam kuesioner ini sulit untuk dinilai sehingga membutuhkan waktu lebih lama untuk melengkapi. Dan meskipun telah digunakan di Inggris ,namun tidak banyak penelitian yang melaporkan penggunaan dari kuesioner ini.

### 3.3. *Safety Attitude Questionnaire (SAQ)*

Alat ukur ini merupakan derivat dari Flight Attitude Management Questionnaire ( FAMQ) yaitu metode yang dikembangkan untuk mengukur faktor manusai dalam budaya di kokpit penerbangan komersial. Alat ini dapat digunakan pada semua unit di rumah sakit. Kelebihan yang sangat menonjol dari kuesioner ini adalah cara pengisiannya yang cepat dan singkat. Selain itu dapat digunakan sebagai alat evaluasi pasca intervensi. Saat ini SAQ baru digunakan di US. Kelemahan dari alat ukur ini adalah ketidak mampuannya untuk merinci perbedaan yang terjadi di antara staf klinis dan manajer.

## 4. Survei Budaya Keselamatan Pasien

Survei budaya keselamatan pasien dapat dilakukan berdasarkan elemen yang mendasari dan berdasarkan tingkat maturitas dari organisasi dalam menerapkan budaya keselamatan pasien. Standar pengukuran budaya keselamatan pasien dikembangkan oleh beberapa organisasi AHRQ, Standford, dan MapSaf. Survei tersebut menggunakan metode kuantitatif yang menggunakan instrumen berupa kuesioner. Instrumen tersebut sebagian besar melihat budaya dari prespektif staf di rumah sakit (AHRQ,2004).



Survei yang dikembangkan oleh *Agency for Health Care Reseach Quality* (AHRQ) adalah *The Hospital Survey on Patient safety* dengan 12 elemen untuk mengukur budaya keselamatan pasien, meliputi: kerjasama dalam unit, kerjasama antar unit, ekspektasi manajer, pembelajaran organisasi, dukungan manajemen, persepsi keselamatan pasien, umpan balik dan komunikasi, komunikasi terbuka, pelaporan kejadian, staffing, hand over dan transisi, dan respon non punitive (respon tidak menghukum).

Standford mengembangkan instrumen *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) mengidentifikasi 6 elemen yang meliputi :kerjasama, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi stress, persepsi manajemen dan kondisi kerja. *Stanford Instrument* (SI) melihat dari 5 elemen budaya keselamatan pasien, antarlain: organisasi, departemen, produksi, pelaporan, dan kesadaran diri. Sedangkan modifikasi dari *Stanford Instrument* yaitu *Modified Stanford Instrumen* hanya mengidentifikasi 3 elemen yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien, yaitu nilai keselamatan, takut dan reaksi negatif, persepsi keselamatan. Walaupun instrumen yang dikembangkan menggunakan elemen yang berbeda-beda, namun pada dasarnya elemen-elemen yang adapada setiap instrumen tersebut untuk mengukur 4 dimensi budaya keselamatan kerja, yaitu keterbukaan (*informed culture*), keadilan (*just culture*), pelaporan (*report culture*), dan pembelajaran dari masalah (*learning culture*).

*Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) merupakan survei budaya keselamatan pasien dari segi prespektif pegawai rumah sakit. Survei ini dapat mengukur budaya keselamatan pasien untuk seluruh pegawai rumah sakit dari *housekeeping*, bagian keamanan, sampai dengan dokter dan perawat.

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

Salah satu survey budaya keselamatan yang dikembangkan oleh *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) adalah *The Hospital Survey on Patient Safety* dengan 12 elemen yang dikembangkan sejak tahun 2004 untuk mengukur

budaya keselamatan pasien dari perspektif staf. Adapun beberapa penjelasan terkait instrumen survey budaya keselamatan pasien adalah sebagai berikut :

#### 4.1. Responden

Responden yang dapat mengisi instrumen survey budaya keselamatan pasien adalah seluruh jenis staf yang berada di pelayanan rumah sakit. Survey ini sangat cocok dilaksanakan pada:

- 1) Staf rumah sakit yang secara langsung bersentuhan dengan pasien (staf klinik seperti dokter, perawat, fisiotherapist. Staf non klinik seperti billing ruangan dan lain-lain).
- 2) Staf rumah sakit yang kemungkinan tidak bersentuhan langsung dengan pasien, namun pelayanannya dapat mempengaruhi pasien (staf farmasi, analis laboratorium, dan lain-lain)
- 3) Pimpinan, manajer dan petugas administrasi rumah sakit.

#### 4.2. Dimensi pertanyaan

Survey budaya keselamatan pasien terdiri dari 12 dimensi pertanyaan yang dikelompokkan menjadi 2 kelompok, yang dituangkan kedalam 9 bagian pada kuesioner yang telah dilaksanakan uji validitas dan reliabilitas. Adapun penjelasannya sebagai berikut :

Kelompok outcome (hasil) yang terdiri dari dua dimensi pertanyaan, yaitu sebagai berikut:

- 1) Keseluruhan persepsi tentang keselamatan pasien
- 2) Frekuensi pelaporan kejadian/ insiden

Kelompok budaya keselamatan yang terdiri dari 10 dimensi pertanyaan, yaitu sebagai berikut :

- 1) Teamwork dalam unit
- 2) Ekspektasi dan aksi pimpinan dalam mempromosikan keselamatan pasien
- 3) Proses belajar organisasi, perbaikan berkelanjutan
- 4) Dukungan manajemen rumah sakit dalam keselamatan pasien
- 5) Umpan balik dan komunikasi kejadian kesalahan
- 6) Keterbukaan komunikasi
- 7) Teamwork antar unit dalam rumah sakit
- 8) Staffing
- 9) Handoffs (serah terima) dan transisi

10) Respon tidak menyalahkan terhadap kejadian kesalahan

Adapun item soal dalam setiap dimensi pertanyaan dari survei budaya keselamatan pasien tersebut akan dijelaskan pada tabel dibawah ini:

**Tabel 2. 1 Dimensi pertanyaan survei budaya keselamatan pasien**

<b>DIMENSI</b>	<b>NOMOR</b>	<b>ITEM SOAL</b>	<b>JENIS SOAL</b>	<b>PILIHAN JAWABAN</b>
Grade Keselamatan Pasien (tambahan)	E1	Berilah peringkat keselamatan pasien di ruangan Anda, beri satu jawaban dengan memberi tanda centang pada kotak (√)	Positif	Sempurna, Sangat Bagus, Cukup, Kurang, Buruk
Jumlah pelaporan kejadian (tambahan)	G1	Dalam 12 bulan terakhir, menurut pengetahuan Anda, kira-kira berapa kejadian keselamatan pasien yang dilaporkan di ruangan Anda? Tulis angka jawaban Anda pada kotak yang disediakan.	Terbuka	Menulis angka
Teamwork dalam unit	A1	Karyawan di unit kami saling mendukung	Positif	Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Setuju ;Sangat Setuju
	A3	Bila unit kami ada pekerjaan yang harus dilakukan dalam waktu yang cepat, maka karyawan di unit kami bekerja bersama – sama sebagai tim untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut	Positif	Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Setuju ;Sangat Setuju
	A4	Petugas di unit kami saling menghargai	Positif	Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Setuju ;Sangat Setuju
	A11	Bila salah satu area di unit kami sangat sibuk, maka area lain dari unit kami akan membantu	Positif	Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Setuju ;Sangat Setuju
Ekspektasi dan aksi pimpinan dalam mempromosikan keselamatan	B1	Manajer/Supervisor di unit kami memberi pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai prosedur keselamatan pasien yang	Positif	Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Setuju ;Sangat Setuju

pasien		berlaku		
	B2	Manajer/Supervisor dengan serius mempertimbangkan masukan staf untuk meningkatkan keselamatan pasien	Positif	Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Setuju ;Sangat Setuju
	B3	Bila beban kerja tinggi, manajer/supervisor kami meminta kami bekerja cepat meski dengan mengambil jalan pintas	Negatif	Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Setuju ;Sangat Setuju
	B4	Manajer/Supervisor kami selalu mengabaikan masalah keselamatan pasien yang terjadi berulang kali di unit kami	Negatif	Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Setuju ;Sangat Setuju
Proses belajar organisasi, perbaikan berkelanjutan	A6	Unit kami secara aktif melakukan kegiatan untuk meningkatkan keselamatan pasien	Positif	Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Setuju ;Sangat Setuju
	A9	Di unit kami, kesalahan yang terjadi digunakan untuk membuat perubahan kearah yang positif	Positif	Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Setuju ;Sangat Setuju
	A13	Sesudah membuat perubahan – perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien, kita lakukan evaluasi tentang efektivitasnya	Positif	Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Setuju ;Sangat Setuju
Dukungan manajemen rumah sakit dalam keselamatan pasien	F1	Manajemen rumah sakit membuat suasana kerja yang mendukung keselamatan pasien	Positif	Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Setuju ;Sangat Setuju
	F8	Tindakan manajemen RS menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama	Positif	Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Setuju ;Sangat Setuju
	F9	Manajemen rumah sakit kelihatan tertarik pada Keselamatan pasien hanya sesudah terjadi KTD (Kejadian yang tidak diharapkan)	Negatif	Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Setuju ;Sangat Setuju
Keseluruhan persepsi tentang keselamatan	A15	Unit kami tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien untuk menyelesaikan	Positif	Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Setuju

pasien		pekerjaan yang lebih banyak		;Sangat Setuju
	A18	Prosedur dan system di unit kami sudah baik dalam mencegah terjadinya error	Positif	Sangat Tidak Setuju,Tidak Setuju,Setuju ;Sangat Setuju
	A10	Hanya karena kebetulan saja bila insiden yang lebih serius tidak terjadi di unit kami	Negatif	Sangat Tidak Setuju,Tidak Setuju,Setuju ;Sangat Setuju
	A17	Di unit kami banyak masalah keselamatan pasien	Negatif	Sangat Tidak Setuju,Tidak Setuju,Setuju ;Sangat Setuju
Umpan balik dan komunikasi kejadian kesalahan	C1	Karyawan di unit kami mendapat umpan balik mengenai perubahan yang dilaksanakan atas dasar hasil laporan kejadian	Positif	Selalu, Sering, Jarang, Tidak Pernah
	C3	Karyawan di unit kami mendapat informasi mengenai insiden yang terjadi di unit kami	Positif	Selalu, Sering, Jarang, Tidak Pernah
	C5	Di unit kami, didiskusikan cara mencegah agar insiden tidak terulang kembali	Positif	Selalu, Sering, Jarang, Tidak Pernah
Keterbukaan komunikasi	C2	Karyawan di unit kami bebas berbicara jika melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada asuhan pasien	Positif	Selalu, Sering, Jarang, Tidak Pernah
	C4	Karyawan di unit kami merasa bebas untuk mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasannya	Positif	Selalu, Sering, Jarang, Tidak Pernah
	C6	Karyawan di unit kami takut bertanya jika terjadi hal yang kelihatannya tidak benar	Negatif	Selalu, Sering, Jarang, Tidak Pernah
Frekuensi pelaporan kejadian/ insiden	D1	Bila terjadi kesalahan, tetapi sempat diketahui dan dikoreksi sebelum berdampak pada pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan?	Positif	Selalu, Sering, Jarang, Tidak Pernah
	D2	Bila terjadi kesalahan, tetapi tidak berpotensi mencederai pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan?	Positif	Selalu, Sering, Jarang, Tidak Pernah

	D3	Bila terjadi kesalahan, yang dapat mencederai pasien tetapi ternyata tidak terjadi cedera, seberapa sering hal ini dilaporkan?	Positif	Selalu, Sering, Jarang, Tidak Pernah
Teamwork antar unit dalam rumah sakit	F4	Terdapat kerjasama yang baik antar unit di RS yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan bersama	Positif	Sangat setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat tidak Setuju
	F10	Unit – unit di RS bekerjasama dengan baik untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien	Positif	Sangat setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat tidak Setuju
	F2	Antar unit di RS kami tidak saling berkoordinasi dengan baik	Negatif	Sangat setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat tidak Setuju
	F6	Sering kali tidak menyenangkan bekerja dengan staf dari unit lain di RS ini	Negatif	Sangat setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat tidak Setuju
Staffing	A2	Unit kami memiliki cukup staf untuk menangani beban kerja yang berlebih	Positif	Sangat setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat tidak Setuju
	A5	Karyawan di unit kami bekerja dengan waktu yang lebih lama dari normal untuk perawatan pasien	Negatif	Sangat setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat tidak Setuju
	A7	Unit kami banyak menggunakan tenaga melebihi normal / tambahan untuk kegiatan pelayanan pasien	Negatif	Sangat setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat tidak Setuju
	A14	Kami bekerja seolah – olah dalam keadaan ‘krisis, berusaha bertindak berlebihan dan terlalu cepat	Negatif	Sangat setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat tidak Setuju
Handoffs (serah terima) dan transisi	F3	Bila terjadi pemindahan pasien dari unit satu ke unit lain, pasti menimbulkan masalah terkait dengan informasi pasien	Negatif	Sangat setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat tidak Setuju
	F5	Informasi penting mengenai pelayanan pasien sering hilang saat pergantian jaga (Shift)	Negatif	Sangat setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat tidak Setuju

	F7	Masalah sering timbul dalam pertukaran informasi antar unit di RS	Negatif	Sangat setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat tidak Setuju
	F11	Pergantian <i>Shift</i> merupakan masalah bagi pasien – pasien di RS ini	Negatif	Sangat setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat tidak Setuju
Respon tidak menyalahkan terhadap kejadian kesalahan	A8	Karyawan unit kami sering merasa bahwa kesalahan yang mereka lakukan digunakan untuk menyalahkan mereka	Negatif	Sangat setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat tidak Setuju
	A12	Bila unit kami melaporkan suatu insiden, yang dibicarakan adalah pelakunya bukan masalahnya	Negatif	Sangat setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat tidak Setuju
	A16	Karyawan merasa khawatir kesalahan yang mereka buat akan dicatat diberkas pribadi mereka	Negatif	Sangat setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat tidak Setuju

Sumber : (AHQR, 2004)

#### 5. Aspek budaya keselamatan pasien

O'Neal (2012) menilai budaya keselamatan pasien melalui tiga aspek:

- 5.1. Tingkat unit, mencakup: *supervisor/manager action promoting safety, organizational learning*-perbaikan berkelanjutan, kerjasama dalam unit rumah sakit, komunikasi yang terbuka, umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan, respon tidak mempersalahkan terhadap kesalahan, dan manajemen tenaga kerja
- 5.2. Tingkat rumah sakit, mencakup: dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien, kerjasama antar unit di rumah sakit, perpindahan transisi pasien
- 5.3. Keluaran, mencakup persepsi keseluruhan staf di rumah sakit terkait keselamatan pasien, frekuensi pelaporan kejadian, peringkat keselamatan pasien, jumlah total laporan kejadian dalam 12 bulan terakhir.

## 6. Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Menurut Carthey & Clarke (2010) dalam Sari (2018), pada dasarnya suatu organisasi pelayanan kesehatan akan memiliki budaya keselamatan yang positif juga memiliki dimensi budaya keselamatan pasien. Dimensi budaya keselamatan pasien terdiri dari empat dimensi yaitu budaya keterbukaan (*open culture*), budaya pelaporan (*reporting culture*), budaya keadilan (*justculture*), dan budaya belajar (*learnin culture*). Hospital Survey On Patient Safety Culture yang dikembangkan oleh AHRQ menggunakan komponen-komponen sebagai indikator dari masing-masing dimensi budaya keselamatan pasien tersebut, yaitu diantaranya.

### 6.1. Budaya keterbukaan (*open culture*)

Budaya keterbukaan merupakan budaya yang menggambarkan staf rumah sakit merasa nyaman berdiskusi mengenai insiden yang terjadi ataupun topik tentang keselamatan pasien dengan rekan satu tim maupun dengan atasannya. Budaya keterbukaan ini dicirikan dengan adanya persepsi staf mengenai keselamatan pasien, keterbukaan komunikasi, kerjasama tim dalam unit, serta kerjasama tim antar unit.

#### 1) Persepsi staf mengenai keselamatan pasien

Menurut AHRQ (2016), persepsi mengenai keselamatan pasien merupakan pandangan staf terhadap prosedur dan sistem yang baik untuk mencegah kesalahan dan ada tidaknya masalah keselamatan pasien.

Persepsi mengenai keseluruhan dalam keselamatan pasien berarti proses pengamatan seseorang yang berasal dari komponen kognisi yang dipengaruhi oleh faktor pengalaman, proses belajar, wawasan dan pengetahuan dari komponen-komponen dalam keselamatan pasien. Komponen-komponen dalam keselamatan pasien diantaranya mencakup analisis risiko, pelaporan insiden dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden serta umpan balik dari insiden (Rosyada, 2014).

#### 2) Keterbukaan komunikasi

Komunikasi merupakan mekanisme dasar yang membangun kehidupan sebuah tim untuk berfungsi dengan baik. Peningkatan kualitas transformasi informasi dapat menurunkan kesalahan yang terjadi akibat komunikasi. Komunikasi yang baik dan benar perlu dilakukan untuk mengkoordinasikan



asuhan keperawatan yang melibatkan banyak profesise lain profesi perawat. Perawat memiliki peran yang paling dominan dalam mencegah terjadinya kesalahan dalam pengobatan, termasuk pelaporan insiden, mendidik diri sendiri dan perawat lain tentang pentingnya komunikasi, memberikan rekomendasi untuk perubahan prosedur dan kebijakan serta keterlibatan dalam melakukan identifikasi permasalahan (Ramsey, 2013 dalam Idris,2017).

Komunikasi terbuka dapat diwujudkan dengan adanya komunikasi efektif yang menyeluruh terkait keselamatan pasien pada saat serah terima maupun pada saat *briefing*. Perawat melakukan komunikasi terbuka pada saat serah terima dengan mengkomunikasikan kepada perawat lain mengenai risiko terjadinya insiden, informasi yang akurat tentang pelayanan pasien, kondisi terkini pasien, serta informasi mengenai setiap perubahan pada pasien yang harus diantisipasi. *Briefing* digunakan untuk berbagi informasi seputar isu-isu keselamatan pasien, perawat dapat secara bebas bertanya seputar keselamatan pasien yang potensial terjadi dalam kegiatan sehari. hari. Proses alih informasi ini bukan sekedar penyampaian informasi semata-mata, melainkan mengandung unsur penyerahan tanggung jawab secara tim agar pasien terhindar dari kesalahan atau cedera medis (*Thecomission of patient safety and quality assurance ofI rlandia*, 2008 dalam Sulistiani, 2015).

Keterbukaan komunikasi juga melibatkan pasien dan keluarga. Secara etis, pasien dan keluarga mempunyai hak untuk mengetahui apa yang terjadi pada dirinya. Sebaliknya, dokter, perawat, dan rumah sakit baik secara moral maupun legal tidak berhak menutupi/tidak memberikan informasi kepada pasien.Pasien mempunyai hak untuk mendapatkan informasi mengenai hasil pemeriksaan, alternatif terapi, hasil konsultasi dan terapi, dan memberikan persetujuan apabila akan dilakukan tindakan medistertentu setelah diberi informasi yang cukup mengenai tujuan, manfaat, prosedur, dan risiko tindakan medis tersebut. Apabila kemudian terjadi insiden keselamatan pasien, pasien berhak mengetahui insiden apa yang sedang terjadi, mengapa terjadi,dan bagaimana solusinya (Cahyono, 2008:273).

### 3) Kerja sama Tim dalam Unit.

Kerja sama tim adalah suatu kelompok kecil orang dengan keterampilan-keterampilan yang saling melengkapi yang berkomitmen pada tujuan bersama serta saran-saran kinerja dan pendekatan yang mereka jadikan sebagai tanggung jawab bersama. Kerjasama tim merupakan barrier terhadap risiko terjadinya cedera medis. Sebuah *teamwork* yang memang dipersiapkan menjadi tim yang efektif yang didalamnya setiap individu bukan hanya sekedar memiliki keterampilan yang saling melengkapi, tetapi juga saling menghargai, saling menghormati, saling berbagi, dan saling mendengar (Cahyono,2008:186).

Upaya peningkatan budaya keselamatan pasien sangat terdukung dengan adanya kerja sama dalam tim yang baik, perlakuan baik antar sesama staf, serta bantuan antar staf ketika memiliki beban kerja yang terlalu berat. Tim dan kerja tim merupakan komponen penting dalam pelayanan kesehatan, dan sukses organisasi rumah sakit meningkatkan ketergantungan pada kerja tim dalam keseluruhan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien (Rachmawati, 2011).

Menurut AHRQ (2016), kerjasama tim dalam unit dapat diukur dari sikap staf yang saling mendukung satu sama lain, memperlakukan dengan hormat satu sama lain, dan saling berkoordinasi dalam melakukan suatu pekerjaan.

### 4) Kerjasama tim antar unit

Menurut J firth dan Cozen (2001) dalam Pujilestari (2014), kerja sama tim merupakan bagian dari faktor organisasi yang dapat mempengaruhi keberhasilan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Setiap unit di rumah sakit bekerjasama dan melakukan koordinasi dan komunikasi yang baik satu sama lain untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien. Selain itu, kerjasama tim antar unit rumah sakit juga dapat dilihat dari kenyamanan yang dirasakan pada saat bekerja dengan staf dari unit lain

## 6.2. Budaya pelaporan (*reporting culture*)

Budaya pelaporan merupakan budaya dimana staf rumahsakit siap untuk melaporkan insiden atau *near miss*, sehingga dapat dinilai jenis kesalahan (*error*)

dan dapat diketahui kesalahan yang biasa dilakukan oleh staf serta dapat diambil tindakan sebagai bahan pembelajaran organisasi. Budaya pelaporan ini dicirikan dengan adanya pelaporan kejadian perpindahan dan transisi pasien (*handover*).

#### 1). Pelaporan insiden keselamatan pasien

Pelaporan merupakan unsur penting dalam keselamatan pasien. Informasi yang adekuat pada pelaporan akan dijadikan bahan oleh organisasi dalam pembelajaran. Organisasi belajardari pengalaman sebelumnya dan mempunyai kemampuan untuk mengidentifikasi faktor risiko terjadinya insiden sehingga dapat mengurangi atau mencegah insiden yang terjadi (Jeff dkk, 2007 dalam Beginta, 2012).

Menurut Bird (2005) dalam Beginta (2012) hambatan atau kendala dalam pelaporan telah diidentifikasi sehingga pelaporan insiden menjadi lebih mudah. Hambatan yang dapat terjadi pada pelaporan diantaranya adalah perasaan takut akan disalahkan, perasaan kegagalan, takut akan hukuman, kebingungan dalam bentuk pelaporan, kurang kepercayaan dari organisasi, serta kurang menyadari keuntun gandari pelaporan.

Menurut KKPRS (2015), pelaporan insiden keselamatan pasien dilakukan secara internal dan eksternal. Pelaporan internal yaitu adanya laporan tentang insiden yang terjadi di rumah sakit, sedangkan pelaporan eksternal yaitu pelaporan yang dilakukan oleh rumah sakit kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) Nasional. Jenis insiden yang dilaporkan berupa kesalahan medis yang telah terjadi namun telah diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien, kesalahan medis yang berpotensi untuk membahayakan pasien, dan kesalahan medis yang dapat mencederai pasien tetapi tidak terjadi cedera pada pasien.

#### 2). Perpindahan dan transisi pasien (*handover*)

Perpindahan dan transisi pasien merupakan proses transfer informasi dalam rangkaian transisi keperawatan dengan tujuan memastikan keberlanjutan dan keselamatan pasien selama dalam perawatan. Selama proses penyerahan dan pemindahan ini terjadi transfer informasi yang akurat mengenai perawatan, pengobatan, pelayanan, kondisi terkini pasien,

perubahan yang terjadi, dan perubahan yang dapat diantisipasi (Yulia, 2010 dalam Pujilestari et al, 2014).

Kesenjangan yang terjadi saat serah terima pasien antar unit pelayanan maupun staf keperawatan dalam satu unit pada pergantian *shift* kerja dapat menimbulkan terputusnya kesinambungan pelayanan sehingga berdampak kepada tindakan perawatan yang tidak tepat dan berpotensi mengakibatkan terjadinya cedera terhadap pasien. Hal tersebut yang menjadikan kesalahan medikasi terjadi paling sering pada saat transisi atau pemindahan pelayanan pasien (Pujilestari et al, 2014).

### 6.3. Budaya Keadilan.( *Just Culture* )

*Just Culture* adalah suatu lingkungan dengan keseimbangan antara keharusan untuk melaporkan insiden keselamatan pasien (tanpa takut dihukum) dengan perlunya tindakan disiplin.

Organisasi perlu memahami dan mengakui bahwa petugas garis depan rentan melakukan kesalahan yang biasanya bukan disebabkan oleh kesalahan tunggal individu namun karena sistem organisasi yang buruk.

*Incident Decision Tree* adalah suatu tool untuk membantu mengidentifikasi apakah suatu tindakan dari individu karena:

- 1) Kesalahan sistem
- 2) Sengaja melakukan tindakan embrono
- 3) Melakukan *un safeact* atau tindakan kriminal

Budaya keadilan dicirikan dengan adanya respon tidak menyalahkan terhadap kesalahan, adanya umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan, serta adanya *staffing*.

#### 1). Respon tidak menyalahkan terhadap kesalahan

Karakteristik yang paling menentukan keberhasilan pengembangan sistem pelaporan insiden adalah tidak menghukum/ menyalahkan baik pelapor maupun individu yang lain yang terlibat dalam insiden. Budaya keselamatan pasien dilakukan untuk tidak memberikan hukuman ataupun menyalahkan pelaku yang dianggap telah melakukan kesalahan, sangat bertentangan dengan tradisi lama yang menekankan untuk menyalahkan pelakunya (Cahyono, 2008:233).

Respon tidak menyalahkan terhadap kesalahan ini menunjukkan

bahwa dimasa yang akan datang pelaporan terhadap insiden keselamatan pasien tidak semata-mata hanya berupa pelaporan insiden keselamatan, namun pelaporan tersebut hendaknya ditindaklanjuti guna memperbaiki kesalahan dan mencari akar permasalahan, tidak untuk menghukum perawat yang melakukan kesalahan atau berpengaruh terhadap penilaian kinerjanya (Idris, 2017).

Menurut AHRQ (2016), respon tidak menyalahkan dapat diukur dari sikap staf terhadap kesalahan atas insiden yang terjadi dengan tidak menghukum atau menyudutkan seseorang atas kesalahan yang dibuatnya.

## 2). Umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan

Umpan balik dan komunikasi mengenai *error* yaitu untuk mendeskripsikan petugas yang mendapatkan informasi terkait dengan kesalahan sehingga bisa melakukan evaluasi untuk mencegah terjadinya kesalahan untuk masa yang akan datang. Menurut AHRQ, umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan dalam budaya keselamatan pasien dapat dilihat dari informasi yang diterima oleh staf mengenai kesalahan yang terjadi dan staf diberikan umpan balik mengenai perubahan yang diterapkan untuk mengatasi kesalahan yang terjadi, serta mendiskusikan cara-cara untuk mencegah terjadinya kesalahan. Adanya umpan balik mengenai kesalahan yang telah terjadi berperan penting untuk staf dalam mewaspadai potensi kesalahan yang mungkin terjadi pada saat berlangsungnya proses pelayanan kepada pasien (Astini, 2016).

## 3). *Staffing*

*Staffing* didefinisikan sebagai proses menegaskan pekerja yang ahli mengisistruktur organisasi melalui seleksi dan pengembangan personel. Dengan adanya *staffing* diharapkan terpenuhinya jumlah dan keterampilan yang dimiliki perawat sesuai dengan kebutuhan yang ada di tiap unit yang dibutuhkan (Doughlas dkk, 1976 dalam Beginta, 2012).

Kurangnya jumlah maupun kualitas tenaga perawatan berdampak pada tingginya beban kerja perawat yang merupakan faktor kontribusi terbesar sebagai penyebab *human error* dalam pelayanan keperawatan. Rumah sakit dengan staf keperawatan yang tidak memadai sangat berisiko

untuk terjadi kesalahan yang berujung kepada terjadinya hal yang tidak diinginkan. Untuk menciptakan staf yang adekuat, maka harus diselenggarakan pendidikan, pelatihan, dan orientasi mengenai keselamatan pasien. Hal ini bertujuan untuk memperoleh satu kesatuan pemahaman mengenai bagaimana keselamatan pasien harus dilaksanakan. *Staffing* dapat diukur dengan kecukupan staf untuk menangani beban kerja serta jam kerja yang sesuai dalam memberikan perawatan terbaik kepada pasien (Pujilestari, 2014).

#### 6.4. Budaya Belajar (*learning culture*)

Budaya belajar merupakan budaya dimana setiap anggota mampu dan bersedia untuk menggali pengetahuan dari pengalaman dan data yang diperoleh serta kesediaan untuk mengimplementasikan perubahan-perbaikan yang berkesinambungan. Budaya belajar dicirikan dengan adanya pembelajaran organisasi, adanya harapan dan tindakan supervisor yang mendukung keselamatan, dan adanya dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien.

##### 1). Pembelajaran organisasi yang berkelanjutan

Pembelajaran organisasi yang berkelanjutan merupakan proses proaktif yang dapat menciptakan serta meneruskan pengetahuan dalam nilai-nilai organisasi. Pembelajaran sebagai proses perbaikan terus-menerus untuk menghasilkan kinerja dan produktivitas yang tinggi (Beginta, 2012).

Menurut *Agency for Health care Research and Quality* (2016), pembelajaran organisasi dapat dinilai dari adanya budaya belajar pada organisasi yang menganggap kesalahan membawa perubahan positif dan perubahan di evaluasi untuk efektivitas pelaksanaan keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan pendapat Pam Marshall dan Rob Robson (2005) dalam Pujilestari et al (2014) yang mengemukakan bahwa ketakutan akan kesalahan yang membuat organisasi memilih untuk tidak melaporkan kesalahan tersebut akan menghilangkan kesempatan organisasi tersebut untuk belajar, berubah dan melakukan perbaikan. Pembelajaran yang berkelanjutan bertujuan untuk menciptakan tenaga yang terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab terjadinya kesalahan sehingga dapat meningkatkan pelaksanaan keselamatan

pasien (Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit,2006).

2). Harapan dan tindakan supervisor yang mendukung keselamatan

Penerapan budaya dalam sebuah organisasi tidak terlepas dari peran aktif atasan dalam hal ini supervisor dalam mempromosikan nilai-nilai yang dianut dengan melakukan tindakan-tindakan terkait yang mampu mendukung proses penanaman nilai yang dimaksudkan. Untuk menilai harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mendukung keselamatan pasien dapat dilihat dari pertimbangan supervisor/ manajer dalam menerima saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, memberikan pujian untuk staf yang mengikuti prosedur keselamatan pasien,dan tidak mengabaikan masalah keselamatan pasien (AHRQ,2016).

3). Dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien

Menurut AHRQ (2016) dalam penerapan budaya keselamatan pasien, manajemen rumah sakit memiliki tugas untuk memberikan iklim kerja yang mendorong keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama. Dukungan manajemen rumah sakit dalam penerapan budaya keselamatan pasien dapat dilihat dari kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan terkait pelaksanaan keselamatan pasien seperti kebijakan prosedur pelaporan insiden, kebijakan yang mengaturrasio antara perawat dan pasien yang dilayani, standar prosedur operasional, dan beberapa kebijakan lain yang harus dikembangkan untuk menjamin penyelenggaraan pelayanan yang aman bagi pasien. Setelah kebijakan ditetapkan oleh rumah sakit, maka pihak manajemen harus melakukan sosialisasi kepada seluruh staf sehingga dihasilkan satu persepsi yang sama dalam menyelenggarakan layanan yang seharusnya untuk pasien (Pujilestari, 2014).

## **C. Rumah Sakit.**

### **1. Definisi Rumah Sakit**

Berdasarkan Undang-Undang tentang rumah sakit No.44 tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap,rawat jalan,dan gawat darurat. Rumah sakit adalah salah satu sarana kesehatan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, bertujuan untuk mewujudkan derajat

kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan (Siregar, 2004).

Rumah sakit di Indonesia dapat dibedakan atas kepemilikan, jenis pelayanan dan kelas. Rumah sakit Indonesia atas kepemilikannya, dapat dibedakan menjadi rumah sakit pemerintah diantaranya yakni pusat, provinsi dan kabupaten. Hal ini berarti rumah sakit pemerintah di Indonesia dibedakan atas Rumah Sakit Pemerintah Pusat, Rumah Sakit Pemerintah Provinsi dan Rumah Sakit Pemerintah Daerah/Kabupaten. Untuk Rumah Sakit Pemerintah Pusat dan Daerah dapat diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit Pemerintah Pusat dan Daerah, kemudian dapat diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit Umum kelas A, B, C dan kelas D. Klasifikasi tersebut didasarkan pada unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan.

- 1.1. Rumah Sakit Umum Kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik luas dan sub spesialisik luas. Pemerintah menetapkan tipe ini sebagai tempat pelayanan rujukan tertinggi (*to preferral hospital*) atau disebut pula sebagai rumah sakit pusat.
- 1.2. Rumah Sakit Umum Kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya 11 spesialisik dan subspecialistik terbatas. Direncanakan rumah sakit tipe ini didirikan di setiap ibukota provinsi (*provincial hospital*) dan menjadi tempat rujukan dari rumah sakit kabupaten. Rumah sakit pendidikan yang tidak termasuk kelas A diklasifikasikan dalam kelas ini.
- 1.3. Rumah Sakit Umum Kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar. Rumah sakit kelas C didirikan di setiap ibukota kabupaten (*regency hospital*) yang menampung pelayanan rujukan dari puskesmas. Pada saat ini, terdapat empat macam pelayanan yaitu pelayanan penyakit dalam, bedah, kesehatan, anak serta kebidanan dan kandungan.
- 1.4. Rumah sakit umum kelas D adalah rumah sakit umum yang bersifat transisi karena pada suatu saat akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C. Rumah sakit kelas D menampung rujukan dari puskesmas. Hingga saat ini kemampuan rumah sakit kelas D hanyalah memberikan pelayanan kedokteran umum dan kedokteran gigi.



## **2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

Rumah sakit mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, bahwa rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Adapun fungsi rumah sakit, sebagai berikut:

- 2.1. Penyelenggara pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 2.2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dari ketiga sesuai kebutuhan medis.
- 2.3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumberdaya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- 2.4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

## **3. Sumber Daya Manusia Rumah Sakit**

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan aset utama bagi organisasi termasuk pada organisasi pelayanan kesehatan karena mempunyai peran sebagai motor penggerak organisasi. Oleh karena itu dibutuhkan SDM yang berpengetahuan, berkualitas, berkapasitas serta berdaya saing sehingga mampu dalam mengembangkan ataupun mempertahankan posisi organisasi tersebut dalam suatu lingkungan yang kompetitif.

Menurut Permenkes Nomor 33 Tahun 2015 disebutkan bahwa Sumber Daya Manusia Kesehatan yang selanjutnya disingkat SDMK adalah seseorang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upayakesehatan.

## D. Matriks Penelitian Terdahulu

**Tabel 2. 2** penelitian terdahulu

NO	AUTHOR TAHUN	JUDUL	TUJUAN & METODE	HASIL
1	Afrisya Irifisnti dkk (2014 )	<i>Analysis of Patient Safety Culture and Organizational Culture as a Step of Patient Safety Improvement in Budi Kemuliaan Hospital</i>	Untuk memahami risiko yang terlibat dalam proses perawatan kesehatanyang komple, informasi mengenai kasus kesalahan dan kejadian nyaris cidera yang sangat penting , informasi ini dapat membantu penyediaan layanan kesehatan.menutup kesenjangan yang ada mengurangi angka kesakitan dan kematian untuk mencapai kualitas layanan keperawatan yang di haraokan . Metode: deskreftif, kualitatif	1.Didapatkan bahwa dimensi budaya baik adalah kerjasama dalam unit (persepsi positif 91,67%), pembelajaran organisasi (89,9%) dan dukungan manajemen rumah sakit terhadap keselamatan pasien (84,77%). kategori budaya kurang adalah dimensi staffing (22,7%), respons non punitive terhadap insidens (37,13%) dan jumlah laporan dalam 12 bulan terakhir (48%) 2.Didapatkan bahwa kerjasama dalam unit merupakan dimensi budaya keselamatan pasien yang terkuat. Sementara <i>staffing</i> dan respons <i>non punitive</i> merupakan dimensi yang terlemah.
2	Arfella Dara Tristantia (2018 )	Evaluasi Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit	Tujuan penelitian adalah untuk mengevaluasi pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit. Penelitian berupa deskriptif observasional yang ditunjang dengan data kualitatif. Evaluasi dalam penelitian ini menggunakan model <i>Health Metrics Network</i> (HMN).	<b>Hasil:</b> Hasil evaluasi sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di sebuah rumah sakit di Surabayamenunjukkan bahwa dari segi input telah ada kebijakan yang mengatur pelaporan insiden keselamatan pasien akan tetapi pada pelaksanaan kebijakan ini sayangnya masih belum sesuai, tidak ada dana yang secara langsung namun diberikan

fasilitas untuk pembuatan laporan, para petugas telah diberikan sosialisasi namun adanya perbedaan pemahaman serta rasa tanggung jawab petugas, struktur organisasi tim keselamatan pasien telah ada, metode penyelesaian masalah belum menggunakan PDSA (*Plan, Do, Study, Action*), teknologi yang digunakan sudah terkomputerisasi.

3	( Marleen Smits,Cordula Wagner <i>et al.</i> ,2012)	The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals	Menguji hubungan budaya keselamatan pasien dengan kejadian tidak diinginkan di rumah sakit. Penelitian merupakan <i>cross-sectional study</i> . Penelitian dilakukan di 28 unit pada 20 rumah sakit di Belanda.	<b>Dari 11 Dimensi</b> keselamatan pasien yang diteliti hanya tiga dimensi yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien yaitu respon tidak menyalahkan ketika terjadi kesalahan, dukungan manajemen, dan kemauan untuk melaporkan kesalahan. Kemauan untuk melaporkan kesalahan menjadi dimensi yang paling mempengaruhi terjadinya kejadian tidak diinginkan
4	Hartono dkk (2014 )	Manajemen pengetahuan untuk keselamatan pasien (knowledge management on patient safety)	Tujuan Untuk mengetahui apakah terdapat kesalahan dalam layanan di laboratorium patologi klinik instalasi patologi klinik RSUD Soetomo Surabaya  Pra eksperimental	ca 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 proses secara bermakna ( $p = 0,172$ , $\beta = 0,187$ ), peningkatan kemampuan petugas berpengaruh secara bermakna terhadap perbaikan kinerja petugas ( $p < 0,002$ , $\beta = 0,406$ ) Serta peningkatan mutu proses kerja yang mempengaruhi kinerja petugas ( $p = 0,001$ , $\beta = 0,581$ )
5	Reno Afrizaneni	Analisa pelaksanaan	untuk menganalisis pelaksanaan sasaran	Menunjukkan bahwa kebijakan dan SPO sudah

( 2018 )	sasaran keselamatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariama	keselamatan pasien di rawat inap RSUD PadangPariaman. metode kualitatif melalui wawancara mendalam, <i>Focus Group Discussion</i> , observasi dan telaah dokumen	lengkap. Tenaga penanggung jawab keselamatan pasien dalam hal ini tim keselamatan pasien belum bekerja optimal. Metode sudah sesuai dengan pedoman yang ada dan dana sudah mencukupi namun pengadaan sarana belum lengkap. Kepatuhan petugas dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien belum optimal, nilai rata-rata capaian 73,4% (standar 100%). Kesimpulannya, pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman tahun 2018 belum maksimal dan hasil belum mencapai target
6	Aldia Lailifah Kurinavip dkk (2017)	Hubungan karakteristik individu perawat dengan insiden keselamatan pasien tipe administrasi klinik di RSUD Haji Surabaya	Untuk menganalisis hubungan antara karakteristik infividu perawat dengan insiden keselamatan tipe administrasi klinik Penelitian deskriptif observasional dengan desain cross sectional
6	Dyna Safitri Rakhelmi Rangkutidkk ( 2018 )	Analisa Penyebab ketidak tepatan pelaporan Insiden keselamatan pasien di RSUD Bunda Thamrin.	<b>Tujuan</b> Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penyebab ketidak tepatan waktu pelaporan insiden keselamatan pasiendi RSUD BundaThamrin <b>Metode</b> Desain penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan <i>study fenomenology</i> . Informan dalam penelitian ini adalah, Direktur, perawat, ketua KPRS dan <i>champion</i> tim KPRS
7	Yulia Yasmi dkk ( 2018)	Faktor-faktor yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit	menunjukkan budaya keselamatan pasien di RSKBP masih kurang. Faktor-faktor yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien di RSKBP adalah umpan balik laporan insiden ( $p=0,021$ $\alpha=0,05$ , $OR=$

		Karya Bakti Pertiwi Bogor	<i>explanatory sequential</i> . Analisa data dilakukan dengan <i>regresi logistic</i>	15,516 ) budaya tidak menyalahkan ( $p=0,019$ $\alpha=0,05$ , OR= 14,396 ) dan budaya belajar ( $p=0,006$ $\alpha=0,05$ , OR= 0,096 ).Disarankan agar RSKBP dapat memperbaiki budaya keselamatan pasien dengan upaya yang komprehensif dan terstruktur.
8	Agung Permad ( 2014 )	Hubungan budaya keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan dengan Insiden Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Subandi Jember	untuk menganalisis adanya hubungan budaya keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan dengan insiden keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RSD dr.Soebandi Jember. Penelitian ini menggunakan pendekatan <i>crosssectional</i>	Menunjukkan bahwa tingkat budaya keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember tahun 2013 termasuk dalam kategori baik (54,0%). menunjukkan nilai p-value yaitu 0,037 lebih kecil dari nilai $\alpha$ yaitu 0,05 sehingga $H_0$ ditolak yang artinya ada hubungan antara budaya keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan dengan insiden keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RSD dr.Soebandi Jember.
9	Suryanto, Delly Tunggal Febri (2018 )	Hubungan Budaya Keselamatan Pasien dengan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien oleh Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit	mengidentifikasi hubungan budaya keselamatan pasien dengan pelaporan insiden keselamatan pasien oleh perawat di ruang rawat inap rumah sakit. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah korelasional dengan pendekatan cross sectional.	hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa budaya keselamatan pasien yang baik akan meningkatkan pelaporan kejadian keselamatan pasien oleh perawat. hasil penelitian dari budaya keselamatan pasien dengan pelaporan insiden keselamatan pasien oleh perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit X didapatkan nilai $r = .486$ , $p = .000$ dan pada Rumah Sakit Y didapatkan nilai $r = .536$ , $p = .000$ yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara budaya keselamatan pasien dengan pelaporan insiden keselamatan pasien oleh perawat di ruang rawat inap rumah sakit Hasil penelitian menyebutkan gambaran budaya keselamatan pasien berdasarkan metode AHRQ pada RS. Anna Medika kota Bekasi tahun 2018 adalah sebesar 71,97%.
10	Deasy Febrianty, Desyawati Utami, vol5, no 2, 2019	Gambaran budaya keselamatan pasien berdasar kanmetode AHRQ pada pengawas	Tujuan diketahui gambaran budaya keselamatan pasien berdasarkan Metode AHRQ pada Pegawai Rumah Sakit Anna	

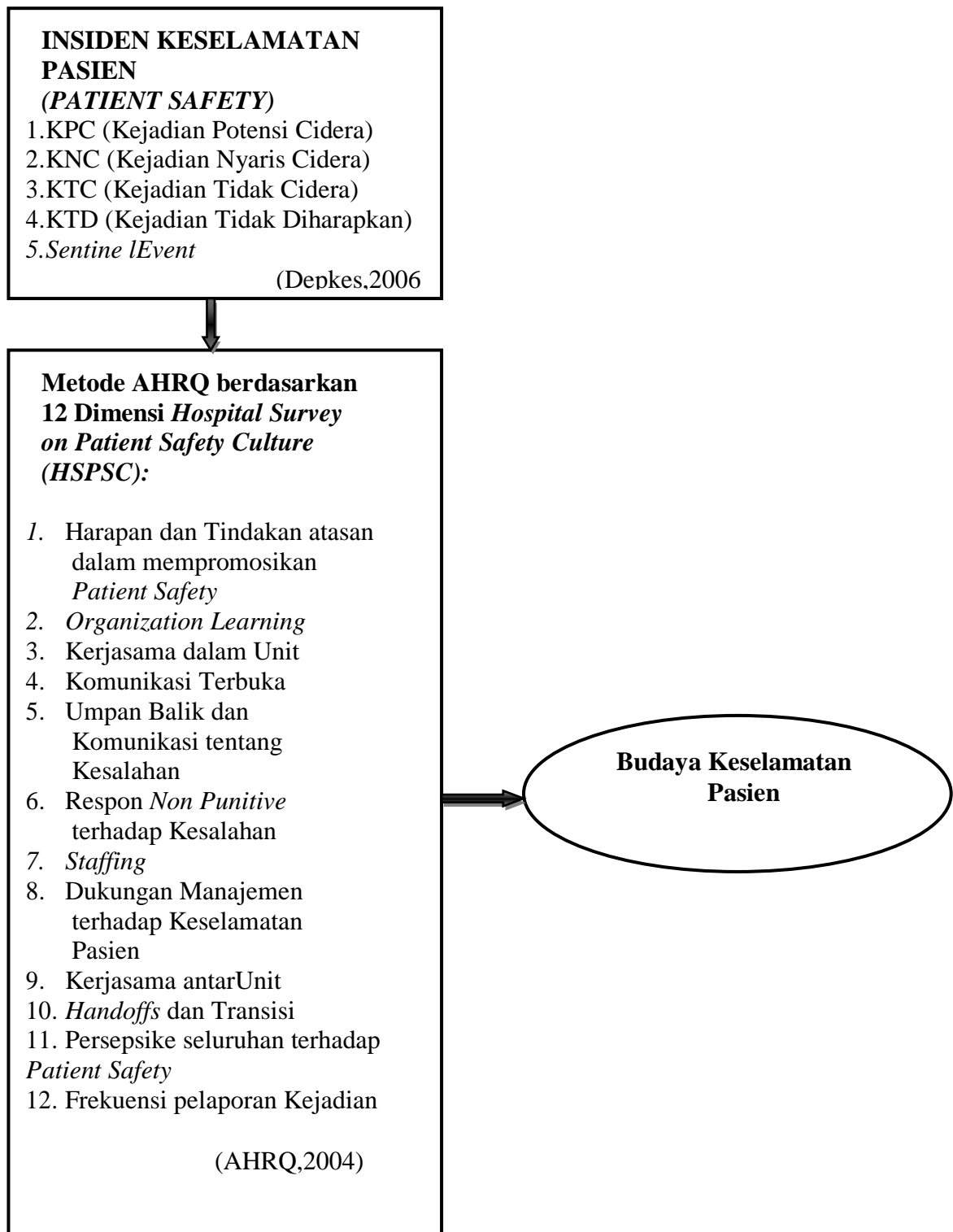
		RS. Anna Medikakota Bekasi tahun 2018	Medika Kota Bekasi Tahun 2018 dan intervensi yang dapat dilakukan untuk menurunkan Angka Insiden Keselamatan Pasien di RS penelitian. Metode yang digunakan Kuantitatif	
11	Annisa FaradinaAstini, vol6, no1, 2016	Gambaran budaya keselamatan pasien di RSS tella Maris Makassar	Tujuan untuk melihat gambaran budaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Tajuddin Chalid Makassar. Jenis penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dengan pendekatan Deskriptif	Hasil penelitian budaya keselamatan pasien di RSS tella Maris adalah respon positif sebesar 54.98%
12	Nur wahidah, Alimin Maidin, A. Indah waty Sidin	Gambaran budaya keselamatan pasien oleh perawat Di Instalasi Rawat Inap RSUD Ajjapangge	Tujuan penelitian mendeskripsikan Gambaran Budaya Keselamatan Pasien oleh Petugas di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. Metode penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan cross sectional.	Hasil penelitian diperoleh budaya keselamatan pasien tergolong sedang dengan persentasi 69,3%.
13	Nur Syarianingsih Syam (2017)	Implementasi Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar	Tujuan untuk mendapatkan gambaran tentang penerapan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Ibnu Sina Makasar. Metode penelitian menggunakan desain deskriptif kualitatif dengan alat ukur	Hasil penelitian menunjukkan respon positif pada ekspektasi posisi supervisi/manajer dan tindakan promosi keselamatan pasien (83,3%) dan respon negatif adalah demensi respon non-punitive (51,8%). respon positif tertinggi adalah instalasi rawat inap (43,26%)
14	Agung Permadi (2014)	Hubungan budaya keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan dengan Insiden Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap	untuk menganalisis adanya hubungan budaya keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan dengan insiden keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember. Penelitian ini menggunakan pendekatan	Menunjukkan bahwa tingkat budaya keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember tahun 2013 termasuk dalam kategori baik (54,0%). menunjukkan nilai p-value yaitu 0,037 lebih kecil dari nilai $\alpha$ yaitu 0,05 sehingga $H_0$ ditolak yang

	Rumah Sakit Dr. Subandi Jember		<i>crosssectional</i>	artinya ada hubungan antara budaya keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan dengan insiden keselamatan pasien diI nstalasi Rawat Inap RSD dr.Soebandi Jember.
<b>15</b>	Staqila Nadifa Harahap dkk (2020 )	Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit	Untuk menerapkan budaya keselamatan pasien oleh perawat dalam melaksanakan keselamatan pasien . Metode: metode yang dapat dilakukan adalah perlu dilakukan proses pencarian literatur	Kode etik yang dimiliki oleh profesi tenaga kesehatan harus selalu diterapkan sebagai upaya untuk menerapkan budaya keselamatan pasien. Pasien akan merasa puas apabila terlayani dengan baik oleh tenaga kesehatan. Untuk menerapkan budaya keselamatan pasien dan menjalankan kode etik profesi diperlukan iklim berorganisasi yang baik
	(Mardon <i>et al.</i> ,2010)	Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events	Tujuan untuk menguji hubungan budaya keselamatan pasien (AHRQ Survey on Patient Safety Culture) dengan tingkat komplikasi dan kejadian tidak diinginkan dirumah sakit (AHRQ Patient Safety Indicators) Medote,menggunakan regresi berganda,data mengenai budaya keselamatan pasien dikumpulkan pada tahun 2005dan 2006 sedangkan data kejadian tidak diinginkan diambil pada tahun2005 dari 179 rumah sakit	Rumah sakit yang memiliki budaya keselamatan pasien yang positif, tingkat komplikasi dan kejadian tidak diinginkan akan rendah dengan menggunakan AHRQ PatientSafetyIndicators(PSIs). Dimensi yang paling berpengaruh terhadap insiden keselamatan pasien adalah pergantian shift dan perpindahan pasien
<b>16</b>	(Najjar <i>et al.</i> ,2015)	The relationship between patient safety Culture and adverse events: a study in palestinian hospitals	Untuk menyelidiki hubungan antara budaya keselamatan pasien dan tingkat kejadian yang tidak diharapkan pada level unit di Rumah Sakit Palestina. Menggunakan metode penelitian retrospektif.	Terdapat hubungan antara budaya keselamatan pasien dan tingkat kejadian tidak diinginkan pada level unit rumah sakit. Unit yang memiikibudaya keselamatan pasien yang positif, tingkat kejadianyang tidak diharapkan juga lebih rendah

Budaya keselamatan pasien diukur dengan menggunakan Survey Budaya Keselamatan Pasien RumahSakit (HSOPSC) dan Kejadian Tidak Diinginkan diukur dengan menggunakan IHI Global Trigger Tool



### E. Kerangka Teori Penelitian.



**Bagan 2. 1** Kerangka Teori Penelitian.