

GAMBARAN *PATIENT SAFETY CULTURE* PADA PERAWAT UNIT RAWAT JALAN DAN RAWAT INAP RUMAH SAKIT JANTUNG DI WILAYAH JAKARTA

Mutarobin 1), Deka Hardiyan 2), Mira Rosmiatin 3)

- 1) Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jakarta I, 2) RS Jantung Harapan Kita Jakarta, 3) RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta
Email : obien8oke@yahoo.com

Abstrak

Rumah sakit dalam menjalankan fungsinya sebagai wadah pelayanan kesehatan modern menjunjung tinggi prinsip keselamatan sebagai hal yang fundamental. Upaya yang dapat dilakukan dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah dengan budaya keselamatan pasien merupakan sebuah aspek yang menentukan kualitas pelayanan sebuah institusi kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran *Patient Safety Culture* pada perawat Unit Rawat jalan dan Rawat Inap tahun 2018 di rumah Sakit Jantung Wilayah Jakarta, dilihat dari 12 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien menurut AHRQ. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain *cross-sectional*. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 384 responden. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa gambaran budaya keselamatan pasien secara keseluruhan adalah sebesar 67,8% yang dikategorikan dalam budaya keselamatan yang sedang, diharapkan dapat meneruskan dan mempertahankan program-program keselamatan pasien yang telah berjalan, monitoring dan evaluasi, serta melakukan pengukuran budaya keselamatan pasien secara menyeluruh dan periodik.

Kata kunci: budaya keselamatan pasien, AHRQ, perawat, unit rawat inap, dan rawat jalan

Abstract

Description of Patient Safety Culture on Nurse Outpatient and Inpatient Unit Heart Hospital in The Jakarta Area. Hospitals in carrying out their functions as a container for modern health services uphold education as fundamental. Efforts that can be made in improving the quality of health services are by creating an aspect that determines the quality of health services. This study aims to look at the picture of Patient Safety Culture in outpatient and inpatient nurses in 2018 at the Jakarta Regional Heart Hospital, which is seen from the 12 Dimensions of Patient Safety Culture according to AHRQ. This study uses a quantitative method with a cross-sectional design. The number of samples in this study was 384 respondents. The results of this study indicate that the measurement is 67.8% which is categorized in the program that is being, can be improved and patient program programs that have been running, monitoring and evaluation, as well as measuring patients thoroughly and periodically.

Keywords: patient safety culture, AHRQ, nurses, inpatient, and outpatient units

PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai bagian dari sistem kesehatan nasional harus mampu berperan secara strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Rumah sakit dalam upaya tersebut memiliki karakteristik yang unik dan kompleks, padat modal, padat teknologi, dan padat karya (Radjak, 2007). Rumah sakit dalam menjalankan fungsinya sebagai wadah pelayanan kesehatan modern menjunjung tinggi prinsip keselamatan sebagai hal yang fundamental, seperti yang diungkapkan oleh Hippocrates sebagai "*Primum non nocere*" yang berarti pelayanan tidak mendatangkan cedera bagi pasien. Dalam perkembangannya, rumah sakit saat ini merupakan institusi yang sangat kompleks sehingga terdapat peluang untuk terjadinya kesalahan dalam pemberian pelayanan yang dapat mengakibatkan cedera atau kematian. Kesalahan yang berpotensi merugikan pasien dapat terjadi dari berbagai aspek, antara lain: kesalahan diagnosis, kesalahan terapi, keterlambatan pencegahan, kegagalan komunikasi, dan kesalahan sistem lain. Infeksi yang dikaitkan dengan pelayanan kesehatan juga termasuk isu penting dalam keselamatan pasien (Yendi, 2011). Disebuah rumah sakit terdapat bermacam- macam obat, prosedur dan tes, banyak alat yang digunakan, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap dalam memberi pelayanan selama 24 jam. Kemajemukan dan rutinitas dalam memberikan pelayanan tersebut apabila tidak dapat diolah dengan baik bisa saja menyebabkan kejadian yang tidak diharapkan (KTD) dan kejadian nyaris cedera (KNC). Selanjutnya di tahun 2008 *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) melaporkan sejak 1999 terjadi 42 juta kasus kematian akibat kesalahan pelayanan. Morse juga menyatakan bahwa sekitar 2,2-7 kejadian pasien jatuh/1000 tempat tidur per hari di ruang perawatan per tahun, 7,5% dengan luka-luka serius, dan 29-48% pasien mengalami luka.

Di Indonesia, data mengenai angka kesalahan medis secara luas belum dapat diketahui. Namun kejadian kesalahan medis pada pasien telah banyak dilaporkan dalam beberapa kasus malpraktik sebagai kasus yang mendatangkan kerugian bermakna buat pasien. Berdasarkan data dari Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2012) telah menunjukkan bahwa di Indonesia dari beberapa provinsi pada bulan Januari 2010 sampai dengan bulan April 2011, terdapat insiden keselamatan pasien sebanyak 137 kejadian. Berdasarkan dari jenis kejadiannya, dari 137 kejadian, 55,47% adalah KTD, 40,15% KNC, dan 4,38% kejadian lainnya, 8,76% menyebabkan terjadi kematian, 2,19% cedera *irreversible*, 21,17% cedera *reversible*, dan 19,71% cedera ringan.

Beberapa fenomena terkait dengan *patient safety culture* belum dijadikan sebuah prioritas dalam memberikan pelayanan kesehatan, pendekatan keselamatan pasien masih atas dasar reaktif, kejadian suatu keselamatan pasien pada dasarnya disadari ada pada setiap unit pelayanan kesehatan, belum adanya umpan balik dan sosialisasi kaitannya dengan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dalam sebuah unit di rumah sakit, kepemimpinan yang ada belum dapat mengakomodasi aspirasi dari stafnya, komunikasi antara atasan dan staf belum memberikan dukungan kepada budaya keselamatan pasien, serta adanya *blaming culture*,

kerjasama diantar unit dirasakan tidak menyenangkan, proses *handoff* di rumah sakit masih berpeluang untuk terjadinya masalah, dan jumlah staf disadari sangat sedikit.

Upaya yang dapat dilakukan dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah dengan budaya keselamatan pasien merupakan sebuah aspek yang menentukan kualitas pelayanan sebuah institusi kesehatan. Keberhasilan institusi ini tidak saja tercermin melalui indikator capaian kinerja finansial dan tingkat kepuasan pelanggan, tetapi juga melalui seberapa institusi tersebut mengedepankan keselamatan pasien sebagai sebuah budaya. Rumah sakit memerlukan informasi mengenai sejauh mana keselamatan pasien sudah menjadi prioritas dan sejauh mana penerapan standar keselamatan pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan. Budaya keselamatan dari sebuah organisasi merupakan hasil dari nilai (individual maupun kelompok), kompeten dibidangnya, sikap, persepsi, pola perilaku yang mendasari komitmen serta kemahiran dalam mengelola keselamatan pasien di dalam institusi tersebut. Organisasi yang memiliki budaya keselamatan yang positif memiliki ciri-ciri antara lain adanya komunikasi yang didasari oleh rasa saling percaya, persepsi yang sama mengenai pentingnya keselamatan, serta keyakinan untuk dapat melakukan berbagai tindakan pencegahan (Hogden, 2017).

Ada beberapa upaya yang bisa digunakan dalam mengukur budaya keselamatan pasien, yaitu *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*, *Safety Climate Survey (SCS)*, *Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire (VHA PSCQ)*, *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, *Stanford Patient Safety Center of Inquiry culture survey (Stanford PSCI)*, *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations (PSHCO)*, *Safety Climate Scale (SCS)*, *Strategies for Leadership: An organi Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire zational approach to Patient Safety (SLOAPS)*, *Culture of Safety Survey (CSS)*, *Hospital Safety Culture Questionnaire*, *Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)*. *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* dan *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* menjadi alat ukur yang paling sederhana serta praktis yang dapat digunakan dalam mengukur budaya keselamatan pasien serta memiliki *good evidence* yang menunjukkan peningkatan budaya keselamatan pasien dan merupakan rekomendasi dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Robb G, (2010).

HSOPSC adalah survei yang paling banyak digunakan, yang awalnya dikembangkan AHRQ dalam *United States Department of Health & Human Services* pada tahun 2004. Survei ini dirancang untuk mengukur pendapat staf tentang masalah keselamatan pasien, kesalahan medis, dan pelaporan setiap dalam setiap kegiatan pelayanan kesehatan. Survei ini dikembangkan untuk digunakan di rumah sakit, tetapi telah diadaptasi, dengan berbagai versi sekarang tersedia mengukur budaya keselamatan pasien di farmasi masyarakat, operasi rawat jalan, perawatan dirumah, dan kantor medis rawat jalan, termasuk perawatan primer. HSOPSC juga telah diterjemahkan ke dalam berbagai bahasa, termasuk bahasa Farsi, Arab, Prancis, Belanda, dan Spanyol. Survei ini bebas untuk diakses. HSOPSC dapat diselesaikan oleh semua staf rumah sakit yang memiliki pengetahuan yang cukup tentang rumah sakit. Meskipun demikian, survei HSOPSC lebih cocok untuk mereka yang memiliki kontak langsung dengan pasien dan atau yang bekerja secara langsung dalam memberikan perawatan pada pasien. *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* terdiri dari 42 item yang mengukur 12 "ruang lingkup" (Hogden A, 2017). Dengan cara ini, penerapan

tindakan praktis sehari-hari untuk meningkatkan keselamatan perawatan kesehatan bagi pasien untuk itu diperlukan sebuah standar keselamatan pasien (Robb G, 2010).

Standar keselamatan pasien dipakai sebagai acuan bagi fasilitas pelayanan kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera. Standar budaya keselamatan pasien ini mencakup hak sebagai pasien, mendidik kepada pasien dan keluarga pasien, keselamatan pasien dan kesinambungan terhadap pelayanan kesehatan, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, mendidik staf tentang keselamatan pasien, komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien, penggunaan metode-metode peningkatan budaya kerja dalam melakukan monitoring, evaluasi, dan program peningkatan budaya keselamatan kepada pasien (Morello, 2014).

Patient Safety Culture belum banyak dikembangkan sehingga manfaat budaya keselamatan pasien belum banyak dipahami oleh dokter, perawat, staf administrasi dan penunjang lainnya, dan tenaga non medis lainnya, masih tampak parsial, dan belum memperhatikan 12 dimensi budaya keselamatan pasien dari *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Berdasarkan hal tersebut, residen tertarik untuk melakukan proyek karya inovasi “sejauh mana pengaruh 12 dimensi budaya keselamatan pasien (*Patient Safety Culture*) dari *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) terhadap mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit”.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain *cross-sectional*, karena peneliti ingin mengukur semua variabel pada waktu yang bersamaan. Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan menggunakan alat ukur berupa kuesioner yang diterbitkan AHRQ untuk survei budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Data sekunder berupa data yang diperoleh dari Rumah Sakit Jantung di Wilayah Jakarta, seperti profil rumah sakit, data jumlah perawat, dan data mengenai sistem keselamatan pasien. Penelitian ini telah mendapatkan izin dari FIK UI dan Rumah Sakit Jantung di Wilayah DKI Jakarta.

HASIL PENELITIAN

Kedua belas dimensi budaya keselamatan pasien di Unit Rawat Jalan dan Rawat Inap dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu budaya kuat, budaya sedang, dan budaya lemah. Pengkategorian tersebut berdasarkan pedoman pada *Hospital Survey On Patient Safety Culture* yang dilakukan AHRQ. Suatu budaya keselamatan pasien dikatakan kuat apabila respon positif sebesar sama dengan 75% atau lebih, dikatakan budaya sedang apabila respon positif sebesar 50% - 75%, dan dikatakan budaya lemah apabila respon positif kurang dari 50%. Berikut rekapitulasi dari 12 belas dimensi budaya keselamatan yang telah diukur dalam tabel dibawah ini:

Tabel 1 Gambaran 12 Dimensi
Budaya Keselamatan Pasien
Di RS Jantung Wilayah Jakarta, 2 – 15 Mei 2018
(n = 384)

Dimensi	Respon				N	% Respon Positif	Kategori Budaya
	Positif		Negatif				
	n	%	n	%			
communication openness	706	61,3	446	38,7	1152	61,3	Budaya Sedang
feedback and communication about errors	949	82,4	203	17,6	1152	82,4	Budaya Kuat
frequency of events reported	814	70,7	338	29,3	1152	70,7	Budaya Sedang
handoffs and transitions	963	62,7	573	37,3	1536	62,7	Budaya Sedang
management support for patient safety	884	76,7	268	23,3	1152	76,7	Budaya Kuat
nonpunitive response to errors	499	43,3	653	56,7	1152	43,3	Budaya Lemah
organisational learning	1066	92,5	86	7,5	1152	92,5	Budaya Kuat
overall perceptions of patient safety	994	64,7	542	35,3	1536	64,7	Budaya Sedang
staffing	635	41,3	901	58,7	1536	41,3	Budaya Lemah
manager expectations and actions promoting	1049	68,3	487	31,7	1536	68,3	Budaya Sedang
teamwork across units	1109	72,2	427	27,8	1536	72,2	Budaya Sedang
teamwork within units	1259	82,0	277	18,0	1536	82,0	Budaya Kuat
Total	10927	67,8	5201	32,2	16128		Budaya Sedang

Berdasarkan tabel 1 diatas dapat dilihat bahwa terdapat 4 dimensi budaya keselamatan pasien dikategorikan dalam budaya kuat diantaranya umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan (*feedback and communication about errors*), dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien (*management support for patient safety*), perbaikan yang berkelanjutan (*organisational learning - continuous improvement*), kerjasama dalam satu unit (*teamwork within units*) yaitu dengan respon positif >75%.

Kemudian 6 dimensi budaya keselamatan lainnya dikategorikan dalam budaya keselamatan sedang yaitu dengan respon positif 50% - 75% antara lain dimensi keterbukaan komunikasi (*communication openness*), frekuensi melaporkan jika ada insiden keselamatan pasien (*frequency of events reported*), operan dan transisi (*handoffs and transitions*), Persepsi keseluruhan staf di rumah sakit terkait keselamatan pasien (*overall perceptions of patient safety*), harapan dan tindakan manajer mempromosikan keselamatan pasien (*manager expectations/supervisor and actions promoting patient safety*), kerjasama antar unit (*teamwork across units*).

Sedangkan 2 dimensi budaya keselamatan lainnya dikategorikan dalam budaya keselamatan lemah yaitu dengan respon positif <50% antara lain dimensi respon tidak mempersalahkan terhadap kesalahan (*nonpunitive response to errors*) dan penempatan staf atau kepegawaian (*staffing*). Berdasarkan hasil analisa data dari pengukuran tersebut dapat disimpulkan bahwa gambaran budaya keselamatan secara keseluruhan di Unit Rawat Jalan dan Rawat Inap Rumah Sakit Jantung Wilayah Jakarta tahun 2018 adalah sebesar 67,8% yang dikategorikan dalam budaya keselamatan yang sedang.

PEMBAHASAN

1. Dimensi Keterbukaan Komunikasi (*communication openness*)

Pada dimensi komunikasi terbuka dalam survei ini mendapatkan respon positif sebesar 61,3% yang dikategorikan dalam budaya keselamatan pasien yang sedang. Sejak tahun 2010 keterbukaan dalam komunikasi telah menjadi standart *Joint Commision Acerditation of Health Organization* (JCI) (2011). Komunikasi terbuka dapat diaplikasikan pada waktu operan atau serah terima pasien, ronde keperawatan, dan *briefing* sebelum melakukan aktivitas. Pada saat serah terima seorang perawat diharapkan mampu melakukan komunikasi secara terbuka dengan cara mengkomunikasikannya kepada perawat yang lain tentang faktor risiko terjadinya sebuah insiden. *Briefieng* dapat digunakan sebagai cara dalam mendapatkan informasi terkait dengan isu-isu terkini yang berhubungan dengan budaya akan keselamatan pasien, perawat juga dapat bertanya secara bebas dan terbuka seputar keselamatan pasien yang berisiko terjadi dalam memberikan asuhan keperawatan sehari-hari. Ronde keperawatan bisa dilakukan setiap minggunya dan hanya berfokus pada keselamatan pasien (Hamdani, 2007).

Menurut Hamdani (2007) pada budaya keselamatan pasien, komunikasi wajib ada dalam pola komunikasi dua arah, dari pimpinan ke bawahan dan begitu juga sebaliknya. Demikian juga dengan tindakan menutupi atau berdiam diri terhadap kesalahan yang terjadi maka harus diganti dengan prinsip keterbukaan, kejujuran terhadap suatu insiden yang berhubungan dengan keselamatan terhadap pasien. Kepatuhan pelaporan terhadap prosedur keselamatan merupakan sebuah indikator yang dapat dijadikan sebagai tolak ukur untuk berjalannya sebuah komunikasi yang efektif serta menjadi komponen penting dalam mewujudkan interaksi profesi.

Interaksi profesi di rumah sakit yang cukup banyak, membutuhkan suatu strategi yang baik dalam melakukan komunikasi antar profesi yang lainnya. Dalam berkomunikasi metode SBAR (*situation, backgraound, assessment, recomendation*) dapat dijadikan sebagai pilihan dalam berkomunikasi. Berdasarkan latar belakang, situasi, penilaian dan rekomendasi yang dikomunikasikan dengan baik akan memberikan kondisi pengobatan pasien lebih informatif, jelas dan terstruktur. Hal ini akan dapat mengurangi terjadinya potensi insiden yang tidak diinginkan (Cahyono, 2008).

2. Dimensi Umpan Balik dan Komunikasi Mengenai Kesalahan (*feedback and communication about errors*)

Pada dimensi umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan mendapat respon positif sebesar 82,4% yang dikategorikan dalam budaya keselamatan pasien yang baik atau

membudaya kuat. Umpan balik dan komunikasi terhadap suatu kesalahan merupakan hal yang sangat penting setelah dilakukannya pelaporan dari setiap insiden terhadap keselamatan pasien. Salah satu dari prinsip inti dalam pelaporan kejadian menurut Mahajan (2011) dalam Hamdani (2007) adalah pelaporan hanya bisa memberi manfaat apabila direspon secara konstruktif. Paling tidak terdapat umpan balik dari analisis temuan. Idealnya terdapat rekomendasi untuk perubahan pada semua sistem. Umpan balik dari organisasi dan rekan satu tim merupakan suatu bentuk dari organisasi yang belajar. Salah satu bentuk hambatan dalam sistem pencatatan dan pelaporan adalah kurangnya umpan balik laporan kejadian.

Berdasarkan hasil survei, manajer telah memberikan umpan balik dengan baik berdasarkan laporan kejadian yang dilaporkan, memberi tahu mengenai kesalahan yang terjadi, dan mendiskusikan kepada sesama perawat atau dokter serta tenaga kesehatan lainnya untuk mencegah KTD yang dibuktikan dengan hasil respon positif lebih dari 80%. Hal tersebut telah menunjukkan bahwa umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan pada Unit tersebut sudah berjalan dengan baik dan berjalan optimal. Adanya umpan balik dari setiap kejadian yang dilaporkan diharapkan dapat memberi tindakan perbaikan pada sistem keselamatan pasien yang telah berjalan saat ini. Oleh karena itu, di Unit Rawat Jalan dan Rawat Inap Rumah Sakit Jantung Wilayah Jakarta dapat melakukan lima langkah menuju sistem pelaporan kejadian menurut NPSA (2009) dalam Setiowati (2010) antara lain memberikan umpan balik pada staf saat mereka melaporkan setiap insiden yang terjadi, berfokus pada pembelajaran tentang kejadian dengan akar masalah, pelatihan tentang pelaporan kejadian, kompetensi pelaporan yang sifatnya internal, membuat alat yang mudah untuk mencatat laporan setiap kejadian, membudayakan pencatatan dan pelaporan dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang paripurna, bukan mencari kesalahan-kesalahan dari seseorang.

3. Dimensi Frekuensi Melaporkan Jika Ada Insiden Keselamatan Pasien (*frequency of events reported*)

Menurut Jeff dkk (2007) dalam Beginta (2012), pelaporan adalah komponen yang penting dari keselamatan pasien. Informasi yang akurat pada pelaporan dapat dijadikan bahan oleh organisasi dalam pembelajaran berkelanjutan. Organisasi ataupun institusi belajar dari setiap pengalaman-pengalaman sebelumnya serta mempunyai daya ungkit dalam mengidentifikasi faktor-faktor risiko terjadinya insiden sehingga dapat mencegah atau mengurangi insiden yang terjadi. Hambatan atau kendala dalam pelaporan telah diidentifikasi sehingga proses pelaporan insiden menjadi lebih mudah. Hambatan yang dapat terjadi pada pelaporan diantaranya: perasaan takut akan disalahkan, perasaan kegagalan, takut akan hukuman, kebingungan dalam bentuk pelaporan, kurang kepercayaan dari organisasi, kurang menyadari keuntungan dari pelaporan (Beginta, 2012).

Perawat akan membuat pelaporan jika merasa aman apabila membuat laporan tidak akan menerima hukuman. Perawat yang terlibat merasa bebas untuk menceritakan atau terbuka terhadap kejadian yang terjadi. Perlakuan yang adil terhadap perawat, tidak menyalahkan secara individu tetapi organisasi lebih fokus terhadap sistem yang berjalan akan meningkatkan budaya pelaporan (NPSA, 2004). Menjadikan sistem pelaporan ini sebagai salah satu sumber informasi dalam proses pembelajaran, memerlukan sedikitnya dua hal

yang harus dapat dipersiapkan oleh suatu rumah sakit tertentu. Pertama, tersedianya SDM yang mampu melakukan analisis secara kritis terhadap insiden yang terjadi. Kedua, adanya suatu kebijakan yang dikembangkan oleh pihak rumah sakit dalam rangka menjabarkan kriteria analisa pelaksanaan akar masalah dan analisa kegagalan (Kemenkes, 2011).

Berdasarkan hasil survei, perawat di Rumah Sakit Jantung Wilayah Jakarta lebih tidak sering melaporkan kejadian ketika kesalahan terjadi tetapi hal tersebut segera diketahui dan dikoreksi sebelum mempengaruhi atau berdampak pada pasien, ketika kesalahan terjadi, namun tidak berpotensi untuk membahayakan pasien, dan ketika kesalahan terjadi, yang berpotensi membahayakan pasien, walaupun hal yang buruk tidak terjadi pada pasien yang dibuktikan dari hasil respon positif sebesar 70,7% yang menggambarkan bahwa dimensi frekuensi pelaporan sebesar yang dapat diartikan cukup baik atau membudaya sedang.

4. Dimensi Operan dan Transisi (*handoffs and transitions*)

Berdasarkan hasil survei, pada dimensi *handsoff* dan transisi antar unit pelayanan memiliki respon positif sebesar 62,7% yang menggambarkan bahwa dimensi kerja *handsoff* dan transisi pasien dapat diartikan cukup baik atau membudaya sedang. Menurut Hamdani (2007), transisi adalah sebuah proses perpindahan pasien dari satu tempat ke tempat yang lain. Perpindahan pasien dari satu lingkungan ke lingkungan lain dapat berupa perpindahan pasien dari IGD ke unit dalam rangka mendapatkan pengobatan. Dalam perpindahan tersebut dapat terjadi suatu kesalahan sehingga membahayakan pasien seperti jatuhnya pasien dan kesalahan informasi ketika terjadi pertukaran informasi mengenai pasien. Kesalahan informasi mengenai pasien tersebut juga dapat terjadi ketika berlangsungnya pergantian *shift* antar perawat (Hamdani, 2007). Berdasarkan hasil survei, dimensi *handsoff* dan transisi ini dikategorikan dalam budaya yang sedang sehingga perlu untuk memperhatikan proses *handsoff* dan transisi antar unit pelayanan agar dapat berjalan dengan optimal.

5. Dukungan Manajemen Terhadap Keselamatan Pasien (*management support for patient safety*)

Berdasarkan hasil survei, pada dimensi dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien ada 4 pernyataan yang diukur dalam dimensi ini. Pada dimensi ini respon positif yang didapatkan sebesar 76,7% yang dapat dikategorikan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi ini dapat dikatakan baik atau membudaya kuat. Pada dimensi harapan dan tindakan manajer mempromosikan keselamatan pasien, yang dimaksud manajer disini adalah atasan langsung dari setiap perawat pelaksana yaitu kepala ruang. Kepala ruang adalah seorang perawat dimana mempunyai tugas dan tanggung jawab mengatur dan mengendalikan kegiatan perawat di ruang rawat dalam meyakinkan perawatan yang aman bagi pasien (Gilies, 2006).

Hasil survei menunjukkan bahwa kepala ruangan di Unit Rawat Jalan dan Rawat Inap Rumah Sakit Jantung Wilayah Jakarta telah memberikannya terhadap keselamatan pasien dibuktikan dengan beberapa poin dalam kuesioner yang mendapat respon positif yang tinggi diantaranya manajer memberi pujian jika melihat pekerjaan yang diselesaikan sesuai dengan standar keselamatan pasien, dapat mendengar dan memperhatikan saran dari bawahannya untuk meningkatkan keselamatan pasien. Hal-hal tersebut merupakan

bagian dari kepemimpinan yang efektif dalam mewujudkan lingkungan yang kondusif bagi keselamatan pasien. Kepemimpinan yang kuat yang salah satunya harus dimiliki kepala ruang dapat membangun budaya keselamatan pasien yang memungkinkan seluruh tim mendukung dan meningkatkan keselamatan pasien (Nivalinda dkk, 2013).

6. Dimensi Respon tidak Mempersalahkan Terhadap Kesalahan (*non punitive response to errors*)

Perawat dan pasien diperlakukan secara adil ketika terjadi insiden. Ketika terjadi insiden, selayaknya tidak berfokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan. Budaya tidak menyalahkan kepada perawat perlu dikembangkan dalam menumbuhkan budaya keselamatan pasien. Perawat akan membuat laporan kejadian jika yakin bahwa laporan tersebut tidak akan mendapatkan hukuman atas kesalahan yang terjadi. Lingkungan terbuka dan adil akan membantu membuat pelaporan yang dapat menjadi pelajaran dalam keselamatan pasien (Nurmalia, 2012). Fokus pada kesalahan yang diperbuat perawat akan mempengaruhi psikologis perawat. Kesalahan yang dilakukan perawat akan berdampak secara psikologis yang akan menurunkan kinerja (Yahya, 2006). Menurut Reason (2000) dalam Hamdani (2007) kesalahan yang terjadi lebih banyak disebabkan kesalahan sistem, jadi fokus apa yang diperbuat, hambatan yang mengakibatkan kesalahan serta risiko lain yang dapat terjadi dapat dijadikan pembelajaran dari pada hanya terfokus pada siapa yang melakukan.

Berdasarkan hasil penelitian, perawat merasa khawatir kesalahan yang kami buat akan dicatat di dokumen pribadi kami oleh pimpinan dan bila melakukan kesalahan dalam melayani pasien perawat merasa kesalahan tersebut akan mengancam yang dibuktikan dengan hasil respon positif yang cenderung rendah mengenai hal tersebut. Hal tersebut menggambarkan bahwa masih adanya perawat yang merasa khawatir kesalahan yang dibuatnya akan dicatat di dokumen pribadi oleh pimpinan dan khawatir akan disalahkan ataupun dihukum.

7. Dimensi Perbaikan Yang Berkelanjutan (*organisational learning - continuous improvement*).

Berdasarkan hasil survei, pada dimensi *organizational learning* atau perbaikan yang berkelanjutan mengenai keselamatan pasien diukur dari 3 pernyataan. Pada dimensi ini respon positif yang didapatkan sebesar 92,5% yang dapat diartikan budaya keselamatan pada dimensi *organizational learning* pada Unit Rawat Jalan dan Rawat Inap Rumah Sakit Jantung Wilayah Jakarta dikategorikan baik atau membudaya kuat. *Organizational learning* atau perbaikan yang berkelanjutan dilaksanakan oleh tim khusus dalam membuat strategi nilai-nilai budaya keselamatan pasien. Tim tersebut secara berkala bertemu untuk menganalisis RCA (*Root Cause Analysis*) atau mencari akar masalah dari setiap insiden keselamatan pasien. Mengambil keputusan atas kejadian tersebut untuk diaplikasikan sehingga dapat menghindari terulangnya kembali kesalahan menurut Reiling (2006) dalam (Setiowati, 2010). Umpan balik dari organisasi dan rekan satu tim merupakan suatu bentuk dari organisasi yang belajar dan menjadi upaya mengevaluasi keefektifan program yang sudah berjalan.

Hasil survei juga menguatkan hal ini yang dibuktikan dengan perawat senantiasa secara aktif melakukan kegiatan sosialisasi, bertukar informasi, dan diskusi mengenai keselamatan pasien yang mendapat respon positif yang tinggi pada kuesioner. Proses pembelajaran juga dapat dilakukan dari laporan kejadian yang diberitahukan secara berkala baik itu oleh tim khusus maupun dari jajaran manajemen rumah sakit pada setiap pertemuan. Informasi insiden yang dibuat dengan saran dan kritik dari hasil analisis inti permasalahan, dapat menjadi sumber informasi yang berharga bagi setiap seseorang dalam meningkatkan kognitifnya. Tanpa adanya budaya menyalahkan seseorang atas insiden yang terjadi dapat memperbaiki perilaku dan sikap serta keberanian dalam memberikan laporan dari setiap insiden sebagai salah satu bagian dari pembelajaran.

8. Dimensi Persepsi Keseluruhan Staf di Rumah Sakit terkait Keselamatan Pasien (*overall perceptions of patient safety*)

Berdasarkan hasil survei, dimensi persepsi keseluruhan mengenai keselamatan pasien memiliki respon positif sebesar 64,7% yang menggambarkan bahwa dimensi persepsi keseluruhan staf rumah sakit tentang keselamatan pasien yang dapat diartikan cukup baik atau membudaya sedang. Persepsi adalah proses menginterpretasikan sensasi sehingga membuat sensasi tersebut memiliki arti. Proses pengamatan seseorang yang berasal dari kemampuan kognitif yang dipengaruhi oleh faktor proses belajar, pengalaman empirik, paradigma dan pengetahuan seseorang. Faktor yang mempengaruhi persepsi dapat berasal dari pihak yang membentuk persepsi (Robbins, 2006). Persepsi mengenai keseluruhan dalam keselamatan pasien berarti proses pengamatan individu yang berawal dari unsur kognisi yang dipengaruhi oleh faktor pengalaman empiris, proses pendewasaan, pengetahuan dan wawasan dari komponen-komponen dalam keselamatan pasien diantaranya mencakup analisis risiko, pelaporan insiden dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan umpan balik dari insiden.

9. Dimensi Penempatan Staf/kepegawaian (*staffing*)

Pada dimensi *staffing* diukur memiliki respon positif sebesar 41,3% yang menggambarkan bahwa dimensi *staffing* dapat diartikan membudaya lemah yang hampir dalam kategori budaya lemah. Sumber daya manusia di rumah sakit sebagai individu pelaksana langsung dalam memberikan pelayanan kesehatan harus dapat memenuhi kebutuhan baik itu secara kualitas maupun kuantitas. Unsur kualitas seseorang dapat dilihat dari unsur pendidikan dan kompetensi dasar yang dimiliki. Kompetensi sumber daya manusia di rumah sakit dapat dilaksanakan melalui upaya memenuhi standar kompetensi dari setiap petugas sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh profesi. Rumah sakit dapat menerapkan upaya seperti pendelegasian petugas untuk mengikuti sebuah pelatihan yang berbasis kompetensi. Langkah tersebut sudah terintegrasi dengan *planning* SDM rumah sakit khususnya bagian dari pendidikan dan pelatihan rumah sakit. Bagi para petugas yang belum mencapai standar kompetensi, rumah sakit berhak memberikan fasilitas agar para Petugas Pemberi Asuhan (PPA) dapat memenuhi standar kompetensi tersebut.

Perhitungan kebutuhan tenaga perawat di rumah sakit sangat diperlukan dalam upaya menghindari adanya *overload* beban kerja bagi masing-masing staf. Perhitungan rasio jumlah pasien dengan tenaga serta waktu pelayanan kesehatan harus dimiliki oleh setiap rumah sakit. Perhitungan kebutuhan dengan metode analisis beban kerja merupakan salah

satu cara yang dapat dilakukan oleh setiap rumah sakit. Hal tersebut akan bermanfaat dalam perencanaan perawat rumah sakit dengan jumlah tenaga yang masih terbatas.

10. Dimensi Harapan dan Tindakan Manajer Mempromosikan Keselamatan Pasien (*Manager expectations and actions promoting patient safety*)

Respon positif pada dimensi harapan dan tindakan manajer mempromosikan keselamatan pasien sebesar 68,3% yang dapat dikategorikan cukup baik atau membudaya sedang. Menurut IOM terdapat lima prinsip untuk merancang *patient safety* sistem di organisasi kesehatan yakni (Kohn, 2000): Prinsip I, *Provider Leadership* meliputi tujuan utama atau prioritas, menjadikan keselamatan pasien sebagai tanggung jawab bersama menunjuk atau menugaskan seseorang yang bertanggung jawab untuk program keselamatan pasien, menyediakan sumber daya manusia dan dana untuk analisis *error dan redesign system*, dan mengembangkan mekanisme yang efektif untuk mengidentifikasi "*unsafe*" dokter. Prinsip II: Memperhatikan keterbatasan manusia dalam perancangan proses yakni: *design job for safety*, menyederhanakan proses, dan membuat standar proses. Prinsip III: Mengembangkan tim yang efektif. Prinsip IV: Antisipasi untuk kejadian tak terduga: pendekatan proaktif, menyediakan antidotum dan training simulasi. Prinsip V: Menciptakan *atmosfer learning*.

11. Dimensi Kerjasama Antar Unit (*teamwork across units*)

Pada dimensi kerja sama antar unit (*teamwork across units*) di Unit Rawat Jalan dan Rawat Inap Rumah Sakit Jantung Wilayah Jakarta dihasilkan respon positif sebesar 72,2% yang dapat diartikan cukup baik atau membudaya sedang. Kerja sama antar unit mengindikasikan sejauh mana kekompakan serta kerja sama tim antar unit atau bagian dari dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Kerja sama tersebut secara terminologi dapat diartikan sebagai kumpulan seseorang dengan keahlian spesialisiknya yang bekerja sama dan berinteraksi untuk mencapai tujuan institusi tersebut (Ilyas, 2003). Kerja sama antar unit diperlukan jika terjadi perpindahan pasien antar unit maupun kasus kasus tertentu yang melibatkan antar unit. Kerja sama yang baik antar unit dapat dilihat pada saat unit keperawatan lain memerlukan bantuan, maka unit lainpun akan ikut membantu.

12. Dimensi Kerjasama Dalam Satu Unit (*teamwork within units*)

Pada dimensi kerja sama dalam unit dihasilkan respon positif sebesar 82,0% yang dapat diartikan bahwa budaya keselamatan pada dimensi kerja sama dalam unit di Unit tersebut dikategorikan baik atau membudaya kuat. Kerja sama dalam unit menunjukkan sejauh mana anggota suatu divisi kompak dan bekerja sama dalam tim. Kerja sama didefinisikan sebagai kumpulan individu dengan keahlian spesifik yang bekerja sama dan berinteraksi untuk mencapai tujuan bersama (Ilyas, 2003). Sedangkan Thompson (2000) dalam (Setiowati, 2010) mendefinisikan tim sebagai sekelompok orang yang saling terkait terhadap informasi, sumber daya, keterampilan, dan berusaha mencapai tujuan bersama. Peluang insiden terjadi akibat dari kondisi-kondisi tertentu. Kondisi yang memudahkan terjadinya kesalahan misalnya gangguan lingkungan dan *teamwork* yang tidak berjalan. Menurut Lestari (2013) hambatan komunikasi dan pembagian tugas yang tidak seimbang menjadi penyebab tidak berjalannya *teamwork* yang efektif. Efektivitas *teamwork* tergantung pada komunikasi

dalam tim, kerjasama, adanya supervisi dan pembagian tugas,Vincent (2003) dalam (Setiowati, 2010).

Berdasarkan hasil survei, perawat di Unit tersebut dalam bekerja saling mendukung satu sama lain, saling bekerja sama sebagai tim jika ada banyak pekerjaan, dan merasa saling menghargai satu sama lain yang dibuktikan dengan hasil respon positif yang tinggi mengenai hal tersebut. Kerjasama tim dalam pelayanan di rumah sakit dapat mempengaruhi kualitas dan keselamatan pasien. Bekerja secara *teamwork* merupakan sebuah nilai yang harus dibangun sebagai budaya keselamatan. Konflik yang muncul dapat menurunkan persepsi individu atas *teamwork*, yang dapat mengganggu proses pelayanan dan berujung pada kemungkinan terjadinya insiden. Sebuah survei menunjukkan persepsi individu yang kurang terhadap *teamwork* berpotensi tiga kali lebih besar untuk terjadi insiden keselamatan (Lestari dkk, 2013).

SIMPULAN

Hasil penelitian ini telah menunjukkan bahwa survei gambaran budaya keselamatan pasien secara keseluruhan di Unit Rawat Jalan dan Rawat Inap Rumah Sakit Jantung Wilayah Jakarta tahun 2018 adalah sebesar 67,8% yang dikategorikan dalam budaya keselamatan yang cukup baik atau sedang. Kuesioner pengukuran budaya keselamatan pasien dapat diterapkan oleh perawat untuk mendapatkan gambaran situasional dan tingkat kualitas penerapan budaya keselamatan pasien terkait dengan pengembangan 12 ruang lingkup atau dimensi budaya keselamatan pasien dari HSOPSC.

REFERENSI

- Beginita, Romi. 2012. Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien, Gaya Kepemimpinan, Tim Kerja, Terhadap Persepsi Pelaporan Kesalahan Pelayanan Oleh Perawat Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi Tahun 2011. Tesis. FKM Universitas Indonesia.
- Budihardjo, Andreas. 2008. Pentingnya Safety Culture di Rumah Sakit Upaya Meminimalkan Adverse Events. Prasetya Mulya Bussiness School. Jakarta.
- Cahyono, J.B. Suharjo B. (2008). Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran. (Yogyakarta: Kanisius).
- Flin, R. (2007). Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety science*, 45(6), 653-667.
- Gillies, D. A. (2006). Manajemen Keperawatan Suatu Pendekatan Sistem. Edisi Kedua. Terjemahan Illinois W. B. Saunders Company.
- Hamdani, Siva. 2007. Analisis Budaya Keselamatan Pasien (Patient safety Culture) Di Rumah Sakit Islam Jakarta Tahun 2007. Tesis. FKM UI.
- Hogden, A. (2017). Safety Culture Assessment in Health Care: A review of the literature on safety culture assessment modes. AIHI, Macquarie University aihi.mq.edu.au CRICOS Provider No 00002J www.safetyandquality.gov.au.
- Ilyas. 2003. Kiat Sukses Manajemen Tim Kerja. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Ivnevich, J.M. 2008. Perilaku Manajemen dan Organisasi. Jakarta: Erlangga.

Jeffs, Law.M & Baker. 2007. Crating Reporting & Learning Culture In HealthCare Organization. The Canadian Nurse.

Joint Commision International (JCI).(2011) Patient Safety, essentials for health care. (International Edition).USA.

Kementerian Kesehatan. 2011. Permenkes RI Nomor 1691/Menkes.Per/Viii/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Kohn, et al. 2000. Too err is human. Building a safer health system. Washington: National Academy of Science, USA.

Komite Keselamatan Pasien RS (KKPRS). 2012. Laporan IKP Triwulan I tahun 2011.

Lestari dkk. 2013. Konsep Manajemen Keselamatan Pasien Berbasis Program Di Rsud Kapuas Provinsi Kalimantan Tengah. FKG. Universitas Padjajaran.

Mahajan RP. 2011.Clinical incident reporting and learning. Britisg of Journal Anaesthesia., 105:69-75.

Morello, RT. (2014). Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. BMJ Qual Saf 2013;22:11–18. doi:10.1136/bmjqs-2011-000582.

NPSA (National Patient Safety Agency). 2006. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). Manchester: University of Manchester.

Nivalinda dkk, 2013. Skripsi. Pengaruh Motivasi Perawat Dan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruang Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana Pada Rumah Sakit Pemerintah di Semarang. FK Universitas Diponegoro. Semarang.

Nurjanah, D. 2012. Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Kepuasan Kerja Pada Karyawan Bagian Produksi Perusahaan Tekstil. Skripsi (Tidak diterbitkan). Surakarta: Fakultas Psikologi Universitas Setia Budi.

Nurmalia, Devi.2012. Pengaruh Program Mentoring Keperawatan terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap RS Sultan Agung Semarang.Tesis. FKM UI.

Potter, P. Anne G. 2005.Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses Dan Praktik. alih bahasa Yasmin A. Edisi 4. Volume 1. Jakarta: EGC.

Radjak. 2007. Pengaruh gaya kepemimpinan, lingkungan kerja, budaya organisasi, dan motivasi kerja terhadap kepuasan kerja perawat RSPAD Gatot Subroto tahun 2007. Tesis. Jakarta: PSKARS-FKMUI.

Reason JT. 2000. Understanding adverse events: human factors. In Vincent CA, ed. Clinical risk Management (1995). London: BMJ Publication.

Reiling, J. G. (2006). *Creating a culture of patient safety through innovative hospital design. Journal advance in patient safety.* 2 (20), 1-5 <http://www.ahrq.gov>.

Robb, G. (2010). Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come. NZMJ 30 April 2010, Vol 123 No 1313; ISSN 1175 8716 Page 68 of 158. URL: <http://www.nzma.org.nz/journal/123-1313/4112>.

Robbins, S P. 2006. Perilaku Organisasi. New Jersey.Practice Hall.

Sastrohardiwiroyo BS. 2005. Manajemen Tenaga Kerja Indonesia. Bumi Aksara.

Setiowati, D 2010. Hubungan Kepemimpinan Efektif Head Nurse dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangkusumo Jakarta. Tesis, Universitas Indonesia: Jakarta.

Thompson, L. 2000. A guide for managers. New Jersey: Pretice-Hall Inc.

Vincent CA, ed. Clinical risk Management (1995). London: BMJ Publication.

Yahya, A. 2006. Konsep dan Program Patient Safety. Bandung, November 2000.

Yendi. 2011. Aspek ilmu keselamatan pasien (patient safety).
Wijono, (2006), *Manajemen mutu pelayanan kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.