

Editor : Yafi Sabila Rosyad

BUDAYA KESELAMATAN
PASIEN RUMAH SAKIT

Dalam perspektif keperawatan



Basok Buhari
Dian Octavia
Rian Maylina
Sari



**Basok Buhari
Dian Octavia
Rian Maylina Sari**

BUDAYA KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT Dalam Perspektif Keperawatan

Editor :
Yafi Sabila Rosyad



BUDAYA KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT
Dalam Perspektif Keperawatan

Penulis

Basok Buhari
Dian Octavia
Rian Maylina Sari

Tata Letak

Ulfa

Editor

Yafi Sabila Rosyad

Desain Sampul

Faizin

15.5 x 23 cm, vi + 66 hlm.
Cetakan I, Juli 2022

ISBN: 978-623-466-078-4

Diterbitkan oleh:

ZAHIR PUBLISHING

Kadisoka RT. 05 RW. 02, Purwomartani,
Kalasan, Sleman, Yogyakarta 55571
e-mail : zahirpublishing@gmail.com

Anggota IKAPI D.I. Yogyakarta
No. 132/DIY/2020

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

Dilarang mengutip atau memperbanyak
sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari penerbit.

PRAKATA

Keselamatan pasien menjadi sesuatu hal yang esensial dalam praktik layanan kesehatan, khususnya dirumah sakit baik pemerintah maupun swasta. Esensialnya terlihat bahwa keselamatan pasien menjadi langkah untuk memperbaiki mutu layanan yang berkualitas. Penilaian mutu rumah sakit didapatkan melalui sistem akreditasi, salah satunya adalah sasaran keselamatan pasien karena telah menjadi prioritas untuk layanan kesehatan di seluruh dunia. Strategi penerapan *patient safety* telah dilakukan dengan berbagai upaya di lingkungan rumah sakit dalam memenuhi ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko pasien jatuh.

Peningkatan penerapan keselamatan pasien tergantung pada efektifitas perawat dalam menerapkan asuhan yang aman dengan memperhatikan regulasi-regulasi dan sesuai standar perosedur yang berlaku. Selain itu, dalam menjamin tidak terjadinya insiden-insiden pada pasien tidak hanya staf atau perawat saja yang berperan penting namun terdapat beberapa faktor yang sangat berpeluang berkontribusi menyebabkan terjadinya insiden keselamatan pasien. Menurut *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* (2016) ada 6 faktor utama yaitu; *Team work climate*, *safety climate*, kepuasan kerja, persepsi manajemen, lingkungan kerja dan *stress recognition*. Oleh karena itu, untuk menentukan faktor-faktor yang berkontribusi secara signifikan terhadap penerpaan keselamatan pasien dirumah sakit diperlukan kajian yang mendalam secara ilmiah. Penulis telah melakukan riset terkait dengan budaya keselamatan pasien rumah sakit.

Buku ini ditulis dalam rangka publikasi hasil riset yang penulis lakukan terkait dengan budaya keselamatan pasien rumah sakit. Penulis buku ini tidak terlepas dari upaya penulis untuk memperkaya referensi bahan kajian dan sebagai referensi bagi para peneliti selanjutnya. Buku ini ditulis dalam format buku referensi dari hasil penelitian.

Kajian pada isi buku ini tidak akan sukses tanpa kerjasama dan dukungan dari berbagai pihak. Pertama, penulis menyampaikan terimakasih banyak yang tak terhingga kepada seluruh perawat-perawat rumah sakit yang telah berperan aktif terlibat dalam mensukses pengumpulan data yang dilakukan. Seterusnya, penulis juga mengucapkan terimakasih kepada institusi pendidikan tinggi tempat penulis mengabdikan yaitu Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi atas dukungan dan supportnya selama penyelesaian buku ini.

Jambi, Mei 2022

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
BAB I	
PENDAHULUAN.....	1
BAB II	
KONSEP DASAR KESELAMATAN PASIEN.....	7
A. Definisi Keselamatan Pasien	7
B. Tujuan Keselamatan pasien	8
C. Sasaran Keselamatan Pasien.....	9
D. Insiden Keselamatan Pasien.....	10
E. Fakta Riset Terkait Penerapan Keselamatan Pasien	11
BAB III	
INSTRUMEN PENILAIAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN	13
A. Instrumen <i>Safety Attitude Questionnaire</i> (SAQ).....	13
B. Instrumen <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (HSOPC).....	15
BAB IV	
STANDAR AKREDITASI BERFOKUS PADA SASARAN KESELAMATAN PASIEN.....	21
A. Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien	21
B. Sasaran II : Peningkatan Komunikasi yang Efektif	23
C. Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai	25
D. Sasaran IV : Kepastian Tepat Lokasi, Prosedur dan Pasien Operasi.....	31
E. Sasaran V : Pengurangan Risiko Infeksi	33
F. Sasaran VI : Pengurangan Risiko Pasien Jatuh.....	34

BAB V	
FAKTOR <i>SAFETY CLIMATE</i> DAN <i>TEAM WORK CLIMATE</i>	
DALAM PENERAPAN KESELAMATAN PASIEN.....	37
A. <i>Safety Climate</i>	37
B. <i>Team Work Climate</i>	38
BAB VI	
FAKTOR ORGANISASI (MANAJEMEN & LINGKUNGAN	
KERJA) DALAM PENERAPAN KESELAMATAN PASIEN	
RUMAH SAKIT.....	41
A. Persepsi Terhadap Manajemen.....	41
B. Lingkungan Kerja.....	43
BAB VII	
FAKTOR KEPUASAN & STRES REKOGNISI DALAM	
PENERAPAN KESELAMATAN PASIEN	47
A. Kepuasan Kerja Perawat.....	47
B. Stress Rekognisi.....	49
DAFTAR PUSTAKA	57
DAFTAR ISTILAH.....	66
TENTANG PENULIS	68

BAB I

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien merupakan komponen vital dan penting dalam asuhan serta langkah untuk memperbaiki mutu layanan yang berkualitas (Findyartini *et al*, 2015; Cahyono S.B, 2008). Penilaian mutu rumah sakit didapatkan melalui sistem akreditasi, salah satunya adalah sasaran keselamatan pasien karena telah menjadi prioritas untuk layanan kesehatan di seluruh dunia (*Join Commission International*, 2015; Cosway, Stevens, & Panesar, 2012). Salah satu langkah memperbaiki mutu pelayanan melalui penerapan *keselamatan pasien* di rumah sakit.

Strategi penerapan *keselamatan pasien* telah dilakukan dengan berbagai upaya di lingkungan rumah sakit. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (2012) menjelaskan penerapan *keselamatan pasien* harus memenuhi dalam ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko pasien jatuh. Sementara *Join Commission International* (2015) dan WHO juga telah mengeluarkan "*Nine Life-Saving Keselamatan pasien Solutions*". Kenyataannya, permasalahan *keselamatan pasien* meskipun telah terakreditasi masih banyak terjadi di seluruh negara di dunia.

Berdasarkan beberapa penelitian dalam pengukuran terhadap pelaporan *Keselamatan pasien* pada beberapa rumah sakit di dunia yang telah terakreditasi JCI. Penelitian Pham. JC *et al* (2016) dilakukan di 11 rumah sakit dari 5 negara terdapat 52 insiden *keselamatan pasien* yaitu Hongkong 31%, Australia 25%, India 23%, Amerika 12% dan Kanada 10%. Sementara di Brazil kejadian *adverse event* di rumah sakit diperkirakan 7,6% (Duarte, Euzébia, & Santos, 2017).

Dari beberapa hasil penelitian ini bahwa insiden keselamatan pasien masih banyak di temukan di berbagai negara termasuk di Indonesia.

Pelaporan data di Indonesia tentang insiden *keselamatan pasien* belum banyak dilakukan oleh rumah sakit di Indonesia. Data yang dimiliki KKP-RS dari September 2006-2012 berdasarkan jenis insiden; KTD sebanyak 249 laporan, KNC sebanyak 283 laporan. Berdasarkan unit penyebab; keperawatan 207 laporan, farmasi 80 laporan, laboratorium 41 laporan, dokter 33 laporan dan sarana prasarana sebesar 25 laporan. Data berdasarkan provinsi yaitu terbanyak di Banten 125 laporan, Jakarta 105 laporan dan terendah di Riau 5 laporan, sementara di Jambi 1-6 kejadian insiden keselamatan pasien terjadi dalam satu tahun (Elrifda, 2011). Berdasarkan kepemilikan rumah sakit; Pemerintah 108, swasta 290 laporan, TNI/Polri 9 laporan (KKP-RS, 2012).

Berdasarkan beberapa penelitian terkait penerapan keselamatan pasien di rumah sakit yang telah terakreditasi versi 2012 di Indonesia. Penelitian Nurmalia & Nivalinda (2016) pada rumah sakit pemerintah di Semarang bahwa sebesar 56,2% mentoring pelaksanaan *Keselamatan pasien* masih kurang baik, sementara di rumah sakit swasta panti waluya sawahan Malang oleh Harus Bernadeta (2015) dilaporkan data KTD 9 insiden (41%), KNC 6 insiden (27%), KPC 5 insiden (23%), KTC 2 insiden (9%). Data insiden *Keselamatan pasien* masih banyak ditemukan baik di rumah sakit pemerintah maupun swasta meskipun telah lulus akreditasi, sehingga dapat menimbulkan dampak negatif terhadap pelayanan kesehatan.

Dampak yang terjadi akibat rumah sakit tidak menerapkan *keselamatan pasien* dapat terjadi penurunan mutu pelayanan rumah sakit. Penelitian Swift (2017) di rumah sakit Amerika Serikat menemukan bahwa pasien yang mengalami peristiwa KTD mengakibatkan kerugian biaya sekitar \$500.000 atau diasuransikan sebesar \$1 juta per kesalahan. Penelitian oleh Gerven *et al.* (2016) bahwa sekitar 15% profesional kesehatan mempertimbangkan untuk meninggalkan profesinya akibat kesalahan yang dilakukan.

Professional kesehatan ini lebih cenderung dialami oleh pelayanan perawat

Perilaku perawat dalam melaksanakan *Keselamatan pasien* dipengaruhi oleh berbagai macam faktor yang berkontribusi terhadap insiden *keselamatan pasien*. Menurut *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* (2016) ada 6 domain yang di nilai yaitu; *Team work climate*, kepuasan kerja, persepsi manajemen, budaya keselamatan, lingkungan kerja dan *stress recognition*. Hal ini juga di ungkapkan oleh Anderson & Kodate (2015) yang menyatakan faktor yang berpengaruh *keselamatan pasien* melibatkan faktor organisasi, budaya keselamatan dan gaya kepemimpinan/manager. WHO (2017) mengungkapkan berbagai faktor mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien meliputi; faktor eksternal rumah sakit, faktor organisasi dan manajemen, lingkungan kerja, kerjasama tim, petugas, beban kerja, pasien dan komunikasi.

Faktor *team work* menjadi alasan terjadinya risiko ataupun kesalahan. Penelitian oleh Raftopoulos, *et al.* (2013) diperoleh hasil bahwa 57,95% *Keselamatan pasien* dipengaruhi oleh *team work* di bandingkan dengan faktor lainnya. Sedangkan faktor kepuasan kerja juga berpotensi meningkatkan *Keselamatan pasien* karena memiliki korelasi yang erat dengan kinerja di bidang keperawatan (Platis, Reklitis, & Zimeras, 2015). Penelitian di Indonesia, di rumah sakit haji Jakarta terdapat 45,3% kepuasan kerja perawat rendah.

Faktor manajemen ikut berperan sebagai faktor yang berkontribusi. Menurut KKPRS (2015) bahwa menciptakan kepemimpinan dan manajemen dengan budaya yang terbuka dan adil merupakan langkah pertama dalam menerapkan keselamatan pasien rumah sakit. Sementara faktor budaya keselamatan dilihat dari sebuah penelitian multisenter dengan menggunakan *Survey Attitude Questionnaire (SAQ)* menemukan bahwa lama hari rawat meningkat 15% untuk setiap penurunan nilai budaya keselamatan sebesar 10% (Tetuan *et al.*, 2017). Sedangkan faktor Lingkungan kerja juga sangat dibutuhkan agar organisasi dapat memiliki komitmen

yang tinggi dalam menerapkan mutu melalui *Keselamatan pasien* (Henriksen, *et. al*, 2008).

Faktor lain adalah faktor stress dan komunikasi yang memberikan indikasi seberapa besar keefektifan dalam penerapan *keselamatan pasien*. Berdasarkan penelitian Milunitinovici (2012) bahwa stress yang dirasakan perawat merupakan masalah kedua setelah masalah kesehatan yang dirasakan oleh perawat yang dapat menurunkan produktivitas kerja. Sedangkan dari sebuah analisis yang dilakukan oleh *Join Commision International* (JCI) menunjukkan bahwa 70% dari kasus *Keselamatan pasien* adalah adanya faktor kegagalan komunikasi (EL-Jardadali *et al.*, 2011). Faktor-faktor ini sangat perlu diperhatikan dan dijalankan oleh rumah sakit baik pemerintah maupun swasta.

Rumusan masalah dalam menyusun buku ini adalah dalam rangka optimalisasi pelaksanaan budaya keselamatan pasien dirumah sakit untuk meminimalkan insiden keselamatan pasien serta kestabilan pencapaian standar akreditasi.

Menyadari pentingnya kajian tentang budaya keselamatan pasien dirumah sakit berdasarkan peran perawat maka penulisan buku ini dimaksudkan untuk menyajikan kajian dan mendeskripsikan konsep dasar keselamatan pasien dan beberapa faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien dirumah sakit. Menurut *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (2016) ada 6 domain yang di nilai yaitu; *Team work climate*, kepuasan kerja, persepsi manajemen, budaya keselamatan, lingkungan kerja dan *stress recognition*. Hal ini juga di ungkapkan oleh Anderson & Kodate (2015) yang menyatakan faktor yang berpengaruh *keselamatan pasien* melibatkan faktor organisasi, budaya keselamatan dan gaya kepemimpinan/manager. WHO (2017) mengungkapkan berbagai faktor mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien meliputi; faktor eksternal rumah sakit, faktor organisasi dan manajemen, lingkungan kerja, kerjasama tim, petugas, beban kerja, pasien dan komunikasi.

Buku ini tidak hanya menyajikan teori terkait budaya keselamatan pasien, namun juga menyajikan hasil penelitian yang ditemukan

penulis serta berbagai penelitian oleh beberapa pakar, antara lain; Anderson & Kodate (2015), Henriksen (2008), Raftopoulos, *et al.* (2013), Milunitinovici (2012), serta banyak lagi penelitian lainnya yang terkait dengan budaya keselamatan pasien. Berdasarkan studi empirik yang dilakukan penulis terhadap penelitian serta didukung oleh pengalaman penulis, maka budaya keselamatan pasien yang menjadi fokus utama dalam bahasan buku ini terbagi menjadi bagian, antara lain: 1) Konsep dasar keselamatan pasien; 2) Instrumen Pengukuran budaya keselamatan pasien; 3) Standar akreditasi yang berfokus pada sasaran keselamatan pasien dan; 4) faktor budaya keselamatan pasien (iklim tim kerja, kepuasan kerja perawat, persepsi manajemen, iklim keselamatan, lingkungan kerja, stres rekognisi dan komunikasi).

Akhirnya, buku ini akan membahas faktor budaya keselamatan pasien dalam hubungannya dengan penerapan sasaran keselamatan pasien pada perawat dirumah sakit. Urgensinya mengangkat faktor-faktor tersebut dalam kaitannya dengan penerapan sasaran keselamatan pasien didasarkan pada sejumlah teori-teori dan didukung oleh suatu kenyataan bahwa rendahnya penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat disebabkan rendahnya budaya keselamatan yang ada dirumah sakit.

Di dalam buku ini, tersaji sejumlah materi tentang keselamatan pasien yang dikaji dari berbagai faktor yang mempengaruhinya. Secara berturut-turut, isi buku ini terbagi dalam empat bagian utama, yaitu 1) Konsep dasar keselamatan pasien; 2) Instrumen Pengukuran budaya keselamatan pasien; 3) Standar akreditasi yang berfokus pada sasaran keselamatan pasien dan; 4) faktor budaya keselamatan pasien (iklim tim kerja, kepuasan kerja perawat, persepsi manajemen, iklim keselamatan, lingkungan kerja, stres rekognisi dan komunikasi).

Metode pemecahan masalah yang digunakan dalam buku ini didasarkan pada metode penelitian yang dilakukan penulis terhadap penelitian. Dalam memecahkan masalah penerapan sasaran keselamatan oleh perawat, penulis menggunakan metode

crosssectional dengan tujuan mengidentifikasi hubungan faktor-faktor budaya keselamatan pasien dengan penerapan sasaran keselamatan pasien. Selain itu, penulis juga mengidentifikasi faktor budaya keselamatan pasien paling dominan yang mempengaruhinya.

Instrumen pengumpulan data dalam pemecahan masalah yang penulis lakukan menggunakan 2 (dua) bagian kuesioner utama. *Pertama*, kuesioner pengukuran penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat yang mengacu pada enam sasaran keselamatan pasien berdasarkan Permenkes (2017) meliputi ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi efektif, keamanan obat, ketepatan lokasi, prosedur dan pasien, mengurangi risiko infeksi dan mengurangi risiko jatuh. *Kedua*, instrument faktor budaya keselamatan pasien menggunakan *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ) (2016) yang di kembangkan oleh AHRQ. Instrument ini sangat sesuai digunakan untuk melihat faktor yang berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien, hal ini dikarenakan penerapan keselamatan pasien merupakan kinerja dan sikap perawat dalam melaksanakan sasaran keselamatan pasien. Pengukuran uji terhadap pemecahan masalah ini menggunakan uji chi-square dan multivariat regresi logistik.

BAB II

KONSEP DASAR KESELAMATAN PASIEN

A. Definisi Keselamatan Pasien

Rumah sakit sebagai institusi pemberi pelayanan kesehatan harus dapat menjamin pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien melalui penerapan keselamatan pasien. Menurut Duarte, Euzébia, & Santos (2017) bahwa keselamatan pasien merupakan tindakan untuk mengurangi risiko kerusakan yang tidak diinginkan terkait dengan perawatan kesehatan, sehingga tingkat kejadian karena kesalahan perawatan medis. Sedang menurut Susam Ozsayin & Turkan Ozbayir (2016) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai pencegahan bahaya yang bisa datang ke pasien. Dengan demikian, keselamatan pasien meminimalkan kemungkinan kesalahan dan memaksimalkan kemungkinan pencegahan berdasarkan batasan yang telah di tentukan.

Batasan tentang keselamatan pasien di rumah sakit dikeluarkan oleh Permenkes RI (2017) & KKP-RS (2012) yaitu sebagai suatu sistem agar asuhan yang diberikan pada pasien lebih aman. Hal ini mencakup assesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis. sistem tersebut meliputi: assesmen resiko, identifikasi dan pengobatan hal yang berhubungan dengan resiko 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.

Beberapa pakar mendefinisikan keselamatan pasien adalah bebas dari cedera fisik dan psikologis yang menjamin keselamatan pasien, melalui penetapan sistem operasional, meminimalisasi

terjadinya kesalahan, mengurangi rasa tidak aman pasien dalam system perawatan kesehatan dan meningkatkan pelayanan optimal (Canadian Nursing Association, 2009; KKPRS, 2015; WHO, 2017).

B. Tujuan Keselamatan pasien

Tujuan keselamatan pasien adalah terciptanya budaya keselamatan rumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya KTD di rumah sakit dan terlaksananya program-program pencegahan agar tidak terjadi pengulangan KTD (KKPRS, 2015). Hal ini juga di ungkapkan oleh Haerkens, *et al* (2016) bahwa Keselamatan pasien juga bertujuan sebagai penghindaran, pencegahan, dan perbaikan kejadian buruk atau luka yang berasal dari proses perawatan kesehatan. Tujuan keselamatan pasien menurut *The Joint Commission* (2015) yaitu:

1. Meningkatkan keakuratan identifikasi pasien dengan menggunakan dua identitas pasien untuk mengidentifikasi serta mengeliminasi kesalahan transfusi.
2. Meningkatkan komunikasi di antara pemberi pelayanan kesehatan dengan menggunakan prosedur komunikasi, secara teratur melaporkan informasi yang bersifat kritis, memperbaiki pola serah terima pasien
3. Meningkatkan keselamatan penggunaan pengobatan dengan cara pemberian label pada obat, mengurangi bahaya dari penggunaan antikoagulan.
4. Mengurangi risiko yang berhubungan dengan infeksi dengan mencuci tangan yang benar, mencegah resistensi penggunaan obat infeksi, menjaga *central line* penyebaran infeksi melalui darah.
5. Menggunakan pengobatan selama perawatan secara akurat dan lengkap, mengkomunikasikan pengobatan kepada petugas selanjutnya, membuat daftar pengobatan pasien, mengupayakan pasien mendapatkan pengobatan seminimal mungkin.
6. Mengurangi risiko bahaya akibat jatuh.
7. Mencegah terjadinya luka tekan.

8. Organisasi mengidentifikasi risiko keselamatan di seluruh populasi pasien.
9. Protokol umum untuk mencegah kesalahan tempat, salah prosedur dan orang pada saat tindakan operasi.

Segala upaya dilakukan untuk menjamin asuhan yang diberikan terbebas dari kesalahan dan cedera yang dapat merugikan pasien dan keluarganya. Rekomendasi dari *Institute Of Medicine* berupa empat rangkaian pendekatan dalam mencapai keselamatan pasien:

1. Meningkatkan kemampuan *leadership*, penelitian, protocol untuk meningkatkan pengetahuan dasar tentang *safety*.
2. Identifikasi dan belajar dari kesalahan yang terjadi dengan mengembangkan sistem pencatatan dan pelaporan pada setiap kejadian yang ada.
3. Meningkatkan standar kerja dan standar harapan untuk meningkatkan keselamatan melalui pembelajaran dari kesalahan.
4. Mengimplementasikan sistem keselamatan pada organisasi untuk menjamin praktik yang aman pada setiap tingkatan pelayanan (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Masalah keselamatan pasien di rumah sakit merupakan masalah yang perlu ditangani dengan segera. Kegiatan program keselamatan pasien di rumah sakit terdiri dari: standar keselamatan pasien, tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit, sembilan solusi keselamatan pasien di rumah sakit, dan sasaran keselamatan rumah sakit (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Berdasarkan dari tujuan dan upaya dalam menjamin keselamatan pasien dapat ditarik benang merah yaitu keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan akuntabilitas dan mutu pelayanan rumah sakit dengan menjamin asuhan yang diberikan kepada masyarakat terbebas dari kesalahan dan *medical error*.

C. Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah

Sakit. Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini.

Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut: ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko pasien jatuh (Kementerian Kesehatan RI, 2017; KARS, 2015).

D. Insiden Keselamatan Pasien

Kondisi keselamatan pasien yang tidak dijaga dan tidak diterapkan kepada pasien akan menimbulkan insiden keselamatan pasien. Menurut Pham. JC *et al* (2016) bahwa Insiden keselamatan pasien disebut Sebagai *adverst event*, insiden, atau kejadian keselamatan pasien dan Pendekatan tradisional untuk menganalisis insiden dalam pelayanan kesehatan adalah Root Cause Analyze (RCA). Dalam Permenkes nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien rumah sakit dijelaskan bahwa insiden keselamatan pasien disebut insiden yaitu setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera. adapun

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang

mengakibatkan kematian atau cedera yang serius (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Pelaporan insiden keselamatan pasien memberikan kesempatan untuk pembelajaran organisasi, yang secara ideal mengarah pada peningkatan keselamatan pasien (Mykietiak, Concannon, & Curzon, 2017). Sedangkan menurut Westhuizen & Stanz (2017) bahwa Pelaporan insiden kritis merupakan bagian penting Dari proses pembelajaran dan pelaporan kejadian yang tidak diinginkan kemungkinan akan memiliki efek negatif pada probabilitas dan tingkat keparahan kejadian di masa depan, pembelajaran organisasi selanjutnya serta sistem kinerja. Insiden keselamatan pasien dalam kesehatan telah menjadi sasaran kekhawatiran di seluruh dunia, namun upaya untuk menghentikan kerusakan yang disebabkan oleh bantuan yang tidak aman tetap tidak mencukupi, dan tingkat iatrogenik tetap mengkhawatirkan.

Beberapa laporan terkait insiden keselamatan pasien banyak di temukan di dunia penelitian Duarte *et al.* (2017) menunjukkan bahwa 10% pasien yang dirawat di rumah sakit menderita Adverst event yang dapat dicegah dan di negara-negara seperti Argentina, Kolombia, Kosta Rika, Meksiko dan Peru, prevalensi Adverse event diperkirakan 10,5% dari total 11.379 pasien rawat inap, sementara di Brasil, evaluasi kejadian insiden keselamatan pasien di rumah sakit diperkirakan 7,6% dan diklasifikasikan sebagai dapat dicegah. Sedangkan penelitian oleh Pham. JC *et al.* (2016) menunjukkan bahwa Insiden berasal dari berbagai area kerja rumah sakit, yang paling sering terjadi dari bangsal medis (37%). Hal ini menunjukkan bahwa insiden keselamatan pasien masih menjadi penyebab dalam pelayanan kesehatan.

E. Fakta Riset Terkait Penerapan Keselamatan Pasien

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan diperoleh hasil lebih dari setengah perawat memiliki penerapan *keselamatan pasien* kurang baik yaitu (59%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari setengah yang memiliki kompetensi, sikap dan

pola perilaku penerapan *keselamatan pasien* rumah sakit terakreditasi yang masih belum sesuai dengan yang diharapkan dalam sasaran *keselamatan pasien*.

Hasil penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian yang dilakukan di rumah sakit terakreditasi di Indonesia. Penelitian Darliana Devi (2016) di Rumah Sakit Banda Aceh menunjukkan bahwa upaya penerapan keselamatan pasien (*keselamatan pasien*) berada dalam kategori kurang baik yaitu sebanyak (64,2%). Penelitian serupa dilakukan oleh Cahyono Agung (2015) di Rumah Sakit Kota Bekasi, menunjukkan bahwa perawat melakukan praktek keselamatan pasien baik sebanyak (76,7%) dan perawat yang melakukan praktek keselamatan pasien kurang baik sebanyak (23,3%).

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian terkait *keselamatan pasien* di rumah sakit bersertifikat *Join Commission International (JCI)* di dunia. Penelitian oleh Austin *et al* (2013), "*The Development of Leapfrog's Composite Keselamatan pasien Score for U.S. Hospitals*" , hasil menunjukkan bahwa terdapat rumah sakit yang memiliki penerapan *keselamatan pasien* negatif dan terendah. Penerapan sasaran *keselamatan pasien* merupakan aspek utama yang harus dipenuhi dalam standar akreditasi. Rumah sakit yang terakreditasi berarti telah memenuhi seluruh elemen-elemen dalam *keselamatan pasien* sehingga yang diharapkan adalah seluruh perawat memiliki penerapan *keselamatan pasien* yang baik yang ditandai dengan tidak adanya insiden *keselamatan pasien* baik kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC) maupun kejadian potensial cedera (KPC). Namun, kenyataannya yang ditemukan dalam penelitian ini bahwa masih terdapat hampir separuh perawat yang tidak menerapkan sasaran dengan baik.

BAB III

INSTRUMEN PENILAIAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

A. Instrumen *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ)

Instrumen *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ) ini dikembangkan oleh Sexton, yang terdiri dari 60 item, 30 di antaranya merupakan item utama yang digunakan dalam riset ini. SAQ memiliki enam domain, yaitu *team work climate*, *safety climate*, kepuasan kerja, persepsi manajemen, stress rekognisi, dan lingkungan kerja, yang masing-masing terdiri beberapa pertanyaan. Semua item dinilai pada skala Likert 5 poin (1= sangat tidak setuju, 2= tidak setuju, 3= netral, 4= setuju, dan 5= sangat setuju). Berikut sebaran pernyataan pada instrumen SAQ dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Instrumen *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ)

Dimensi <i>Safety Attitude Questionnaire</i> (SAQ)	
<i>Team Work Climate</i>	
1. Masukan perawat diterima dengan baik di area klinis ini	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2. Di area klinis ini, sulit untuk berbicara jika saya merasa bermasalah dengan perawatan pasien	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3. Ketidakepakatan di bidang klinis ini diselesaikan dengan tepat (yaitu, bukan siapa yang benar, tapi apa yang terbaik untuk pasien)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4. Saya mendapat dukungan yang saya butuhkan dari personil lain untuk merawat pasien.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
5. Mudah bagi personel di sini untuk mengajukan pertanyaan saat ada sesuatu yang mereka tidak mengerti	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
6. Para dokter dan perawat di sini bekerja sama sebagai tim yang terkoordinasi dengan baik	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Safety Climate	
1. Saya merasa aman merawat pasien di rumah sakit ini.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2. Kesalahan medis ditangani dengan tepat di Rumah sakit ini	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3. Saya tahu sumber yang tepat untuk mengarahkan pertanyaan tentang keselamatan pasien di Rumah sakit ini	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4. Saya menerima umpan balik yang tepat tentang kinerja saya.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
5. Di Rumah sakit ini, sulit untuk membahas kesalahan.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
6. Saya didorong oleh rekan-rekan saya untuk melaporkan masalah keamanan pasien yang mungkin saya miliki	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
7. Budaya di bidang klinis Rumah sakit ini memudahkan belajar dari kesalahan orang lain.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Kepuasan Kerja	
1. Saya menyukai pekerjaan saya	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2. Bekerja di rumah sakit ini seperti menjadi bagian dari keluarga besar	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3. Rumahsakitiniadalahtempatyangbaikuntukbekerja	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4. Saya bangga bekerja di area klinis rumah sakit ini.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
5. Semangat kerja di daerah klinis rumahsakitini tinggi.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Stres Rekognisi	
1. Ketika beban kerja saya menjadi berlebihan, kinerja saya terganggu	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2. Saya kurang efektif dalam bekerja saat lelah	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3. Saya lebih cenderung membuat kesalahan dalam situasi tegang atau bermusuhan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4. Kelelahan mengganggu kinerja saya selama situasi darurat (mis., Resusitasi darurat, kejang)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Persepsi Manajemen	
1. Manajemen rumah sakit mendukung usaha saya sehari-hari dalam memberikan asuhan keperawatan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2. Manajemen rumah sakit tidak dengan sengaja membahayakan keselamatan pasien	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

3. Manajemen rumah sakit melakukan pekerjaan dengan baik terkait keselamatan pasien	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4. Masalah personil ditangani secara konstruktif oleh manajemen rumah sakit kami	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Lingkungan Kerja	
1. Tingkat kepegawaian di area klinis ini cukup memadai untuk menangani jumlah pasien	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2. Rumah sakit ini melakukan pekerjaan yang baik untuk melatih personil baru terkait pelaksanaan keselamatan pasien	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3. Semua informasi yang diperlukan untuk keputusan diagnostik dan terapeutik secara rutin tersedia bagi saya	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4. Pelatihan keselamatan pasien selalu diberikan dan di awasi secara disiplin pada diri saya	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Sexton, 2016

B. Instrumen *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPC)

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dan *Medical Errors Workgroup of the Quality Interagency Coordination Task Force* (QulC) mendukung pengembangan instrumen *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPC). Instrumen HSOPC dirancang khusus untuk staf rumah sakit dengan meminta pendapat staf tersebut tentang budaya keselamatan pasien dirumah sakit.

HSOPC menekankan pada keselamatan pasien, insiden dan pelaporan kejadian yang terjadi pasien dirumah sakit. Terdapat 42 item yang dikelompokkan menjadi 12 dimensi. Instrumen ini terdiri dari 2 bagian utama yaitu; meminta penilaian keselamatan pasien pada area atau unit kerja dan menunjukkan jumlah kejadian yang dilaporkan selama 12 bulan terakhir dirumah sakit.

Tabel 2. Instrumen instrumen *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPC)*

Bagian A. Area/Unit Kerja	
Apa area/unit kerja yang anda tempati saat ini?	
<input type="checkbox"/> a. Unit kerja umum atau tidak pada unit khusus	<input type="checkbox"/> h. Kesehatan Jiwa
<input type="checkbox"/> b. Penyakit Dalam	<input type="checkbox"/> i. Rehabilitasi
<input type="checkbox"/> c. Bedah	<input type="checkbox"/> j. Farmasi
<input type="checkbox"/> d. Kebidanan	<input type="checkbox"/> k. Laboratorium
<input type="checkbox"/> e. Anak	<input type="checkbox"/> l. Radiologi
<input type="checkbox"/> f. Emergensi	<input type="checkbox"/> m. Anastesi
<input type="checkbox"/> g. Intensive care unit (ICU)	
Bagian B. Team Work	
Sangat tidak setuju=1; tidak setuju=2; netral=3; setuju=4; sangat setuju=5	
1. Perawat saling mendukung dalam area atau unit kerja ini <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
2. Ketika banyak pekerjaan harus diselesaikan dengan cepat, kami bekerja sama sebagai tim untuk menyelesaikan pekerjaan <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
3. Di unit ini, perawat saling menghormati. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
4. Ketika satu area di unit ini menjadi sangat sibuk, yang lain membantu. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Bagian B. Supervisor/Persepsi terhadap Manajemen dan Peneraan Keselamatan Pasien	
Sangat tidak setuju=1; tidak setuju=2; netral=3; setuju=4; sangat setuju=5	
1. Manajer saya mengucapkan kata-kata yang baik ketika dia melihat pekerjaan dilakukan sesuai dengan prosedur keselamatan pasien yang ditetapkan <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
2. Manajer saya dengan serius mempertimbangkan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
3. Setiap kali tekanan meningkat, supervisor/manajer saya ingin kami bekerja lebih cepat, meskipun itu berarti mengambil jalan pintas (Negatif) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
4. Manajer saya mengabaikan masalah keselamatan pasien yang terjadi berulang kali (negatif). <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Bagian C. Pembelajaran Organisasi	
Sangat tidak setuju=1; tidak setuju=2; netral=3; setuju=4; sangat setuju=5	

<p>1. Kami secara aktif melakukan berbagai hal untuk meningkatkan keselamatan pasien <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>2. Kesalahan telah menyebabkan perubahan positif di unit ini. <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>3. Setelah kami membuat perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien, kami mengevaluasi keefektifannya <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p>
<p>Bagian D. Dukungan Manajemen untuk Keselamatan Pasien Sangat tidak setuju=1; tidak setuju=2; netral=3; setuju=4; sangat setuju=5</p> <p>1. Manajemen rumah sakit menyediakan iklim kerja yang mengedepankan keselamatan pasien <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>2. Tindakan manajemen rumah sakit menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>3. Manajemen rumah sakit tampaknya tertarik pada keselamatan pasien hanya setelah kejadian buruk terjadi (pernyataan negatif). <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p>
<p>Bagian E. Persepsi Keseluruhan tentang Keselamatan Pasien Sangat tidak setuju=1; tidak setuju=2; netral=3; setuju=4; sangat setuju=5</p> <p>1. Keselamatan pasien tidak pernah dikorbankan untuk menyelesaikan lebih banyak pekerjaan <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>2. Prosedur dan sistem sangat baik dalam mencegah terjadinya kesalahan pada pasien <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>3. Insiden yang tidak terjadi dikarenakan Hanya kebetulan saja pada area/unit kerja ini (negatif) <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p>
<p>Bagian F. Umpan Balik & Komunikasi Tentang Kesalahan Tidak pernah=1; Jarang=2; Kadang-kadang=3;Sering=4; Selalu=5</p> <p>1. Kami diberi umpan balik tentang perubahan yang dilakukan berdasarkan laporan insiden yang terjadi <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>2. Kami diberitahu tentang kesalahan yang terjadi di unit ini. <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>3. Dalam unit ini, kita mendiskusikan cara untuk mencegah kesalahan yang terjadi. <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p>
<p>Bagian G. Komunikasi Tidak pernah=1; Jarang=2; Kadang-kadang=3;Sering=4; Selalu=5</p>

<p>1. Staf akan bebas berbicara jika mereka melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif terhadap perawatan pasien <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>2. Staf merasa bebas untuk mempertanyakan keputusan atau tindakan mereka yang memiliki otoritas lebih. <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>3. Staf takut untuk bertanya jika ada yang tidak beres (Pernyataan negatif) <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p>
<p>Bagian H. Kejadian yang dilaporkan Tidak pernah=1; Jarang=2; Kadang-kadang=3;Sering=4; Selalu=5</p>
<p>1. Ketika kesalahan dibuat, tetapi ditangkap dan diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien, seberapa sering?apakah ini dilaporkan? <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>2. Ketika kesalahan dibuat, tetapi tidak berpotensi membahayakan pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan? <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>3. Ketika kesalahan dibuat yang dapat membahayakan pasien, tetapi tidak, seberapa sering ini?dilaporkan? <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p>
<p>Bagian I. Tim Kerja Antar Unit Sangat tidak setuju=1; tidak setuju=2; netral=3; setuju=4; sangat setuju=5</p>
<p>1. Ada kerjasama yang baik antar unit rumah sakit <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>2. Unit-unit rumah sakit bekerja sama dengan baik untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien. <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>3. Unit-unit rumah sakit tidak saling berkoordinasi dengan baik (pernyataan negatif) <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>4. Seringkali tidak menyenangkan bekerja dengan staf dari unit rumah sakit lain (pernyataan negatif) <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p>
<p>Bagian J. Staf atau Ketenagaan Sangat tidak setuju=1; tidak setuju=2; netral=3; setuju=4; sangat setuju=5</p>
<p>1. Kami memiliki cukup staf untuk menangani beban kerja <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>2. Staf di unit ini memiliki masa kerja yang lama namun tidak memiliki kompetensi ahli untuk perawatan pasien <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>3. Kami menggunakan lebih banyak staf sementara (kontrak) daripada yang tersertifikasi untuk perawatan pasien <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>4. Kami bekerja dalam "mode krisis" mencoba melakukan terlalu banyak dan terlalu cepat <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p>
<p>Bagian K. Handoff dan Transisi Sangat tidak setuju=1; tidak setuju=2; netral=3; setuju=4; sangat setuju=5</p>

1. Terdapat hal-hal seperti terjatuh ketika memindahkan pasien dari satu unit ke unit lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informasi penting perawatan pasien sering hilang selama pergantian shift.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Masalah sering terjadi dalam pertukaran informasi antar unit/area kerja/ruangan dirumah sakit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Perubahan shift menjadi masalah bagi pasien di rumah sakit ini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bagian L. Tidak menghukum untuk Insiden					
Sangat tidak setuju=1; tidak setuju=2; netral=3; setuju=4; sangat setuju=5					
1. Staf merasa bahwa kesalahan dibebankan pada mereka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ketika sebuah peristiwa dilaporkan, siapa stafnya yang dicari namun bukan bagaimana masalah itu terjadi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Staf khawatir bahwa kesalahan yang mereka buat disimpan dalam arsip kepegawaian mereka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BAB IV

STANDAR AKREDITASI BERFOKUS PADA SASARAN KESELAMATAN PASIEN

A. Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien

Peningkatan ketepatan identifikasi pasien merupakan salah satu bagian dari Sasaran keselamatan pasien yang menjadi fokus utama dalam melaksanakan akreditasi rumah sakit. Menurut Permenkes (2017) uraian elemen dalam penerapan sasaran keselamatan pasien I (SKP I), yaitu:

1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien (nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*), tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
3. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/ prosedur.
5. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi

Identifikasi pasien yang benar merupakan landasan keselamatan pasien dalam pengaturan kesehatan. Menurut Nazarali *et al*, (2017) Salah identifikasi Dari seorang pasien dapat menyebabkan berbagai kesalahan medis, termasuk diagnosis dan pengobatan yang tidak semestinya, seperti Kesalahan akibat struktur nama yang sama, nama yang sama terdengar atau nama pasien yang sama bisa terjadi. Sementara menurut Lippi *et al*, (2017) bahwa Paradigma yang paling penting untuk mengurangi kemungkinan kesalahan identifikasi dalam perawatan memerlukan lebih dari dua pengenal pasien yang

unik, pendidikan dan pelatihan yang akurat untuk petugas layanan kesehatan dan sosialisasi terkait keselamatan pasien.

Pada saat pemberian pengobatan harus menggunakan prinsip 6 benar: benar obat, benar dosis, benar pasien, benar rute, benar waktu dan benar pendokumentasian (JCI, 20 (Potter, & Perry, 2010). Strategi mengidentifikasi pasien dan mengurangi kesalahan meliputi penciptaan dan pelaksanaan praktik keselamatan yang berkualitas secara rutin, pemantauan indikator yang dapat diandalkan secara terus-menerus, analisis akar penyebab, penggunaan kode-bar, kegiatan pendidikan keselamatan pasien secara professional dan bertanggung jawab, kerjasama interdisipliner (perawat dengan medis, laboratorium dan farmasi), menangani masalah identifikasi pasien pada perawat baru dalam masa orientasi dan pemantauan berkelanjutan (Dhatt, *et al.*, 2011). Identifikasi yang diakui untuk pengidentifikasi pasien adalah nama, nomor rekam medis, dan tanggal lahir.

Data kesalahan identifikasi pasien banyak ditemukan dari beberapa penelitian. Penelitian Nazarali *et al.* (2017) pada sebuah klinik di Kanada, menemukan sebanyak 3% kesalahan identifikasi nama pasien selama Mei 2016. Sesuai dengan data yang dikeluarkan oleh Departemen Luar Negeri AS terkait kesalahan prosedur diagnostik (36%), kesalahan pengobatan (22%). Menariknya, kesalahan mengidentifikasi pasien sebesar 15% dari semua kesalahan. Laporan terbaru lainnya yang disahkan oleh *the Joint Commission* di Jakarta tahun 2016 di laporkan total 1.225 kesalahan identifikasi dari 9.632 Insiden, selama tahun 2005-2016 (12,7%) kejadian ini sedikit menurun menjadi 10,7% di Tahun 2016 (Lippi *et al.*, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian yang penulis lakukan didapatkan bahwa penerapan *keselamatan pasien* pada ketepatan identifikasi pasien oleh perawat setengahnya (50%) baik. Sedangkan hasil analisis kuesioner melalui jawaban responden terlihat bahwa sebagian besar perawat tidak melakukan identifikasi pasien sebelum pemberian obat dengan dua kali pengecekan sebanyak (76,1%).

Menurut *Joint Commission International (JCI)* tahun 2017 (*Joint Commission International, 2017*) menetapkan *International Patients Safety Goals (IPSG)* 6 sasaran yaitu:

IPSG 1: Identifikasi pasien secara tepat: Nama lengkap, nomor medical record, dan alamat.

IPSG 2 : Meningkatkan komunikasi yang efektif : Melakukan proses feedback saat menerima instruksi per telepon, melakukan hand over saat terima pasien, melakukan critical result dalam waktu 30 menit, menggunakan singkatan yang dibakukan.

IPSG 3 : Meningkatkan keamanan penggunaan obat yang membutuhkan perhatian: tidak menyimpan elektrolit konsentrasi tinggi diruangan perawatan (termasuk potassium chloride/KCL dan Sodium chloride/NaCl>0.9%)

IPSG 4 : Meningkatkan benar lokasi, benar pasien, benar prosedur pembedahan: melakukan site marking, menggunakan dan melengkapi surgical checklist, melakukan time out

IPSG 5 : Mengurangi resiko infeksi : Melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah kontak dengan cairan tubuh, setelah kontak dengan pasien

IPSG 6 : Mengurangi resiko pasien cedera karena jatuh : Melakukan pengkajian awal dan berkala mengenai resiko pasien jatuh, Melakukan tindakan untuk mengurangi resiko yang teridentifikasi.

B. Sasaran II : Peningkatan Komunikasi yang Efektif

Elemen peningkatan komunikasi yang efektif menurut Permenkes (2017) sebagai berikut:

1. Perintah lengkap secara lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
2. Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
3. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan

4. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

Komunikasi efektif antara penyedia layanan kesehatan adalah hal yang mendasar dalam prinsip perawatan pasien. Menurut Robinson, (2015) bahwa keperawatan yang komunikasi efektif pada keperawatan adalah fondasi yang menjamin perawatan pasien yang aman selama masa transisi, kekurangan dari komunikasi yang lengkap dan akurat antara perawat dan penerima informasi pasien pada titik transisi adalah masalah utama yang mempengaruhi kualitas dan keamanan perawatan pasien saat ini.

Proses komunikasi yang efektif harus memenuhi 4 elemen antara SDM, pasien dan klinisi yaitu: 1) Berbagi informasi yang relevan, 2) Menjelaskan preferensi pengobatan, 3) Mempertimbangkan pilihan yang tepat, dan 4) menyetujui tindakan yang akan dilakukan (Bukstein, 2016). Komunikasi yang buruk merupakan penyebab yang paling sering menimbulkan efek samping di semua aspek pelayanan kesehatan, sehingga menimbulkan permasalahan dalam pengidentifikasian pasien, kesalahan pengobatan dan transfusi serta alergi diabaikan, salah prosedur operasi, salah sisi bagian yang dioperasi, semua hal tersebut berpotensi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien dan dapat dicegah dengan meningkatkan komunikasi (White, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian yang penulis buku lakukan bahwa penerapan *keselamatan pasien* pada komunikasi efektif ditemukan bahwa sebagian besar (84,5%) penerapan komunikasi efektif kurang baik, sedangkan hasil analisis jawaban responden terkait penerapan *keselamatan pasien* pada peningkatan komunikasi efektif terlihat bahwa pernyataan kurang baik yaitu sebagian besar (92,9%) perawat hanya memberikan informasi seperlunya tentang perubahan kondisi pasien yang terbaru saat operan. Hal ini dijelaskan oleh Beaumont & Russell (2012) mengatakan bahwa komunikasi yang kurang baik ini akan memberikan peluang kesalahan perilaku keselamatan pasien lainnya. Komunikasi yang buruk merupakan penyebab yang paling sering menimbulkan efek samping di semua aspek

DAFTAR PUSTAKA

- Andaleeb (2011). Patient satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 22(June), 263–273. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm017>
- Andrew F. Coburn(2011). Improving Hospital Patient Safety Through Teamwork: The Use of TeamSTEPPS In Critical Access Hospitals. www.flexmonitoring.org
- Anderson, J. E., & Kodate, N. (2015). Learning from patient safety incidents in incident review meetings : Organisational factors and indicators of analytic process effectiveness. *SAFETY SCIENCE*, 80, 105–114. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2015.07.012>
- Apriningsih, Desmawati, Joesro, M. ,2013, Kerjasama Tim Dalam Budaya Keselamatan Pasien Di Rs X (Studi Kualitatif Di Suatu RSUD Di Propinsi Jawa Barat). *Jurnal Ilmiah Kesehatan* September 2013 5(3): ISSN: 2301-925
- Arikunto & Suharsimi, dkk. (2014). *Penelitian Tindakan Kelas*. Jakarta: PT. Bumi Aksara
- Austin (2013)*. Safety in Numbers: The Development of Leapfrog's Composite Patient Safety Score for U.S. Hospitals. *J Patient Saf*. Volume 9. [Www.Journalpatientsafety.Com](http://www.Journalpatientsafety.Com)
- Baerg, K., (2012). Survey of interprofesional collaboration learning needs and training interest in health professionals, teachers, and students: An exploratory study. *Journal of Research in Interprofesional Practice and Education (JRIPE)*, 2(2), 187–200.
- Beaumont, K. & Russell, J. (2012). Standardising for reliability: The contribution of tools and checklists. *Nursing Standard*. Vol.26/No.34. Diunduh melalui <http://web.ebscohost.com/ehost/detailhttp://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=127&si>
- Beginta, R. (2012). *Pengaruh Budaya Keselamatan pasien, Gaya Kepemimpinan, Tim Kerja, Terhadap Persepsi Pelaporan Kesalahan Pelayanan Oleh Perawat Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi tahun 2011*. Jakarta.

- Baker LC. (2016). The effect of hospital/physician integration on hospital choice. *Journal of Health Economics* 50 (2016) 1–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.08.006>.
- Sexton *et al* (2006). Center for health care quality and safety. The short form of the Safety Attitudes Questionnaire. <https://med.uth.edu/chqs/surveys/safety-attitudes-and-safety-climate-questionnaire/>
- Bukstein, D. A. (2016). Patient adherence and effective communication. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 117(6), 613–619. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2016.08.029>
- Cahyono Agung (2015). *Hubungan Karakteristik Dan Tingkat Pengetahuan Perawat Terhadap Pengelolaan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit*. Volume 3 Nomor 2. Jurnal Ilmiah WIDYA. ISSN 2337-6686. ISSN-L 2338-3321
- Cahyono S.B. (2008). *Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktik kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius.
- Canadian Nurses Association. (2009). Position Statement Patient safety. *Cna-Aiic.ca*, 1–5.
- Choo, J. Hutchinson, A., & Bucknall, T. (2010). Nurses' role in medication safety. *Journal of Nursing Management*. Vol.18/ No.5. 853–861. <http://doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01164.x>
- Cosway, B., Stevens, A.C., & Panesar, S. (2012). Clinical leadership: A role for students? *British Journal of Hospital Medicine*. Vol.73/ No.1. Diunduh melalui <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?v>
- Dahlan, MS (2014). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat, Dilengkapi Aplikasi Menggunakan SPSS*, 6ed. Epidemiologi Indonesia, Jakarta.
- Devi Darliana (2016) *Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Upaya Penerapan Patient Safety Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh*. *idea nursing journal*. Vol VII. No.I. ISSN : 2087-2879.
- Dhatt, G.S., Damir, H.A., Matarelli, S., Krishnan, S., & James, D.M. (2011). Patient safety: patient identification wristband errors. *Clinical Chem Laboratory Medicine*. Vol.49/No.5 Diunduh melalui <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=14&hid=127&sid=9f9cc>
- Duarte, T., Euzébia, V., & Santos, P. (2017). evaluation procedure in health: perspective of nursing care in patient safety. *Applied Nursing Research*, 18. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.015>

- Eiras, M., Escoval (2014). (2014), "The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 27 Iss 2 pp. 111 - 122. <http://dx.doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>
- Elrifda, S. (2011). Budaya Patient Safety dan Karakteristik Kesalahan Pelayanan : Implikasi Kebijakan di Salah Satu Rumah Sakit di Kota Jambi Patient Safety Culture and Healthcare Error Characteristics : Implication of Policy at A Hospital in. *Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 6(5), 67–76.
- Farquharson B. *et al.*, (2013). Nursing stress and patient care: real-time investigation of the effect of nursing tasks and demands on psychological stress, physiological stress, and job performance: study protocol. *Journal of Advanced Nursing* 00(0), 000–000. doi: 10.1111/jan.12090
- Findyartini *et al.* (2015). *Modul Pelatihan untuk Pelatih Keselamatan Pasien* (1st ed.). Jakarta: Kolaborasi Bidang Pendidikan Proyek P4K-RSP.
- Fourguson & Cioffi (2017). Team Nursing: Experiences Of Nurse Managers In Acute Care Settings. *Australian journal of advanced nursing*. Volume 28. Number 4
- Flynn, L., Liang, Y., Dickson, G.L., Xie, M., & Suh, D.C. (2012). Nurses' practice environments, error interception practices, and inpatient medication errors. *Journal of Nursing Scholarship*, 2012; 44:2, 180–186. <http://doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01443.x>.
- Gerven, E. Van, Deweer, D., Scott, S. D., Panella, M., Euwema, M., & Sermeus, W. (2016). Personal , situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents : *Revista de Calidad Asistencial*, (xx), 13. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.02.003>
- Ghada *et al.*, (2016). Perception of Patient Safety Among Nurses at Teaching Hospital. *American Journal of Nursing Science*. Vol. 5, No. 4, 2016, pp. 122-128. doi: 10.11648/j.ajns.20160504.11
- Gluyas H (2015). Effective communication and teamwork promotes patient safety. *Nursing Standard*. 29, 49, 50-57. journals.rcni.com/r/author-guidelines
- Haerkens. (2016). Validation Of The Dutch Language Version Of The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ-NL). *BMC Health Services Research* (2016) 16:385. <http://DOI 10.1186/S12913-016-1648-3>

- Halkos, G. (2012). The influence of stress and satisfaction on productivity. *Munich Personal Repec Archive*, (39654). Retrieved from <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/39654/>
- Harus Bernadeta, D. *et al.* (2015). Pengetahuan Perawat Tentang Keselamatan Pasien dengan Pelaksanaan Prosedur Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPR). *Jurnal Care*, 3(1), 25–32.
- Hastono (2010). *Statistik Kesehatan*. Rajawali Pers, Jakarta
- Henriksen, K., *et al.* (2008). *Patient safety and quality: an evidence base handbook for nurses*. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality Publications
- Hidayat (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Hsu and Marsteller (2015). Who Applies an Intervention to Influence Cultural Attributes in a Quality Improvement Collaborative?. *J Patient Saf* 2015;00: 00–00. www.journalpatientsafety.com
- Internasional Council of Nurses. (2012). Patient safety. *Position Statement*, 3–5.
- Ismainar *et al.* (2016). *Leadership and Communicatio Effectiveness on Patient Safety Teamwork Ibnu Sina Islamic Hospital Pekanbaru Riau*. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, Vol. 2, No. 1.
- Join Commission International. (2015). Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals : The Patient Safety Systems Chapter. *The Join Commission*.
- Kanerva A (2015). Communication elements supporting patient safety in psychiatric inpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015, 22, 298–305.. <http://doi:10.1111/jpm.12187>
- Kasumayanti (2013). Hubungan Motivasi Dengan Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Rsud Bangkinang. eSkripsi Universitas Andalas. School of Electronics and Computer Science. <http://scholar.unand.ac.id/id/eprint/2126>.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Keselamatan Pasien*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Jakarta
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2012). *Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Standar Akreditasi Versi 2012* (1st ed.). Jakarta.
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (2015). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (ikp)*. (K. K. P. R. Sakit, Ed.). Jakarta.

- Kurniadi, Anwar. (2013). *Manajemen Keperawatan dan Prospektifnya: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Lippi *et al.* (2017). Managing the patient identification crisis in healthcare and laboratory medicine. *Clinical Biochemistry*, 2–6. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2017.02.004>
- Lombogia A., *et al.* (2016). Hubungan Perilaku Dengan Kemampuan Perawat Dalam Melaksanakan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) Di Ruang Akut Instalasi Gawat Darurat Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *E-Jurnal Keperawatan*, 4(2), 1–8.
- Ma, K. L. R., Erickson, R. J., & Diefendorff, J. M. (2016). The Impact of Person-Organization Fit on Nurse Job Satisfaction and Patient Care Quality PT NU SC. *Applied Nursing Research*. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.01.007>
- Mykietiak, C., Concannon, S., & Curzon, P. (2017). Narrative perspective , person references , and evidentiality in clinical incident reports. *Journal of Pragmatics*, 117, 139–154. <https://doi.org/10.1016/j.jprag.2017.06.018>
- Mulutinovici, *et al.* (2012). Profesional stres and health among critical care nursing in serbia. <http://doi.org/10.2478/10004-1254-63-2012-2140>
- Mulyadi. (2011). *Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen*. Jakarta: Salemba Empat.
- Moustaka & Constantinidis (2010). Sources And Effects Of Work-Related Stress In Nursing. *Health Science Journal*. Volume 4, Issue 4. pp:210-216. E-ISSN:1791-809X. www.hsj.gr
- Najihah (2018). Budaya Keselamatan Pasien Dan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit: Literature Review. *JOIN: Journal of Islamic Nursing*, 2018,3(1). <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/join/article/view/5469>
- Najjar S, *et al.*. (2013). *The Arabic version of the hospital survey on patient safety culture: a psychometric evaluation in a Palestinian sample*. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/193>
- Najjar S, *et al.*. (2015). *The relationship between patient safety culture and adverse events: a study in palestinian hospital*. *Safety in Health* (2015) 1:16. <http://DOI.10.1186/s40886-015-0008-z>
- Nazarali *et al.* (2017). Improving Patient Identification in an Ophthalmology Clinic Using Name Alerts. *Canadian Journal of*

- Ophthalmology/Journal Canadien D'ophtalmologie, II(II), 1–5.*
<https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2017.05.004>
- Nguyen, H. (2014). Nurses' perception of patient safety culture and its association with medication errors. Medication safety in Vietnamese hospitals: A focus on medication errors and safety culture. <http://www.rug.nl/research/portal>.
- Nilsson, L., Lindeeroet, O., Gupta, A., & Vegfors, M. (2009). Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes. *Journal Compilation. Acta Anaesthesiol Scand* 2010; 54: 176–182. Vol.54. doi: 10.1111/j.1399-6576.2009.02109.x
- Notoatmodjo (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurhanifah, (2015). The Relation Of Characteristics, Workload And Supervision With Nurses Motivation On Implementing Triage In Emergency Room Banjarmasin Ulin Hospital. *Caring, Vol.2, No.1*,
- Nurmalia & Nivalinda. (2016). Fungsi Manajemen Keperawatan Dalam Aplikasi Mentoring Budaya Keselamatan Pasien. *Media Medika Muda, 2(2)*, 99–104.
- Nursalam (2013). *metodologi penelitian ilmu keperawatan: pendekatan praktis*. edisi 3. Jakarta. Salemba Medika
- Parand A, *et al.*, (2014). The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2014;4:e005055. doi:10.1136/bmjopen-2014-005055
- Pham. JC *et al.* (2016). Risk Assessment and Event Analysis. A Tool for the Concise Analysis of Patient Safety Incident. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 42(1)*, 26–33, AP1–AP3. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(16\)42003-9](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(16)42003-9)
- Platis, C., Reklitis, P., & Zimeras, S. (2015). Relation between job satisfaction and job performance in healthcare services. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 175*, 480–487. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.1226>
- Reiling, J. G. (2006). *Creating a culture of patient safety through innovative hospital desigh*. *Journal advance in patient safety. 2* (20), 1-5 <http://www.ahrq.gov>
- Revalicha, N. S. (2013). Perbedaan stres kerja ditinjau dari shift kerja pada perawat di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Jurnal psikologi industri dan organisasi*. Vol. I. No.3.

- Robinson, N. L. (2015). Promoting Patient Safety With Perioperative Hand-off Communication. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.08.144>
- Roftopaulus, V., Pavlakis, A., (2013). Safety climate in 5 intensive care unit: A nationwide hospital survey using the greek-cypriot version of the safety attitude a questionnaire. *Journal of Critical Care* (2013) 28, 51–61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.04.013>
- Polis, S., et al. Factors contributing to nursing team work in an acute care tertiary hospital. *Collegian* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2015.09.002>
- Sakowski P., (2013). Job Satisfaction Of Occupational Medicine Nurses In Poland. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2012;25(1):51 – 58. <http://DOI 10.2478/S13382-012-0006-x>
- Sammer, E, C., James, B, R.,(2011). *Patient safety culture: The nursing unit leader's role. OJIN: the online journal of issues in nursing*. Vol. 16, No.3,
- Santoso & Singgih (2010). statistik multivariat. Jakarta: PT Gramedia
- Sastroasmoro, S & Ismael S. (2011). Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Binarupa Aksara: Jakarta.
- Singer SJ, et al., (2016). relationship between Operating Room Teamwork, Contextual Faktor, and Safety Checklist Performance. *Journal of the American College of Surgeons*, (11). <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.07.006>
- Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. (2016). Hospital Survey on patient safety Culture: User's Guide.
- Storr, J., Topley, K., & Privett, S., (2005). The ward nurse's role in infection control. *Nursing Standard*. 19, 41, 56-64. <http://DOI:10.7748/ns2005.06.19.41.56.c3897>
- Sugiyono (2015). Metode Penelitian Pendidikan (pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D). Penerbit CV. Alfabeta: Bandung
- Sujarweni V.W. (2015). Metodologi Peneelitian Bisnis dan Ekonomi. Pustaka Baru Press
- Sukmadinata NS. (2008). Metode Penelitian Pendidikan. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Susam Ozsayin & Turkan Ozbayir. (2016). Attitudes of operating theater workers toward patient safety. *International Journal*

- Of Antisepsis Disinfection Sterilization*, 1(1), 1–6. <https://doi.org/10.14744/ijads.2016.98608>
- Susanto and Pudjihardjo (2013). *Problem Solving Cycle (PSC) Intervention Program Based on 7 Principles to Hospital Patient Safety. The Indonesian Journal of Health Policy and Administration*. vol II(2). ISSN:1412-8853. journal.unair.ac.id/filerPDF/akk2a01e9d6882full.pdf
- Suparna (2015). Evaluasi Penerapan *Patient Safety* Risiko Jatuh Unit Gawat Darurat Di Rumah Sakit Panti Rini Kalasan Sleman.
- Swift, J. Q. (2017). Patient Safety and the Malpractice System Tort system Risk management Informed consent Patient safety. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of NA*. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2016.12.010>
- Takatalide *et al.*, (2016). Hubungan Antara Karakteristik Pekerjaan Dengan Kepuasan Kerja Perawat Di Rumah Sakit Tingkat Iii Robert Wolter Mongisidi Manado. *Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado*. <http://docplayer.info/39324713-Hubungan-antara-karakteristik-pekerjaan-dengan-kepuasan-kerja-perawat-di-rumah-sakit-tingkat-iii-robert-wolter-mongisidi-manado.html>.
- Tetuan, T., Ohm, R., Kinzie, L., McMaster, S., Moffitt, B., & Mosier, M. (2017). Does Systems Thinking Improve the Perception of Safety Culture and Patient Safety ? *Nursing Regulation*, 8(2). [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(17\)30096-0](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(17)30096-0)
- Transyah, Chichi hafifah. (2012). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepuasan Kerja Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap Rsup Dr. M Djamil Padang*
- Ulrich, B., & Kear, T. (2014). Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 447–457.
- Wami, S. D., Demssie, A. F., Wassie, M. M., & Ahmed, A. N. (2016). Patient safety culture and associated factors : A quantitative and qualitative study of healthcare workers ' view in Jimma zone Hospitals , Southwest Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 16, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1757-z>
- Weaver, S, J. *et al.* (2013). *Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>

PMC4710092/ 158(5 0 2): 369–374. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002

- Westhuizen, J. Van Der, & Stanz, K. (2017). Critical incident reporting systems : A necessary multilevel understanding. *Safety Science*, 96, 198–208. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.04.004>
- White, N. (2012). Understanding the role of non-technical skills in patient safety. *Nursing Standard*. Vol.26/No.26
- Widia A. (2016). Perbedaan Kepuasan Pasien Di Rumah Sakit Negeri Dengan Rumah Sakit Swasta Di Daerah Surakarta. Publikasi Ilmiah. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- WHO, (2017). *Human factors in patient safety review of topics and tools*
- Wibowo (2011). Manajemen Kinerja. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Wibowo (2014). Manajemen Kinerja. Edisi Keempat. Rajawali Press. Jakarta
- Wulandari N. *et al.* (2016). Hubungan Karakteristik Dan Pengetahuan Perawat Dengan Sikap Mendukung Penerapan Program Keselamatan Pasien Di Rsud Banjarbaru. e-jurnal ULAM. Vol.3 (32).

DAFTAR ISTILAH

- Adeverse Event* : Disebut juga insiden atau Kejadin yang mencederai pasien
- Root Cause Analyze* : Metode dalam melakukan analisis insiden yang terjadi pada pasien
- Patient safety* : Budaya keselamatan pasien di rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.
- Patient Safety Culture* : Sebagai pola perilaku individu dan nilai bersama yang terus menerus berusaha untuk meminimalkan kerugian pasien yang mungkin dihasilkan dari proses pemberian perawatan
- Safety Climate* : nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi dan pola prilaku berkomitmen untuk mendukung manajemen dan program
- Safety Attitude Questionnaire (SAQ)* : Mengandung 6 dimensi factor budaya keselamatan pasien yang sangat besar kemungkinannya mempengaruhi penerpaan keselamatan pasie rumah sakit yaitu; *Team work climate*, *safety climate*, kepuasan kerja, persepsi manajemen, stres rekognisi dan lingkungan kerja
- stress recognition* : stress kerja dikarenakan adanya ketidakseimbangan antara karakteristik keperibadian karyawan denagn karakteristik aspek-aspek pekerjaannya dan dapat terjadi pada semua kondisi pekerjaan, termasuk penerapan *patient safety*
- Team work* : merupakan suatu kelompok kecil orang dengan keterampilan yang saling melengkapi yang berkomitmen pada tujuan bersama, sasaran-sasaran kinerja dan pendekatan yang mereka jadikan tanggung jawab bersama.

Vena Distal : Pembuluh darah balik di tubuh manusia yang lebih jauh dari batang tubuh atau pangkal.
Contoh: Pergelangan tangan terletak distal terhadap siku.

TENTANG PENULIS



Ns. Basok Buhari, M.kep, lahir di kuala tungkal, 01 November 1990. lulus S-1 dan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi tahun 2013, lulus S-2 di Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas (UNAND) tahun 2018. Saat ini dosen tetap Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi. Mengampu mata kuliah Manajemen Keperawatan, Sistem Informasi Keperawatan dan Ilmu Dasar Keperawatan. Aktif menulis artikel di jurnal terbitan nasional terakreditasi dan internasional. Lolos sebanyak 4 (empat) judul penelitian dari hibah penelitian dosen pemula oleh kementerian pendidikan dan kebudayaan, riset dan teknologi. Saat ini tertarik dalam mengembangkan penelitian yang mengarah pada pemanfaatan teknologi. Telah banyak mengikuti pelatihan manajemen keperawatan. Saat ini menjadi tim editor dan reviewer di beberapa institusi pendidikan swasta yang ada di jogjakarta dan jambi baik jurnal penelitian maupun jurnal pengabdian masyarakat. Roadmap riset adalah pengembangan model asuhan keselamatan pasien. Selain menjadi dosen juga memiliki tanggung jawab di Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) Perguruan Tinggi. Aktif di berbagai organisasi profesi seperti Pengurus DPW Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Provinsi Jambi sebagai anggota Divisi Penelitian dan Sistem Informasi dan Komunikasi, serta Pengurus Himpunan Perawat Manajer Indonesia (HPMI) Provinsi Jambi sebagai divisi penelitian dan pengembang.



Dian Octavia adalah wanita keturunan minang. Dian memiliki arti lilin atau lentera sedangkan octavia memiliki arti ekspresif, ceria, enerjik, bersemangat, berkeinginan kuat, penuh inspiratif, pengambil keputusan, berani dan keras kepala. Dian octavia adalah ibu dari satu orang anak perempuan yang berumur dua setenga tahun dan suami yang berprofesi sebagai mekanik motor. Seorang ibu yang berprofesi sebagai dosen swasta di STIKES Harapan Ibu Jambi memiliki latar belakang lulusan S1 Keperawatan Pada Tahun 2010 dan Ners di STIKES Harapan Ibu Jambi pada Tahun 2012. Lulusan S2 dari beasiswa DIKTI di International Students di Boromorojoni Nopparat Vajira Thailand pada Tahun 2015. Dosen yang memiliki home based di Keperawatan spesifikasi Bidang Keilmuan Keperawatan Komunitas, Keluarga dan Gerontik. Riset Keperawatan Keluarga dalam mengatasi *Bullying* dan *Cyberbullying* pada anak dan remaja awal di Sekolah. Pernah mendapatkan penghargaan sebagai salah satu the best oral presenter di seminar *virtual international Conference*. Saat ini ibu satu orang anak ini yang insyaAllah akan memiliki anak yang kedua tinggal bersama kedua orang tua, satu anak perempuannya dan suami.



Ns. Rian Maylina Sari, M.Kep, Lahir di kota Sungai Penuh pada tanggal 19 Mei 1985 merupakan seorang wanita yang tangguh, kuat, selalu bersyukur dan berpikir positif. Memiliki latar belakang pendidikan lulusan S1 Keperawatan dan Profesi Ners Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi pada tahun 2009 dan lulusan S2 Manajemen Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta (UMJ) pada tahun 2016. Berprofesi sebagai dosen Keperawatan di perguruan tinggi swasta Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi dengan spesifikasi Bidang keilmuan keperawatan dasar dan manajemen keperawatan. Riset manajemen keperawatan berupa Motivasi perawat dan gaya kepemimpinan terhadap ronde

keperawatan, Tantangan perawat manajer terhadap profesi keperawatan dalam mutu pelayanan keperawatan. Rian Maylina Sari juga aktif di berbagai organisasi profesi berupa pengurus Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI) Regional III Wilayah Sumatera barat, Riau, Jambi dan Kepulauan Riau sebagai Anggota bidang pengembangan kurikulum pendidikan tinggi keperawatan, Pengurus Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Provinsi Jambi sebagai anggota devisi hukum dan pemberdayaan politik, dan Pengurus Himpunan Perawat Manajer Indonesia (HPMI) Provinsi Jambi sebagai ketua bidang organisasi.

Keselamatan pasien menjadi sesuatu hal yang esensial dalam praktik layanan kesehatan, khususnya dirumah sakit baik pemerintah maupun swasta. Esensialnya terlihat bahwa keselamatan pasien menjadi langkah untuk memperbaiki mutu layanan yang berkualitas. Penilaian mutu rumah sakit didapatkan melalui sistem akreditasi, salah satunya adalah sasaran keselamatan pasien karena telah menjadi prioritas untuk layanan kesehatan di seluruh dunia. Peningkatan penerapan keselamatan pasien tergantung pada efektifitas perawat dalam menerapkan asuhan yang aman dengan memperhatikan regulasi-regulasi dan sesuai standar perosedur yang berlaku. Selain itu, dalam menjamin tidak terjadinya insiden-insiden pada pasien tidak hanya staf atau perawat saja yang berperan penting namun terdapat beberapa faktor yang sangat berpeluang berkontribusi menyebabkan terjadinya insiden keselamatan pasien. Menurut *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* (2016) ada 6 faktor utama yaitu; *Team work climate, safety climate*, kepuasan kerja, persepsi manajemen, lingkungan kerja dan *stress recognition*.

Buku ini ditulis dalam rangka publikasi hasil riset yang penulis lakukan terkait dengan budaya keselamatan pasien rumah sakit. Penulis buku ini tidak terlepas dari upaya penulis untuk memperkaya referensi bahan kajian dan sebagai referensi bagi para peneliti selanjutnya. Buku ini ditulis dalam format buku referensi dari hasil penelitian. Didalam buku ini pembaca disajikan gambaran umum tentang budaya keselamatan pasien yang dikaji dari berbagai faktor yang mempengaruhinya. Buku ini tidak hanya menyajikan teori terkait budaya keselamatan pasien, namun juga menyajikan hasil penelitian yang ditemukan penulis serta berbagai penelitian oleh beberapa pakar, antara lain; , Henriksen (2008), Raftopoulos, et al. (2013), Milutinovici (2012), serta banyak lagi penelitian lainnya yang terkait dengan budaya keselamatan pasien. Berdasarkan studi empirik yang dilakukan penulis terhadap penelitian serta didukung oleh pengalaman penulis, maka budaya keselamatan pasien yang menjadi fokus utama dalam bahasan buku ini terbagi menjadi bagian, antara lain: 1) Konsep dasar keselamatan pasien; 2) Instrumen Pengukuran budaya keselamatan pasien; 3) Standar akreditasi yang berfokus pada sasaran keselamatan pasien dan; 4) faktor budaya keselamatan pasien (iklim tim kerja, kepuasan kerja perawat, persepsi manajemen, iklim keselamatan, lingkungan kerja, stres rekognisi dan komunikasi). Adanya penyajian hasil riset dalam buku ini menjadikan lebih ilmiah untuk digunakan sebagai referensi penelitian terkait penerapan budaya keselamatan pasien.



✉ zahirpublishing@gmail.com
🌐 www.zahirpublishing.com

