

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keselamatan Pasien

1. Pengertian Keselamatan Pasien

World Health Organization (2021) memaparkan bahwa keselamatan pasien merupakan sebuah kerangka kegiatan terorganisir yang menciptakan budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi dan lingkungan dalam perawatan kesehatan secara konsisten dan berkelanjutan menurunkan risiko, mengurangi terjadinya kerugian yang dapat dihindari, membuat kesalahan lebih kecil kemungkinannya dan mengurangi dampak kerugian ketika hal itu terjadi. Menurut Duarte, Euzébia, dan Santos (2017), keselamatan pasien merupakan tindakan untuk mengurangi risiko kerusakan yang tidak diinginkan terkait dengan perawatan kesehatan, sehingga tingkat kejadian karena kesalahan perawatan medis.

Patient safety pada dasarnya merupakan segala prosedur kesehatan dimana setiap proses dari pemberian layanan kesehatan harus meminimalkan bahkan sampai meniadakan pelayanan yang tidak aman yang akan merugikan pasien maupun petugas medis (Wianti *et al.*, 2021). Definisi tersebut sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 yang mendefinikan bahwa keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman dan bebas cedera, yang 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.

2. Tujuan Keselamatan Pasien

Pengaturan Keselamatan Pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dan tercapainya enam indikator sasaran pasien (Permenkes RI No. 11, 2017), hal ini sesuai dengan SNARS (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit) (2018), yang memaparkan enam indikator sasaran keselamatan pasien meliputi ketepatan identifikasi pasien, meningkatkan komunikasi yang efektif, meningkatkan keamanan dari obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*), memastikan benar tepatlokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi, mengurangi risiko infeksi di layanan kesehatan, dan mengurangi pasien jatuh.

3. Standar Keselamatan Pasien

Sebagai acuan untuk melaksanakan praktik keselamatan pasien, penyedia layanan kesehatan harus memenuhi standar keselamatan pasien (Rachmawati dan Harigustian, 2019). Penilaian standar dilakukan secara terus menerus untuk mengetahui kemampuan rumah sakit dalam komitmen menjaga keselamatan pasien. Menurut

Permenkes RI No.11 tahun 2017 standar keselamatan pasien sebagai berikut:

a. Hak pasien

Pasien dan keluarga pasien mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

b. Mendidik pasien dan keluarga

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Fasilitas pelayanan kesehatan menjamin keselamatan pasien dalam 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

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”; Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden; Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien; Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien; Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas; Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Fasilitas pelayanan kesehatan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal; Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

4. Sasaran Keselamatan Pasien

IPSG (*International Patient Safety Goals*) atau SKP (Sasaran Keselamatan Pasien) merupakan konsep yang sudah disertifikasi oleh JCI (*Joint Commission International*) untuk menciptakan pelayanan yang aman (Ananya *et al.*, 2019), SKP juga digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI) untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien.

SKP (Sasaran Keselamatan Pasien) merupakan syarat yang harus diterapkan rumah sakit untuk terakreditasi oleh KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit). Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life Saving Patient Safety* solution dari *World Health Organization Patient Safety* yang juga digunakan oleh pemerintah. Rumah sakit harus mencapai enam indikator sasaran keselamatan pasien, Berikut enam sasaran keselamatan pasien dalam Permenkes RI No.11 tahun 2017:

- a. Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

Hal pertama yang penting diperhatikan seluruh tenaga medis. Identifikasi pasien haruslah tepat. Keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya error/kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, adalah pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya; mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi di dalam fasilitas pelayanan kesehatan; mungkin mengalami disabilitas sensori; atau akibat situasi lain. Tujuan dari standar ini memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan serta menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.

Elemen dalam mengidentifikasi pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 tahun 2017 meliputi:

- 1) Mengidentifikasi menggunakan setidaknya dua identitas pasien diantaranya nama pasien, nomor rekan medis, tanggal lahir, gelang identitas, dan sebagainya dan tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- 2) Mengidentifikasi pasien dilakukan saat sebelum pemberian obat, darah atau produk darah.
- 3) Mengidentifikasi pasien dilakukan sebelum mengambil darah atau spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- 4) Mengidentifikasi pasien dilakukan sebelum pengobatan dan tindakan prosedur.

- 5) Adanya kebijakan dan prosedur yang mengarahkan pelaksanaan yang konsisten dalam mengidentifikasi pada semua situasi dan lokasi.

b. Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

Menurut Prof. Dr. Alo Liliweri dalam Harahap (2019) mendefinisikan komunikasi adalah pengalihan suatu pesan dari satu sumber kepada penerima agar dapat dipahami. Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima dapat menciptakan hubungan terapeutik dan diharapkan akan mengurangi kesalahan, serta menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telpon, maka dibutuhkan pencatatan (pada buku atau di-enter ke komputer) secara lengkap oleh penerima informasi tersebut. Lalu penerima membaca kembali perintah dan mengkonfirmasi apakah yang telah ditulis dan dibaca ulang sudah tepat.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 tahun 2017 kegiatan pelaksanaan pada sasaran ini meliputi:

- 1) Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima

perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.

- 2) Perintah lisan dan melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- 3) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- 4) Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.

c. Meningkatkan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai

Seorang pasien selain mendapat pelayanan kesehatan berupa tindakan dan perawatan, juga tidak akan lepas dari pemberian obat. Obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien, maka penerapan manajemen yang benar penting/krusial untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadi kesalahan/error dan/atau kejadian sentinel (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) demikian pula obat-obat yang tampak mirip atau ucapan mirip (Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look-Alike Sound-Alike/ LASA).

Kesalahan pemberian obat bisa terjadi jika perawat tidak mendapatkan orientasi yang baik di unit pelayanan pasien atau tidak diorientasikan sebelum ditugaskan atau dalam keadaan gawat darurat (Rachmawati dan Harigustian, 2019). Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai ini tentunya melibatkan keutamaan profesionalitas tenaga perawat.

Pengawasan obat perlu dilakukan rumah sakit untuk meningkatkan manajemen *patient safety* dengan suatu pendekatan, sesuai dengan Permenkes No. 11 tahun 2017, kegiatan sasaran tersebut meliputi:

- 1) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai.
- 2) Kebijakan dan prosedur ini diimplementasikan.
- 3) Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan kebijakan.
- 4) Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

Perawat harus melakukan pengecekan ganda meliputi menverifikasi obat dahulu yang sesuai dengan instruksi dokter

dan diberikan dengan tepat obat, tepat dosis, tepat rute, tepat frekuensi dan tepat pasien, hal ini dilakukan untuk memastikan obat yang diberikan kepada pasien sudah tepat dan sesuai.

d. Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar

Salah-lokasi, salah-prosedur, dan salah-pasien operasi adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan. Kesalahan ini disebabkan oleh beberapa hal, seperti komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antar anggota tim bedah, kurang atau bahkan tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi, dan tidak adanya prosedur khusus untuk memverifikasi lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Selain itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengatasi masalah yang mengkhawatirkan ini, salah satu rujukan yang dapat diambil dalam kebijakan ini menggunakan

Surgical Checklist dari WHO (2009b) dan *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi harus melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang mudah dikenali. Tanda tersebut harus digunakan secara konsisten dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan pada saat pasien masih terjaga dan sadar jika memungkinkan dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi ini harus dilakukan pada semua kasus. Selain itu, rumah sakit wajib menerapkan verifikasi *pra-operatif*. Adapun langkah verifikasi ini meliputi pengecekan dan verifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar, memastikan bahwa semua dokumen, foto, dan hasil pemeriksaan sudah relevan, serta memverifikasi ketersediaan peralatan yang dibutuhkan.

e. Mengurangi Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-

terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat.

Menurut *World Health Organization* (2009c) *hand hygiene* merupakan istilah untuk membersihkan tangan dari mikroorganisme dengan cara membersihkan kedua tangan dengan menggunakan air yang mengalir dan sabun antiseptik (*handwash*) ataupun dengan cairan antiseptik (*handrub*), yang membedakan keduanya hanyalah waktu dalam mencuci tangan. *Handwash* memerlukan waktu 40-60 detik dengan melakukan delapan kali pengulangan disetiap langkah. Sedangkan *handrub* memerlukan waktu 20-40 detik dengan empat kali pengulangan di setiap langkah. Adapun langkah-langkah mencuci tangan yang ditetapkan oleh *World Health Organization* (2009a) adalah:

- 1) Ambil sabun atau cairan antiseptik. Lalu ratakan dengan kedua telapak tangan dan gosok kedua telapak tangan dengan arah memutar.
- 2) Usap dan gosokkan punggung dan sela-sela jari tangan kanan dan sebaliknya.
- 3) Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari.
- 4) Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.

- 5) Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanandan sebaliknya.
- 6) Gosok memutar ujung jari ditelapak tangan kiri dan sebaliknya.

World Health Organization merumuskan strategi penerapan *hand hygiene* untuk petugas kesehatan dengan istilah *my five moment hand hygiene* dalam melaksanakan kegiatan di layanan kesehatan, diantaranya:

- 1) Sebelum kontak dengan pasien

Kebersihan tangan petugas medis merupakan hal utama sebelum melakukan kontak dengan pasien, petugas medis berkemungkinan memiliki kolonisasi kuman, untuk menghindari transmisi kuman, sebelelum kontak dengan pasien, petugas medis wajib mencuci tangan.

- 2) Sebelum melakukan tindakan prosedur bersih atau steril

Mencuci tangan dimomen ini sangat penting dilakukan, karna ketika ingin melakukan tindakan maka tentu saja akan melakukan kontak dengan pasien (bersentuhan dengan pasien, pakaian pasien atau benda lainnya). Maka dari itu petugas kebersihan juga harus mempertahankan prosedur bersih/aseptik pada setiap prosedur yang memiliki risiko tinggi infeksi.

- 3) Setelah terkena cairan tubuh pasien

Mencuci tangan penting dilakukan pada momen ini

bertujuan untuk mengurangi risiko kolonisasi atau infeksi petugas kesehatan dengan agen infeksius yang dapat terjadi bahkan tanpa kotoran yang terlihat dan mengurangi risiko penularan mikroorganisme dari lokasi tubuh yang "terkolonisasi" ke lokasi tubuh yang "bersih" atau yang belum terinfeksi.

4) Setelah kontak dengan pasien

Mencuci tangan yang dilakukan saat meninggalkan zona pasien sebelum menyentuh benda daerah di luar zona pasien dan sebelum tangan terpapar area apapun dilingkungan perawatan.

5) Setelah kontak dengan lingkungan pasien

Lingkungan pasien berkemungkinan memiliki risiko akan terjadinya infeksi. Oleh karena itu, kebersihan tangan masih diperlukan pada momen ini.

f. Mengurangi Resiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

Jatuh adalah suatu peristiwa yang mengakibatkan seseorang mendadak terbaring atau duduk di lantai atau dan tanpa kehilangan kesadaran maupun luka (Depkes, 2018). Resiko jatuh adalah suatu kemungkinan untuk terjadinya peristiwa di mana seorang mengalami jatuh dengan atau tanpa disaksikan oleh orang lain, tak disengaja / tak direncanakan, dengan arah jatuh ke lantai, dengan atau tanpa mencederai dirinya (Fatikahhemas, 2023).

Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan, dan fasilitasnya, fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap obat dan konsumsi alkohol, penelitian terhadap gaya/cara jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program mengurangi risiko jatuh ini harus diterapkan rumah sakit (Permenkes, 2017).

5. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien penting dilakukan bagi staf fasilitas pelayanan kesehatan untuk dapat menilai kemajuan yang telah dicapai dalam memberikan asuhan yang lebih aman. Dengan tujuh langkah menuju keselamatan pasien Fasilitas pelayanan Kesehatan dapat memperbaiki keselamatan pasien, melalui perencanaan kegiatan dan pengukuran kinerjanya, Menurut Permenkes RI No.11 tahun 2017 yaitu:

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien dengan ciptakan budaya adil dan terbuka.
- b. Memimpin dan mendukung staf. Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien diseluruh Fasilitas pelayanan

Kesehatan anda.

- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Bangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan.
- d. Mengembangkan sistem pelaporan. Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien. Dorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien.

Pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat kompleks seperti fasilitas pelayanan kesehatan untuk mencapai hal-hal diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.

B. Insiden Keselamatan Pasien

1. Pengertian Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Permenkes No 11 Tahun 2017 mendefinisikan insiden

keselamatan pasien yang selanjutnya disebut Insiden, adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien yang terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera, Kejadian Potensial Cedera Signifikan, dan Kejadian Sentinel.

2. Jenis Jenis Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Jenis insiden keselamatan pasien di dunia dan di Indonesia dikelompokkan menjadi 5 kategori diantaranya yaitu:

a. Kondisi Potensial Cedera (KPC)/ *Reportable circumstancer*

Kondisi Potensial Cedera (KPC) merupakan kondisi tidak aman dan dapat mengakibatkan cedera pada pasien atau suatu kondisi (selain dari proses penyakit atau kondisi pasien itu sendiri) yang berpotensi menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden yang dapat menyebabkan cedera kepada pasien. Pelaporan risiko kecelakan yang potensial adalah cara lain untuk mencegah tanpa perlu belajar dari kejadian cedera. Laporan KPC dapat memberikan informasi berharga dan bermanfaat setelah dilakukan analisis secara tepat untuk perubahan pada perencanaan sistem (*World Health Organization, 2005*).

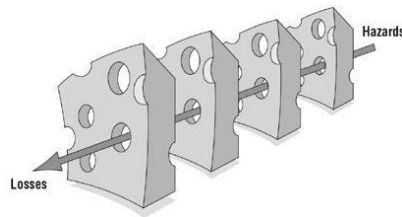
b. Kondisi Nyaris Cedera (KNC)/ *Near miss/close call*

Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah suatu kesalahan yang terjadi yang dapat mengakibatkan suatu insiden, tetapi insiden tersebut belum sampai terpapar ke pasien. KNC merupakan kondisi

yang berpotensi menyebabkan cedera pada pasien akan tetapi gagal terjadi secara kebetulan atau karena dicegah (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015). Dengan memahami penyebab KNC harus mengarah pada perubahan desain sistem yang akan meningkatkan keamanan. Kejadian yang tergolong KNC dan harus dilaporkan adalah:

- 1) Kesalahan pemberian obat.
- 2) Kesalahan *expertise* kesalahan laboratorium.

Insiden nyaris cedera dapat mengajarkan banyak hal tentang penyebab kesalahan yang terjadi di rumah sakit. Reason (2000) menjelaskan dalam model “*Swiss Cheese*” bahwa terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi insiden, faktor yang mempengaruhi situasi tersebut disamakan dengan irisan keju Swiss yang memiliki sejumlah lubang, lubang tersebut adalah kelemahan yang dapat menyebabkan kesalahan, insiden terjadi saat lubang pada masing masing “irisan” (variabel) diposisi sejajar, sementara “*near miss*” terjadi bila sebagian besar faktor yang diperlukan untuk isiden hadir, dengan cara ini KNC dapat memberikan informasi penting tentang faktor risiko yang tidak teridentifikasi (Kusumawati *et al.*, 2019).



Gambar 2. 1
Model “Swiss Cheese” Reason (2000)

c. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera pada pasien. KTC yang harus dilaporkan adalah semua kejadian yang terjadi di rumah sakit. KTC dapat terjadi karna adanya kesalahan tindakan dari perencanaan yang salah.

d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*Adverse Event*

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan suatu insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat pelaksanaan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil dan bukan disebabkan oleh penyakit dasarnya atau kondisi pasien. KTD dapat disebabkan karena tindakan petugas kesehatan atau disebabkan karena kesalahan medis yang tidak dapat dicegah. KTD terjadi bukan karena proses penyakit ataupun karena kondisi pasien akan tetapi berhubungan dengan manajemen medis, berbeda dengan komplikasi penyakit.

Analisis Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dilakukan pada hal - hal berikut ini, yaitu:

- 1) Semua reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi, jika terjadi sesuai dengan definisi yang ditetapkan rumah sakit.
- 2) Semua kejadian serius akibat efek samping obat (*adverse drug event*), jika terjadi sesuai dengan definisi yang ditetapkan rumah sakit.
- 3) Semua kesalahan pengobatan (*medication error*) yang signifikan, jika terjadi sesuai dengan definisi rumah sakit.
- 4) Semua perbedaan besar (*discrepancy*) antara diagnosis pra-operasi dan diagnosis pasca-operasi.
- 5) Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi.
- 6) Kejadian lain, seperti infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan atau wabah penyakit menular yaitu *our break*.

e. Kejadian Sentinel/*Sentinel Event*

Kejadian Sentinel adalah suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien. Salah satu insiden yang harus dilaporkan, menyebabkan terjadinya hal hal berikut yaitu:

- 1) Kematian
- 2) Cedera permanen

3) Cedera berat yang bersifat sementara/*reversible*

C. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

1. Pengertian Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah catatan tertulis yang mencatat kejadian tak terduga yang dapat berisiko membahayakan pasien, baik disengaja maupun tidak disengaja (KKPRS, 2007). pelaporan IKP tentunya sangat bermanfaat, rumah sakit akan diuntungkan dengan adanya pelaporan IKP hal ini dapat menjadi bahan kajian dan analisis kasus insiden serta dapat menerapkan kebijakan baru dan pembelajaran bagi staf/perawat disemua unit tanpa rasa takut akan konsekuensi. Tujuan utama pelaporan insiden keselamatan pasien adalah mengurangi kejadian yang serupa dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan secara keseluruhan (Larassati, 2024)

World Health Organization (2005) menyatakan bahwa organisasi termasuk rumah sakit bertanggung jawab terhadap sistem pelaporan insiden keselamatan pasien, serta menentukan siapa saja yang dapat melaporkan insiden keselamatan pasien. Sistem yang berfokus pada area spesifik (kesalahan pemberian obat/kesalahan perawatan) biasanya menerima laporan dari profesional seperti apoteker atau perawat, sementara sistem yang fokusnya luas yaitu terkait organisasi dapat menerima laporan dari mana saja (Kusumawati *et al.*, 2019).

Perawat memegang peran kunci dalam menciptakan keselamatan pasien serta mengharuskan perawat menggunakan keterampilan

profesional, pemikiran kritis dan penilaian untuk membuat keputusan terbaik bagi pasien (Stonehouse, 2014). Perawat sebagai penyedia lini terdepan, harus bertanggung jawab terkait pengkajian dan tindakan yang dilakukan (McFarland dan Doucett, 2018). Pelaporan yang disampaikan oleh pasien atau keluarga pasien ketika mengalami kesalahan selama perawatan dapat membantu perawat memahami dan menemukan celah penyebab terjadinya masalah. Pelaporan insiden di Indonesia meliputi siapa saja/semua staf rumah sakit yang pertama menemukan insiden, atau siapa saja yang terlibat dalam insiden (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015).

2. Tujuan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2015) menyatakan tujuan pelaporan insiden keselamatan pasien sebagai berikut:

a. Tujuan Umum

- 1) Menurunnya insiden keselamatan pasien (KTD, KTC, KNC, KPC).
- 2) Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

b. Tujuan Khusus

1) Rumah Sakit (Internal)

- a) Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien di rumah sakit.
- b) Diketahui penyebab insiden keselamatan pasien sampai pada akar masalah.
- c) Didapatkan pembelajaran untuk perbaikan asuhan kepada

pasien agar dapat mencegah terjadinya yang sama dikemudian hari.

2) KPPRS (Eksternal)

a) Diperolehnya data/peta nasional angka insiden keselamatan pasien (KTD, KNC, KTC).

b) Diperolehnya pembelajaran untuk meningkatkan mutu pelayanan.

3. Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Kegiatan pelaporan IKP tidak hanya sekedar melaporkan insiden ke atasan, akan tetapi terdapat banyak proses yang harus dilakukan sebelum melapor kepada atasan seperti perlu melakukan grading, investigasi sederhana, RCA (*Root Cause Analysis*). Pelaporan IKP penting untuk dilakukan karena dari pelaporan inilah nantinya akan didapatkan akar penyebab masalahnya yang kemudian akan menghasilkan rekomendasi solusi yang dapat diterapkan agar tidak terjadi lagi permasalahan yang sama di kemudian hari (Revista, 2024). Pelaporan IKP meliputi informasi pasien, waktu terjadinya insiden, lokasi terjadinya insiden, agen yang terlibat, tipe insiden, akibat insiden, tindakan segera setelah insiden, peran peran pelapor, dan bagian teks bebas (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015).

Laporan IKP di indonesia dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Laporan Internal Rumah Sakit

Pelaporan internal rumah sakit meliputi laporan secara tertulis

dari KTD, KNC, KTC dan KPC. Adapun alur pelaporan insiden:

- 1) Apabila terjadi suatu insiden di rumah sakit, wajib untuk segera ditindak lanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak yang tidak diharapkan
- 2) Setelah melakukan tindak lanjut, sesegera mungkin untuk membuat laporan insiden dengan mengisi formulir laporan insiden pada akhir jam kerja kepada atasan langsung (paling lambat 2 x 24 jam), sebaiknya pelaporan insiden tidak ditunda.
- 3) Setelah mengisi laporan, harus segera menyerahkan kepada atasan langsung. Atasan langsung disepakati sesuai keputusan manajemen rumah sakit yang terdiri dari supervisor, kepala bagian, kepala instalasi, kepala departemen, kepala unit.
- 4) Atasan langsung akan melakukan pemeriksaan terhadap laporan tersebut dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
- 5) Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisis yang akan dilakukan, grading terdiri dari:
 - a. Grade biru: Investigasi sederhana yang dilakukan oleh atasan langsung dengan waktu maksimal 1 minggu.
 - b. Grade hijau: Investigasi sederhana yang dilakukan oleh stasan langsung dengan waktu maksimal 2 minggu.
 - c. Grade kuning: Investigasi komprehensif atau *Root Cause Analysis* yang dilakukan oleh Tim Keselamatan Pasien di

Rumah Sakit dengan waktu maksimal 45 hari.

- d. Grade merah: Investigasi komprehensif atau *Root Cause Analysis* yang dilakukan oleh Tim Keselamatan Pasien di Rumah Sakit dengan waktu maksimal 45 hari.
- 6) Laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.
- 7) Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit akan melakukan analisis kembali pada hasil Investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (*Root Cause Analysis*) dengan melakukan regrading.
- 8) Untuk grade kuning atau merah, maka Tim Keselamatan Pasien di Rumah Sakit akan melakukan analisis akar masalah atau RCA (*Root Cause Analysis*).
- 9) Setelah melakukan RCA (*Root Cause Analysis*), Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta pembelajaran yang berupa petunjuk atau *safety alert* untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
- 10) Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja yang telah dirancang dilaporkan kepada direksi rumah sakit.
- 11) Rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran diberikan melalui *feedback* kepada unit kerja terkait serta dilakukan sosialisasi kepada seluruh unit di rumah sakit.

12) Unit kerja kemudian membuat analisis kejadian di satuan kerjanya masing-masing.

13) Monitoring dan evaluasi perbaikan pada unit terkait.

b. Laporan Eksternal Kepada Komisi Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPPRS)

Laporan Eksternal merupakan laporan insiden kepada Komisi Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPPRS) berisi laporan KTD, KNC, KTC, KPC dan sentinel. Setelah sebelumnya dilakukan analisis penyebab, perumusan rekomendasi serta solusi (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015). Laporan hasil investigasi sederhana/analisis akar masalah/RCA yang terjadi pada pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dan solusi oleh Tim KP di RS (internal)/Pimpinan RS dikirimkan ke KKPRS dengan melakukan entry data (*e-reporting*) melalui website resmi KKPRS: www.buk.depkes.go.id.

4. Faktor yang Mempengaruhi Pelaporan IKP

Faktor seseorang untuk melaporkan insiden keselamatan pasien menurut teori kinerja oleh Gibson (1988) dalam penelitian Ridha Annisa (2024) yaitu terdiri dari:

a. Faktor Individu

1) Usia/Umur

Usia adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau ditiadakan). Semakin matang usia seseorang maka sikap

dan perilaku dalam mengambil keputusan akan semakin bijak, hal ini karna pengalaman yang diperoleh selama seseorang menjalani masa hidupnya, sebaliknya semakin muda maka masih sedikit pengalaman yang didapat dalam masa hidupnya sehingga sehingga mempengaruhi suatu tindakan yang diambil (Sureskiarti dan Zulkifli, 2019).

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin mengacu pada perbedaan biologis antara perempuan dan laki-laki, perbedaan secara biologis ini dibawa sejak lahir dan tak dapat di ubah. Perbedaan kedudukan, tanggung jawab dan Perbedaan peran, pembagian kerja antara laki-laki dan perempuan yang ditetapkan oleh masyarakat berdasarkan sifat perempuan dan laki-laki yang dianggap pantas menurut norma, adat istiadat, kepercayaan atau kebiasaan masyarakat (Ningsih dan Marlina, 2020)

3) Tingkat Pendidikan

Pendidikan memberikan bekal kepada seseorang untuk dapat lebih memahami peran dan fungsinya di tempat kerja, dalam konteks yang lebih sempit, pendidikan memberikan bekal kepada tenaga kerja untuk mampu mengantisipasi masalah yang timbul dalam pekerjaannya (Fajar dan Kundalim, 2021).

Staf/perawat yang tercatat telah menyelesaikan

pendidikan sarjana memiliki pengaruh terhadap praktik adalah meningkatkan berpikir kritis dan praktek berdasarkan adanya bukti, meningkatkan peran advokasi untuk pasien dan profesi, kemampuan untuk melihat perkembangan keperawatan dimasa depan, menemukan suara pembaruan dimana mengembangkan keterampilan berkomunikasi untuk membawa perubahan pada pasien dan profesi keperawatan serta mengembangkan pendekatan secara holistik (Sellers *et al.*, 2014).

4) Masa Kerja

Masa kerja memberi pengaruh secara positif dan negatif karena membentuk adanya pengalaman bagi individu sehingga akan menjadikan bentuk persepsi didalam diri individu. Dimana ia berada semakin lama pengalaman kerja seseorang, maka semakin terampil, dan biasanya semakin lama semakin mudah ia memahami tugas, sehingga memberi peluang untuk meningkatkan prestasi serta beradaptasi dengan lingkungan seseorang maka pengalaman yang diperoleh akan semakin baik (Paramita *et al.*, 2020).

5) Status Kepegawaian

Status kepegawaian dalam suatu unit akan mempengaruhi seseorang untuk merespon suatu insiden, sikap melaporkan kesalahan hanya jika kesalahan tersebut

mengakibatkan kerugian, kurangnya motivasi untuk melaporkan, takut untuk melaporkan, persepsi bahwa tempat kerja memiliki budaya keselamatan yang rendah, takut disalahkan, reaksi negatif dari pimpinan, kepemimpinan organisasi yang lemah terhadap keselamatan pasien. Kegagalan untuk melaporkan insiden dianggap sebagai masalah yang signifikan dalam manajemen risiko (Tirzaningrum, 2022).

b. Faktor Psikologis

1) Persepsi

Persepsi adalah proses dimana seorang individu menggunakan kemampuan kognitif untuk menafsirkan dan memahami lingkungannya. Persepsi melibatkan menerima rangsangan, mengorganisir rangsangan, dan menerjemahkan atau menafsirkan rangsangan tersebut untuk mempengaruhi perilaku dan membentuk sikap (Gibson *et al.*, 1996).

2) Sikap

Sikap adalah suatu reaksi pandangan atau perasaan seorang individu terhadap objek tertentu yang mana walaupun memiliki objek yang sama, tetapi tidak semua individu akan memiliki sikap yang sama terhadap objek tersebut, hal ini dapat dipengaruhi oleh pengalaman, kebutuhan individu, keadaan individu, pengalaman, dan informasi yang didapat

mengenai objek tersebut (Gerungan, 2004). Menurut Azwar (2016) komponen sikap terdiri dari:

a) Kognitif

Kognitif merupakan representasi sesuatu yang dipercayai oleh individu pemilik sikap.

b) Afektif

Afektif adalah perasaan yang dimiliki seseorang yang bersifat subjektif terhadap suatu objek.

c) Konaktif/perilaku

Konaktif merupakan aspek kecenderungan seseorang dalam berperilaku berdasarkan keyakinan/pikiran dan perasaan/emosional yang dimiliki seseorang.

3) Motivasi

Menurut Gibson *et al.*, (1996) motivasi adalah konsep yang digunakan untuk menggambarkan perilaku individu dalam bekerja. Motivasi penting karena staf yang memiliki motivasi tinggi merupakan kontributor yang signifikan untuk. Motivasi terdiri dari faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik. Faktor intrinsik berasal dari dalam diri individu yang memberi energi, mempertahankan dan menghetikan perilaku. Faktor ekstrinsik mendeskripsikan dan menganalisis bagaimana perilaku diberi energi, diarahkan, berkelanjutan dan berhenti pada individu.

c. Faktor Organisasi

1) Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah usaha menggunakan pengaruh untuk memotivasi individu untuk mencapai tujuan tertentu. Kepemimpinan terjadi ketika salah satu anggota kelompok mengubah motivasi anggota kelompok lainnya. Kepemimpin dalam pelaporan IKP sangat berpengaruh terutama kepercayaan dalam pelaporan insiden, hal ini menunjukkan bahwa mekanisme dukungan manajemen dengan stafnya terkait sistem kepemimpinan (Ningsih dan Marlina, 2020).

D. Budaya Keselamatan Pasien

1. Pengertian Budaya Keselamatan Pasien

Solvejg (2016) menyatakan bahwa budaya keselamatan pasien yaitu pola terpadu perilaku individu dan organisasi, berdasarkan keyakinan/kepercayaan dan nilai bersama yang terus berupaya meminimalkan bahaya pasien, yang mungkin timbul dari proses pemberian perawatan. Sementara *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (2018) mendefinisikan budaya keselamatan pasien merupakan hasil dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen terhadap gaya dan kemahiran serta organisasi dan manajemen yang sehat dan aman.

Budaya keselamatan memiliki peran penting dalam pelaksanaan

keselamatan pasien dan merupakan bentuk pengembangan budaya keselamatan organisasi. Organisasi dengan budaya keselamatan yang positif dicirikan dengan komunikasi yang saling terbuka dan percaya, dengan persepsi yang sama akan keselamatan dan kenyamanan dalam pengukuran guna pencegahan. Jika suatu organisasi pelayanan kesehatan tidak mempunyai budaya keselamatan pasien maka kecelakaan bisa terjadi akibat dari kesalahan laten, gangguan psikologis dan fisiologis pada staf, penurunan produktifitas, berkurangnya kepuasan pasien, dan bisa menimbulkan konflik internal (Kuraesin *et al.*, 2023).

2. Elemen Budaya Keselamatan Pasien

Carthey dan Clarke (2009) menjelaskan organisasi kesehatan akan memiliki budaya keselamatan pasien yang positif, jika memiliki elemen atau komponen budaya sebagai berikut:

a. Budaya keterbukaan (*open culture*)

Komponen ini memiliki ciri staf akan merasa nyaman dan tidak tertekan ketika membahas topik-topik yang berkaitan dengan insiden keselamatan pasien serta tidak takut dalam mengangkat hal hal yang berhubungan dengan keselamatan pasien baik dengan rekan kerja maupun dengan atasan/supervisor/manajer. Budaya keterbukaan berfokus pada pembelajaran dan pencegahan. Komunikasi terbuka dapat juga diwujudkan pada saat serah terima pasien, briefing staf maupun *morning report*.

b. Budaya keadilan (*just culture*)

Budaya keadilan yang baik dapat terjadi jika staf ataupun pimpinan berperilaku adil ketika terjadi insiden keselamatan pasien dan tidak berfokus dalam mencari kesalahan individu untuk disalahkan dan dibebankan kepada individu tersebut, tetapi lebih difokuskan untuk mempelajari sistem yang ada dan diterapkan saat ini, lalu mengevaluasi hal apa yang menyebabkan kesalahan tersebut terjadi. Terdapat 2 aspek dalam budaya keadilan yang dirasa perlu untuk mendapat perhatian, yaitu keseimbangan antara kondisi yang tidak tampak yang dapat menimbulkan bahaya dan dampak hukuman yang akan diberikan atas kesalahan yang diperbuat.

c. Budaya pelaporan (*reporting culture*)

Budaya pelaporan merupakan proses penting dalam meningkatkan keselamatan pasien. Staf akan membuat laporan terkait insiden jika merasa aman, artinya jika staf tersebut membuat laporan maka tidak akan mendapatkan hukuman ataupun tekanan dari berbagai pihak. Jika staf yang melaporkan merasa aman dan bebas dalam menceritakan kejadian yang sebenarnya terjadi, maka dapat dikatakan bahwa budaya pelaporan pada rumah sakit tersebut sudah baik. Budaya pelaporan juga wajib dilakukan untuk menilai jenis *error* dan dapat diketahui kesalahan yang biasa dilakukan oleh staf serta dapat diambil tindakan sebagai bahan pembelajaran

organisasi.

d. Budaya pembelajaran (*learning culture*)

Budaya pembelajaran adalah budaya yang diketahui baik atau buruk penerapannya jika organisasi tersebut memiliki sistem umpan balik yang baik terhadap semua pelaporan yang berkaitan dengan insiden atau kejadian kesalahan, serta terdapat pelatihan-pelatihan untuk meningkatkan kualitas staf dalam melaksanakan tugasnya masing-masing dengan tetap mengutamakan keselamatan pasien. Seluruh staf harus memiliki komitmen untuk mempelajari insiden yang terjadi dan belajar dalam mengambil tindakan yang tepat atas insiden tersebut, sehingga akan menghasilkan *output* berupa pembelajaran untuk mencegah insiden atau kesalahan yang sama terjadi lagi.

e. Budaya informasi (*informed culture*)

Suatu organisasi bisa belajar dari pengalaman masa lalu sehingga memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi dan menghindari insiden yang akan terjadi karena telah belajar dan terinformasi dengan jelas dari insiden yang sudah pernah terjadi, misalnya dari pelaporan kejadian dan investigasi yang telah terinformasikan atau yang sudah pernah tercatat.

3. Model Budaya Keselamatan Pasien

Beberapa penelitian telah dilakukan terkait budaya keselamatan pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Kusumawati *et al.*, (2019)

menyatakan bahwa dimensi budaya keselamatan pasien menurut model *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) memiliki hubungan dan pengaruh signifikan terhadap sikap dalam melaporkan IKP. Halligan dan Zecevic (2011) telah mengkaji ulang 137 studi tentang budaya keselamatan dalam bidang kesehatan (termasuk budaya keselamatan pasien) sehingga didapatkan gambaran mengenai komponen budaya keselamatan. Komponen tersebut mencakup kepemimpinan, kerja tim, keyakinan bersama tentang keselamatan, komunikasi terbuka, pembelajaran organisasi, dan pelaporan kesalahan yang tidak menghukum. Komponen ini diuraikan lebih lanjut ke dalam komponen faktor dan item untuk mengukur budaya keselamatan dalam organisasi yaitu *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) dalam model *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ).

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adalah lembaga federal utama di Amerika Serikat yang berdedikasi untuk menghasilkan bukti yang dapat ditindaklanjuti guna meningkatkan keamanan dan kualitas perawatan kesehatan. Didirikan pada tahun 1989, AHRQ awalnya dikenal sebagai *Agency for Health Care Policy and Research*. Pada tahun 2004 *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) meluncurkan *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) sebagai acuan bagi rumah sakit untuk mengukur budaya keselamatan pasien dari segi perspektif staf rumah sakit. Lalu tahun 2018 di sempurnakan kembali dengan menetapkan pengukuran budaya

keselamatan pasien dengan 12 dimensi diantaranya yaitu kerja sama tim dalam unit, kerja sama tim antar unit, keterbukaan komunikasi, persepsi menyeluruh tentang keselamatan pasien, serah terima informasi dan transisi, pengaturan staf, umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan, respons tidak menyalahkan terhadap kesalahan, pembelajaran organisasi-perbaikan berkesinambungan, ekspektasi supervisor/manajer dan tindakan yang mendukung keselamatan pasien, dukungan manajemen untuk keselamatan pasien, frekuensi pelaporan kejadian (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2018).

4. Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tahun 2018 mengeluarkan *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) versi terbaru sebagai pedoman budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Versi ini dinilai lebih lengkap dan sudah banyak digunakan di Indonesia dan dunia dengan dilakukan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu sebelum pengukuran dan penelitian, sehingga lebih terjamin validitas dan reliabilitasnya.

Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) menilai budaya keselamatan pasien dengan 42 item pertanyaan yang dipengaruhi oleh 3 aspek yang dibagi kedalam 12 dimensi, diantaranya yaitu:

a. Tingkat Unit

- 1) Harapan dan tindakan manajer yang mendukung keselamatan

pasien

Supervisor atau manajer memiliki peran penting dalam penerapan budaya keselamatan dan mendukung keselamatan pasien dalam rumah sakit. Dimensi ini dilihat dari bagaimana kemampuan pemimpin dalam melaksanakan fungsi *controlling* dan *evaluating* melalui kegiatan supervisi. Menggambarkan sejauh mana pimpinan langsung atau manajer di ruang kerja memberikan dukungan nyata terhadap penerapan keselamatan pasien, seperti memberikan pujian saat staf bekerja sesuai prosedur keselamatan, mendorong pelaporan insiden, serta menindaklanjuti masalah keselamatan secara terbuka sehingga menumbuhkan kepercayaan staf dan meningkatkan kepatuhan terhadap standar keselamatan pasien (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018).

2) Pembelajaran organisasi – perbaikan berkelanjutan

Pembelajaran organisasi adalah sebuah proses dimana manajer atau pimpinan berupaya dalam meningkatkan kompetensi anggota organisasi dengan tujuan untuk memahami dan dapat mengelola organisasi beserta lingkungannya sehingga dapat membuat keputusan yang tepat dalam meningkatkan efektivitas organisasi tersebut (Jones, 2013). Proses pembelajaran terjadi dengan adanya perubahan perilaku. Pada dimensi ini anggota organisasi

memahami pentingnya kelangsungan pembelajaran yang dilaksanakan secara menyeluruh dan terus-menerus, mendorong staf untuk bekerja sesuai prosedur keselamatan, memberikan umpan balik terhadap laporan insiden, serta menindaklanjuti permasalahan keselamatan pasien dengan tindakan perbaikan. (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2018).

3) Kerja sama dalam unit di rumah sakit

Menurut *Canadian Nurse Association*, faktor yang menjadi hambatan bagi perawat dalam memberikan keperawatan yang aman dan memberikan kontribusi dalam keselamatan pasien salah satunya adalah kerja sama tim. *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2018), menegaskan bahwa kerja sama dalam unit berperan langsung dalam mencegah kesalahan medis (*medical errors*) melalui komunikasi yang efektif, kolaborasi lintas profesi, dan dukungan emosional antarstaf, tim yang memiliki rasa saling percaya dan mau membantu satu sama lain akan lebih berani dan terbuka untuk melaporkan kesalahan atau *near miss*, karena mereka tahu laporan tersebut akan diterima secara positif oleh rekan kerja dan atasan. Dimensi ini merupakan aspek penting karna sebagian besar pekerjaan di rumah sakit melibatkan banyak orang

4) Keterbukaan komunikasi

Komunikasi terbuka merupakan suasana batin yang menyenangkan bagi setiap anggota untuk berbicara, mengemukakan ide ataupun pendapat, dan perasaan yang nyaman tanpa ada rasa sungkan, khawatir, atau tidak enak bahkan takut. Keterbukaan informasi merupakan kunci untuk melaksanakan kesehatan yang baik tak terkecuali di rumah sakit yang mana sebagian besar kegiatan pekerjaannya berhungan dengan manusia. *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2018), menegaskan bahwa keterbukaan komunikasi merupakan fondasi utama dalam membangun budaya keselamatan pasien yang kuat. Dalam budaya keselamatan pasien yang terbuka, kesalahan atau potensi bahaya tidak disembunyikan, melainkan dibicarakan dan dijadikan pembelajaran bersama untuk mencegah kejadian serupa di masa depan.

5) Umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan

Dimensi ini merupakan suatu respon manajemen terhadap suatu kesalahan untuk mengetahui letak kesalahannya, segera diberikan jalan keluar, setelah itu dicari cara pencegahannya agar hal yang sama tidak terulang lagi (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2018). Umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan sangatlah

penting karena staf atau bawahan dapat mengetahui penyebab terjadinya insiden dan langkah apa saja yang diambil untuk mencegah kejadian yang sama terulang lagi, sehingga tidak terjadi miskomunikasi antar staf dalam melakukan tindakan pencegahan.

6) Respon tidak menyalahkan terhadap kesalahan (*responnon-punitive*)

Dimensi respon tidak menyalahkan terhadap kesalahan merupakan cara untuk melakukan evaluasi dan koreksi terhadap kesalahan yang dilakukan oleh petugas, bukan sebagai alat untuk mencari kesalahan, dari kesalahan tersebut diharapkan menjadi pelajaran berharga sehingga tidak mengulang kesalahan yang sama atau melakukan kesalahan lainnya dan dipandang sebagai peluang belajar, bukan alasan untuk mencari kesalahan individu. Ketika budaya *non-punitif* (tidak menyalahkan) diterapkan dengan baik, staf akan lebih terbuka dalam melaporkan insiden, baik insiden yang menyebabkan cedera maupun *near miss*, tanpa rasa takut (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2018).

7) Pengaturan staf

Staffing atau pengaturan staf adalah proses penataan staf dalam unit untuk menangani beban kerja dan jam kerja yang

sesuai untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien. Menurut (*World Health Organization*, 2009a) *Staffing* mengacu pada alokasi dan penempatan tenaga kesehatan berdasarkan beban kerja dan permintaan layanan untuk menjamin pelayanan pasien yang efisien dan aman. Dengan adanya *staffing*, harapan untuk memberikan pelayanan yang terbaik dengan memenuhi jumlah dan keterampilan perawat sesuai kebutuhan di setiap unit akan tercapai. Jumlah perawat yang memadai adalah suatu hal mendasar dalam memberikan perawatan yang berkualitas dan mendukung keselamatan pasien (*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2018).

b. Tingkat Rumah Sakit

1) Dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien

Manajemen rumah sakit bertanggung jawab dalam menyediakan iklim kerja yang mendukung keselamatan pasien dan menunjukkan kepada semua staf bahwa keselamatan pasien adalah prioritas (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2018). Dukungan manajemen rumah sakit ini dapat dilihat dari regulasi yang dibuat oleh rumah sakit yang berkaitan dengan upaya-upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien, inovasi terkait keselamatan pasien, penyediaan sumber daya terkait

penerapan budaya keselamatan pasien dan masih banyak lagi.

2) Kerja sama antar unit di rumah sakit

Kerja tim merupakan kumpulan individu dalam suatu unit kerja yang saling bekerja sama, berkolaborasi dan berinteraksi antar individu dengan tujuan untuk menurunkan angka Insiden Keselamatan Pasien (IKP). Rumah sakit merupakan organisasi komplek yang terdiri dari bebrapa unit sehingga kerja sama antar unit sangat penting sebagai bentuk koordinasi antar staf sehingga dapat memberikan pelayanan yang maksimal untuk pasien. Menurut *Agency for Health Research dan Quality* (2018), kerjasama tim antar unit di rumah sakit dapat dilihat dari koordinasi dan kenyamanan saat bekerja dengan staf dari unit yang berbeda memastikan keselamatan pasien tetap terjaga.

3) Serah Terima dan Pertukaran Informasi

Pada dimensi ini akan melibatkan satu atau lebih unit kerja, apabila dalam proses tersebut tercipta suasana kerja sama yang baik maka pelimpahan pasien atau transfer informasi dapat berjalan dengan lancar (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2018). Serah terima informasi dan transisi adalah proses serah terima informasi penting terkait perawatan pasien baik didalam unit yang sama

maupun berbeda pada saat pergantian jam tugas.

Perpindahan dan transisi pasien yang tidak baik dapat menimbulkan terputusnya kesinambungan pelayanan, sehingga dapat berpengaruh terhadap diambilnya tindakan yang tidak tepat dan dapat berpotensi menjadi penyebab terjadinya insiden terhadap pasien. Hal ini dapat menyebabkan kesalahan medis sering terjadi pada pasien setelah pertukaran shift dilakukan.

c. Keluaran

1) Persepsi menyeluruh tentang keselamatan pasien

Persepsi tenaga kesehatan adalah interpretasi dari prosedur dan sistem yang baik untuk mencegah kesalahan keselamatan pasien, menilai kondisi keselamatan pasien di unit tempat mereka bekerja, termasuk sejauh mana keselamatan menjadi prioritas, efektivitas sistem pencegahan insiden, dan persepsi mereka terhadap kemungkinan terjadinya kesalahan atau kejadian tidak diharapkan. (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2018). Persepsi adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang dalam memahami tentang lingkungannya baik lewat penglihatan pendengaran, penghayatan, perasaan dan penciuman, maka lingkunganlah yang membentuk kita terhadap suatu hal termasuk implementasi keselamatan

pasien yang dipengaruhi oleh lingkungan atau budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

2) Frekuensi pelaporan insiden

Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran (Permenkes RI No. 11, 2017). Sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien sehingga laporan dapat menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali, sehingga segala kejadian atau insiden dapat terdokumentasi dengan baik dan dapat dilakukan analisa serta tindakan korektif atau preventif selanjutnya (Yasmi dan Thabrany, 2018). Menurut AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2018), pelaporan insiden bukan hanya soal seberapa sering dilakukan, tetapi juga bagaimana sistem memungkinkan staf untuk melapor dengan aman, mudah, dan bermakna.

5. Faktor yang Mempengaruhi Budaya Keselamatan Pasien

Menurut *World Health Organization* (2009) terdapat 4 faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien:

a. Faktor Budaya Organisasi

Budaya organisasi adalah pola asumsi dasar yang

ditentukan atau dikembangkan oleh sekelompok orang ketika mereka belajar mengatasi masalah adaptasi eksternal dan integrasi internal, yang telah berhasil dengan baik sehingga dianggap sah untuk diajarkan kepada anggota baru sebagai cara yang tepat untuk berfikir, melihat, merasakan dan memecahkan masalah (Schein, 2010). Budaya organisasi sebagai konstruksi multidimensi yang relatif stabil yang bergantung pada nilai dan norma di lingkungan kerja. Nilai dan norma tersebut mempengaruhi sikap, persepsi dan perilaku semua anggota dalam organisasi. Budaya keselamatan, sebagai bagian dari budaya organisasi, memiliki dampak mendasar pada perilaku keselamatan dan pada keselamatan budaya organisasi secara keseluruhan (Hammer *et al.*, (2011).

b. Faktor Kerja Tim

Kerja tim adalah kumpulan orang-orang yang mampu bekerja sama dalam sebuah tim, setiap orang memiliki derajat yang sama dan penting dalam organisasi. Setiap individu berhubungan dengan individu lain melalui seorang pemimpin yang ditetapkan (Hughes, 2012). Kerja tim merupakan proses psikologis, perilaku dan mental dari anggota tim dalam berkolaborasi satu dengan yang lain dalam melaksanakan tugas dan upaya mencapai tujuan (Follet, 2005).

c. Faktor Individu

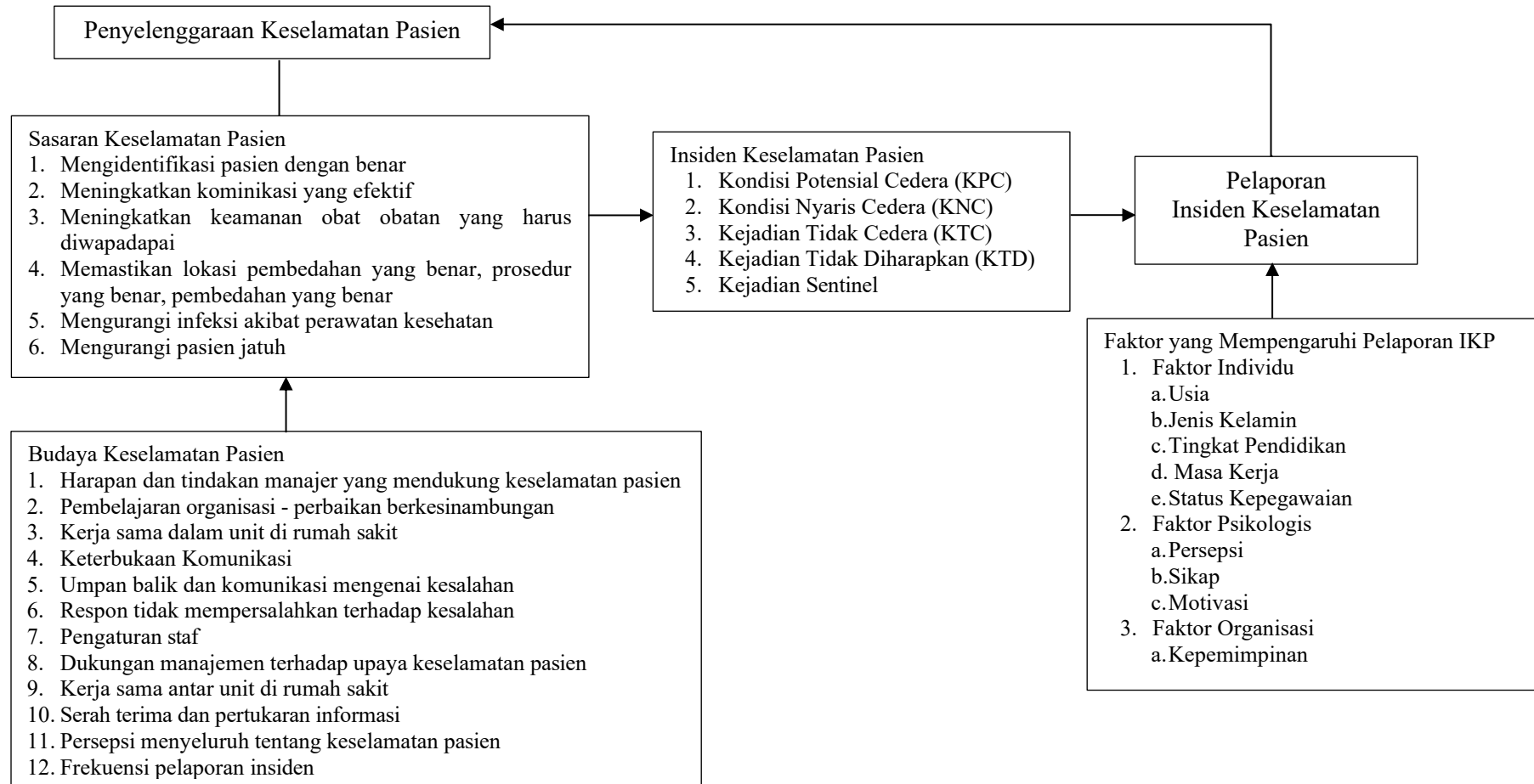
Adanya faktor individu atau petugas sangat berpengaruh

terhadap budaya keselamatan pasien, diantara faktor tersebut menunjukkan bahwa adanya keterlibatan tingkat stress dan tingkat kelelahan (Needleman *et al.*, (2011).

d. Faktor Lingkungan Kerja

Lingkungan kerja adalah segala sesuatu yang ada di sekitar karyawan dan dapat mempengaruhi dalam menjalankan tugas yang diembankan kepadanya (Nuraini, 2013). Lingkungan kerja dapat diartikan sebagai keseluruhan alat perkakas yang dihadapi, lingkungan sekitarnya dimana seorang bekerja, metode kerjanya, sebagai pengaruh kerjanya baik sebagai perorangan maupun sebagai kelompok (Simanjuntak, 2003). Secara umum lingkungan kerja terdiri dari lingkungan kerja fisik dan lingkungan kerja psikis (Suwatno dan Priansa, 2011).

E. Kerangka Teori



Gambar 2. 2 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi Teori Permenkes (2017), AHRQ (2018), Gibson (1988)