

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

(Undang-Undang Republik Indonesia Tentang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun, 2009) tentang rumah sakit menyatakan bahwa, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Sedangkan menurut *World Health Organization* (WHO), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif), pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat.

2.1.2 Tujuan Penyelenggaraan Rumah Sakit

Adapun tujuan penyelenggaraan rumah sakit menurut (Undang-Undang Republik Indonesia Tentang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun, 2009) tentang rumah sakit adalah sebagai berikut :

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.
- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit.

2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Dalam (Undang-Undang Republik Indonesia Tentang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun, 2009) tepatnya pada pasal 4 menjelaskan bahwa rumah sakit mempunyai tugas yaitu memberikan pelayanan kesehatan seseorang secara paripurna. Untuk menjalankan tugas tersebut, maka rumah sakit memiliki fungsi yang dijelaskan pada pasal 5, yaitu :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggara penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika bidang ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.4 Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit

Menurut (Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun, 2021), menjelaskan sumber daya manusia di rumah sakit yaitu :

1. Sumber daya manusia pada rumah sakit umum dengan klasifikasi kelas A, kelas B, kelas C, dan kelas D meliputi : tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga teknisian

medis, tenaga tehnik biomedis, tenaga kesehatan lain, tenaga manajemen rumah sakit, tenaga non kesehatan.

2. Sumber daya manusia pada rumah sakit khusus dengan klasifikasi kelas A, kelas B, dan kelas C meliputi : tenaga medis, tenaga keperawatan, dan tenaga bidan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan lain, tenaga manajemen rumah sakit, dan tenaga non kesehatan.

2.2 Pengetahuan perawat

2.2.1 Pengertian Pengetahuan

Definisi dari pengetahuan adalah “tahu” hal tersebut dapat terjadi ketika seseorang mengamati suatu objek. Pengetahuan dapat dilakukan menggunakan panca indera manusia yaitu mata, telinga, hidung, lidah dan kulit. Manusia mendapatkan pengetahuan paling banyak melalui pengamatan menggunakan penglihatan dan pendengaran. Tindak seseorang dapat dipengaruhi oleh pengetahuan individu itu sendiri (*over behavior*) (Yoke Arfebi et al., 2022). Pengetahuan merupakan domain dasar untuk membentuk perilaku tindakan seseorang domain selanjutnya sikap dimana sikap itu yang berasal dari dalam diri individu memiliki kecenderungan untuk berkelakuan terhadap suatu objek (Sholikhah et al., 2022). Pengetahuan juga tidak terlepas dari kemampuan seseorang untuk belajar. Kemampuan belajar dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, latar belakang, sosial dan budaya, tingkat pendidikan, pengalaman hidup dan gaya belajar (Elis dan Hartley 2000).

Dalam lingkup keselamatan pasien, pengetahuan SDM kesehatan termasuk perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien. Pengetahuan untuk mendukung Learning Culture yang ada dalam suatu organisasi sangat berhubungan dengan perubahan budaya keselamatan pasien. Pengetahuan SDM kesehatan termasuk perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien (Hafera, 2019).

2.2.2 Klasifikasi Pengetahuan

Menurut Notoadmodjo (2007) menjelaskan bahwa pengetahuan dibagi menjadi enam tingkatan yaitu (Eduan, 2016) :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalamnya pengetahuan tingkatan ini adalah mengingat kembali terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh badan yang dipejari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh karena itu “tahu” ini adalah merupakan tingkatan yang rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut

secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, mencontohkan, meramalkan terhadap obyek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi atau situasi sebenarnya. Aplikasi disini diartikan penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dalam konteks yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam suatu komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja, dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5. Sistematis (*Syntesis*)

Sintesis menunjuk kepada sesuatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi dari formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.2.3 Kategori Pengetahuan

Menurut Arikunto (2006) dalam Budiman (2013) membuat kategori tingkat pengetahuan seseorang menjadi tiga tingkatan yang didasarkan pada nilai presentase yaitu sebagai berikut (Mail et al., 2020) :

- a. Tingkat pengetahuan kategori baik jika nilainya 75% – 100%
- b. Tingkat pengetahuan kategori cukup jika nilainya 56% – 74%
- c. Tingkat pengetahuan kategori kurang jika nilainya < 55%

2.2.4 Perawat

Upaya penerapan *patient safety* sangat tergantung dari pengetahuan perawat. Apabila perawat menerapkan *patient safety* didasari oleh pengetahuan yang memadai, maka perilaku *patient safety* oleh perawat tersebut bersifat langgeng (*long lasting*). Seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus memiliki pengetahuan yang benar, keterampilan, dan sikap untuk menangani kompleksitas perawat kesehatan. Tanpa pengetahuan yang memadai, tenaga kesehatan termasuk perawat tidak bisa menerapkan dan mempertahankan budaya keselamatan pasien (Sholikhah et al., 2022).

Perawat merupakan salah satu profesi penting dalam sebuah lembaga atau instalasi penyedia layanan kesehatan. Perawat disebut sebagai petugas medis yang paling sering berada di rumah sakit. Perawat juga merupakan posisi di dunia yang paling sering dan kerap bergaul dengan pasien dan keluarga pasien.

Perawat sebagai salah satu komponen utama pemberi layanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran penting terkait langsung dengan pemberi asuhan keperawatan kepada pasien sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Perawat

sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan yang ada dilapangan sangat menentukan dalam upaya pencegahan dan memutus rantai transmisi infeksi dalam rangka memenuhi kebutuhan *patient safety*.

Profesionalitas perawat dalam keselamatan pasien sangat dipengaruhi oleh adanya pengetahuan perawat. Artinya bagaimana sikap perawat terhadap pekerjaan, pelayanan, kualitas sikap dan penerapan *patient safety*. Jika perawat memiliki pengetahuan yang tepat mengenai program dan konsep keselamatan pasien, maka tindakan yang diambil juga dipastikan dengan bertujuan memberikan pelayanan secara aman dan bertanggung jawab.

2.3 Keselamatan Pasien

2.3.1 Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) adalah prinsip dasar dari perawat kesehatan (WHO) (Harahap, 2019). Keselamatan pasien menurut sunaryo (2009) adalah ada tidaknya kesalahan atau bebas dari cedera karena kecelakaan. Menurut *Institute Of Medicine* (IOM) keselamatan pasien didefinisikan sebagai *freedom from accidental injury* disebabkan karena error yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. Selain itu *patient safety* dapat diartikan sebagai mencegah terjadinya bahaya oleh pasien, penekanan ditempatkan pada pemberi perawatan yang mencegah kesalahan, belajar dari kesalahan yang terjadi dengan budaya keselamatan pasien yang melibatkan perawat kesehatan professional.

Menurut (Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomer 11 Tahun, 2017), keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi *assessment* risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil sehingga meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan.

2.3.2 Tujuan Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien bertujuan dalam terciptanya budaya keselamatan pasien, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya angka insiden keselamatan pasien di rumah sakit, dan terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (Kementerian Kesehatan RI Nomer 46 Tahun 2015).

Tujuan keselamatan pasien menurut Joint Commission Internasional sebagai berikut mengidentifikasi pasien secara benar, meningkatkan komunikasi yang efektif, meningkatkan keamanan dari pengobatan risiko tinggi, memastikan benar tempat, benar prosedur dan benar pembedahan pasien, mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, dan mengurangi risiko pasien terluka karena jatuh.

Penulis menyimpulkan keselamatan pasien bertujuan untuk mencegah dan mengurangi risiko pada kesalahan dan bahaya yang terjadi pada pasien selama pemberian pelayanan kesehatan.

2.3.3 Standar Keselamatan Pasien Rumah sakit

Standar keselamatan pasien rumah sakit menurut (Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomer 11 Tahun, 2017) yaitu :

1) Hak pasien

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

2) Mendidik pasien dan keluarga

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

3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

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

4) Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

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

5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

- a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”

- 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 rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien
 - e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien
- 6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- 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.
- 7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
- 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 tetap waktu dan akurat.

2.3.4 Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan Pasien Menurut (Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomer 11 Tahun, 2017) dalam sebagai berikut :

1. Sasaran I : Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

Kesalahan karena keliru-pasien sebenarnya terjadi di semua aspek diagnose dan pengobatan. Keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya error/kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, adalah pasien yang dalam keadaan terbius / terdasi, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya, mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi di dalam fasilitas pelayanan kesehatan , mungkin mengalami disabilitas sensori, atau akibat situasi lain. Adanya kelalaian atau akibat situasi lain. Tujuan dari sasaran ini adalah : pertama, untuk dengan cara yang dapat dipercaya/*reliable* mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah, pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis atau memberikan pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seseorang pasien, seperti nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, nomor induk kependudukan (NIK), gelang identitas pasien dengan *barcode*, atau cara lain.

Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di fasilitas pelayanan kesehatan, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu prosedur kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua kemungkinan situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.

Kegiatan yang dilaksanakan adalah :

- a) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan kamar atau lokasi pasien.
- b) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- c) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
- d) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2. Sasaran II : Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah

diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telepon, bila diperbolehkan peraturan perundangan. Komunikasi lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis menelepon unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan secara *cito*. Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kejadian dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon termasuk : menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi, penerima membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan, dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat. Untuk obat-obat yang termasuk obat NORUM/LASA dilakukan eja ulang. Kebijakan dan/atau prosedur mengidentifikasi alternatif yang diperbolehkan bila proses pembacaan kembali (*read back*) tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam situasi gawat darurat/emergensi di IGD atau ICU.

Kegiatan yang dilaksanakan adalah :

- a) Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan ditulis secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan .
- b) Perintah lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan.
- c) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan.
- d) Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.

3. Sasaran III : Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan Yang Harus Diwaspadai

Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadi kesalahan/*error* dan/atau kejadian sentinel (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) demikian pula obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look-Alike Sound-Alike/ LASA*). Daftar obat-obatan yang sangat perlu diwaspadai tersedia di WHO. Yang sering disebut-sebut dalam isu keamanan obat adalah pemberian *elektrolit konsentrat* secara tidak sengaja (misalnya, *kalium/potasium klorida* [sama dengan 2 mEq/ml atau yang lebih pekat]), *kalium/potasium fosfat* [(sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml)], *natrium/sodium klorida* [lebih pekat dari 0.9%], dan magnesium sulfat [sama dengan 50% atau lebih pekat]. Kesalahan ini bisa terjadi bila staf tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit asuhan pasien, bila perawat kontrak tidak diorientasikan sebagaimana mestinya terhadap unit asuhan pasien, atau pada keadaan gawat darurat/emergensi. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan *elektrolit konsentrat* dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk menyusun daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan datanya sendiri. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana yang

mebutuhkan *elektrolit konsentrat* secara klinis sebagaimana ditetapkan oleh petunjuk dan praktek profesional, seperti di IGD atau kamar operasi, serta menetapkan cara pemberian label yang jelas serta bagaimana penyimpanannya di area tersebut sedemikian rupa, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/kurang hati-hati.

Kegiatan yang dilaksanakan adalah :

- a) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai.
 - b) Kebijakan dan prosedur diimplementasikan
 - c) *Elektrolit konsentrat* tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan kebijakan.
 - d) *Elektrolit konsentrat* yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).
4. Sasaran IV : Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar.

Salah-lokasi, salah prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang / tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim

bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi. Fasilitas pelayanan kesehatan perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Kebijakan termasuk definisi dari operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan/atau mengobati penyakit dan kelainan/*disorder* pada tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, mengubah, atau menyisipkan kesempatan diagnostik/terapeutik. Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di fasilitas pelayanan kesehatan dimana prosedur ini dijalankan. Praktek berbasis bukti, seperti yang diuraikan dalam *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan; dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan; harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar; jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), struktur multipel (jari tangan, jari kaki, lesi), atau *multiple level* (tulang belakang). Maksud dari proses verifikasi *praoperatif* adalah untuk :

- a) Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar
- b) Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*images*), dan hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang

- c) Memverifikasi keberadaan peralatan khusus dan/atau implant-implant yang dibutuhkan.

Tahap “Sebelum insisi”/*Time out* memungkinkan setiap pertanyaan yang belum terjawab atau kesimpang-siuran dibereskan. *Time out* dilakukan di tempat tindakan akan dilakukan, tepat sebelum dilakukan tindakan.

Kegiatan yang dilaksanakan adalah :

- a) Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
- b) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
- c) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

5. Sasaran V : Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

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

terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO, fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman *hand hygiene* yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di Fasilitas pelayanan Kesehatan.

Kegiatan yang dilaksanakan adalah :

- a) Fasilitas pelayanan kesehatan mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari WHO *Patient Safety*).
 - b) Fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
 - c) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
6. Sasaran VI : Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh. Maksud dan tujuan sasaran ini adalah ; Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan, dan fasilitasnya, fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh

dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap obat dan konsumsi alkohol, penelitian terhadap gaya/cara jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program ini memonitor baik konsekuensi yang dimaksudkan atau yang tidak sengaja terhadap langkah-langkah yang dilakukan untuk mengurangi jatuh. Misalnya penggunaan yang tidak benar dari alat penghalang atau pembatasan asupan cairan bisa menyebabkan cedera, sirkulasi yang terganggu, atau integrasi kulit yang menurun. Program tersebut harus diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Kegiatan yang dilaksanakan adalah :

- a) Fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan proses asesmen awal resiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
- b) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko.

2.3.5 Langkah Penerapan Keselamatan Pasien

Mengacu kepada standar keselamatan pasien, maka rumah sakit harus mendesain (merancang) proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Proses perancangan tersebut harus mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, dan faktor-faktor lain yang

berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit” yang berdasarkan (Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomer 11 Tahun, 2017) sebagai berikut :

- 1) Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil
 - a. Bagi Rumah Sakit :
 - (1) Rumah sakit harus memiliki kebijakan : tindakan staf segera setelah insiden, langkah kumpul fakta, dukungan kepada staf, pasien dan keluarga.
 - (2) Memiliki kebijakan peran dan akuntabilitas individual pada insiden.
 - (3) Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden.
 - (4) Lakukan assessment dengan menggunakan survey penilaian keselamatan pasien.
 - b. Bagi Tim/unit :
 - (1) Anggota mampu berbicara, peduli dan berani lapor bila ada insiden
 - (2) Laporan terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan (pemecahan masalah) yang tepat.
- 2) Pimpinan dan dukungan staf, bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di Rumah Sakit.

a. Bagi Rumah Sakit :

- (1) Ada anggota Direksi yang bertanggung jawab atas keselamatan pasien.
- (2) Pada setiap bagian rumah sakit ada yang dapat menjadi “penggerak” yang dapat diandalkan dalam gerakan keselamatan pasien.
- (3) Prioritaskan keselamatan pasien dalam agenda rapat direksi/manajerial rumah sakit.
- (4) Masukkan keselamatan pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit dan memastikan dapat diikuti dan diukur efektivitasnya

b. Bagi Tim/Unit :

- (1) Tentukan “penggerak” dalam setiap tim/unit untuk memimpin gerakan keselamatan pasien
 - (2) Jelaskan kepada tim relevansi dan pentingnya, serta manfaat dari menjalankan gerakan keselamatan pasien
 - (3) Tumbuhkan sikap kesatria untuk yang menghargai pelaporan insiden
- 3) Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko serta lakukan identifikasi dan assessment hal yang potensial bermasalah.

- a. Bagi Rumah Sakit :
 - (1) Identifikasi struktur dan proses menjamin resiko klinis dan non klinis, mencakup keselamatan pasien.
 - (2) Kembangkan indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitoring oleh direksi/manajerial rumah sakit
 - (3) Gunakan informasi yang benar dan jelas hasil yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat meningkatkan kepedulian terhadap pasien.
- b. Bagi Tim/Unit :
 - (1) Bentuk dan diskusikan isu terbaru keselamatan pasien untuk memberikan umpan balik kepada manajemen terkait.
 - (2) Bentuk penilaian risiko pada individu pasien dalam proses assessment risiko.
 - (3) Lakukan proses assessment secara teratur untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko dengan langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut
 - (4) Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses assessment dan pencatatan risiko rumah sakit.
- 4) Kembangkan sistem pelaporan, pastikan setiap staf agar dapat dengan mudah melaporkan insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS.
 - a. Bagi Rumah Sakit

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

b. Bagi Tim/Unit

Berikan semangat serta dorongan kepada anggota untuk melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi terjadi juga, sebagai bahan pembelajaran yang penting.

5) Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien

a. Bagi Rumah Sakit :

- (1) Rumah Sakit harus memiliki kebijakan yang dapat menjelaskan cara-cara komunikasi yang terbuka tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya.
- (2) Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas jika terjadi insiden.
- (3) Berikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya.

b. Bagi Tim/Unit :

- (1) Pastikan tim menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden.
- (2) Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan tepat.
- (3) Pastikan segera setelah kejadian tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.

- 6) Belajar dan berbagai pengalaman tentang keselamatan pasien, dorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.
 - a. Bagi Rumah Sakit :
 - (1) Memastikan staf telah terlatih dalam pengkajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.
 - (2) Mengembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas kriteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (Root Cause Analysis/RCA) atau Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) atau metode analisis lain yang harus mencakup semua insiden yang telah terjadi dan minimum satu kali per tahun untuk proses resiko tinggi.
 - b. Bagi Tim/Unit :
 - (1) Diskusikan dalam tim pengalaman dari hasil analisis insiden
 - (2) Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan membagi pengalaman tersebut secara lebih luas.
- 7) Cegah cedera melalui implementasi keselamatan pasien
 - a. Bagi Rumah Sakit :
 - (1) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, assessment risiko, kajian insiden dan audit serta analisis untuk menentukan solusi setempat.

- (2) Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan kegiatan klinis dan penggunaan instrument yang menjamin keselamatan pasien.
 - (3) Assessment risiko untuk setiap perubahan
 - (4) Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh KKP-RS
 - (5) Umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden.
- b. Bagi Tim/Unit :
- (1) Libatkan tim dalam mengembangkan asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.
 - (2) Telaah perubahan yang dibuat tim dan pastikan pelaksanaannya.
 - (3) Lakukan umpan balik setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan.

2.4 Insiden Keselamatan Pasien

2.4.1 Pengertian Insiden Keselamatan Pasien

Menurut (Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomer 11 Tahun, 2017) tentang keselamatan pasien, insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), Kejadian tidak cedera (KTC), dan kondisi potensial cedera (KPC). Insiden keselamatan pasien adalah kejadian yang tidak

disengaja ketika memberikan asuhan kepada pasien cara manajemen (CMP) atau kondisi yang berhubungan dengan lingkungan di rumah sakit termasuk infranstruktur, sarana dan prasarana (*service delivery problem/SDP*) yang dapat berpotensi atau telah menyebabkan bahaya kepada pasien. Insiden keselamatan pasien juga diartikan kejadian atau situasi yang berpotensi atau mengakibatkan harm atau cedera yang tidak seharusnya terjadi (komite keselamatan pasien rumah sakit).

2.4.2 Jenis-Jenis insiden keselamatan pasien

Menurut (Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomer 11 Tahun, 2017) jenis-jenis insiden yang ditetapkan adalah sebagai berikut ini :

- a. Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah suatu kejadian insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*comission*) atau tidak mengambil tindakan yang seluruhnya diambil (*omission*) yang dapat mencederai pasien tetapi cedera.
- d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) Atau Sentinel adalah kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*comission*) atau tidak mengambil tindakan (*omission*) dan bukan karena penyakit dasarnya (*underlying disease*) atau kondisi pasien.

Komisi keselamatan pasien rumah sakit (KKP-RS) tahun 2007 mengungkapkan bahwa jenis insiden keselamatan pasien sebagai berikut :

- a. Kejadian tidak diharapkan (KTD) atau *Adverse Event* merupakan suatu insiden yang mengakibatkan cedera/*harm* pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera ini dapat diakibatkan oleh kesalahan medis yang tidak dapat dicegah.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau *Near Miss* adalah suatu tindakan yang tidak menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil suatu tindakan yang seharusnya diambil.
- c. Kondisi potensial cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera meskipun belum terjadi insiden.
- d. Sentinel dari suatu KTD yang mengakibatkan cedera atau cacat bahkan kematian. Semua insiden ini adalah tanggung jawab dari rumah sakit khususnya petugas kesehatan dalam melakukan proses pemberian pelayanan kesehatan, karena jika terjadi kelalaian akan mengakibatkan dampak negative bagi pasien. Dampak tersebut dapat berupa cedera ringan, cacat fisik, cacat permanen bahkan sampai kematian. Untuk dapat menghindarkan dan mencegah kerugian bagi semua pihak maka rumah sakit hendaknya memperhatikan dan membuat prosedur untuk menghindari beberapa elemen keselamatan pasien yang berpotensi terjadi di dalam pemberian asuhan pelayanan kesehatan pasien di rumah sakit.

Elemen keselamatan pasien tersebut menurut *Agency For Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2016) adalah :

- a. *Adverse Drug Event (ADE)/Medication Errors (ME)* (Ketidakcocokan Obat / Kesalahan Pengobatan)
- b. *Restrain Use* (Penggunaan Restrain / Pengaman Pasien)
- c. *Nosocomial Use* (Infeksi Nosokomial)
- d. *Surgical Mishaps* (Kecelakaan Operasi)
- e. *Pressureulcers* (Luka Tekan)
- f. *Blood product Safety / Administration* (Kemanan Produk Darah/Administrasi)
- g. *Antimicrobial Resistance* (Resistensi Antimikroba)
- h. *Immunization Program* (Program Imunisasi)
- i. *Falls* (Terjatuh)
- j. *Blood stream-vascular catheter care* (Aliran darah-perawatan kateter pembuluh darah)
- k. *Systematic review, follow-up and reporting of patient/visitor incident reports* (Tinjauan sistematis, tindakan lanjutan dan pelaporan pasien/pengunjung laporan kejadian)

2.5 Budaya Keselamatan Pasien

2.5.1 Pengertian Budaya Keselamatan Pasien

Budaya atau kebudayaan berasal dari bahasa sansekerta yaitu "*buddhayah*", yang merupakan bentuk jamak dari "*buddhi*" (budi atau akal) diartikan sebagai hal-hal yang berkaitan dengan budi dan akal manusia. Dalam bahasa Inggris, kebudayaan disebut "*culture*" yang berasal dari kata Latin "*colere*", yaitu mengolah dan mengerjakan. Kata "*culture*" dalam bahasa Indonesia juga

diterjemahkan sebagai “kultur”. Hawkins (2012) mengatakan bahwa budaya adalah suatu kompleks yang meliputi pengetahuan, keyakinan, seni, moral, adat-istiadat serta kemampuan dan kebiasaan lain yang dimiliki manusia.

Budaya Keselamatan pasien pada suatu organisasi menurut *Agency For Healthcare Research and Quality* (AHRQ,2016) adalah produk dari individu dan kelompok yang merupakan nilai dari sikap, persepsi, kompetensi dan perilaku yang menimbulkan komitmen dan pola dari suatu manajemen mengenai keselamatan pasien (Sinaga et al., 2023). Menurut Blegan (2006) dalam Hamdani (2007), budaya keselamatan pasien adalah persepsi yang dibagikan diantara anggota organisasi ditujukan untuk melindungi pasien dari kesalahan tata laksana maupun cedera akibat intervensi. Organisasi dengan budaya keselamatan pasien yang positif mempunyai karakteristik komunikasi saling terbuka dan percaya, serta persepsi yang sama mengenai pentingnya keselamatan pasien dan kenyamanan dalam pengukuran guna pencegahan. Sutker (2008) mengatakan bahwa budaya keselamatan pasien adalah wajib dan seluruh pegawai bertanggung jawab terhadap keselamatan diri mereka sendiri, pasien dan pengunjung. Menurut Fleming (2006) dalam Hamdani (2007), budaya keselamatan pasien merupakan suatu hal yang penting karena membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan, karena apabila rumah sakit lebih fokus pada budaya keselamatan pasien maka akan lebih menghasilkan keselamatan yang lebih apabila dibandingkan hanya dengan memfokuskan programnya saja (Aisy, 2019).

2.5.2 Komponen Budaya Keselamatan Pasien

Menurut Reason (1997) dalam Hamdani (2007) komponen budaya keselamatan pasien terdiri dalam empat komponen (*subculture*) yaitu (Belakang, 2011) :

a. Budaya Keterbukaan (*Open Culture*)

Budaya ini menggambarkan semua staf RS merasa nyaman berdiskusi tentang insiden yang terjadi ataupun topic tentang keselamatan pasien dengan teman satu tim ataupun dengan manajernya. Staf merasa yakin bahwa fokus utama adalah keterbukaan sebagai media pembelajaran dan bukan untuk mencari kesalahan ataupun menghukum. Komunikasi terbuka dapat juga diwujudkan pada saat serah terima pasien, *briefing staff* maupun *morning report*.

b. Budaya Keadilan (*Just Culture*)

Hal tersebut membawa atmosfer “*trust*” sehingga anggota bersedia dan memiliki motivasi untuk memberikan data dan informasi serta melibatkan pasien dan keluarganya secara adil dalam setiap pengambilan keputusan terapi. Perawat dan pasien diperlakukan secara adil saat terjadi insiden dan tidak berfokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan. Lingkungan terbuka dan adil akan membuat staf membuat pelaporan secara jujur mengenai kejadian yang terjadi dan menjadikan insiden sebagai pelajaran dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien.

c. Budaya Pelaporan (*Reporting Culture*)

Budaya dimana staf siap untuk melaporkan insiden atau *near miss*, sehingga dapat dinilai jenis error dan dapat diketahui kesalahan yang biasa dilakukan oleh staf dapat diambil tindakan sebagai bahan pembelajaran organisasi.

d. Budaya Belajar (*Learning Culture*)

Setiap lini dari organisasi baik *sharp end* (yang bersentuhan langsung dengan pelayanan) maupun *blunt end* (manajemen) menggunakan insiden yang terjadi sebagai proses belajar. Organisasi berkomitmen untuk mempelajari insiden yang terjadi, mengkomunikasikan kepada staf dan senantiasa mengingatkan staf.

e. Budaya informasi (*Informed Culture*)

Organisasi maupun belajar dari pengalaman masa lalu sehingga memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi dan menghindari insiden yang akan terjadi karena telah belajar dan terinformasi dengan jelas dari insiden yang sudah pernah terjadi, misalnya dari pelaporan kejadian dan investigasi.

2.5.3 Manfaat Budaya Keselamatan Pasien

Manfaat utama dalam penerapan budaya keselamatan pasien adalah organisasi menyadari apa yang salah dan pembelajaran terhadap kesalahan tersebut (Reason, 2000 dalam Cahyono, 2008). Adapun manfaat dalam penerapan budaya keselamatan pasien secara rinci antara lain (NPSA, 2004) :

- a. Membuat organisasi kesehatan lebih tahu jika ada kesalahan yang akan terjadi atau jika kesalahan terjadi.

- b. Meningkatkan laporan kejadian yang dibuat dan belajar dari kesalahan yang terjadi akan berpotensi menurunnya kejadian yang sama berulang kembali dan keparahan dari insiden keselamatan pasien.
- c. Kesadaran akan keselamatan pasien, yaitu bekerja untuk mencegah error dan melaporkan jika ada kesalahan.
- d. Berkurangnya staf yang merasa tertekan, bersalah, malu karena kesalahan yang telah diperbuat.
- e. Berkurangnya *turn over* pasien, karena pasien yang pernah mengalami insiden, pada umumnya akan mengalami perpanjangan hari perawatan dan pengobatan yang diberikan lebih dari pengobatan yang seharusnya diterima pasien.
- f. Mengurangi biaya yang diakibatkan oleh kesalahan untuk mengatasi dan penambahan terapi.
- g. Mengurangi sumber daya yang dibutuhkan untuk mengatasi keluhan pasien.

2.5.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penerapan Budaya Keselamatan Pasien

Menurut Cooper (2000), tentang *Total Safety Culture*, menyebutkan bahwa terdapat tiga kelompok faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien, yaitu (Keresna Putra, 2014) :

1. Faktor Personal

Tenaga kesehatan sebagai seorang manusia, merupakan komponen utama yang menjadi pelaksanaan budaya keselamatan pasien. pelaksanaan ini dalam menerapkan budaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh aspek-aspek personal

seperti pengetahuan, sikap, motivasi, kompetensi dan kepribadian. Berikut ini penjelasan dari faktor personal diantaranya :

a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hal yang dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang, dari pengalaman beberapa penelitian ternyata tindakan yang tidak didasari pengetahuan yang baik, tidak akan menghasilkan hasil yang baik (Notoatmodjo, 2012). Seseorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus memiliki pengetahuan yang benar dan keterampilan untuk menangani kompleksitas perawatan kesehatan. Tanpa pengetahuan yang memadai, tenaga kesehatan termasuk perawat tidak bisa menerapkan dan mempertahankan budaya keselamatan pasien (Myers, 2012).

b. Sikap

Menurut Gibson cit Azwar (2006) sikap adalah perasaan positif dan negative atau keadaan mental yang selalu disiapkan, dipelajari, dan diatur yang memberikan pengaruh khusus pada respon seseorang terhadap orang lain, obyek-obyek, dan keadaan. Adanya sikap yang berbeda-beda diantara penyedia layanan kesehatan menjadi penghambat dalam budaya keselamatan pasien (Zakari, 2011). Dilain sisi sikap dalam budaya keselamatan pasien merupakan hal penting yang menjadi bagian integral budaya keselamatan pasien di rumah sakit (Summer, 2010).

c. Motivasi

Motivasi merupakan energi yang mendorong seseorang untuk menjalankan tugas pekerjaan mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat mencerminkan perilaku kinerja perawat dan

dipengaruhi oleh motivasi perawat (Gibson, dkk., 2012). Motivasi kerja perawat akan berdampak terhadap kinerja perawat yang ditampilkan dengan motivasi yang baik diharapkan perawat dapat menerapkan budaya keselamatan pasien yang baik (Nivalinda, dkk., 2013).

d. Kompetensi

Menurut Wibowo (2007) menyebutkan bahwa kompetensi adalah suatu kemampuan untuk melaksanakan atau melakukan suatu pekerjaan atau tugas yang dilandasi atas keterampilan dan pengetahuan serta didukung oleh sikap kerja yang dituntut oleh pekerjaan tersebut. Sumber daya manusia sebagai salah satu faktor produksi harus benar-benar merupakan unsur utama yang menciptakan dan merealisasikan budaya keselamatan pasien, hal ini ditampilkan dalam kompetensi yang dimiliki (cahyono, 2008).

e. Kepribadian

Menurut Atkinson ialah pola perilaku dan cara berfikir yang khas yang menentukan penyesuaian diri individu terhadap lingkungan, kepribadian mencakup kepribadian umum yang dapat diamati oleh orang lain dan kepribadian dari pikiran dan pengalaman yang jarang diungkapkan. Seseorang dalam menerapkan budaya keselamatan dapat dipengaruhi oleh kepribadian. Karena tindakan atau perilaku dalam melakukan penerapan budaya keselamatan dipengaruhi oleh kepribadian masing-masing seseorang.

2. Faktor Perilaku Organisasi/Kondisi Lingkungan Kerja

Dalam menyusupkan budaya keselamatan pasien kedalam setiap diri dari staf rumah sakit, maka organisasi perlu menciptakan lingkungan yang mendukung

budaya keselamatan pasien tersebut. Untuk menciptakan lingkungan yang kondusif, organisasi harus mampu mengontrol faktor-faktor baik yang mendukung ataupun yang melemahkan. Adapun faktor perilaku organisasi yang perlu dikontrol agar menciptakan kondisi lingkungan budaya keselamatan pasien antara lain : kepemimpinan (*direction, supervision, coordination*), kewaspadaan situasi, komunikasi, kerja tim, stress, kelelahan, kepemimpinan tim dan pengambilan keputusan. Berikut ini penjelasan dari faktor perilaku organisasi/kondisi lingkungan kerja diantaranya :

a. Kepimpinan

Kepimpinan yang efektif menerapkan dukungan tertentu dalam kepemimpinannya memenuhi beberapa prinsip yang tercakup dalam dukungan kepemimpinan suportif, direktif, partisipatif dan orientasi prestasi. Prinsip ini diantara lain mampu mengenali kebutuhan bawahan, merangsang dan mencoba memenuhi kebutuhan tersebut, serta memberikan reward atas keberhasilan mencapai tujuan (Martin, 2009). Hal ini menunjukkan untuk membangun budaya keselamatan yang kuat perlu didukung kepemimpinan yang kuat dalam kinerja keselamatan pasien serta sistem manajemen sumber daya manusia.

b. Kewaspadaan Situasi

Menurut Oken, Salinky, & Elsas, (2006) adalah suatu kemampuan untuk mempertahankan perhatian terhadap tugas dalam jangka waktu tertentu. Dengan ini maka kewaspadaan kemungkinan mempengaruhi kinerja perawat agar tidak terjadi kejadian tidak diharapkan dan dapat menerapkan budaya keselamatan pasien dengan baik.

c. Komunikasi

Menurut Komaruddin (1998) komunikasi merupakan suatu proses penyampaian pikiran atau informasi dari seseorang kepada orang lain dengan cara tertentu sehingga orang lain tersebut mengerti apa yang dimaksud oleh pemberi informasi. Menurut idris (2017), budaya komunikasi adalah kondisi seseorang perawat yang mampu menangani suatu masalah dalam pekerjaan dan memiliki hak serta tanggung jawab dalam menyampaikan kondisi pasien. Dalam komunikasi memberikan umpan balik atau membangun kepercayaan dan keterbukaan merupakan hal penting dari budaya keselamatan pasien (Feby Irwanti, Guspianto, Rizalia Wardiah, 2022).

d. Kerja tim

Tracy (2006) menyatakan bahwa kerjasama tim merupakan kegiatan yang dikelola dan dilakukan sekelompok individu yang tergabung dalam satu organisasi. Kerjasama tim dapat meningkatkan pencapaian prestasi dan komunikasi di dalam dan diantara anggota kelompok. Kerjasama tim diharapkan dapat mewujudkan tujuan organisasi salah satunya dalam melaksanakan budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien dapat terwujud jika sebuah tim dalam organisasi mampu bekerja sama dengan baik, baik dalam komunikasi maupun pengaplikasikannya (Yarnita & Efitra, 2020).

e. Stress

Baron dan Greenberg (dalam Khaira, 2014) mendefinisikan stress sebagai reaksi-reaksi emosional dan psikologis yang terjadi pada situasi dimana tujuan individu mendapat halangan dan tidak bisa mengatasinya (Nurhidayati, 2021).

Menurut Aiken et al., (dalam Farquharson 2012) tingkat stress dan beban kerja yang tinggi menyebabkan kurang optimalnya asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien, meningkatkan angka pelanggaran terkait dengan budaya keselamatan pasien dan terjadinya kesalahan yang lebih sering (Mulyati et al., 2016).

f. Kelelahan

Kelelahan kerja adalah suatu keadaan yang dialami tenaga kerja yang dapat mengakibatkan penurunan vitalitas dan produktivitas kerja. Menurut Sadrawati (2013) bahwa kelelahan berkaitan dengan beban kerja yang tinggi pada perawat dapat mempengaruhi kelelahan yang berdampak pada kinerja dalam penerapan budaya keselamatan pasien (Yarnita & Efitra, 2020).

g. Kepemimpinan Tim

Menurut Richard et al. (2012), leadership atau kepemimpinan adalah proses dimana individu mempengaruhi sekelompok individu untuk mencapai tujuan bersama. Kepemimpinan tim memiliki pengaruh yang signifikan dalam menciptakan budaya keselamatan pasien. Pimpinan memiliki kewenangan dalam menerapkan system yang berlaku dalam organisasi, oleh karena itu gaya kepemimpinan, teknik komunikasi serta kemampuan manajerial merupakan suatu yang sangat perlu diperhatikan dalam menciptakan atmosfer kerja yang kondusif sebagai upaya terciptanya budaya keselamatan pasien (Pelita et al., 2021).

h. Pengambilan Keputusan

Menurut Dermawan (2004) menyebutkan bahwa pengambilan keputusan adalah ilmu dan seni pemilihan alternatif solusi atau alternatif tindakan dari sejumlah alternative solusi dan tindakan yang tersedia guna menyelesaikan

masalah. Budaya keselamatan dapat diartikan sebagai bagian dari aspek budaya organisasi. Menurut Cameron & Quinn (1999) dalam Chiu et al (2008) budaya organisasi mempengaruhi lebih besar kepada individu dalam pengambilan keputusan dan memberikan aspirasi dan inovasi untuk bekerja lebih baik.

3. Faktor Lingkungan

Lingkungan fisik rumah sakit yaitu ukuran rumah sakit merupakan faktor yang mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien. ketersediaan dan kualitas perlengkapan yang menunjang terciptanya budaya keselamatan pasien seperti peralatan, mesin, standar prosedur operasional (SPO), kebersihan dan kondisi bangunan yang baik, merupakan pendukung dalam proses pelaksanaan pelayanan kesehatan. Dengan peralatan yang memadai dan berkualitas maka rumah sakit dapat memberikan pelayanan sesuai dengan standard dan tentunya berdampak positif terhadap keselamatan pasien. Berikut ini penjelasan dari faktor lingkungan diantaranya :

a. Peralatan

Peralatan rumah sakit adalah peralatan medis dan non medis. Peralatan yang digunakan untuk keperluan diagnosa, terapi, rehabilitasi dan penelitian medik baik secara langsung maupun tidak langsung adalah peralatan medis. Yang dimaksud peralatan non medis adalah peralatan yang digunakan untuk mendukung keperluan tindakan medis. Menurut Cope, Nelson dan Patterson 2008, perawat sebagai konsumen informasi dan penggunaan teknologi dalam perawatan kesehatan harus terlibat dalam pemilihan peralatan baru, mendapatkan pelatihan untuk penggunaannya, dan memantau pengaruh teknologi terhadap keselamatan pasien.

Pemilihan peralatan dengan teknologi yang canggih dapat membahayakan jika tidak digunakan dengan tepat. Sehingga perlu pengetahuan perawat pada pelayanan kesehatan dalam mencegah terjadi kejadian yang tidak diinginkan.

b. Mesin

Menurut Assauri (2004) mesin adalah suatu peralatan yang digerakkan oleh suatu kekuatan atau tenaga yang dipergunakan untuk membantu manusia dalam mengerjakan produk atau bagian-bagian produk tertentu. Kesalahan dalam penggunaan mesin disebabkan oleh kurangnya pengetahuan, lingkungan pekerjaan yang baru, beban kerja yang berlebih, dan pengaruh dari kondisi psikologis seperti stress. Misalnya pekerjaan dengan terburu-buru karena kerja target, sehingga menjalankan mesin tidak sesuai kecepatan karena tidak diberi pengarahan. Hal ini dapat menyebabkan insiden kepada pasien.

c. Standar Prosedur Operasional (SPO)

Menurut sailendra (2015) standar operasional prosedur merupakan sebuah panduan yang bertujuan memastikan pekerjaan dan kegiatan operasional organisasi atau perusahaan agar berjalan dengan lancar. Oleh karena itu, SPO harus dibuat untuk mempermudah petugas dalam menjalankan pekerjaannya dan menyadari tanggung jawab apa saja yang harus mereka penuhi. Agar program budaya keselamatan pasien di rumah sakit dapat tercipta dan berjalan sesuai prosedur yang telah dibuat di rumah sakit.

d. Kebersihan

Menurut Hardiana (2018) kebersihan lingkungan mempunyai arti sebuah keadaan bebas dari kotoran, termasuk di antaranya debu, sampah, dan bau.

Lingkungann yang nyaman secara tidak langsung akan mempercepat kesembuhan pasien, memudahkan perawat dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien, mencegah dan meminimalkan terjadinya insiden kepada pasien.

e. Kondisi Bangunan Yang Baik

Bangunan gedung adalah wujud fisik dari hasil pekerjaan konstruksi yang menyatu dengan tempat kedudukannya, sebagai atau seluruhnya berada diatas dan/atau di dalam tanah dan/atau air, yang berfungsi sebgaai tempat manusia melakukan kegiatannya, baik untuk hunian (tempat tinggal), kegiatan keagamaan, kegiatan usaha, kegiatan sosial, budaya, maupun kegiatan khusus (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 28 Tahun, 2002). Jadi bangunan gedung dapat mempengaruhi pelaksanaan budaya keselamatan pasien. Karena jika bangunan gedung yang baik maka seseorang dapat melakukan pekerjaan dengan baik dan memberikan kenyamanan kepada pasien dan perasaan aman. Sehingga dapat mengurangi risiko terjadi insiden.

2.5.5. Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Pada saat ini telah banyak dilakukan penelitian untuk mengukur budaya keselamatan pasien dengan menggunakan instrument “*Hospital Survey On Patient Safety Culture*” (HSOPSC) yang dirancang oleh AHRQ Versi 2.0. Pada tahun 2019 AHRQ mengeluarkan update instrumen. HSOPCS terbagi berdasarkan 10 dimensi budaya keselamatan pasien. HSOPCS merupakan sebuah survey bagi seluruh pegawai rumah sakit yang didesain untuk membantu rumah sakit menilai budaya keselamatan pasien di institusinya.

Dimensi penilaian *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC, 2019) tahun 2019 yang berjumlah 10 dimensi Versi 2.0 tersebut adalah :

a. Dimensi Kerja Tim

Dimensi kerja tim dalam unit merupakan pendukung terwujudnya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, apabila terbentuk kerjasama yang solid antara staf dan antara tim. Dimensi ini merupakan karakteristik yang berfungsi baik pada proses pengambilan keputusan maupun pengambilan kebijakan.

b. Dimensi Kepegawaian Dan Kecepatan Kerja

Kinerja pegawai yang tenggang juga merupakan salah satu penyebab insiden keselamatan pasien yang merupakan kombinasi dari kegagalan sistem. Peluang insiden terjadi akibat dari kondisi-kondisi tertentu seperti Kerja pegawai dengan beban kerja yang berlebihan, staf bekerja dengan jam yang tidak sesuai dan mengerjakan pekerjaan dengan tergesa-gesa. Kondisi yang memudahkan terjadinya kesalahan misalnya gangguan lingkungan dan *teamwork* yang tidak berjalan (Cahyono, 2008).

c. Dimensi Pembelajaran Organisasi-Peningkatan Berkesinambungan

Menurut *Agency for healthcare Research and quality* (2004), pembelajaran organisasi dan peningkatan berkelanjutan dapat dinilai dari adanya budaya belajar pada organisasi yang menganggap kesalahan membawa perubahan positif dan perubahan dievaluasi untuk efektivitas. Hal ini sejalan dengan pendapat Pam Marshall dan Rob Robson (2005) yang mengemukakan bahwa kelanjutan akan kesalahan yang membuat organisasi memilih untuk tidak melaporkan kesalahan

tersebut akan menghilangkan kesempatan organisasi tersebut untuk belajar, berubah dan melakukan perbaikan.

d. Dimensi Respon terhadap kesalahan

Mewujudkannya dimensi kesalahan merupakan wujud untuk melakukan evaluasi dan korelasi terhadap kesalahan yang dilakukan oleh petugas, bukan sebagai alat untuk mencari kesalahan. Sehingga kesalahan yang dilakukan diharapkan dijadikan sebagai pelajaran berharga dan sanksi yang diberikan sebagai efek jera sehingga tidak mengulangi kesalahan yang sama atau melakukan kesalahan lainnya.

e. Dimensi Supervisor, Manajer, Atau Pimpinan Klinis Untuk Mendukung Keselamatan Pasien

Dalam suatu organisasi peran *supervisor*, manajer, atau pemimpin klinis sangat dominan dalam menentukan kegagalan dan keberhasilan suatu organisasi. Pada dimensi ini mengarah kepada kemampuan pemimpin dalam melaksanakan fungsi *controlling* dan *evaluating* melalui kegiatan *supervise* sehingga bisa mengetahui apakah segala sesuatunya berjalan sesuai dengan aturan serta untuk mengetahui permasalahan yang terjadi beserta mencari solusinya dan tidak mengambil jalan pintas untuk menangani kesalahan dalam melakukan keselamatan pasien.

f. Dimensi Komunikasi Tentang Kesalahan

Menurut AHRQ (2004), kesalahan dalam mengukur budaya keselamatan pasien dapat dilihat dari informasi yang diterima staf mengenai kesalahan yang terjadi seperti umpan balik yang diberikan tentang perubahan implementasian, dan

membahas cara-cara untuk mencegah terjadinya kesalahan. Adanya umpan balik mengenai kesalahan yang telah terjadi sangat berperan penting dalam menginformasikan staf untuk waspada terhadap potensi kesehatan yang mungkin timbul pada saat proses pelayanan kepada pasien berlangsung.

g. Dimensi Keterbukaan Komunikasi

Dimensi keterbukaan komunikasi sangat diperlukan guna membangun budaya keselamatan pasien. Staf mempunyai kebebasan mengemukakan pendapat apabila menjumpai sesuatu yang bisa berdampak negative pada seseorang pasien dan merasa bebas mengajukan pertanyaan-pertanyaan dengan lebih berani (AHRQ, 2016). Komunikasi adalah pemindahan informasi yang bisa dimengerti dari satu orang atau kelompok kepada orang atau kelompok lainnya. Rasa saling percaya adalah syarat untuk menumbuhkan kerja sama dan komunikasi yang baik.

h. Melaporkan Peristiwa Keselamatan Pasien

Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran. Sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya/potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. pelaporan juga digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya error sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya (KKP-RS, 2017). Pelaporan tidak bertujuan untuk mencari kesalahan petugas tetapi untuk dijadikan sebagai usaha perbaikan pelayanan kesehatan dalam suatu rumah sakit.

i. Dukungan Manajemen Rumah Sakit Untuk Keselamatan Pasien

Dimensi dukungan manajemen adalah manajemen adalah manajemen rumah sakit menyediakan iklim kerja yang mendukung keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas (AHRQ, 2016). Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien tertuang pada (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 28 Tahun, 2002) yaitu : Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”, Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden, Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien, Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien, Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

j. Dimensi Serah Terima Dan Pertukaran Informasi

Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran. Sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya/potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. pelaporan juga digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya error sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya (KKP-

RS, 2017). Pelaporan tidak bertujuan untuk mencari kesalahan petugas tetapi untuk dijadikan sebagai usaha perbaikan pelayanan kesehatan dalam suatu rumah sakit.

2.5.6. Komposit SBKPRS (Survei Budaya Keselamatan Pasien)

1. Kerja Tim

- a) A1. Di unit ini, kami bekerja sama sebagai tim yang efektif.
- b) A8. Selama masa sibuk, staf di unit ini saling membantu.
- c) A9r. Ada masalah dengan perilaku tidak sopan oleh mereka yang bekerja di unit ini (kata-kata negative).

2. Kepegawaian dan kecepatan Kerja

- a) A2. Di unit ini, kami memiliki staf yang cukup untuk menangani beban kerja.
- b) A3r. Staf di unit ini bekerja lebih lama daripada yang terbaik untuk perawatan pasien. (kata-kata negatif).
- c) A5r. Unit ini terlalu mengandalkan staf sementara, float, atau PRN. (Kata-kata negatif).
- d) A11r. Kecepatan kerja di unit ini sangat terburu-buru sehingga berdampak negative pada keselamatan pasien. (kata-kata negatif).

3. Pembelajaran Organisasi-Peningkatan Berkesimbangan

- a) A4. Unit ini secara teratur meninjau proses kerja untuk menentukan apakah perubahan diperlukan untuk meningkatkan keselamatan pasien.
- b) A12. Di unit ini, perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien dievaluasi untuk melihat seberapa baik mereka bekerja.

- c) A14r. unit ini memungkinkan masalah keselamatan pasien yang sama terus terjadi. (kata-kata negatif).
4. Respon terhadap kesalahan
- a) A6r. Di unit ini, staf merasa kesalahan mereka ditahan. (kata-kata negatif).
 - b) A7r. saat suatu peristiwa dilaporkan di unit ini, rasanya orang tersebut sedang ditulis, bukan masalahnya. (kata-kata negatif).
 - c) A10. Ketika staf membuat kesalahan, unit ini berfokus pada pembelajaran daripada menyalahkan individu.
 - d) A13r. di unit ini, kurangnya dukungan dari staf yang terlibat dalam kesalahan keselamatan pasien. (kata-kata negatif).
5. *Supervisor*, manajer, atau dukungan pimpinan klinis untuk kesalahan pasien
- a) B1. Supervisor, manajer, atau pemimpin klinis saya secara serius memperhatikan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien.
 - b) B2r. Supervisor, manajer, atau pemimpin klinis saya ingin agar kami bekerja lebih cepat selama waktu sibuk, meskipun itu berarti mengambil jalan pintas. (kata-kata negatif).
 - c) B3. Supervisor, manajer, atau pemimpin klinis saya mengambil tindakan untuk mengatasi masalah keselamatan pasien yang menjadi perhatian mereka.
6. Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan
- a) (Tidak Pernah, Jarang, Terkadang, Seringkali, Selalu, Tidak Berlaku atau Tidak Tahu).

- b) C1. Kami diberitahu tentang kesalahan yang terjadi di unit ini.
 - c) C2. Ketika kesalahan terjadi dalam unit ini, kami membahas cara-cara untuk mencegahnya terjadi lagi.
 - d) C3. Di unit ini, kami diinformasikan tentang perubahan yang dibuat berdasarkan laporan acara.
7. Keterbukaan komunikasi
- a) C4. Di unit ini, staf angkat bicara jika mereka melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada perawatan pasien.
 - b) C5. Ketika staf di unit ini melihat seseorang dengan otoritas lebih melakukan sesuatu yang tidak aman untuk pasien, mereka angkat bicara.
 - c) C6. Ketika staf di unit ini angkat bicara, mereka yang memiliki otoritas lebih terbuka terhadap masalah keselamatan pasien mereka.
 - d) C7r. Di unit ini, staf takut untuk bertanya jika ada yang tidak beres (kata-kata negatif).
8. Melaporkan peristiwa keselamatan pasien
- a) D1. Ketika kesalahan diketahui dan diperbaiki sebelum sampai ke pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan?
 - b) D2. Ketika Kesalahan mencapai pasien dan dapat membahayakan pasien, tetapi tidak seberapa sering hal ini dilaporkan?
9. Dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien
- a) F1. Tindakan manajemen rumah sakit menunjukkan bahwa keselamatan pasien menjadi prioritas utama.

- b) F2. Manajemen rumah sakit menyediakan sumber daya yang memadai untuk meningkatkan keselamatan pasien.
 - c) F3r. Manajemen rumah sakit tampaknya tertarik pada keselamatan pasien hanya setelah kejadian buruk terjadi. (kata-kata negative).
10. Serah terima dan pertukaran informasi
- a) F4r. Saat memindahkan pasien dari satu unit ke unit lain, informasi penting sering kali ditinggalkan. (kata-kata negatif).
 - b) F5r. selama pergantian shift, informasi penting persawatan pasien sering kali diabaikan. (kata-kata negatif).
 - c) F6. Selama pergantian shift, tersedia waktu yang cukup untuk bertukar semua informasi penting perawatan pasien.

2.5.7 Kategori Budaya Keselamatan Pasien

Kategori keselamatan pasien dibagi menjadi 3 kategori yaitu budaya baik, budaya sedang, dan budaya kurang berdasarkan pedoman *hospital survey on patient safety culture* yang dilakukan AHRQ yaitu sebagai berikut ini :

1. Baik apabila rata-rata responden memiliki respon positif $\geq 75\%$.
2. Sedang apabila rata-rata responden memiliki respon positif $\geq 50\%$ dan $< 75\%$
3. Kurang apabila rata-rata responden memiliki respon positif $< 50\%$.

2.6 Pelayanan Rawat Inap

2.6.1 Pengertian Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap adalah suatu kelompok pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit yang merupakan gabungan dari beberapa fungsi pelayanan.

Kategori pasien yang masuk rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi ketat karena penyakitnya. Menurut Revans bahwa pasien yang masuk pada pelayanan rawat inap mengalami proses transformasi, yaitu (Tethool et al., 2019) :

- a. Tahap *Admission*, yaitu pasien dengan penuh kesabaran dan keyakinan dirawat tinggal di rumah sakit.
- b. Tahap *Diagnosis*, yaitu pasien diperiksa dan ditegakkan diagnosis.
- c. Tahap *Treatment*, yaitu berdasarkan diagnosis pasien dimasukkan dalam program perawatan dan terapi.
- d. Tahap *Inspection*, yaitu secara terus-menerus diobservasi dan dibandingkan pengaruh serta respon pasien atas pengobatan
- e. Tahap *Control*, yaitu setelah dianalisis kondisinya, pasien dipulangkan. Pengobatan diubah atau diteruskan, namun dapat juga kembali ke proses untuk diagnosa ulang.

Kualitas pelayanan rawat inap menurut Jacobalis menyampaikan bahwa kualitas pelayanan kesehatan di ruang rawat inap rumah sakit dapat diuraikan dari beberapa aspek, diantaranya adalah (Hadijah, 2016) :

- a. Menampilan Keprofesian atau Aspek Klinis : Aspek ini menyangkut pengetahuan, sikap dan perilaku dokter dan perawat dan tenaga profesi lainnya.
- b. Efisiensi dan Efektivitas : Aspek ini menyangkut pemanfaatan semua sumber daya di rumah sakit agar dapat berdaya guna dan berhasil guna.

- c. Keselamatan Pasien : Aspek ini menyangkut keselamatan dan keamanan pasien.
- d. Kepuasan Pasien : Aspek ini menyangkut kepuasan fisik, mental dan social pasien terhadap lingkungan rumah sakit, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan, perhatian, biaya yang diperlukan dan sebagainya.