

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keselamatan Pasien

1. Definisi Keselamatan Pasien

Konsep keselamatan pasien (*patient safety*) secara mendasar diartikan sebagai “*freedom from accidental injury*” oleh *Institute Of Medicine* (IOM). Sejalan dengan batasan tersebut, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai bebas dari cedera (*harm*) yang seharusnya tidak terjadi atau potensial cedera akibat dari pelayanan kesehatan yang disebabkan *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan (Wardhani, 2017 : 2).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut 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.

Menurut Vincent (2008) dalam Tutiany, dkk (2017 : 2) menyatakan bahwa keselamatan pasien didefinisikan sebagai penghindaran, pencegahan, dan perbaikan dari hasil yang buruk atau *injury* yang berasal

dari proses perawatan kesehatan. Definisi ini membawa beberapa cara untuk membedakan keselamatan pasien dari kekhawatiran yang lebih umum mengenai kualitas layanan kesehatan. Berdasarkan beberapa definisi para ahli di atas, dapat disimpulkan bahwa keselamatan pasien merupakan suatu sistem untuk melakukan pencegahan serta perbaikan yang diakibatkan dari kesalahan pelayanan kesehatan terhadap pasien.

2. Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien wajib diterapkan rumah sakit dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan instrumen akreditasi rumah sakit. Standar keselamatan pasien rumah sakit disusun mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Commision on Accreditation of Health Organizations, Illinois, USA* tahun 2002 yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahsakitannya di Indonesia (Kemenkes RI, 2015).

Menurut Kemenkes RI (2015), standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh standar, yaitu :

a. Hak pasien

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

b. Mendidik pasien dan keluarga

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

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

d. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Rumah sakit harus mendesain 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.

e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit".

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 efektivitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- 1) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan, dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
 - 2) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
- 1) Rumah sakit merencanakan dan mendesaian proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
 - 2) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

3. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Menurut Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2015), dalam menerapkan standar keselamatan pasien maka rumah sakit harus melaksanakan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien yaitu sebagai berikut.

a. Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien

Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.

Langkah Penerapan:

1) Bagi Rumah Sakit:

Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana langkah-langkah pengumpulan fakta harus dilakukan dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien, dan keluarga.

- a) Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bila mana ada insiden.
- b) Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit.
- c) Lakukan asesmen dengan menggunakan survei penilaian keselamatan pasien.

2) Bagi Unit/Tim:

- a) Pastikan rekan sekerja Anda merasa mampu untuk berbicara mengenai kepedulian mereka dan berani melaporkan bilamana ada insiden.
- a) Demonstrasikan kepada tim anda ukuran-ukuran yang dipakai di rumah sakit Anda untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat.

b. Pimpinan dan Dukung Staf Anda

Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang penerapan program keselamatan pasien rumah sakit Anda.

Langkah penerapan:

- 1) Untuk Rumah Sakit
 - a) Pastikan ada anggota direksi atau pimpinan yang bertanggung jawab atas keselamatan pasien.
 - b) Identifikasi di tiap bagian rumah sakit orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi “penggerak” dalam menerapkan program keselamatan pasien.
 - c) Prioritaskan keselamatan pasien dalam agenda rapat direksi/pimpinan maupun rapat-rapat manajemen rumah sakit.
 - d) Masukkan keselamatan pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit Anda dan pastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya.
- 2) Untuk Unit/Tim
 - a) Nominasikan “penggerak” dalam tim Anda sendiri untuk memimpin gerakan keselamatan pasien.
 - b) Jelaskan kepada tim Anda relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi mereka dengan menjalankan gerakan keselamatan pasien.
 - c) Tumbuhkan sikap kesatria yang menghargai pelaporan insiden.
- c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko

Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.

Langkah penerapan:

- 1) Untuk Rumah Sakit
 - a) Telaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan non klinis, serta pastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf.
 - b) Kembangkan indikator-indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh Direksi/Pimpinan rumah sakit.
 - c) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.
- 2) Untuk Unit/Tim
 - a) Bentuk forum-forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu-isu keselamatan pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait.
 - b) Pastikan ada penilaian risiko pada individu pasien dalam proses asesmen risiko rumah sakit.
 - c) Lakukan proses asesmen risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko, dan ambillah langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut.
 - d) Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan risiko rumah sakit.
- d. Kembangkan Sistem Pelaporan

Pastikan staf Anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS).

Langkah penerapan:

1) Untuk Rumah Sakit

Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar, yang harus dilaporkan ke KKP-RS.

2) Untuk Unit/Tim

Berikan semangat kepada rekan sekerja Anda untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, karena mengandung bahan pelajaran yang penting.

e. Libatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien

Mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.

Langkah penerapan:

1) Untuk Rumah Sakit

a) Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya.

b) Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapatkan informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden.

c) Berikan dukungan, pelatihan, dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarga.

2) Untuk Unit/Tim

a) Pastikan tim Anda menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden.

- b) Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat.
 - c) Pastikan segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.
- f. Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien
- Dorong staf Anda melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.
- Langkah penerapan:
- 1) Untuk Rumah Sakit
 - a) Pastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.
 - b) Kembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas kriteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (*Root Cause Analysis/ RCA*) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimum satu kali per tahun melakukan *Failure Modes and Effect Analysis (FMEA)* untuk proses risiko tinggi.
 - 2) Untuk Unit/Tim
 - a) Diskusikan dalam tim Anda pengalaman dari hasil analisis insiden.
 - b) Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan bagilah pengalaman tersebut secara lebih luas.

g. Cegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

Langkah penerapan:

1) Untuk Rumah Sakit

- a) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi setempat.
- b) Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.
- c) Lakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
- d) Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Kemenkes RI.
- e) Beri umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.

2) Untuk Unit/Tim

- a) Libatkan tim Anda dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.
- b) Telaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat tim Anda dan pastikan pelaksanaannya.
- c) Pastikan tim Anda menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan.

4. Insiden 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.

- a. Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Contohnya obat-obatan LASA (*look a like sound a like*) disimpan berdekatan.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah suatu kejadian insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Contohnya suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan kepada pasien, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat tersebut diberikan kepada pasien.
- c. 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:
 - 1) “keberuntungan” (misalnya pasien yang menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat); dan
 - 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).

- d. 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 A dengan dosis lebih karena kesalahan saat membaca dosis obat pada resep sehingga pasien mengeluhkan efek samping dari obat tersebut.
- e. 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.

B. Budaya Keselamatan Pasien

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.

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 sumber daya, 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.

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

2. Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Menurut Carthey & Clarke (2010) dalam Sari (2018), pada dasarnya suatu organisasi pelayanan kesehatan akan memiliki budaya keselamatan yang positif jika memiliki dimensi budaya keselamatan pasien. Dimensi budaya keselamatan pasien terdiri dari empat dimensi yaitu budaya keterbukaan (*open culture*), budaya pelaporan (*reporting culture*), budaya keadilan (*just culture*), 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.

a. 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 profesi selain 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 (*The comission of patient safety and quality assurance of Irlandia*, 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 medis tertentu 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) Kerjasama 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. Kerja sama 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 didukung dengan adanya kerjasama 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 Cozens (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, kerja sama tim antar unit rumah sakit juga dapat dilihat dari

kenyamanan yang dirasakan pada saat bekerja dengan staf dari unit lain.

b. Budaya pelaporan (*reporting culture*)

Budaya pelaporan merupakan budaya dimana staf rumah sakit 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 dan perpindahan dan transisi pasien (*hand over*).

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 belajar dari 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 keuntungan dari 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 (*hand over*)

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).

c. Budaya keadilan (*just culture*)

Budaya keadilan merupakan budaya dimana perawat dan pasien diperlakukan secara adil saat terjadi insiden dan tidak terfokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan. 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 mewaspadaikan potensi kesalahan yang mungkin terjadi pada saat berlangsungnya proses pelayanan kepada pasien (Astini, 2016).

3) *Staffing*

Staffing didefinisikan sebagai proses menegaskan pekerja yang ahli mengisi struktur organisasi melalui seleksi dan pengembangan personel. Dengan adanya *staffing* diharapkan

terpenuhinya jumlah dan keterampilan yang dimiliki perawat sesuai dengan kebutuhan yang ada di tiap unit yang dibutuhkan (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).

d. 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 dan 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 Healthcare Research and Quality* (2016), pembelajaran organisasi dapat dinilai dari adanya budaya belajar pada organisasi yang menganggap kesalahan membawa perubahan positif dan perubahan dievaluasi 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

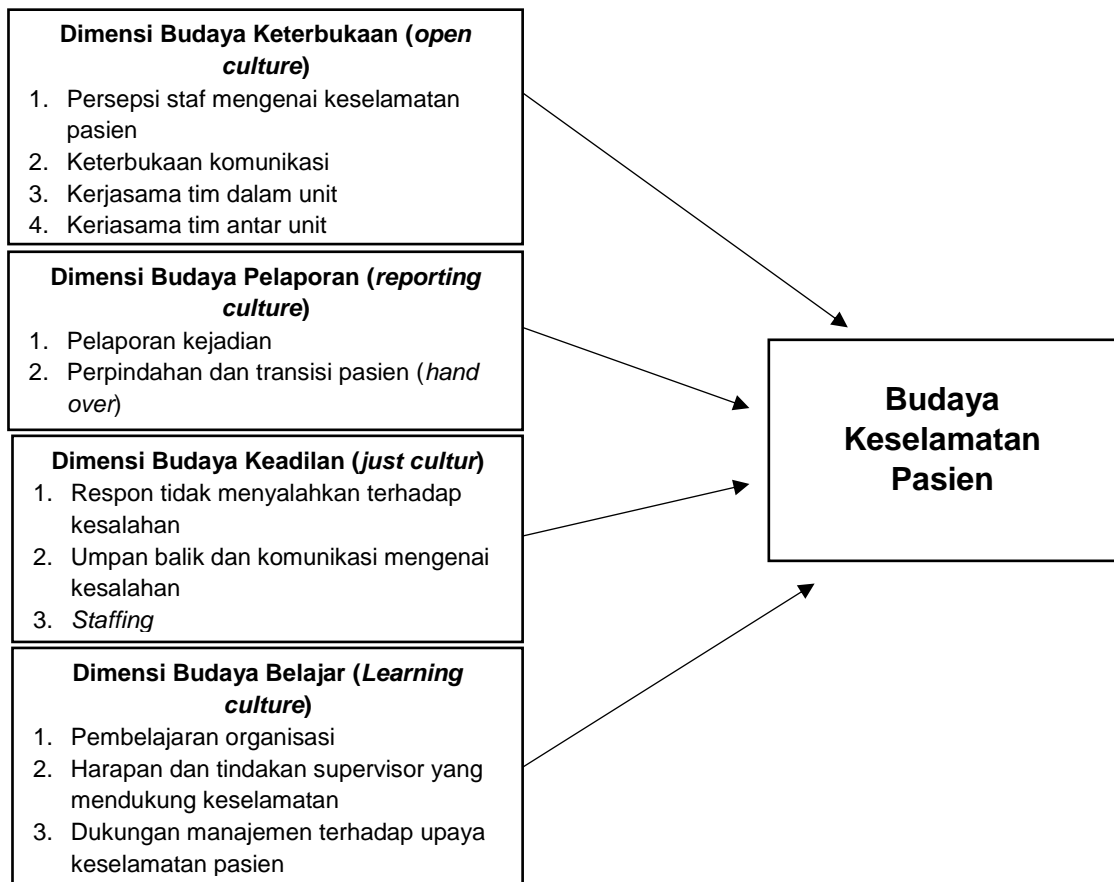
mempromosikan nilai-nilai yang dianut dengan melakukan tindakan-tindakan terkait yang mampu mendukung proses penanaman nilai yang dimaksudkan. Untuk menilai harapan dan tindakan supervisor/ manajer dalam mendukung keselamatan pasien dapat dilihat dari pertimbangan supervisor/ manajer dalam menerima saran 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 mengatur rasio 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. Kerangka Teori



Gambar 2.1 – Kerangka Teori

Sumber: *AHRQ Hospital Survey On Patient Safety Culture 2016*