

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi: *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien yang dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan yang bertujuan untuk mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.

2.1.2 Sumber Daya Manusia

Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan baik dalam jumlah, jenis, maupun kompetensi secara merata untuk menjamin keberlangsungan pembangunan kesehatan (Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan).

Tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien. Jumlah dan jenis sumber daya manusia harus sesuai dengan jenis dan klasifikasi rumah sakit (Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009).

2.2 Keselamatan Pasien

2.2.1 Definisi Keselamatan Pasien

Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, No. 11 Tahun 2017).

2.2.2. Tujuan Keselamatan Pasien

Menurut Depkes (2008) adapun tujuan dari keselamatan pasien di rumah sakit adalah :

- a. Agar terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan

2.2.3 Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Setiap rumah sakit wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Standar ini disusun merujuk pada *Hospital Patient Safety Standards* yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations, Illionis, USA* pada tahun 2002 dan di Indonesia sudah dijadikan Permenkes

Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. Dalam penerapannya, standar ini akan dinilai menggunakan Instrumen Akreditasi Rumah Sakit.

Adapun standar tersebut adalah sebagai berikut :

1. Standar I. Hak Pasien

- Standar:

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

- Kriteria:

- a) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- b) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
- c) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

2. Standar II. Mendidik Pasien dan Keluarga

- Standar:

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

- Kriteria:

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan.

Karena itu, di fasilitas pelayanan kesehatan harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

- a) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
- b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
- c) Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
- d) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
- e) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan fasilitas pelayanan kesehatan.
- f) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
- g) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

3. Standard III. Keselamatan Pasien dalam Kestinambungan Pelayanan

- Standar:

Fasilitas pelayanan kesehatan menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

- Kriteria:

- a) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan.

- b) Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
 - c) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
 - d) Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.
4. Standar IV. Penggunaan Metode-metode Peningkatan Kinerja untuk Melakukan Evaluasi dan Program Peningkatan Keselamatan Pasien
- Standar:

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.
 - Kriteria:
 - a) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan fasilitas pelayanan kesehatan, kebutuhan pasien, petugas

pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.

- b) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
- c) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
- d) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

5. Standar V. Peran Kepemimpinan dalam Keselamatan Pasien

- Standar
 - a) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.
 - b) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.

- c) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - d) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien.
 - e) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.
- Kriteria
 - a) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
 - b) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden. Insiden meliputi Kondisi Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Selain Insiden diatas, terdapat 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 yang dikenal dengan kejadian sentinel.

- c) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- d) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- e) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah “Kejadian Nyaris Cedera” (KNC/Near miss) dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
- f) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (Sentinel Event) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.
- g) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam fasilitas pelayanan kesehatan dengan pendekatan antar disiplin.
- h) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.

- i) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

6. Standar VI. Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien

- Standar
 - a) Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
 - b) 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.
- Kriteria
 - a) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
 - b) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan inservice training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.

- c) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien

7. Standar VII. Komunikasi sebagai Kunci Bagi Staf untuk Mencapai Keselamatan Pasien

- Standar
 - a) Fasilitas pelayanan kesehatan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
 - b) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.
- Kriteria
 - a) Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang halhal terkait dengan keselamatan pasien.
 - b) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

2.3 Budaya Keselamatan Pasien

2.3.1 Definisi Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien adalah sejauh mana keyakinan, nilai, dan norma ini mendukung dan mempromosikan keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien dapat diukur dengan menentukan apa yang dihargai, didukung, diharapkan, dan diterima dalam sebuah rumah sakit yang berkaitan dengan keselamatan pasien

(Famolaro *et al.*, 2018). Budaya keselamatan organisasi adalah produk dari nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang menentukan komitmen terhadap, dan gaya serta kemahiran, manajemen kesehatan dan keselamatan organisasi. Organisasi dengan budaya keselamatan yang positif dicirikan oleh komunikasi yang didasarkan pada rasa saling percaya, oleh persepsi yang sama tentang pentingnya keselamatan, dan dengan keyakinan pada kemanjuran tindakan pencegahan (Westat *et al.*, 2016).

Sebuah penelitian di rumah sakit Cina menunjukkan bahwa ketika budaya keselamatan pasien yang positif ada, itu akan mempromosikan keselamatan pasien dan membantu meningkatkan standar keselamatan pasien, termasuk kapasitas dan kemauan untuk melaporkan kesalahan kecil, kesalahan pelaporan diri, perilaku keselamatan dan peringkat audit keselamatan (Nie *et al.*, 2013).

Menurut penelitian Nie *et al.*, (2013) menyatakan mendukung budaya keselamatan di mana kejadian buruk dapat dilaporkan tanpa disalahkan, dan ketika kesalahan terjadi maka pelajaran yang didapat. Oleh karena itu, jika rumah sakit ingin meningkatkan keselamatan pasien, penting untuk mengetahui lebih banyak tentang pandangan stafnya terkait dengan budaya keselamatan pasien. Selama beberapa dekade terakhir, pentingnya budaya keselamatan telah berulang kali ditekankan untuk meningkatkan kualitas dan keselamatan perawatan kesehatan (Hao *et al.*, 2020).

2.3.2 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Pada tahun 2004 *Agency For Healthcare Research and Quality* (AHRQ) meluncurkan *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) yaitu sebuah

survey yang dirancang untuk membantu rumah sakit mengukur budaya keselamatan pasien dari segi perspektif seluruh staf (Westat *et al.*, 2016).

HSPSC mengukur budaya keselamatan pada 12 dimensi dari 42 item pertanyaan. Setiap dimensi terdiri dari 3 atau 4 pertanyaan, yang dinilai dengan skala likert 5 poin. Satu variabel hasil (tingkat keselamatan pasien secara keseluruhan) yang diberi skor dari 1 sampai 5 ("gagal" sampai "sangat baik") digunakan sebagai variabel hasil. Untuk mendapatkan skor rata-rata setiap dimensi, item diubah secara linier ke skala dari 0 hingga 100 poin. Rata-rata tingkat respons positif mengacu pada persentase gabungan dari responden yang menjawab "Sangat setuju" atau "Setuju," atau "Selalu" atau "Sebagian besar waktu", ini dihitung untuk setiap peserta berdasarkan instruksi HSPSC (Hao *et al.*, 2020)

Metode HSPCS menilai budaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh 3 aspek yang dibagi kedalam 12 dimensi dan 42 item (Westat *et al.*, 2016) antara lain:

a. Tingkat unit, mencakup dimensi:

1) Supervisor / manager action promoting safety

Atasan mengajak pegawai untuk meningkatkan keselamatan pasien, dan memberikan pujian pada pegawai bila melakukan tindakan sesuai dengan prosedur, dan mengajak pegawai untuk tidak mengabaikan keselamatan pasien. Kepemimpinan adalah suatu kemampuan mempengaruhi suatu kelompok kearah pencapaian tujuan (Robbins, 2003).

Executive Walk Rounds (EWR) meminta kepemimpinan untuk mendobrak hambatan signifikan untuk membahas kesalahan manusia dalam perawatan kesehatan. *Executive Walk Rounds* dapat meminta penyedia untuk membahas peristiwa tertentu atau proses umum yang dapat membahayakan pasien, mereka meminta saran untuk meningkatkan keselamatan, dan menyatakan komitmen mereka untuk meningkatkan keselamatan (Pronovost *et al.*, 2004).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Pasal 10, Standar peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien merupakan kegiatan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dalam:

- a) Mendorong dan menjamin implementasi Keselamatan Pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien
- b) Menjamin berlangsungnya kegiatan identifikasi risiko Keselamatan Pasien dan menekan atau mengurangi insiden secara proaktif
- c) Menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien
- d) Menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien
- e) Mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusi setiap unsur dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien

2) Pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan perbaikan berkelanjutan (*Organizational learning*)

Kesalahan yang terjadi telah menjadikan suatu perubahan positif dan perubahan dievaluasi untuk efektivitas mereka dalam bekerja. *Organizational learning* dalam organisasi kesehatan harus fokus pada pemahaman bagaimana hal itu dilakukan, lalu dilakukan penyempurnaan dan mengeksplorasi bagaimana hal itu bisa dilakukan untuk mengoptimalkan perawatan pasien tanpa mengorbankan keselamatan pasien (Savithiri and Elizabeth, 2014)

Pembelajaran organisasional yang berkelanjutan merupakan proses proaktif yang dapat menciptakan dan meneruskan pengetahuan dalam nilai-nilai organisasi. Pembelajaran sebagai proses perbaikan secara terus-menerus untuk menghasilkan kinerja dan produktivitas yang tinggi. Pembelajaran dapat berupa analisa dari kesalahan yang terjadi untuk tujuan pencegahan di masa depan. Analisa Akar Masalah, *Failure Modes And Effect Analysis* (FMEA), atau metode analisa lain dapat dipakai sebagai upaya pemecahan masalah yang ada dalam rangka memberikan umpan balik pada setiap laporan kejadian kesalahan (Mahajan, 2010). Pelatihan merupakan proses sistematis pengubahan perilaku para pegawai dalam suatu arah guna meningkatkan tujuan-tujuan organisasi (Sulistiyani and Rosidah, 2003).

3) Kerjasama dalam unit di rumah sakit

Staf saling memberikan dukungan satu sama lain, memperlakukan dengan hormat antara satu dengan yang lain, dan kerja bersama-sama sebagai

sebuah tim. Tim harus sepakat apa yang perlu dilakukan dan semua individu saling berbagi beban. Diperlukan keterampilan agar tim dapat berkolaborasi dan mengatasi konflik, serta mencapai kata sepakat dalam mengambil keputusan (Robbins, 2006).

4) Komunikasi yang terbuka

Keterbukaan komunikasi diwujudkan dengan adanya komunikasi efektif yang menyeluruh mengenai hal-hal yang terjadi dan terkait keselamatan pasien pada saat serah terima maupun pada saat *briefing*. Staf akan mendapatkan kebebasan berbicara jika melihat sesuatu yang negatif ketika melaksanakan perawatan pada pasien, dan merasa bebas untuk bertanya kepada personal yang memiliki kewenangan lebih tinggi dari staf tersebut.

Pola komunikasi adalah menggambarkan saling percaya dan terbuka (*communication founded on mutual trust and openness*); alur dan proses informasi yang baik (*good information flow and processing*) akan meningkatkan budaya keselamatan pasien (Kusumapradja, 2017).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Manojlovich (2007) menyatakan bahwa buruknya komunikasi antara dokter dan perawat merupakan salah satu penyebab insiden atau kejadian yang tidak diharapkan yang dialami oleh pasien dan berdampak pada kematian, terutama di ruangan-ruangan intensif yang menangani kondisi kritis pada pasien.

Menurut Robbin (2003) menyebutkan beberapa hambatan komunikasi antara lain: penyaringan, persepsi selektif, informasi yang berlebihan, gaya jenis kelamin, emosi, dan bahasa. Sedangkan menurut penelitian He and Liu

(2010) menunjukkan bahwa hambatan komunikasi berasal dari pengaruh budaya nasional terhadap tempat kerja dan perilaku orang dengan identitas yang berbeda, apalagi budaya juga mempengaruhi cara berpikir dan berperilaku orang lain dan berakibat berbeda pemahaman terhadap visi dan tujuan perusahaan.

5) Umpan balik komunikasi mengenai kesalahan

Staf diberitahu tentang kesalahan yang terjadi, diberikan umpan balik tentang perubahan yang akan dilakukan ditempat kejadian berdasarkan laporan insiden, setelah itu dilakukan evaluasi dan dicari bagaimana cara pencegahan agar kesalahan tersebut tidak terulang kembali.

6) Respon tidak menyalahkan terhadap kesalahan (*respon non-punitive*)

Staf merasa bahwa kesalahan yang mereka lakukan tidak mengancam pada karir mereka, dan kesalahan yang telah dilakukan tidak disimpan menjadi catatan diri mereka. Respon yang tidak menyalahkan baik dari manajemen maupun rekan sejawat atas pelaporan insiden yang terjadi dibutuhkan untuk dapat mendukung adanya budaya pelaporan kesalahan medis yang efektif. Kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara tunggal, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit (Canadian Nurse Association, 2004).

Budaya tidak menghukum menjadi jalan keluar terhadap kesalahan pelayanan pada program keselamatan pasien. Budaya kebenaran yang diartikan kesalahan bukan berarti tidak ada hukuman. Namun, hukuman yang

diberikan pada perilaku sembrono, pelanggaran peraturan yang disadari bukan pada *human error* (Leape, 1998).

7) *Staffing*

Jumlah dan keterampilan yang dimiliki setiap perawat sesuai dengan kebutuhan dan beban kerja di tiap unit rumah sakit. Kesesuaian jumlah tenaga kesehatan dengan beban kerja atau kebutuhan pada setiap unit akan memberikan perawatan yang terbaik bagi pasien, karena berpengaruh terhadap kinerja tenaga kesehatan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

b. Tingkat rumah sakit, mencakup dimensi:

1) Dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien

Manajemen rumah sakit menyediakan iklim kerja yang mendukung keselamatan pasien dan menetapkan keselamatan pasien sebagai prioritas utama. Manajer perlu mengembangkan motivasi agar staf termotivasi dalam bekerja dan merasa senang dengan pekerjaannya sehingga komitmen terhadap tugas dan organisasi tercapai (Huber, 2006).

Hal-hal yang perlu diperhatikan sebagai dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien antara lain: diadakannya pelatihan keselamatan pasien dan fasilitas pelaksanaan program keselamatan pasien. Pelatihan terkait keselamatan pasien sangat berpengaruh terhadap turunnya angka kesalahan individu, karena pelatihan meningkatkan kemampuan seseorang untuk memahami kondisi seperti apa yang harus diciptakan untuk keselamatan pasien (Gregory *et al.*, 2007).

Pengembangan dan ketersediaan standar, pedoman dan protokol mendukung program keselamatan pasien. Standarisasi memiliki tujuan menetapkan tingkat tampilan minimal yang harus dipenuhi seseorang, setiap proses, tindakan, keterampilan klinis, penampilan, lingkungan kerja, kondisi alat harus terstandarisasi (Cahyono, 2008).

2) Kerjasama antar unit di rumah sakit

Adanya kekompakan antar departemen atau unit untuk saling bekerjasama dan berkoordinasi satu sama lain untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien.

3) Perpindahan dan transisi pasien

Menginformasikan mengenai hal yang penting tentang pasien sebelum melakukan pemindahan pasien antar unit atau pergantian shif petugas. Salah satu bentuk komunikasi dalam keperawatan adalah timbang terima (*hand over*). Proses timbang terima merupakan bagian yang sangat penting dalam menjamin kualitas asuhan keperawatan, keberlangsungan pelayanan, dan yang paling utama adalah keselamatan pasien (Pothier *et al.*, 2005)

c. Keluaran, mencakup dimensi:

1) Persepsi keseluruhan staf di rumah sakit terkait keselamatan pasien

Prosedur dan sistem yang baik untuk mencegah kesalahan dan mengurangi masalah keselamatan pasien. Persepsi merupakan proses pengamatan seseorang yang berasal dari komponen kognisi yang dipengaruhi oleh faktor pengalaman, proses belajar, wawasan, dan pengetahuan. Faktor yang mempengaruhi persepsi dapat berasal dari pihak yang membentuk

persepsi, dalam obyek atau target yang dipersepsikan, atau dalam konteks situasi dimana persepsi tersebut dibuat (Robbins, and T. Judge, 2013)

2) Frekuensi pelaporan kejadian

Berikut adalah jenis kesalahan yang dilaporkan:

- a. Kesalahan yang diketahui dan diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien
- b. Kesalahan yang tidak berpotensi membahayakan pasien
- c. Kesalahan yang dapat merugikan pasien, tetapi tidak terjadi

Terciptanya kesalahan pasien sangat didukung oleh pelaporan yang baik setiap kali insiden terjadi. Faktor penyebab kejadian nyaris cedera sulit didapatkan jika tidak didukung oleh dokumentasi yang baik (sistem pelaporan). Hal ini dapat mengakibatkan langkah pencegahan dan implementasi untuk perbaikan sulit dilakukan (Cahyono, 2008).

Persepsi yang keliru menjadi penghambat aksi pelaporan kejadian antara lain disebabkan oleh: kurangnya pengetahuan tentang apa dan bagaimana melapor, kurangnya kepercayaan, sikap skeptis kalau melapor tidak akan membuat perubahan, keinginan untuk melupakan kejadian, ketakutan terhadap hukuman atau balas dendam, tekanan akibat waktu yang terbatas, serta kurangnya fokus terhadap kejadian (Carroll, 2009).

2.3.3 Manfaat *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)*

Survey budaya keselamatan pasien berguna untuk mengukur kondisi organisasi yang dapat mengurangi KTD dan kecelakaan pasien di rumah sakit. Rumah sakit yang ingin menilai budaya keselamatan pasien di organisasinya harus menyadari pelaksanaan survei budaya keselamatan

pasien. Survei budaya keselamatan pasien digunakan untuk (Westat *et al.*, 2016) :

- a. Meningkatkan kesadaran individu, unit, dan organisasi di rumah sakit mengenai keselamatan pasien
- b. Menilai status budaya keselamatan pasien saat itu
- c. Mengidentifikasi kekuatan dan area untuk peningkatan budaya keselamatan pasien
- d. Memeriksa trend perubahan budaya keselamatan pasien dari waktu ke waktu
- e. Mengevaluasi dampak budaya dari inisiatif dan intervensi keselamatan pasien
- f. Melakukan perbandingan budaya keselamatan pasien baik internal maupun eksternal

2.4 Insiden Keselamatan Pasien

Menurut Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien, insiden keselamatan pasien adalah suatu kejadian yang tidak sengaja dan berpotensi menyebabkan kecatatan pada pasien yang semestinya dapat dihindari.

Adapaun jenis-jenis insiden tersebut antara lain:

- a. Kejadian tidak diharapkan (KTD)

Kejadian tidak diharapkan (KTD) adalah insiden yang dapat mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau

kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis misalnya tertusuk jarum, pasien jatuh.

b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / *Near Miss*

Kejadian nyaris cedera (KNC) adalah suatu Insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien. Misalnya salah identitas pasien namun diketahui sebelum dilakukan tindakan.

c. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah suatu insiden yang sudah terjadi/terpapar ke pasien akan tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena keberuntungan. Misalnya: pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau "peringanan" (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).

d. Kondisi Potensial Cedera (KPC) / *Reportable Circumstance*

Kondisi Potensial Cedera (KPC) merupakan adalah keadaan yang berpotensi menyebabkan cedera namun belum menimbulkan insiden seperti misalnya kerusakan alat ventilator, *DC Shock*.

e. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)

Kejadian Sentinel adalah kondisi yang tidak diharapkan yang menyebabkan kematian maupun kecacatan parah. Misalnya: amputasi pada kaki yang salah sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

2.4.1 Tugas Tim Keselamatan Pasien

Menurut Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Pasal 17, keanggotaan tim keselamatan pasien terdiri atas unsur manajemen fasilitas pelayanan kesehatan dan unsur klinisi di fasilitas pelayanan kesehatan, mereka bertanggung jawab langsung kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan. Tugas tim keselamatan pasien antara lain:

- a. Menyusun kebijakan dan pengaturan di bidang keselamatan pasien untuk ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan
- b. Mengembangkan program keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan
- c. Melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan
- d. Melakukan pelatihan keselamatan pasien bagi fasilitas pelayanan kesehatan
- e. Melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisis insiden termasuk melakukan RCA, dan mengembangkan solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien
- f. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien
- g. Membuat laporan kegiatan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan
- h. Mengirim laporan insiden secara kontinu melalui *e-reporting* sesuai dengan pedoman pelaporan insiden

2.6 Ringkasan Sumber Pustaka

2.5.1 Artikel Pertama (Inggris)

Tabel 2.1 Sumber Pustaka Jurnal Artikel Pertama

| | |
|--------------------------------|--|
| Judul | <i>Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception</i> |
| Nama Penulis | Ingrid Moura de Abreua, Ruth Cardoso Rochaa, Fernanda Valéria Silva Dantas Avelinoa, David Bernar Oliveira Guimarãesa, Lidya Tolstenko Nogueiraa, Maria Zélia de Araújo Madeiraa |
| Afiliasi | <i>Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem</i> |
| Email Penulis | - |
| Bentuk | Elektronik (online) |
| Jenis | Jurnal Artikel Internasional |
| Nama Kota, Penerbit | Universidade Federal do Piauí (UFPI), Brazil |
| ISSN, Vol, Nomor Issue & Tahun | <i>Revista Gaúcha de Enfermagem</i> ISSN: 1983-1447 , Vol 40, 2019 |
| URL | https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30970102/ |
| Tahun Unggah | April 2019 |

Abstrak

Penelitian ini sesuai dengan rumusan masalah yang ditetapkan yaitu menganalisis dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan metode *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* dari perspektif tim perawat di pusat bedah, dan sesuai dengan *critical appraisal* salah satunya pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner yang disiapkan *Agency for Health Care*

Research and Quality (AHRQ) pada tahun 2004 menggunakan instrumen berjudul *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)*.

Latar belakang: berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Abreu *et al.*, (2019) di Brazil, data dari *Unified Health System* menunjukkan bahwa pada tahun 2015 terdapat 31.774 insiden di negara tersebut, dimana 93% terjadi di lingkungan rumah sakit. Penelitian ini bertujuan mengetahui hasil evaluasi budaya keselamatan pasien di rumah sakit untuk memudahkan identifikasi kekurangan dan membantu dalam perencanaan institusi dengan maksud untuk memulai, mempertahankan atau mengadopsi tindakan yang mengarah pada praktik yang aman. Dalam konteks ini, pusat bedah adalah salah satu lingkungan rumah sakit di mana salah satu jumlah insiden terbesar terjadi, yang penyebabnya multifaktorial dan terutama dikaitkan dengan kompleksitas prosedur, interaksi tim multiprofesional, dan pekerjaan di bawah tekanan. Dianggap sebagai berisiko tinggi, komplikasi bedah bertanggung jawab atas sebagian besar kematian atau kerusakan (sementara atau permanen) yang disebabkan oleh proses perawatan, yang dianggap dapat dihindari. Oleh karena itu, kegiatan yang dilakukan di sektor ini memerlukan perhatian khusus pada proses yang melibatkan pasien dan keselamatannya.

Metode: penelitian ini menggunakan studi *cross-sectional*, populasi terdiri dari tim keperawatan di pusat bedah, pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner yang disiapkan *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)* pada tahun 2004 yaitu instrumen berjudul *Hospital Survey on Patient*

Safety Culture (HSPSC), pengambilan sampel dengan sample non-probabilistik.

Hasil: pada penelitian ini menunjukkan tingkat respon positif dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien di Pusat Bedah Rumah Sakit rujukan Teresina Piauí adalah dimensi frekuensi pelaporan (41,3%), dimensi pembelajaran organisasi serta perbaikan secara berkelanjutan (58,7%), dimensi kerjasama tim dalam unit (42,2%), dimensi persepsi tentang keselamatan pasien secara keseluruhan (47,1%), dimensi komunikasi terbuka (32,3%), dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan (32,6%), dimensi *staffing* (40,6%), dimensi dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien (37,3%), dimensi kerjasama tim antar unit (34,1%), dimensi pergantian *handoffs* dan transisi (39,1%), dimensi harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien (37,8%), dimensi respon tidak menghukum terhadap kesalahan (37%). Dimensi yang memiliki persentase respon positif tertinggi sebesar (58,7%) dan persepsi umum untuk keselamatan pasien sebesar (47,1%). Dimensi dengan persentase respon positif terendah adalah umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan sebesar (32,6%) dan keterbukaan untuk komunikasi sebesar (32,3%).

Kesimpulan: Adanya area permasalahan dalam budaya keselamatan di sektor tersebut menunjukkan bahwa budaya ini perlu dikembangkan lebih baik, terutama dalam hal perhatian pada dimensi budaya yang akan menghadirkan evaluasi yang kurang positif.

Kata Kunci: Keamanan pasien. Budaya organisasi. Pusat bedah. Perawatan.

2.5.2 Artikel Kedua (Inggris)

Tabel 2.2 Sumber Pustaka Jurnal Artikel Kedua

| | |
|--------------------------------|---|
| Judul | <i>Assesment and Comparison of Patient Safety Culture Among Health-Care Providers in Shenzen Hospitals</i> |
| Nama Penulis | Horng-Shuh Hao, Han Gao, Ting Li, Dan Zhang |
| Afiliasi | <i>Institute for Hospital Management</i> |
| Email Penulis | - |
| Bentuk | Elektronik (online) |
| Jenis | Jurnal Artikel Internasional |
| Nama Kota, Penerbit | Tsinghua University, Shenzhen China |
| ISSN, Vol, Nomor Issue & Tahun | <i>Risk Mangement and Healthcare Policy</i> ISSN: 1543 – 1552, Vol 13, 2020 |
| URL | https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7494381/ |
| Tahun Unggah | September 2020 |

Abstrak

Penelitian ini sesuai dengan rumusan masalah yang ditetapkan yaitu melihat persepsi penyedia layanan kesehatan tentang dimensi budaya keselamatan pasien di rumah sakit Shenzhen dan membandingkan data HSPSC Tahun 2018 dari survei *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* dan data HSPSC di Rumah Sakit Shenzhen Tahun 2015 dengan tujuan untuk memahami perubahan dan kesenjangan.

Latar belakang: berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hao *et al.*, (2020) Pada 2015, budaya keselamatan pasien di Shenzhen menggunakan survei HSPCS. Banyak penelitian sebelumnya telah dievaluasi perbedaan budaya keselamatan pasien antara profesi yang berbeda. rumah sakit, atau unit di

Cina. Tetapi populasi penelitian umumnya kecil. Selain itu, manajer dan teknisi jarang diselidiki. Penelitian ini bertujuan mengukur persepsi budaya keselamatan pasien di rumah sakit umum tersier China dan menemukan faktor-faktor yang terkait dengan tingkat keselamatan pasien secara keseluruhan yang tinggi.

Metode: penelitian ini menggunakan studi *cross-sectional*, pengumpulan data menggunakan kuesioner *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)*, pengambilan sampel dengan *stratified random sampling*.

Hasil: pada penelitian ini menunjukkan tingkat respon positif dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Shenzhen adalah dimensi frekuensi pelaporan (72,2%), dimensi pembelajaran organisasi serta perbaikan secara berkelanjutan (87,2%), dimensi kerjasama tim dalam unit (86,9%), dimensi persepsi tentang keselamatan pasien secara keseluruhan (64,2%), dimensi komunikasi terbuka (67,2%), dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan (86,7%), dimensi *staffing* (37,6%), dimensi dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien (72,5%), dimensi kerjasama tim antar unit (63,7%), dimensi pergantian *handoffs* dan transisi (57,2%), dimensi harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien (78,2%), dimensi respon tidak menghukum terhadap kesalahan (35,8%). Dimensi yang memiliki persentase respon positif tertinggi adalah kerjasama tim dalam unit sebesar (%) dan respon terendah pada dimensi *staffing* sebesar (%). Area kekuatan budaya keselamatan (tingkat respon positif > 75.0%) adalah "pembelajaran organisasi" (87.2%), "kerja tim dalam

unit" (86.9%), "umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan" (86,7%), dan "supervisor / ekspektasi manajer dan tindakan yang mempromosikan keselamatan "(78,2%). Dua tingkat respon positif terendah adalah untuk "respon nonpunitive to error" (35,8%) dan "staffing" (37.6%), yang perlu perbaikan (skor di bawah 50%).

Kesimpulan: Hasil keseluruhan dari budaya keselamatan pasien di rumah sakit Shenzhen relatif baik dan telah meningkat secara signifikan dalam beberapa tahun terakhir, tetapi beberapa area kelemahan masih perlu diperbaiki. Rekomendasi kami adalah mengembangkan program pelatihan untuk berbagai posisi, merekrut lebih banyak karyawan, memberikan dukungan manajemen, dan membangun budaya yang adil untuk mempromosikan budaya keselamatan pasien yang kuat. *Assesment* rutin juga diperlukan untuk memberikan informasi berharga kepada pimpinan rumah sakit tentang area yang memerlukan perbaikan dan untuk mengevaluasi rencana peningkatan kualitas yang telah dilaksanakan.

Kata Kunci: budaya keselamatan pasien, HSOPSC, rumah sakit umum

2.5.3 Artikel Ketiga (Inggris)

Tabel 2. 3 Sumber Pustaka Jurnal Artikel Ketiga

| | |
|--------------|---|
| Judul | <i>Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Three Hospitals in Saudi Arabia</i> |
| Nama Penulis | Nahed Alquwez, Jonas Preposi Cruz, Ahmed Mohammed Almoghairi, Raid Salman Al-otaibi, Khalid Obaid Almutairi, Jerico G. Alicante, & Paolo C. Colet |
| Afiliasi | <i>School of Medicine</i> |

| | |
|--------------------------------------|---|
| | <i>Nursing Department</i> <i>School of Medicine</i> |
| Email Penulis | cruzjprn@gmail.com |
| Bentuk | Elektronik (online) |
| Jenis | Jurnal Artikel Internasional |
| Nama Kota, Penerbit | Shaqra University, Al Dawadmi, Saudi Arabia Shaqra University, Al Dawadmi, Saudi Arabia Nazarbayev University, Astana, Republic of Kazakhstan |
| ISSN, Vol, Nomor Issue & Tahun | <i>Journal of Nursing Scholarship</i> ISSN:-, Vol 50, No. 4, 2018 |
| URL | https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29758128/ |
| Tahun Unggah | Mei 2018 |

Abstrak

Penelitian ini sesuai dengan rumusan masalah yang ditetapkan yaitu menilai dimensi budaya keselamatan pasien saat ini dari tiga rumah sakit umum di Arab Saudi, seperti yang dirasakan oleh perawat, dan mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, dan prediktor budaya keselamatan pasien. Penelitian ini juga sesuai dengan *critical appraisal* salah satunya pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner yang disiapkan *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) pada tahun 2004 menggunakan instrumen berjudul *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC).

Latar belakang: berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Alquwez *et al.*, (2018) keamanan pasien juga menjadi perhatian yang muncul di Arab Saudi. Salah satu masalah serius yang dihadapi negara adalah pola kesalahan medis yang dilakukan oleh petugas kesehatan di fasilitas kesehatan. Sebuah studi

terbaru mensurvei 498 perawat terdaftar dan menemukan bahwa mayoritas dari mereka memiliki persepsi positif terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit mereka. Namun, 55,3% perawat tidak melaporkan kesalahan meskipun mereka mendeteksi potensi bahaya pada pasien. Studi lain menilai budaya keselamatan pasien dari sebuah rumah sakit pendidikan besar di Riyadh, Arab Saudi. Hasil mengidentifikasi bahwa pembelajaran organisasi, peningkatan berkelanjutan, dan kerja tim dalam unit adalah kekuatan rumah sakit, sedangkan respon nonpunitive terhadap kesalahan, kepegawaian, dan keterbukaan komunikasi adalah kelemahannya. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk menggambarkan dengan jelas budaya keselamatan pasien di rumah sakit saat ini di Kerajaan Arab Saudi. Selain itu, para sarjana merekomendasikan penilaian rutin budaya keselamatan dalam pengaturan klinis untuk mengidentifikasi area untuk perbaikan.

Metode: penelitian ini menggunakan desain kuantitatif *cross-sectional*. Pengumpulan data dengan kuesioner *Hospital Survey on Patient Safety Survey* (HSPCS) yang dirancang oleh *Agency for Healthcare Research and Quality* untuk menilai budaya keselamatan pasien di fasilitas perawatan kesehatan

Hasil: penelitian ini menunjukkan bahwa rerata respon positif dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien di tiga Rumah Sakit Arab Saudi adalah dimensi frekuensi pelaporan (20,3%), dimensi pembelajaran organisasi serta perbaikan secara berkelanjutan (83,3%), dimensi kerjasama tim dalam unit (85,8%), dimensi persepsi tentang keselamatan pasien secara keseluruhan (48,8%),

dimensi komunikasi terbuka (37,4%), dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan (56,3%), dimensi *staffing* (21,1%), dimensi dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien (60,3%), dimensi kerjasama tim antar unit (59,3%), dimensi pergantian *handoffs* dan transisi (46,1%), dimensi harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien (54,3%), dimensi respon tidak menghukum terhadap kesalahan (16,6%). Di mana kerja tim dalam unit dan pembelajaran organisasi - peningkatan berkelanjutan dianggap sebagai kekuatan di antara responden. Terlepas dari kekuatan yang teridentifikasi, studi saat ini juga menemukan beberapa kelemahan yang memerlukan intervensi, seperti persepsi keseluruhan tentang keselamatan pasien, *handoffs* dan transisi, keterbukaan komunikasi, staf, frekuensi kejadian yang dilaporkan, dan respon tanpa hukuman terhadap kesalahan.

Kesimpulan Temuan penelitian ini mengklarifikasi status budaya keselamatan pasien saat ini di tiga rumah sakit di Kerajaan Arab Saudi. Dari 12 komposit HSOPSC, hanya dua area keselamatan pasien yang dianggap positif oleh perawat. Perlunya intervensi yang tepat untuk meningkatkan strategi peningkatan kualitas, seperti *orientasi* budaya keselamatan staf-ke-pasien dan pengembangan sistem pelaporan insiden yang efektif, dapat sangat mempengaruhi persepsi perawat secara keseluruhan tentang budaya keselamatan pasien. Meskipun rumah sakit ini dinilai unggul / sangat baik dalam hal keselamatan pasien, beberapa aspek budaya keselamatan pasien harus ditingkatkan, terutama yang terkait dengan pembentukan budaya non-

hukuman dan pengajaran perawat yang bekerja di semua unit. terlepas dari tingkat pendidikan dan masa kerja mereka. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan intervensi yang relevan untuk meningkatkan protokol keselamatan pasien jangka panjang di rumah sakit di Arab Saudi. Selain itu, budaya keselamatan pasien adalah masalah terpenting yang harus dipertimbangkan oleh setiap administrator dan pimpinan rumah sakit mengubah dan menciptakan lingkungan rumah sakit yang mengutamakan kualitas dan keamanan.

Kata Kunci: Praktik klinis, rumah sakit, perawat, keselamatan pasien, budaya keselamatan pasien, Arab Saudi

2.5.4 Artikel Keempat (Inggris)

Tabel 2.4 Sumber Pustaka Jurnal Artikel Keempat

| | |
|--------------------------------|---|
| Judul | <i>Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement</i> |
| Nama Penulis | Fadi El-Jardali, Farheen Sheikh, Nereo A Garcia, Diana Jamal and Ayman Abdo |
| Afiliasi | <i>Department of Health Management and Policy Faculty of Health Sciences</i> |
| Email Penulis | - |
| Bentuk | Elektronik (online) |
| Jenis | Jurnal Artikel Internasional |
| Nama Kota, Penerbit | University of Beirut, Beirut, Lebanon McMaster University, Canada |
| ISSN, Vol, Nomor Issue & Tahun | <i>BMC Health Services Research</i> e-ISSN: 1472-6963, Vol 14, No 1, 2014 |

| | |
|--------------|---|
| URL | https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24621339/ |
| Tahun Unggah | Maret 2014 |

Abstrak

Penelitian ini sesuai dengan rumusan masalah yang ditetapkan yaitu menilai dasar budaya keselamatan pasien di sebuah rumah sakit besar di Riyadh dan membandingkan hasil dengan penelitian regional dan internasional yang memanfaatkan Survei Rumah Sakit tentang Budaya Keselamatan Pasien. Penelitian ini juga sesuai dengan critical appraisal salah satunya pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner yang disiapkan *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) pada tahun 2004 menggunakan instrumen berjudul *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC).

Latar belakang: berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh El-Jardali *et al.*, (2014) Ranah budaya keselamatan pasien juga dieksplorasi di Lebanon melalui survei terhadap 6807 pegawai rumah sakit di 68 rumah sakit. Menggunakan HSPSC versi bahasa Arab, penelitian ini mengidentifikasi masalah paling kritis yang terkait dengan budaya keselamatan pasien dan strategi potensial untuk menerapkan standar akreditasi keselamatan pasien. Area kekuatan seperti yang dilaporkan oleh responden sampel termasuk kerja tim dalam unit, dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien, dan pembelajaran organisasi dan peningkatan berkelanjutan. Namun, area kelemahan termasuk kerja tim di seluruh unit rumah sakit, penyerahan dan transisi rumah sakit, kepegawaian, dan respons non-hukuman terhadap kesalahan. Sekitar 60% responden melaporkan tidak menyelesaikan laporan acara apa pun dalam 12

bulan terakhir dan lebih dari 70% memberi unit mereka tingkat keselamatan pasien "Sangat Baik / Sangat Baik". Terlepas dari banyaknya bukti yang diterbitkan tentang budaya keselamatan pasien dalam beberapa tahun terakhir, literatur tentang topik ini terbatas di dunia Arab dan Kerajaan Arab Saudi (KSA) pada khususnya. Sebuah studi sebelumnya yang dilakukan pada tahun 2009 di Riyadh mengidentifikasi pembelajaran organisasi sebagai aspek yang paling positif dan respon non-hukuman terhadap kesalahan sebagai aspek terlemah dari budaya keselamatan pasien di rumah sakit umum dan swasta. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi hubungan antara prediktor budaya keselamatan pasien dan hasil, dengan mempertimbangkan karakteristik responden dan ukuran fasilitas.

Metode: penelitian menggunakan desain deskriptif kuantitatif. Pengumpulan data dengan kuesioner *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPCS)

Hasil: penelitian ini menunjukkan bahwa rerata respon positif dari 12 dimensi di Rumah Sakit Riyadh adalah dimensi frekuensi pelaporan (59,4%), dimensi pembelajaran organisasi serta perbaikan secara berkelanjutan (79,6%), dimensi kerjasama tim dalam unit (78,5%), dimensi persepsi tentang keselamatan pasien secara keseluruhan (65,3%), dimensi komunikasi terbuka (42,9%), dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan (63,3%), dimensi *staffing* (35,1%), dimensi dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien (70,4%), dimensi kerjasama tim antar unit (61,6%), dimensi pergantian *handoffs* dan transisi (51,5%), dimensi harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien (60,6%), dimensi

respon tidak menghukum terhadap kesalahan (26,8%). Dua belas dimensi diperiksa untuk menentukan bidang kekuatan (yang nilai persentase positifnya melebihi 75%) dan yang memerlukan perbaikan (skor di bawah 50%). Dimensi dengan skor positif tertinggi dan dengan demikian dianggap area kekuatan adalah pembelajaran organisasi dan peningkatan berkesinambungan (79,6%), dan kerja tim dalam unit (78,5%). Dimensi dengan skor terendah dan dengan demikian dapat dianggap area yang membutuhkan perbaikan adalah respon non-hukuman rumah sakit terhadap kesalahan (26,8%), kepegawaian (35,1%), dan Keterbukaan Komunikasi (42,9%)

Kesimpulan: Berinvestasi dalam praktik yang memperkuat keselamatan pasien sangat penting jika rumah sakit ingin meningkatkan kinerja dan kualitas layanan secara keseluruhan. Ada pekerjaan penting yang harus dilakukan di organisasi sampel dan dalam konteks wilayah secara umum untuk meningkatkan praktik dan budaya keselamatan pasien. Keselamatan pasien harus diintegrasikan ke dalam program pendidikan bagi para profesional kesehatan dan tertanam di dalam pondasi struktur organisasi. Tenaga kesehatan tidak hanya membutuhkan pendidikan lanjutan tetapi juga dukungan organisasi dalam bentuk kebijakan, tata kelola dan struktur pelaporan. Ada kebutuhan untuk memprioritaskan pengkajian budaya keselamatan pasien di organisasi kesehatan dan yang lebih penting lagi membuat perubahan berdasarkan hasil asesmen tersebut. Penilaian dan pelaporan rutin budaya keselamatan pasien juga diwajibkan oleh beberapa program akreditasi nasional dan internasional.

Kata Kunci: Budaya keselamatan, rawat inap, pasien

2.5.5 Artikel Kelima (Inggris)

Tabel 2.5 Sumber Pustaka Jurnal Artikel Kelima

| | |
|--------------------------------|---|
| Judul | <i>A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden</i> |
| Nama Penulis | Marita Danielsson, Nilsen, MSc, Hans Rutberg, and Kristofer Arestedt |
| Afiliasi | <i>Department of Medical and Health Sciences</i> |
| Email Penulis | - |
| Bentuk | Elektronik (online) |
| Jenis | Jurnal Artikel Nasional |
| Nama Kota, Penerbit | Linkoping University, Swedia |
| ISSN, Vol, Nomor Issue & Tahun | <i>Journal of Patient Safety</i> ISSN:-, Vol 15, No 7, 2017 |
| URL | https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6903350/ |
| Tahun Unggah | Februari 2017 |

Abstrak

Penelitian ini sesuai dengan rumusan masalah yang ditetapkan yaitu menyelidiki budaya keselamatan pasien di semua rumah sakit Swedia dan mengidentifikasi faktor-faktor yang terkait dengan keselamatan pasien secara keseluruhan yang tinggi. Penelitian ini juga sesuai dengan *critical appraisal* salah satunya pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner yang disiapkan *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)* pada tahun 2004 menggunakan instrumen berjudul *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)*.

Latar belakang: berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Danielsson et al (2019) dari penelitian sebelumnya berdasarkan HSPSC telah berfokus terutama pada penilaian budaya keselamatan pasien di rumah sakit atau unit perawatan dan / atau di antara berbagai kelompok profesional. Populasi penelitian pada umumnya kecil. Persepsi manajer jarang diselidiki meskipun komitmen manajemen terhadap keselamatan dan kepemimpinan dianggap penting untuk mencapai budaya keselamatan pasien yang menguntungkan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk membandingkan budaya keselamatan pasien antara manajer, dokter, perawat terdaftar, dan perawat terdaftar dan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang terkait dengan keselamatan pasien secara keseluruhan yang tinggi.

Metode: penelitian menggunakan desain cross-sectional, pengumpulan data dengan kuesioner HSPSC.

Hasil: penelitian ini menunjukkan bahwa rerata respon positif dari 12 dimensi di Rumah Sakit Swedia adalah dimensi frekuensi pelaporan (54,4%), dimensi pembelajaran organisasi serta perbaikan secara berkelanjutan (61,5%), dimensi kerjasama tim dalam unit (73,5%), dimensi persepsi tentang keselamatan pasien secara keseluruhan (58,0%), dimensi komunikasi terbuka (66,3%), dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan (64,8%), dimensi *staffing* (51,9%), dimensi dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien (47,9%), dimensi kerjasama tim antar unit (57,1%), dimensi pergantian *handoffs* dan transisi (58,2%), dimensi harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien (66,7%), dimensi

respon tidak menghukum terhadap kesalahan (67,2%). Dimensi budaya keselamatan pasien yang dinilai paling tinggi adalah "kerja tim dalam unit" (rata-rata, 73.5), "respons tanpa hukuman terhadap kesalahan" (rata-rata, 67.2), "ekspektasi supervisor / manajer dan tindakan yang mempromosikan keselamatan" (rata-rata, 66,7), dan "komunikasi keterbukaan "(berarti, 66.3). Dimensi budaya keselamatan pasien yang dinilai paling rendah adalah "dukungan manajemen untuk keselamatan pasien" (mean, 47.9) dan "*staffing*" (mean, 51.9).

Kesimpulan: Dimensi budaya keselamatan HSPSC berkontribusi lebih pada keselamatan pasien secara keseluruhan daripada karakteristik latar belakang, menunjukkan bahwa dimensi ini penting dalam upaya meningkatkan budaya keselamatan pasien secara keseluruhan.

Kata Kunci: survei rumah sakit tentang budaya keselamatan pasien, budaya keselamatan pasien, iklim keselamatan pasien

2.5.6 Artikel Keenam

Tabel 2.6 Sumber Pustaka Jurnal Artikel Keenam

| | |
|---------------------|---|
| Judul | Implementasi Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar |
| Nama Penulis | Nur Syarianingsih Syam |
| Afiliasi | Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat |
| Email Penulis | nur.syam@ikm.uad.ac.id |
| Bentuk | Elektronik (online) |
| Jenis | Jurnal Artikel Nasional |
| Nama Kota, Penerbit | Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta |
| ISSN, Vol, | Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat |

| | |
|---------------------|---|
| Nomor Issue & Tahun | ISSN: 1978 – 0575, Volume 11, Issue 2, 2017, |
| URL | https://core.ac.uk/download/pdf/324200073.pdf |
| Tahun Unggah | Agustus 2017 |

Abstrak

Penelitian ini sesuai dengan rumusan masalah yang ditetapkan yaitu mengetahui gambaran implemmentasi budaya keselamatan pasien oleh perawat di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar. Penelitian ini juga sesuai dengan *critical appraisal* salah satunya pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner yang disiapkan *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) pada tahun 2004 menggunakan instrumen berjudul *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC).

Latar belakang: berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Syam, 2017) ditemukan beberapa KTD dalam masalah keselamatan pasien di rawat inap dan Instalasi Rawat Darurat (IRD) Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar. Menurut hasil wawancara pada tahun 2013 terjadi kasus plafon ruang perawatan runtuh, namun tidak terdokumentasi dikarenakan kejadian ini cepat ditanggapi dan tidak menyebabkan korban jiwa. Selain hal tersebut kasus phlebitis dan infeksi luka bekas operasi pun masih terjadi. RS tersebut juga belum pernah melakukan survei budaya keselamatan pasien guna mengetahui tingkat pemahaman dan persepsi staf terkait keselamatan pasien itu sendiri. Penelitian ini bertujuan memberikan gambaran masih adanya masalah keselamatan pasien yang perlu menjadi perhatian mengingat insidensi kejadian tidak diharapkan di rumah sakit diharapkan pada nilai *zero defect* (tingkat insidensi 0%).

Metode: penelitian ini menggunakan metode desain deskriptif kuantitatif dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur. Pengolahan data menggunakan analisis univariat dengan program SPSS. Pengumpulan data dari data primer dan sekunder. Data primer menggunakan panduan kuesioner sitasi dari Sorra dan Nieva (AHRQ Questionnaire) yang memuat 12 dimensi budaya keselamatan pasien, dan data sekunder dari telaah dokumen

Hasil: pada penelitian ini menunjukkan rata-rata keseluruhan tingkat respon positif dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien di RS Ibnu Sina Makassar adalah sebesar 87,94%. Dimensi frekuensi pelaporan (64,5%), dimensi pembelajaran organisasi serta perbaikan secara berkelanjutan (69,5%), dimensi kerjasama tim dalam unit (78,7%), dimensi persepsi tentang keselamatan pasien secara keseluruhan (81,6%), dimensi komunikasi terbuka (78,7%), dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan (66,0%), dimensi *staffing* (75,9), dimensi dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien (68,1%), dimensi kerjasama tim antar unit (80,9%), dimensi pergantian *handoffs* dan transisi (74,5%), dimensi harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien (82,3%), dimensi respon tidak menghukum terhadap kesalahan (48,2%) Dimensi yang memiliki persentase respon positif tertinggi adalah ekspektasi supervisor/manajer dan tindakan promosi keselamatan pasien (82,3%) dan respon negatif pada dimensi respon non punitive (51,8%).

Kesimpulan: pada penelitian ini budaya keselamatan pasien RS Ibnu Sina Makassar tergolong positif. Berdasarkan dimensinya, rata-rata keseluruhan

tingkat respon positif dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien di RS Ibnu Sina Makassar adalah sebesar 87,94%. Saran kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan budaya keselamatan pasien terutama dimensi budaya keselamatan pasien yang memiliki persentase respon positif rendah dengan cara memberikan pelatihan intensif mengenai keselamatan pasien kepada seluruh staf. Mengembangkan budaya non punitive/tidak menghukum dengan cara aktif

Kata Kunci: rumah sakit, makassar, budaya keselamatan pasien

2.5.7 Artikel Ketujuh

Tabel 2.7 Sumber Pustaka Jurnal Artikel Ketujuh

| | |
|--------------------------------|--|
| Judul | Analisis Dimensi Budaya Keselamatan Pasien Oleh Petugas Kesehatan di RSUD dr Rasidin Padang Tahun 2018 |
| Nama Penulis | Essy Mandriani, Hardisman, Husna Yetti |
| Afiliasi | 1. Prodi S2 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran 2. Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat 3. Ilmu Kesehatan Komunitas Fakultas Kedokteran |
| Email Penulis | essymandriani@yahoo.com |
| Bentuk | Elektronik (online) |
| Jenis | Jurnal Artikel Nasional |
| Nama Kota, Penerbit | Universitas Andalas, Padang |
| ISSN, Vol, Nomor Issue & Tahun | Jurnal Kesehatan Andalas e-ISSN: 2615-1138, Vol 8, No 1, 2019 |
| URL | http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/981 |
| Tahun Unggah | Maret 2019 |

Abstrak

Penelitian ini sesuai dengan rumusan masalah yang ditetapkan yaitu menganalisis diterapkan dimensi budaya keselamatan pasien dalam seluruh lingkup rumah sakit.

Penelitian ini juga sesuai dengan *critical appraisal* salah satunya pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner yang disiapkan *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) pada tahun 2004 menggunakan instrumen berjudul *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC).

Latar belakang: berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mandriani *et al.*, (2019) pelaksanaan upaya keselamatan pasien di RSUD dr Rasidin Padang ditemukan masalah seperti sasaran keselamatan pasien berupa komunikasi yang efektif, petugas kesehatan belum menggunakan sistem pencatatan perkembangan pasien terintegrasi. Pelaksanaan standard keselamatan pasien peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, fasilitas pemisahan obat yang berbahaya (*high alert*) dengan obat yang biasa masih belum memadai. Sasaran keselamatan pasien yaitu memastikan lokasi pembedahan dulunya sebelum operasi dokter melaksanakan penandaan dengan marker, namun saat ini hal tersebut tidak lagi dilaksanakan. Hasil observasi sasaran pengurangan resiko pasien jatuh, penilaian pasien resiko jatuh sudah dilakukan di IGD namun antrian untuk pasien resiko jatuh tidak dibedakan dengan pasien lainnya, hal ini menyebabkan masih terjadi insiden pasien jatuh, pernah ada insiden keselamatan pasien dalam satu tahun terakhir, baik itu insiden jatuh, dan pasien infeksi akibat pemasangan infus tetapi angka kejadiannya tidak diketahui secara pasti karena pelaporan yang kurang lengkap. Tujuan dari

penelitian ini adalah menganalisis bagaimana budaya keselamatan pasien di RSUD dr Rasidin Padang tahun 2018.

Metode: penelitian ini menggunakan desain penelitian *mix method*. Pendekatan kuantitatif menggunakan kuesioner AHRQ (*Agency Health Research and Quality*) tahun 2004 sedangkan penelitian kualitatif menggunakan pendekatan *instrumental case study*. Subjek penelitian adalah seluruh petugas kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien sebanyak 250 sampel. Data kualitatif didapatkan melalui *indepth interview* kepada informan untuk menggali secara mendalam hambatan penerapan budaya keselamatan pasien. pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner dari *Agency Health Research and Quality* (AHRQ) tahun 2004 yang berjudul *Hospital Survey on Patient Safety* (HSPCS), metode pengambilan sampel adalah menggunakan *total population sampling*.

Hasil: pada penelitian ini menunjukkan persentasi respon postif dimensi frekuensi pelaporan (31%) kategori kurang, respon postif dimensi pembelajaran organisasi serta perbaikan secara berkelanjutan (61%) kategori cukup, respon postif dimensi kerjasama tim dalam unit (65%) kategori cukup, respon postif dimensi persepsi tentang keselamatan pasien secara keseluruhan (57%) kategori cukup, respon postif dimensi komunikasi terbuka (62%) kategori cukup, respon postif dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan (66%) kategori cukup, respon postif dimensi *staffing* (40%) kategori kurang, respon postif dimensi dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien (58%) kategori cukup, respon postif dimensi

kerjasama tim antar unit (52%) kategori cukup, respon postif dimensi pergantian *handoffs* dan transisi (62%) kategori cukup, respon postif dimensi harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien (78%) kategori baik, respon postif dimensi respon tidak menghukum terhadap kesalahan (43%) kategori kurang.

Kesimpulan: pada penelitian ini menunjukkan hanya satu dimensi yang masuk kategori baik yaitu dimensi supervisi (78%). Dimensi frekuensi pelaporan yang merupakan dimensi yang memiliki persentase respon positif terendah yaitu sebesar (31%).. Hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien adalah perilaku dari petugas kesehatan dan dukungan dari manajemen yang belum maksimal. Rekomendasi yang diberikan agar budaya keselamatan pasien dapat terlaksana dengan baik dengan adalah pembentukan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS), edukasi, dan monitoring secara berkala. Tim KPRS diharapkan dapat membuat program kerjanya berupa sistem pelaporan yang baik dan mudah dipahami oleh seluruh petugas.

Kata Kunci: budaya keselamatan pasien, rumah sakit, petugas kesehatan

2.5.8 Artikel Kedelapan

Tabel 2.8 Sumber Pustaka Jurnal Artikel Kedelapan

| | |
|---------------|--|
| Judul | Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan Metode AHRQ Pada Pegawai RS. Anna Medika Kota Bekasi Tahun 2018 |
| Nama Penulis | Deasy Febriyanty, Desyawati Utami |
| Afiliasi | Fakultas Ilmu Kesehatan |
| Email Penulis | desyawati.utami@gmail.com |
| Bentuk | Elektronik (online) |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Jenis | Jurnal Artikel Nasional |
| Nama Kota, Penerbit | Universitas Esa Unggul, Jakarta Barat |
| ISSN, Vol, Nomor Issue & Tahun | Jurnal Biologi Lingkungan, Industri, Kesehatan e-ISSN: 2550-1305, Vol 5, No 2, 2019 |
| URL | https://www.onesearch.id/Record/IOS4370.article-1972 |
| Tahun Unggah | Februari 2019 |

Abstrak

Penelitian ini sesuai dengan rumusan masalah yang ditetapkan yaitu mendeskripsikan secara menyeluruh mengenai gambaran budaya keselamatan pasien dengan menggunakan metode AHRQ di rumah sakit Anna Medika tahun 2018. Penelitian ini juga sesuai dengan *critical appraisal* salah satunya pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner yang disiapkan *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)* pada tahun 2004 menggunakan instrumen berjudul *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)*.

Latar belakang: berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Febrianty dan Utami (2019) dari hasil informasi awal (studi pendahuluan) diperoleh bahwa jumlah insiden yang terjadi di rumah sakit selama tahun 2015 - 2016 mengalami peningkatan dari 10 kasus menjadi 12 kasus (KTD, KTC, KNC). Pada tahun 2016 diperoleh informasi bahwa terdapat 6 kasus KTD dan 6 kasus KNC pada pasien. Melihat adanya permasalahan keselamatan pasien dan pentingnya penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Tujuan dari penelitian ini untuk mengukur budaya keselamatan pasien pada seluruh pegawai di RS Anna Medika pada tahun 2018.

Metode: penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan *observasional*, desain studi potong lintang (*cross sectional*), dan analisis deskriptif. Teknik pengambilan sampel yaitu sampel jenuh (*total sampling*). Pengumpulan data berupa data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan dari wawancara menggunakan kuesioner *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) yang diterbitkan oleh AHRQ.

Hasil: penelitian menyebutkan gambaran budaya keselamatan pasien berdasarkan metode AHRQ pada pegawai RS. Anna Medika Kota Bekasi Tahun 2018 adalah sebesar 71,97%. Data ini diperoleh dari nilai rata-rata respon positif terhadap harapan dan tindakan atasan dalam mempromosikan keselamatan pasien sebesar 86,79%, respon positif terhadap *organization learning* / perbaikan berkelanjutan sebesar 99,79%, respon positif terhadap kerja sama dalam unit di rumah sakit sebesar 98,33%, respon positif terhadap komunikasi terbuka sebesar 93,14%, respon positif terhadap umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan 93,33%, respon positif terhadap respon tidak menyalahkan sebesar 62,42%. Respon positif terhadap *staffing* sebesar 40,29%, respon positif terhadap dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien sebesar 52,40%, respon positif kerja sama antar unit sebesar 60,75%, respon positif terhadap pergantian shif dan perpindahan pasien sebesar 77,27%, respon positif terhadap keseluruhan persepsi tentang keselamatan pasien sebesar 79,54%, dan respon positif terhadap frekuensi pelaporan kejadian sebesar 25,85%.

Kesimpulan: peranan dimensi *organization learning* sebesar 99,79% dalam 12 dimensi budaya keselamatan pasien menunjukkan bahwa rumah sakit secara aktif melakukan program-program kegiatan untuk peningkatan keselamatan pasien, belajar dari kesalahan untuk membuat perubahan yang lebih baik dan mengevaluasi keefektifannya. Di sisi lain, terdapat dimensi dengan respon positif terendah yaitu sebesar 25,85% untuk frekuensi pelaporan kejadian.

Kata Kunci: Budaya Keselamatan Pasien, Metode AHRQ, Rumah Sakit

2.5.9 Artikel Kesembilan

Tabel 2.9 Sumber Pustaka Jurnal Artikel Kesembilan

| | |
|--------------------------------|---|
| Judul | Persepsi Perawat Dan Dokter Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Advent Bandar Lampung |
| Nama Penulis | Ernawaty Siagian |
| Afiliasi | Fakultas Ilmu Keperawatan |
| Email Penulis | ernawatysiagian74@yahoo.com |
| Bentuk | Elektronik (online) |
| Jenis | Jurnal Artikel Nasional |
| Nama Kota, Penerbit | Universitas Advent Indonesia, Bandung |
| ISSN, Vol, Nomor Issue & Tahun | Jurnal Skolastik Keperawatan ISSN: 2443 – 0935, Vol 4, No 1, 2018 |
| URL | https://jurnal.unai.edu/index.php/jsk/article/view/736 |
| Tahun Unggah | Juni 2018 |

Abstrak

Penelitian ini sesuai dengan rumusan masalah yang ditetapkan yaitu mengukur persepsi perawat terhadap penerapan budaya keselamatan pasien. Penelitian ini

juga sesuai dengan critical appraisal salah satunya pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner yang disiapkan *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) pada tahun 2004 menggunakan instrumen berjudul *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC).

Latar belakang: berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Siagian (2019) terungkap fakta bahwa masih banyak insiden atau kesalahan yang telah dilakukan namun tidak dilaporkan dengan alasan takut mendapat hukuman atau dianggap tidak kompeten oleh teman sekerja. Tujuan dari penelitian ini adalah mengukur persepsi perawat dan dokter terhadap penerapan budaya keselamatan pasien sehingga hasilnya dapat dijadikan acuan dalam melakukan perbaikan di Rumah Sakit Advent Bandar Lampung.

Metode: penelitian ini menggunakan metode yaitu *descriptive comparative cross sectional design* tentang persepsi perawat dan dokter dilakukan kepada 130 responden dengan instrumen *Hospital Survey of Patient Safety Culture* (HSOPSC) yang terdiri dari 12 dimensi. Pengukuran persepsi terhadap masing-masing dimensi dilakukan untuk mengetahui dimensi mana yang masih perlu ditingkatkan. Uji statistic mann Whitney digunakan untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan persepsi antara perawat dan dokter, antara staf pelaksana dan *supervisor*.

Hasil: penelitian ini menunjukkan bahwa Nilai rata-rata respon positif dari 12 dimensi yang diberikan oleh perawat (62,3%) lebih tinggi dibandingkan dengan dokter (60,1%), namun keduanya masih dalam kategori cukup. Didalam kelompok profesi perawat, ada tiga dimensi yang masuk dalam

kategori baik, tujuh dimensi dalam kategori cukup dan dua dimensi dalam kategori kurang. Sedangkan untuk profesi dokter, ada satu dimensi masuk dalam kategori baik, Sembilan dimensi dalam kategori cukup dan tiga dimensi dalam kategori kurang.

Kategori baik: dimensi frekuensi pelaporan pada perawat (73,9%), dimensi pembelajaran organisasi serta perbaikan secara berkelanjutan pada profesi perawat (80,7%), dimensi kerjasama tim dalam unit sudah dalam kategori baik dimana pada profesi dokter (88,9%) dan profesi perawat (89,5%).

Kategori cukup: Persepsi tentang keselamatan pasien secara menyeluruh pada perawat (65%) dan dokter (59,0%), dimensi pembelajaran organisasi serta perbaikan secara berkelanjutan pada dokter (70,4%), Dimensi komunikasi terbuka pada profesi perawat (52,3%) sedangkan pada profesi dokter (59,2%), dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan pada profesi perawat (60,9%) sedangkan pada dokter (55,6%), dimensi staffing pada perawat (63,5%) dan dokter (63,0%), dimensi dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien dari profesi perawat (63,6%) dan dokter (61,1%), dimensi kerjasama tim antar unit pada perawat (55,0%) dan dokter (61,1%), dimensi overan dan transisi dari profesi perawat (75,2%) dan dokter (61,1%) .

Kategori kurang: dimensi frekuensi pelaporan pada profesi dokter (48,2%), dimensi harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien

dalam kategori kurang, dimana pada perawat (28,9%) dan dokter (27,8%), dimensi respon tidak menghukum terhadap kesalahan dari profesi dokter (44.4%) sedangkan pada profesi perawat (39,0%).

Kesimpulan: pada penelitian ini menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan persepsi penerapan budaya keselamatan pasien antar profesi perawat dan dokter.

Kata Kunci: Budaya keselamatan pasien, perawat, dokter, persepsi, HSOPSC

2.5.10 Artikel Kesepuluh

Tabel 2.10 Sumber Pustaka Jurnal Artikel Kesepuluh

| | |
|--------------------------------|---|
| Judul | Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Makassar |
| Nama Penulis | Mangindara, Mohammad Ardani Samad, Yunitia Insani, Roberto Mario Uta |
| Afiliasi | - |
| Email Penulis | mangindaraakk@gmail.com |
| Bentuk | Elektronik (online) |
| Jenis | Jurnal Artikel Nasional |
| Nama Kota, Penerbit | STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo, Surabaya |
| ISSN, Vol, Nomor Issue & Tahun | Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS Dr. Soetomo ISSN: 2581 – 219X , Vol 6, No 2, 2020 |
| URL | https://jurnal.stikesyrsds.ac.id/index.php/JMK/article/view/335 |
| Tahun Unggah | Oktober 2020 |

Abstrak

Penelitian ini sesuai dengan rumusan masalah yang ditetapkan yaitu untuk mendeskripsikan gambaran budaya keselamatan pasien oleh petugas di instalasi rawat inap Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. Penelitian ini juga sesuai dengan *critical appraisal* salah satunya pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner yang disiapkan *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) pada tahun 2004 menggunakan instrumen berjudul *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC).

Latar belakang: berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mangindara et al (2020) berdasarkan data yang diperoleh dari Laporan Insiden *Rate Healthcare Associated Infections* (HAIS) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Rumah Sakit Bhayangkara Makassar khususnya pada tahun 2018 didapatkan bahwa 5,3% kasus infeksi *phlebitis* terjadi, infeksi *phlebitis* adalah ditemukannya tanda-tanda peradangan pada daerah local tusukan infus. Standar dari Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal adalah $\leq 1,5\%$, sehingga kasus infeksi phlebitis di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar yang mencapai angka 5,3% telah melewati standar yang telah ditetapkan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008). Berdasarkan data tambahan yang diperoleh dari Laporan Kejadian Tidak diharapkan (KTD) Rumah Sakit Bhayangkara Makassar khususnya kejadian yang terjadi di instalasi rawat inap pada tahun 2019, terdiri dari: Pasien jatuh dari tempat tidur, sampel untuk pemeriksaan PA hilang, pemasangan gelang pasien dengan warna yang tidak sesuai, pengunjung terjatuh dari tangga, perawat tertusuk jarum pegawai terjatuh dari tangga,

pasien jatuh di kamar mandi. Oleh karena itu, peneliti memilih untuk mengkaji penelitian tentang gambaran budaya keselamatan pasien berdasarkan pelaksanaan keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh petugas di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

Metode: penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan survei deskriptif. Teknik pengambilan sampel menggunakan accidental sampling. menjadi kriteria sampel yaitu petugas di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Makassar yang bersedia mengisi kuesioner. Pengumpulan data dengan data primer diadopsi dari *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dan dimodifikasi dalam hal keperluan penelitian untuk mendapatkan gambaran budaya keselamatan pasien oleh Petugas di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

Hasil: pada penelitian ini menunjukkan tingkat respon positif dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Makassar adalah dimensi frekuensi pelaporan (66,9%), dimensi pembelajaran organisasi serta perbaikan secara berkelanjutan (86,5%), dimensi kerjasama tim dalam unit (89,2%), dimensi persepsi tentang keselamatan pasien secara keseluruhan (58,1%), dimensi komunikasi terbuka (79,1%), dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan (86,5%), dimensi *staffing* (20,9), dimensi dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien (81,1%), dimensi kerjasama tim antar unit (87,8%), dimensi pergantian *handoffs* dan transisi (75,7%), dimensi harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien (42,6%), dimensi respon tidak menghukum

terhadap kesalahan (25%). Dimensi yang memiliki persentase respon positif tertinggi adalah kerjasama tim dalam unit sebesar (89,2%) dan respon terendah pada dimensi *staffing* sebesar (20,9%).

Kesimpulan: peneliti lebih berfokus pada komponen budaya keselamatan pasien yang berada dalam kategori bernilai kurang seperti frekuensi pelaporan kejadian (66,9%), persepsi keselamatan pasien (58,1%), harapan dan tindakan pengawas/ manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (42,6%), respon terhadap kesalahan (25%), petugas yang memadai (20,9%). Adapun saran dari peneliti adalah diharapkan pada pelatihan mengenai keselamatan pasien yang dilakukan oleh Rumah Sakit Bhayangkara Makassar di waktu mendatang dapat menambahkan 12 komponen budaya keselamatan pasien oleh AHRQ kedalam materi pelatihan sehingga wawasan petugas semakin bertambah mengenai keselamatan pasien dan semakin terampil dalam melaksanakan keselamatan pasien berdasarkan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), penambahan petugas di instalasi rawat inap.

Kata Kunci: Budaya, Keselamatan Pasien, Instalasi Rawat Inap