

**SURVEY BUDAYA KESELAMATAN RS. PANTI RAPIH 2010-2012:
EVALUASI KEBERHASILAN PROGRAM KERJA KESELAMATAN PASIEN DALAM
MEMBANGUN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN**



KATEGORI:

PATIENT SAFETY PROJECT

PANITIA KESELAMATAN PASIEN RS. PANTI RAPIH

YOGYAKARTA

2012

DAFTAR ISI

1. ABSTRAK	hal i-ii
2. BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	hal 1
B. Rumusan Masalah	hal 3
C. Tujuan Penelitian	hal 3
D. Manfaat penelitian	hal 3
3. BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety</i>) Rumah Sakit	hal 5
B. Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit	hal 9
C. Assesmen Budaya Keselamatan Rumah Sakit	hal 16
D. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	hal 21
E. Laporan Karakteristik sistem pelaporan yang berhasil	hal 24
F. Karakteristik sistem pelaporan yang berhasil	hal 26
G. Kerangka Teori	hal 28
4. BAB III METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian	hal 30
B. Instrumen Penelitian	hal 36
C. Prosedur pengumpulan Data	hal 38
D. Pengolahan Data	hal 39
5. BAB IV	
A. Respon dan Demografi	hal 41
B. Hasil Keseluruhan Survey Budaya Keselamatan RS.Panti Rapih 2010 dan 2012	hal 41
C. Distribusi Nilai Respon Positif Item dalam 4 Komponen Budaya Keselamatan menurut Reason tahun 2010 dan 2012	hal 43
D. Data Analisa Pelaporan Insiden RS.Panti Rapih 2010 dan 2012	hal 55
6. BAB V PEMBAHASAN	
A. Perkembangan Level Budaya Keselamatan	hal 59
B. Hasil Perkembangan Budaya Pelaporan dan Pembelajaran	

dikaitkan dengan Survey Awal	hal 62
C. Identifikasi Area Membutuhkan Pengembangan Budaya Keselamatan Pasien RS.Panti Rapih sesuai 4 komponen Reason	hal 66
D. Rencana Tindak Lanjut Pengembangan Budaya Keselamatan sesuai Komponen Reason	hal 68
7. BAB VI KESIMPULAN	hal 71
8. TABEL	
A. Tabel 4-1. Trending: Perubahan Nilai Respon Positif Aspek Budaya Keselamatan tahun 2010 dan 2012	hal 43
9. GRAFIK	
A. Grafik 4-1. Nilai Respon Positif Aspek Budaya Keselamatan RS.Panti Rapih Tahun 2010 dan 2012	hal 42
B. Grafik 4-2. Nilai Respon Positif Item Pernyataan dalam Aspek Frekuensi Pelaporan Insiden	hal 45
C. Grafik 4-3. Nilai Presentase Pengukuran Outcome Banyaknya Pelaporan Insiden	hal 45
D. Grafik 4-4. Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Respon tanpa Hukuman	hal 46
E. Grafik 4-5. Hasil Nilai Respon Positif Aspek Kerja Tim dalam Unit tahun 2010 dan 2012	hal 47
F. Grafik 4-6. Hasil Nilai Respon Positif Aspek Ketenagaan tahun 2010 dan 2012	hal 48
G. Grafik 4-7. Hasil Nilai Respon Positif Aspek Keterbukaan Komunikasi tahun 2010 dan 2012	hal 48
H. Grafik 4-8 . Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Kerja Tim antar Unit tahun 2010 dan 2012	hal 49
I. Grafik 4-9 . Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Pergantian Shift Jaga dan Transfer antar Pasien 2010 dan 2012	hal 50
J. Grafik 4-10. Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Belajar Berkelanjutan tahun 2010 dan 2012	hal 51
K. Grafik 4-11. Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Komunikasi dan	

Umpan Balik Mengenai Insiden 2010 dan 2012	hal 51
L. Grafik 4-12. Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Dukungan Manajemen terhadap Keselamatan Pasien	hal 53
M. Grafik 4-13 . Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Upaya Atasan dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien	hal 53
N. Grafik 4-14 . Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Persepsi Keseluruhan	hal 54
O. Grafik 4-15 . Nilai Persepsi Karyawan mengenai Tingkat Budaya Keselamatan Pasien	hal 55
P. Grafik 4-16. Jumlah Pelaporan Insiden	hal 56
Q. Grafik 4-17. Klasifikasi Insiden Berdasar Dampak Cedera pada Pasien	hal 56
R. Grafik 4-18. Tipe Insiden Near Miss 2011	hal 57
S. Grafik 4-19. Tipe Insiden KTD	hal 57
T. Grafik 4-20. Data presentase KTD/Sentinel yang telah dianalisa 2010-2011	hal 58
U. Grafik 4-21. Penyebab Insiden Tidak Diharapkan/sentinel	hal 58

10. LAMPIRAN

- a. Lampiran 1. Gambar kegiatan Keselamatan Pasien
- b. Lampiran 2. Alur Pelaporan Insiden
- c. Lampiran 3. Form Pelaporan Internal Lama
- d. Lampiran 4. Form Pelaporan KNC Lama
- e. Lampiran 5. Form Pelaporan Insiden Baru
- f. Lampiran 6. Form Pelaporan Insiden Farmasi
- g. Lampiran 7. Pertanyaan Ronde Lama
- h. Lampiran 8. Pertanyaan Ronde 2012
- i. Lampiran 9. Rencana Form SBAR antar shiff
- j. Lampiran 10. SBAR pocket
- k. Lampiran 11. Kuesioner Survey Keselamatan Pasien
- l. Lampiran 12. Pelatihan Internal Keselamatan Pasien
- m. Lampiran 13. Pelatihan Six Goal Keselamatan Pasien
- n. Lampiran 14. Form Pelaporan internal KNC revisi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kurangnya kemandirian dan sistem yang baik merupakan masalah yang dihadapi oleh penyedia pelayanan kesehatan untuk menyeberangi jurang dari perawatan yang bisa diberikan saat ini untuk mencapai perawatan yang seharusnya diberikan (IOM, 2000). Keselamatan Pasien/KP (*Patient Safety*) merupakan issue Global dan Nasional bagi rumah sakit dan merupakan komponen penting dari mutu pelayanan kesehatan, serta merupakan prinsip dasar dalam pelayanan pasien dan komponen kritis dalam manajemen mutu (WHO, 2004). Perhatian dan Fokus terhadap Keselamatan Pasien ini didorong oleh masih tingginya angka kejadian Tak Diinginkan (KTD) atau Adverse Event (AE) di rumah sakit baik secara global maupun nasional. KTD yang terjadi di berbagai negara diperkirakan sekitar 4.0 – 16.6 % (Vincent 2005 dalam Raleigh, 2009) dan hampir 50 % diantaranya adalah kejadian yang dapat dicegah (Cahyono, 2008, Yahya, 2011). Adanya KTD tersebut selain berdampak pada peningkatan biaya pelayanan juga dapat membawa rumah sakit ke area **blamming**, menimbulkan konflik antara dokter/petugas kesehatan lain dan pasien, dan tidak jarang berakhir dengan tuntutan hukum yang dapat merugikan bagi rumah sakit (Depkes RI, 2006). Data KTD di Indonesia masih sangat sulit diperoleh secara lengkap dan akurat, tetapi dapat diasumsikan tidaklah kecil (KKP-RS, 2006).

Sebagai upaya memecahkan masalah tersebut dan mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih aman diperlukan suatu perubahan budaya dalam pelayanan kesehatan dari budaya yang menyalahkan individu menjadi suatu budaya di mana insiden dipandang sebagai kesempatan untuk memperbaiki sistem (IOM, 2000). Sistem pelaporan yang mengutamakan pembelajaran dari kesalahan dan memperbaiki sistem pelayanan merupakan dasar budaya keselamatan (Reason, 1997). Meningkatnya kesadaran pelayanan kesehatan mengenai pentingnya mewujudkan budaya keselamatan pasien menyebabkan meningkatnya pula kebutuhan untuk mengukur budaya keselamatan. Perubahan budaya keselamatan dapat dipergunakan sebagai bukti keberhasilan implementasi program keselamatan pasien.

RS. Panti Rapih telah memulai gerakan keselamatan pasien pada tahun 2006 dengan dibentuknya Tim keselamatan Pasien RS, namun sampai tahun 2009 belum ada data yang pasti mengenai jumlah KTD. Padahal dengan besarnya jumlah kapasitas tempat tidur (370 bed), tingginya Bed Occupying Rate (BOR) dengan rata-rata 80% per tahun dan tingginya kompleksitas pelayanan kesehatan sangat memungkinkan terjadinya cedera atau insiden yang merugikan pasien.

Minimnya data insiden mengakibatkan rendahnya proses pembelajaran yang berdampak buruk pada usaha pencegahan dan pengurangan cedera pada pasien. Akibatnya, rumah sakit mengalami kesulitan untuk mengidentifikasi potensi bahaya atau risiko yang dihadapi dalam sistem pelayanan kesehatan.

Rendahnya sistem pelaporan dan pembelajaran insiden di RS Panti Rapih selama kurun waktu 3 tahun tersebut merupakan bukti nyata bahwa kesadaran staf dan rumah sakit akan potensi timbulnya kesalahan-kesalahan masih rendah, masih tingginya budaya menyalahkan (*blamming culture*) dan rasa takut untuk terbuka dalam pelaporan jika terdapat insiden. Oleh sebab itu dibutuhkan suatu upaya untuk meningkatkan keberhasilan sistem pelaporan dan pembelajaran yang berfokus pada sistem mengurangi terjadinya cedera pasien di RS.Panti Rapih.

Langkah penting yang harus dilakukan adalah membangun budaya keselamatan. Langkah pertama dalam membangun budaya keselamatan adalah melakukan survey budaya keselamatan pasien rumah sakit. Survey budaya bermamfaat untuk mengetahui tingkat budaya keselamatan rumah sakit sebagai acuan menyusun program kerja dan melakukan evaluasi keberhasilan program keselamatan pasien (Nieva, Sorra, 2003). Assesmen dalam survey ini menggambarkan tingkat budaya keselamatan pasien dalam satu waktu tertentu saja sehingga membutuhkan pengulangan assesmen secara berkala untuk menilai perkembangannya.

Berdasarkan uraian di atas , maka tim peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Evaluasi Keberhasilan Program Kerja Keselamatan Pasien dalam Membangun Budaya Keselamatan Pasien

B. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran tingkat keberhasilan implementasi program kerja Panitia Keselamatan Pasien RS.Panti Rapih dalam membangun budaya keselamatan pasien khususnya sistem pelaporan dan budaya belajar ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Melakukan evaluasi terhadap program kerja yang telah dilakukan sebagai upaya membangun budaya keselamatan di RS.Panti Rapih khususnya sistem pelaporan dan pembelajaran

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan kesadaran tentang budaya keselamatan pasien
- b. Mengidentifikasi area membutuhkan pengembangan dalam budaya keselamatan sesuai komponen Reason untuk menyusun program kerja selanjutnya.
- c. Mengetahui faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan program keselamatan pasien khususnya pelaporan insiden dan pembelajaran.

D. Manfaat penelitian

1. Bagi pimpinan Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta
 - a. Memberikan masukan tentang gambaran budaya keselamatan pasien yang ada di RS Panti Rapih Yogyakarta
 - b. Sebagai bahan masukan dalam menentukan kebijakan terkait dengan pelaksanaan program keselamatan pasien, khususnya dalam membangun budaya keselamatan.
2. Bagi Panitia Keselamatan Pasien RS.Panti Rapih
 - a. Dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi tingkat keberhasilan program kerja panitia keselamatan pasien.

b. Dapat dipergunakan sebagai acuan untuk menyusun program kerja keselamatan pasien yang sesuai dengan karakteristik rumah sakit

3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai landasan untuk penelitian selanjutnya terutama terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit, khususnya dalam aspek budaya keselamatan pasien dalam upaya mencegah terjadinya KTD (Kejadian Tak Diharapkan) di RS Panti Rapih Yogyakarta

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Penelitian ini memerlukan landasan konsep dan teori-teori yang berhubungan dengan tema penelitian yang akan diuraikan dalam bab ini. Konsep pertama adalah mengenai Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) Rumah Sakit yang meliputi : mengapa keselamatan pasien, pengertian, tujuan, 7 (tujuh) langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit (WHO, 2007). Pada konsep kedua akan dijelaskan tentang budaya keselamatan di rumah sakit, meliputi : pengertian dan faktor-faktor yang mempengaruhi, budaya pelaporan dan pembelajaran, budaya adil, *human error* dan *unsafe act algoritme*, komponen budaya keselamatan dan tingkat maturitas budaya keselamatan pasien. **Konsep ketiga diuraikan mengenai assesmen budaya keselamatan pasien.**

A. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) Rumah Sakit

1. Pentingnya Keselamatan Pasien

Sejak awal tahun 1900 institusi rumah sakit selalu meningkatkan mutu pada3 (tiga) elemen, yaitu struktur, proses dan outcome dengan bermacam-macam konsep dasar, program regulasi yang berwenang misalnya antara lain penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit, penerapan *Quality Assurance*, *Total Quality Management*, *Continuos Quality Improvement*, perizinan, Akreditasi, Kredensialing, Audit medis, Indikator Klinis, *Clinical Governance*, sistem Manajemen Mutu ISO, dan lain-lainnya. Program-program tersebut telah meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit baik pada aspek struktur, proses maupun output ataupun outcome. Namun harus diakui bahwa pelayanan yang telah berkualitas tersebut masih terjadi Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD) yang menyebabkan ketidakpuasan masyarakat akan pelayanan

kesehatan yang diterimanya dan tidak jarang yang berakhir dengan tuntutan hukum. Dalam mengantisipasi hal tersebut diperlukan program untuk memperbaiki proses pelayanan karena KTD sebagian dapat merupakan kesalahan dalam proses pelayanan yang sebetulnya dapat dicegah melalui rencana pelayanan yang komprehensif dengan melibatkan pasien berdasarkan haknya. Program tersebut dikenal dengan istilah keselamatan Pasien (*Patient Safety*).

Dengan meningkatnya keselamatan pasien rumah sakit diharapkan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit dapat meningkat. Selain itu keselamatan pasien juga dapat mengurangi KTD yang apabila terjadi, selain berdampak terhadap peningkatan biaya pelayanan juga dapat membawa rumah sakit ke arena **blamming**, menimbulkan konflik antara dokter/petugas kesehatan dan pasien, menimbulkan sengketa medis, tuntutan dan proses hukum, tuduhan malpraktek, *blow up* ke mass media yang akhirnya menimbulkan opini yang negatif terhadap pelayanan rumah sakit. Selain itu rumah sakit dan dokter bersusah payah melindungi dirinya dengan asuransi, pengacara dan sebagainya, tetapi pada akhirnya tidak ada pihak yang menang bahkan menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit.

2. Pengertian

Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) Rumah Sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi : assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem

tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan yang seharusnya dilakukan.

3. Tujuan

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

4. Tujuh (7) Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Mengacu pada standar keselamatan pasien (yang telah diuraikan sebelumnya), maka rumah sakit harus 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, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien dengan menerapkan beberapa langkah secara bertahap yang dikenal dengan “Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit”

Ke-tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Bangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien
Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil
- b. Pimpin dan dukung staf anda
Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan Pasien di rumah sakit
- c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko
Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan assesmen hal yang potesial bermasalah
- d. Kembangkan sistem pelaporan
Pastikan staf anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasiun Rumah Sakit (KKPRS)
- e. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien
Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien
Dorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul
- g. Cegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien
Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

B. Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit

1. Pengertian

Budaya organisasi adalah suatu pola keyakinan, nilai-nilai perilaku, norma-norma yang disepakati/diterima dan melingkupi semua proses sehingga membentuk bagaimana seseorang berperilaku dan bekerja bersama. Budaya organisasi merupakan kekuatan yang sangat besar dan sesuatu yang tetap ada walaupun terjadi perubahan tim dan perubahan personal

Budaya keselamatan memiliki 4 pengertian utama:

1. kesadaran (awareness) yang aktif dan konstan tentang potensi terjadinya kesalahan,
2. terbuka dan adil,
3. pendekatan sistem,
4. pembelajaran dari pelaporan insiden.

Manfaat penting dari budaya keselamatan (NPSA, 2004):

- a. Organisasi kesehatan lebih tahu jika ada kesalahan yang akan terjadi atau jika kesalahan telah terjadi.
- b. Meningkatkan pelaporan insiden dan belajar dari insiden yang terjadi untuk mengurangi berulangnya dan keparahan dari insiden keselamatan.
- c. Kesadaran keselamatan pasien yaitu bekerja untuk mencegah error dan melaporkan bila terjadi kesalahan sehingga dapat mengurangi cedera fisik dan psikis terhadap pasien.
- d. Mengurangi biaya pengobatan dan ekstra terapi.
- e. Mengurangi sumber daya untuk manajemen komplain dan klaim.

f. Mengurangi jumlah staf yang stres, merasa bersalah, malu, kehilangan kepercayaan diri, dan moral rendah.

2. Komponen budaya keselamatan menurut Reason

Menurut Reason, komponen budaya keselamatan terdiri atas budaya pelaporan, budaya adil, budaya fleksibel, dan budaya pembelajaran. Keempat komponen tersebut mengidentifikasi nilai-nilai kepercayaan dan perilaku yang ada dalam organisasi dengan budaya informasi dimana insiden dilaporkan untuk dilakukan tindakan untuk meningkatkan keamanan. Organisasi yang aman tergantung pada kesediaan karyawan untuk melaporkan kejadian cedera dan nearmiss (learning culture). Kerelaan karyawan dalam melaporkan insiden karena kepercayaan bahwa manajemen akan memberikan support dan penghargaan terhadap pelaporan insiden dan tindakan disiplin diambil berdasarkan akibat dari resiko (risk taking), merupakan pelaksanaan budaya adil. Kerelaan karyawan untuk melaporkan insiden karena atasan bersikap tenang ketika informasi disampaikan sebagai bentuk penghargaan terhadap pengetahuan petugas, merupakan pelaksanaan budaya fleksibel. Terpenting, kerelaan karyawan untuk melaporkan insiden karena kepercayaan bahwa organisasi akan melakukan analisa informasi insiden untuk kemudian dilakukan perbaikan sistem, merupakan pelaksanaan budaya pembelajaran. Interaksi antara keempat komponen tersebut akan mewujudkan budaya keselamatan yang kuat.

3. Terbuka dan Adil

Menurut NPSA (*National Patient safety Agency*) (2006), bagian yang fundamental dari organisasi dengan budaya keselamatan adalah menjamin adanya keterbukaan dan adil. Keterbukaan dan adil berartise semua pegawai/staff berbagi informasi secara bebas dan terbuka mengenai insiden yang terjadi.

Bagian yang paling mendasar dari organisasi dengan budaya keselamatan (culture of safety) adalah meyakinkan bahwa organisasi memiliki “keterbukaan dan adil” (being open and fair). Ini berarti bahwa (NSPA, 2004):

- a. Staff yang terlibat dalam insiden merasa bebas untuk menceritakan insiden tersebut atau terbuka tentang insiden tersebut;
- b. Staff dan organisasi bertanggung jawab untuk tindakan yang diambil;
- c. Staff merasa bisa membicarakan semua insiden yang terjadi kepada teman sejawat dan atasannya;
- d. Organisasi kesehatan lebih terbuka dengan pasien-pasien. Jika terjadi insiden, staff dan masyarakat akan mengambil pelajaran dari insiden tersebut;
- e. Perlakuan yang adil terhadap staf jika insiden terjadi

Untuk menciptakan lingkungan yang terbuka dan adil kita harus menyingkirkan dua mitos utama:

- a. Mitos kesempurnaan: jika seseorang berusaha cukup keras, mereka tidak akan berbuat kesalahan
- b. Mitos hukuman: jika kita menghukum seseorang yang melakukan kesalahan, kesalahan yang terjadi akan berkurang; tindakan remedial dan disipliner akan membawa perbaikan dengan meningkatnya motivasi.

Terbuka dan adil sangat penting diterapkan karena staff tidak akan membuat laporan insiden jika mereka yakin kalau laporan tersebut akan menyebabkan mereka atau koleganya kena hukuman atau tindakan disiplin. Lingkungan yang terbuka dan adil akan

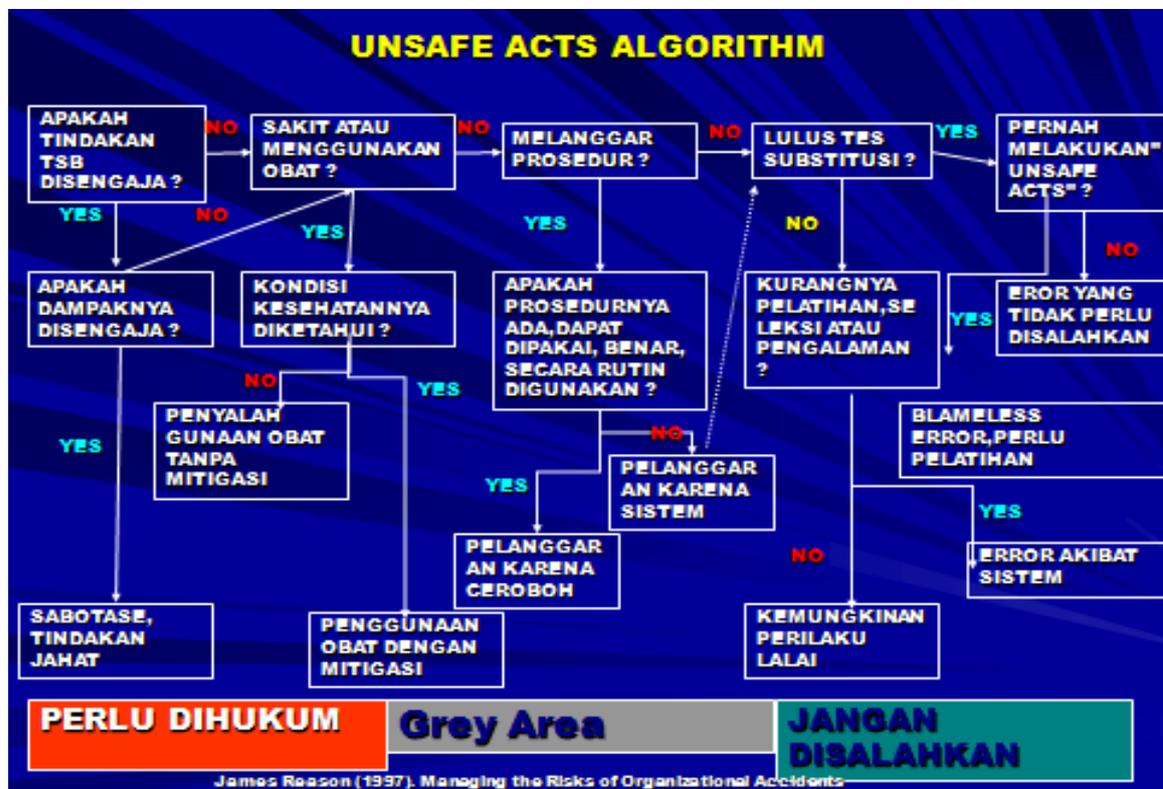
membantu staff untuk yakin membuat laporan insiden yang bisa menjadi pelajaran untuk perbaikan.

4. Just Culture

Just Culture adalah suatu lingkungan dengan keseimbangan antara keharusan untuk melaporkan insiden keselamatan pasien (tanpa takut dihukum) dengan perlunya tindakan disiplin.

Organisasi perlu memahami dan mengakui bahwa petugas garis depan rentan melakukan kesalahan yang biasanya bukan disebabkan oleh kesalahan tunggal individu namun karena sistem organisasi yang buruk.

Gambar 2-2. Unsafe Act Algorithm/Incident Decision Tree



Incident Decision Tree adalah suatu tool untuk membantuk mengidentifikasi apakah suatu tindakan dari individu karena:

- Kesalahan sistem
- Sengaja melakukan tindakan sembrono
- Melakukan unsafe act atau tindakan kriminal

IDT merubah pertanyaan: “siapa yang harus disalahkan?” menjadi “Mengapa seseorang berbuat kesalahan.”

HUMAN ERROR	PERILAKU BERESIKO	PERILAKU CEROBOH
Slip, Lapse	Tidak menyadari adanya resiko	Secara sadar/sengaja mengabaikan resiko
TINDAKAN:	TINDAKAN:	TINDAKAN:
Lakukan Perubahan: <ul style="list-style-type: none"> • Proses • Prosedur • Training • Desain 	<ul style="list-style-type: none"> • Insentif untuk yang berperilaku “safety” • Tumbuhkan kesadaran akan safety 	<ul style="list-style-type: none"> • Tindakan Remedial • Tindakan Hukuman
DUKUNGAN	PELATIHAN	HUKUMAN

5. Pendekatan sistem terhadap keselamatan

Memiliki budaya keselamatan akan mendorong terciptanya lingkungan yang mempertimbangkan semua komponen sebagai faktor yang ikut berkontribusi terhadap insiden yang terjadi. Hal ini menghindari kecenderungan untuk menyalahkan individu dan lebih melihat kepada sistem di mana individu tersebut bekerja.

Semua insiden *patient safety* mempunyai empat komponen dasar. Tiap komponen merupakan pendekatan sistem (NPSA,2004):

Faktor Penyebab (Causal factors): Faktor ini berperan penting dalam setiap insiden. Menghilangkan factor ini dapat mencegah atau mengurangi kemungkinan terulangnya kejadian yang sama. Faktor penyebab dapat digolong kan atas:

- a. Kegagalan Aktif (Active failures): Ini adalah tindakan yang sering disebut sebagai ‘tindakan yang tidak safe’ (unsafe acts). Tindakan ini dilakukan oleh petugas kesehatan yang langsung berhubungan dengan pasien. Kegagalan aktif initermasuk

kekhilafan, kesalahan atau pelanggaran prosedur, guideline atau kebijakan, stress, training yang tidak adekuat, supervise yang buruk dan beban kerja yang terlalu tinggi.

- b. Kondisi laten (Latent system conditions): Sistem yang kurang tertata yang menjadi predisposisi terjadinya error, misalnya: SOP tidak jelas; tata ruang yang tidak jelas; termometer yang hanya punya satu untuk banyak pasien
- c. Pelanggaran (Violation): Ini terjadi ketika individual dan grup dengan sengaja tidak mengikuti prosedur atau memilih untuk tidak mengikuti prosedur yang baku karena alasan tertentu, termasuk: kemungkinan tidak mengetahui SOP; situasi tertentu yang mengakibatkan penyimpangan dari SOP/kebijakan yang ada; karena kebiasaan; SOP/kebijakan tidak ditemukan pada saat pekerjaan akan dilakukan; prosedur yang dilakukan secara berlebihan tapi tidak dituliskan pada prosedur yang berlaku.
- d. Faktor-faktor yang memberi kontribusi (Contributory factors) terjadinya insiden adalah:
 - 1) Pasien: Pasien bisa menjadi faktor yang memberi kontribusi terjadinya insiden seperti umur atau perbedaan bahasa.
 - 2) Individual: Faktor individual termasuk faktor psikologis, faktor kenyamanan, dan hubungan kerja.
 - 3) Komunikasi (Communication): Komunikasi termasuk komunikasi tertulis, verbal dan nonverbal. Komunikasi bisa berkontribusi terjadinya insiden jika komunikasi tidak efektif, tidak adekuat, membingungkan atau komunikasi terlambat. Faktor-faktor ini berkaitan antar individual, dalam atau antar organisasi.

- 4) Tim dan faktor sosial, yang termasuk dalam faktor-faktor ini adalah: komunikasi dalam satu tim; gaya kepemimpinan; struktur hierarki tradisional; kurang menghargai anggota senior dalam tim dan persepsi staf terhadap tugas/tanggung jawab.
- 5) Pendidikan dan pelatihan: Ketersediaan dan kualitas pelatihan untuk staff sangat berpengaruh pada kemampuan staff melakukan pekerjaannya atau untuk merespon pada situasi darurat/emergency.
- 6) Peralatan dan sumber daya (Equipment and resources), yang termasuk pada faktor peralatan adalah apakah peralatan tersebut sesuai dengan kebutuhannya; apakah staf mengetahui cara menggunakan alat tersebut; dimana menyimpannya dan seberapa sering peralatan diperiksa.
- 7) Faktor lingkungan (environment factors) dan kondisi kerja (Working conditions): hal ini mempengaruhi kemampuan staff untuk bekerja, termasuk gangguan dan interupsi dalam bekerja seperti: suhu ruangan yang tidak menyenangkan; penerangan yang tidak adekuat; keributan dan ruang kerja yang sempit.
- 8) Waktu (Timing): Faktor waktu ini adalah kombinasi antara faktor penyebab dengan kegagalan pada system (pencegahan atau control) yang merupakan penyebab insiden terjadi.
- 9) Konsekuensi (Consequences): Ini adalah akibat atau dampak dari insiden yang bisa terjadi, yaitu: level rendah (low), level menengah (moderate), level parah (severe) dan kematian(death).
- 10) Faktor yang mengurangi akibat insiden (Mitigating factors):Beberapa faktor, baik kejadian yang merupakan kesempatan atau keberuntungan, kemungkinan

mempunyai faktor yang bisa mengurangi akibat insiden yang lebih serius. Sangat penting jika faktor-faktor ini dijabarkan pada saat investigasi sehingga faktortersebut bisa mendukung praktek keselamatan (Safety Practice).

C. **Assesmen Budaya Keselamatan Rumah Sakit**

Keselamatan pasien merupakan komponen terpenting dalam mutu pelayanan kesehatan. Rumah sakit sebagai organisasi pelayanan kesehatan harus mampu meningkatkan keselamatan pasien dengan mengusahakan terwujudnya budaya keselamatan. Dalam membangun budaya keselamatan, sangat penting bagi rumah sakit untuk mengukur perkembangan budaya dengan melakukan pengukuran budaya secara berkala. Pengukuran pertama sangat penting sebagai data dasar yang akan dipergunakan sebagai acuan penyusunan program.

Survey Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Hospital Survey on Patient Safety Culture),dikeluarkan oleh AHRQ (American Hoospital Research and Quality) pada bulan November, 2004, didesain untuk mengukur opini staf rumah sakit mengenai isue keselamatan pasien, medical errors, dan pelaporan insiden. Survey ini terdiri atas 42 item yang mengukur 12 dimensi keselamatan pasien.

Tabel 1-1. Dimensi Budaya Keselamatan Pasien dan Definisi

Dimensi Budaya Keselamatan Pasien	Definisi
1. Komunikasi terbuka	Staf bebas berbicara ketika mereka melihat sesuatu yang berdampak negatif bagi pasien dan bebas menanyakan masalah tersebut kepada atasan

2. Komunikasi dan Umpan Balik mengenai insiden	Staf diberi informasi mengenai insiden yang terjadi, diberi umpan balik mengenai implementasi perbaikan, dan mendiskusikan cara untuk mencegah kesalahan
3. Frekuensi pelaporan insiden	Kesalahan dengan tipe berikut ini dilaporkan: (1)kesalahan diketahui dan dikoreksi sebelum mempengaruhi pasien (2)kesalahan tanpa potensi cedera pada pasien (3)kesalahan yang dapat mencederai pasien tetapi tidak terjadi
4. Handoffs dan Transisi	Informasi mengenai pasien yang penting dapat dikomunikasikan dengan baik antar unit dan antar shift.
5. Dukungan manajemen untuk keselamatan pasien	Manajemen rumah sakit mewujudkan iklim bekerja yang mengutamakan keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama
6. Respon nonpunitif (tidak menghukum) terhadap kesalahan	Staf merasa kesalahan dan pelaporan insiden tidak dipergunakan untuk menyalahkan mereka dan tidak dimasukkan kedalam penilaian personal
7. Pembelajaran organisasi –	Kesalahan dipergunakan untuk perubahan

Peningkatan berkelanjutan	kearah positif dan perubahan dievaluasi efektifitasnya
8. Persepsi keselamatan pasien secara keseluruhan	Prosedur dan sistem sudah baik dalam mencegah kesalahan dan hanya ada sedikit masalah keselamatan pasien
9. Staffing	Jumlah staf cukup untuk menyelesaikan beban kerja dan jumlah jam kerja sesuai untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk keselamatan pasien
10. Ekspektasi dan Upaya Atasan dalam meningkatkan keselamatan pasien	Atasan mempertimbangkan masukan staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, memberikan pujian bagi staf yang melaksanakan prosedur keselamatan pasien, dan tidak terlalu membesar-besarkan masalah keselamatan pasien
11. Kerja sama tim antar unit	Unit kerja di rumah sakit bekerja sama dan berkoordinasi antara satu unit dengan unit yang lain untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien
12. Kerja sama dalam tim unit kerja	Staf saling mendukung satu sama lain, saling menghormati, dan bekerja sama sebagai tim

Survey ini juga mengandung dua pertanyaan kepada responden mengenai tingkat budaya keselamatan di unit kerja masing-masing dan banyaknya jumlah insiden yang telah mereka laporkan selama satu tahun terakhir. Sebagai tambahan, responden juga ditanyai mengenai latar belakang responden (unit kerja, jabatan staf, apakah mereka berinteraksi langsung dengan pasien atau tidak).

6. Tingkat Maturitas Budaya Keselamatan Pasien (Ashcroft, 2005 dalam Cahyono, 2008 hal 173).

Ashcroft (2005) mengembangkan pola untuk menilai sejauhmana tingkat maturitas sebuah institusi dalam menerima budaya keselamatan pasien dan membagi tingkat maturitas budaya keselamatan pasien menjadi 5 (lima) tingkat, yaitu patologis, reaktif, kalkulatif, proaktif dan generatif.

Pada level patologis, institusi belum mempunyai sistem keselamatan pasien, instiusi melihat keselamatan pasien sebagai masalah dan beban. Institusi atau organisasi berusaha untuk menekan atau membatasi informasi serta berfokus pada budaya saling menyalahkan. Organisasi pada level reaktif sudah mempunyai sistem keselamatan pasien secara terbatas, organisasi memandang bahwa keselamatan pasien sebagai hal yang penting namun aktivitas yang dilakukan hanya bersifat reaktif kala terjadi cedera medis. Organisasi yang berada pada level kalkulatif cenderung terikat pada aturan, posisi dan otoritas departemen. Pendekatan sistematis sudah dimiliki, tetapi penerapan program keselamatan masih terbatas di lingkup cedera medis yang sering terjadi. Organisasi di level proaktif sudah memiliki sistem yang tertata baik dan kegiatannya difokuskan pada upaya untuk mencegah dan mengantisipasi cedera dalam skala yang lebih luas dan sudah melibatkan

stakeholder. Pada tataran organisasi yang generatif, yang merupakan level tertinggi dalam budaya keselamatan pasien, sistem terus dipelihara dan diperbaiki dan menjadi bagian dari misi organisasi. Organisasi secara aktif mengevaluasi efektivitas intervensi yang telah dikembangkan dan terus belajar dari kegagalan dan kesuksesan.

Tabel 2-2. Tingkat Maturitas Budaya Keselamatan Pasien (fleeming, M., 2008)

Tingkat Maturitas	Pendekatan dalam Peningkatan Budaya KP
Patologis	Belum memiliki sistem yang mendukung kultur keselamatan pasien, lingkungan kerja masih bersifat menyalahkan.
Reaktif	Sistem bersifat fragmentasi, dikembangkan hanya sekedar menjawab akreditasi organisasi dan reaktif terhadap cedera medis yang terjadi.
Kalkulatif	Sistem tertata baik namun implementasi masih bersifat segmental.
Proaktif	Sistem bersifat komprehensif, berskala luas dan melibatkan <i>stakeholder</i> , pendekatan berbasis pada bukti (<i>evidence based</i>) sudah diterapkan dalam kegiatan organisasi.
Degeneratif	Budaya keselamatan pasien menjadi misi sentral dalam organisasi, organisasi selalu mengevaluasi efektifitas intervensi dan selalu belajar dari kegagalan dan kesuksesan.

D. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan kegiatan yang penting dalam mengupayakan keselamatan pasien, hal ini bermanfaat sebagai proses pembelajaran bersama. Banyak metode yang digunakan untuk mengidentifikasi risiko, salah satu caranya adalah dengan mengembangkan sistem pelaporan dan sistem analisis. Dapat dipastikan bahwa sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya/potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. Pelaporan insiden penting karena akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali, pelaporan juga dapat digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya *error* sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya.

Untuk memulai kegiatan pelaporan ini, perlu dibuat suatu sistem pelaporan insiden di rumah sakit meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan pada seluruh karyawan. Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi. Laporan insiden ini dibuat oleh semua staf rumah sakit yang pertama menemukan kejadian dan staf yang terlibat dalam suatu kejadian. Masalah yang sering muncul dalam pelaporan insiden, diantaranya adalah laporan masih dipersepsikan sebagai “pekerjaan tambahan” perawat, laporan sering disembunyikan/*underreport* karena takut disalahkan, terlambat dalam pelaporan, dan laporan miskin data karena ada budaya *blame culture* .

Supaya kegiatan pelaporan dapat berjalan dengan baik, karyawan/perawat perlu diberikan pelatihan mengenai sistem pelaporan insiden mulai dari maksud, tujuan dan manfaat laporan, alur pelaporan insiden ke tim KP secara internal (di rumah sakit) ataupun alur pelaporan secara eksternal (di luar rumah sakit), bagaimana cara mengisi formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan, pengertian-pengertian yang digunakan dalam sistem pelaporan dan cara menganalisa laporan.

a. Alur pelaporan Insiden ke Tim KP di RS (internal)

- 1) Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
- 2) Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada atasan langsung (paling lambat 2 x 24 jam); jangan menunda laporan.
- 3) Setelah selesai mengisi Laporan, segera serahkan kepada Atasan langsung pelapor. (atasan langsung disepakati sesuai keputusan Manajemen :Supervisor/Kepala Bagian/Instalasi/Departemen/Unit Ketua Komite Medis).
- 4) Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan *grading risiko* terhadap insiden yang dilaporkan.
- 5) Hasil *grading* akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :

- a) Grade Biru : Investigasi sederhana oleh Atasan Langsung, waktu maksimal 1 minggu
 - b) Grade Hijau : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu
 - c) Grade Kuning: Investigasi Komprehensif/Analisis Akar Masalah/RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari
 - d) Grade Merah: Investigasi Komprehensif/Analisis Akar Masalah/RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari
- 6) Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS.
 - 7) Tim KP di RS akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan *Regrading*.
 - 8) Untuk Grade Kuning/Merah, Tim KP di RS akan melakukan Analisis Akar Masalah/*Root Cause Analysis* (RCA).
 - 9) Setelah melakukan RCA, Tim KP di RS akan membuat Laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta “Pembelajaran” berupa : Petunjuk/*Safety Alert*” untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
 - 10) Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi.
 - 11) Rekomendasi untuk “Perbaikan dan Pembelajaran” diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait.

12) Unit kerja membuat analisa dan *trend* kejadian di satuan kerjanya masing-masing.

13) Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di RS.

b. Alur Pelaporan Insiden ke KKPRS-Komite Keselamatan Rumah Sakit (eksternal)

1) Laporan hasil investigasi sederhana/analisis akar masalah/RCA yang terjadi pada pasien dilaporkan oleh Tim KP di RS (internal)/Pimpinan RS ke KKP-RS dengan mengisi formulir Laporan Insiden Keselamatan Pasien.

2) Laporan dikirim ke KKP-RS lewat POS atau KURIR ke sekretariat KKP-RS (Kantor PERSI).

E. Laporan sebagai sebuah sistem pembelajaran

Dalam merancang sistem keselamatan pasien, salah satu strateginya adalah bagaimana memunculkan kesalahan sehingga dapat dilihat dan diambil tindakan guna memperbaiki defek yang terjadi dan upaya memunculkan kesalahan tersebut dilakukan melalui sistem pelaporan. Kegagalan aktif (petugas yang melakukan kesalahan) berkombinasi dengan kondisi laten akan menyebabkan suatu kesalahan, akibatnya bisa membuat pasien cedera/nyaris cedera yang merugikan pasien. Jika hanya berhenti pada pelaporan saja tentu tidak akan meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, yang terpenting adalah bagaimana melakukan suatu pembelajaran dari kesalahan tersebut sehingga nantinya akan dapat diambil solusi (redesain) sehingga kesalahan yang sama tidak akan terjadi lagi. Melalui sistem pelaporan dan investigasi yang baik dapat diungkap jenis kesalahan, jenis cedera, kegagalan petugas, kondisi lingkungan yang memudahkan terjadinya kesalahan. Data yang diperoleh melalui sistem pelaporan dapat

F. Karakteristik sistem pelaporan yang berhasil

Non punitif (tidak menghukum), karakteristik yang paling menentukan keberhasilan pengembangan sistem pelaporan adalah tidak menghukum baik kepada pelapor maupun individu lain yang terlibat dalam insiden. Budaya keselamatan pasien untuk tidak menghukum sangat bertentangan dengan tradisi lama yang menekankan pada “siapa yang salah”. Petugas/karyawan tidak akan melapor apabila mereka takut terhadap sanksi /hukuman.

Konfidensial, berdasarkan penelitian disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pelaporan dengan meningkatnya tuntutan medikolegal. Agar sistem pelaporan dapat berjalan dengan baik, maka organisasi kesehatan perlu menjamin kerahasiaan pelapor. Menjaga kerahasiaan dalam sistem pelaporan akan meningkatkan secara signifikan partisipasi dalam pelaporan. Selain karena faktor takut akan sanksi dan hukuman, masalah konfidensial juga menjadi penghambat dalam sistem pelaporan.

Independen, sistem pelaporan yang bersifat tidak menghukum, menjaga kerahasiaan, dan independen merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan. Sistem pelaporan yang bersifat independen diartikan bahwa sistem pelaporan tersebut dibebaskan dari otoritas yang memiliki pengaruh untuk menghukum individu atau organisasi yang melaporkan.

Dianalisis oleh ahli, tanpa peranan tim ahli yang mengetahui seluk beluk maka rekomendasi yang diberikan belum tentu dapat menjawab persoalan yang sebenarnya. Untuk menjadikan rekomendasi yang bersifat kredibel maka peran tim ahli sangat dominan.

Tepat waktu, laporan harus dianalisis tepat waktu dan rekomendasi segera disebarluaskan secepat mungkin sehingga pihak terkait tidak kehilangan momentum. Apabila bahaya serius telah dapat diidentifikasi maka informasi umpan balik harus segera diberikan.

Berorientasi pada sistem, menurut WHO, 2005, kesalahan dan KTD yang terjadi lebih merupakan suatu “gejala” kelemahan sistem sehingga suatu laporan baik yang bersifat retrospektif atau prospektif (kondisi yang membahayakan) dapat digunakan sebagai pintu masuk menuju proses investigasi dan analisis kelemahan sistem. Sistem pelaporan yang baik diharapkan dapat menangkap kesalahan, *near miss*, kerugian, malfungsi alat dan teknologi dan kondisi lingkungan yang membahayakan. Melalui analisa secara sistem maka rekomendasi yang diberikan oleh para ahli dapat digunakan sebagai bentuk strategi general dalam rangka memperbaiki mutu dan keselamatan pasien.

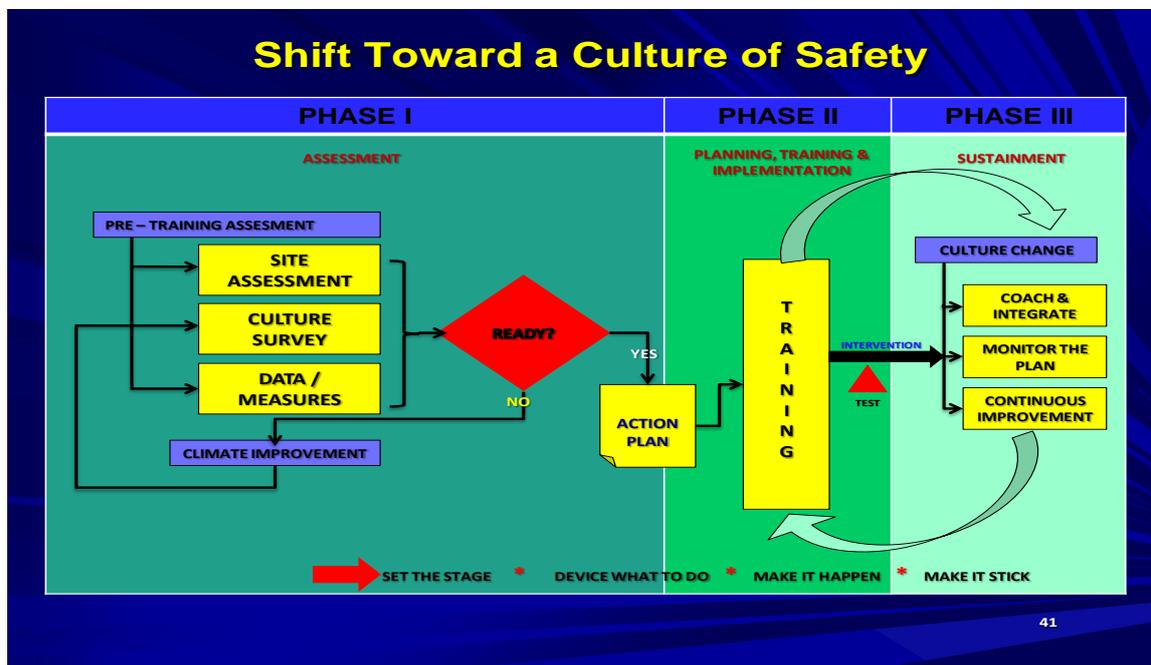
Tabel 2.3. Karakteristik sistem pelaporan yang berhasil

Karakteristik	Karakteristik
Tidak menghukum (<i>non punitive</i>)	Pelapor terbebas dari rasa takut akan hukuman dan balas dendam
Konfidensial	Identitas pelapor, pasien dan institusi tidak disebutkan
Independen	Sistem pelaporan tidak dipengaruhi oleh penguasa yang memiliki kekuatan untuk menghukum pelapor/institusi
Dianalisis oleh ahli	Laporan dianalisis oleh seseorang/tim

	yang memiliki kemampuan berpikir dalam kerangka sistem
Tepat waktu	Laporan dianalisis dalam waktu yang cepat, demikian pula dengan rekomendasi yang diberikan
Berorientasi pada sistem	Rekomendasi berfokus pada perbaikan dalam sistem, proses, atau produk daripada bersifat menyalahkan individu.
Responsif	Rekomendasi yang diberikan ditindaklanjuti oleh institusi/organisasi yang menerima laporan

G. Kerangka Teori

Bagan 3. Tahap-Tahap Membangun Budaya Keselamatan



Tahap-tahap membangun budaya keselamatan ada 3:

- 1.** Tahap 1: Assesmen awal dengan assesmen sarana-prasarana, sumber daya, dan lingkungan keselamatan pasien rumah sakit, serta survey budaya keselamatan dan pengukuran data. Berdasarkan pengukuran, apakah rumah sakit siap? Jika belum, menuju pengembangan iklim keselamatan dan kembali ke survey budaya awal. Jika assesmen awal sudah dilakukan, langsung ke tahap 2.
- 2.** Tahap 2: perencanaan, pelatihan, dan implementasi. Pelatihan diselenggarakan untuk mendukung pelaksanaan intervensi. Intervensi termasuk uji coba dan kemudian dilanjutkan ke tahap ke-3
- 3.** Tahap 3: Mempertahankan/memelihara. Tahap ini termasuk mengintegrasikan, monitoring perencanaan (dengan survey ulang), dan pengembangan berkelanjutan. Pengembangan berkelanjutan termasuk pelatihan kembali untuk mewujudkan perubahan menuju budaya keselamatan yang lebih baik.

BAB III

METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang metode yang digunakan dalam penelitian yang meliputi: rancangan penelitian, variabel dan definisi operasional, subyek penelitian, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data penelitian , prosedur pengumpulan data dan rencana analisis data.

A. Rancangan Penelitian

Rancangan dalam Penelitian ini adalah penelitian *deskriptif* dengan pendekatan *cross sectional*. Menurut Wilson Diers (1979) dalam Nursalam (2003), penelitian deskriptif bertujuan untuk menjelaskan, memberi suatu nama, situasi atau fenomena dalam menemukan ide baru.

1. Variabel dan Definisi Operasional

Tabel 1 Variabel dan Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran	Skala Ukur
1. Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit	Suatu pola keyakinan, nilai-nilai perilaku, norma-norma yang disepakati/diterima yang tercermin dari keinginan organisasi untuk belajar dari kesalahan di RS.Panti Rapih	Menggunakan kuesioner survey AHRQ yang terdiri atas 12 aspek dan 42 item pernyataan. Mengelompokkan dalam 4 komponen budaya (Reason, 1997) Skala: Menggunakan skala Likert yang terdiri dari 5 label bergerak mulai dari sangat setuju, setuju, kadang-kadang, tidak setuju, sangat tidak setuju.	Respon positif: pernyataan setuju/sangat setuju pada kalimat positif atau pernyataan tidak setuju atau sangat tidak setuju pada kalimat reversi	Nilai respon positif aspek/item $\geq 75\%$: Area Kekuatan budaya keselamatan RS Nilai Respon positif aspek/item $\leq 50\%$: Area yang masih memerlukan pengembangan budaya keselamatan RS
2. Sistem pelaporan	Adalah suatu alur pelaporan insiden	Formulir laporan insiden yang	Presentase pelaporan	

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran	Skala Ukur
insiden keselamatan pasien	secara tertulis untuk setiap kondisi potensial cedera dan insiden yang menimpa pasien, keluarga, maupun pengunjung kemudian dilakukan analisa akar masalah untuk melakukan perbaikan sistem di RS.Panti Rapih	dikumpulkan oleh staf RS Laporan insiden dikategorikan: KNC, KTD, kematian, sentinel.	insiden.	
3. Budaya pembelanjaran	Merupakan suatu budaya yang mengutamakan pembelanjaran dari insiden yang terjadi untuk memperbaiki sistem	Lembar Kerja RCA	Presentase insiden yang telah dilakukan analisa RCA	

2. Subyek Penelitian

1) Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian yang diteliti (Arikunto, 2006; Notoatmojo, 2005). Populasi adalah sejumlah besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh karyawan yang bekerja di RS Panti Rapih Yogyakarta dengan jumlah 1200 orang karyawan.

2) Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan subyek yang diteliti dan dipilih dengan cara tertentu yang dianggap dapat mewakili populasi (Notoatmojo, 2005; Arikunto, 2006). Jenis Sampel dalam penelitian ini adalah *probability sampling* yaitu setiap subyek dalam populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk terpilih dan tidak terpilih sebagai sampel yang representatif (Nursalam, 2003). Teknik pengambilan sampel secara *simple random sampling*, sejumlah 20 % dari total populasi yaitu 250 karyawan. Menurut Polit & Hugler (1993), penggunaan sample sebesar 10-20% untuk subyek dengan populasi lebih dari 1000 dipandang sudah cukup. Menurut AHRQ (2004), bila menghendaki *respon rate* (angka formulir dijawab lengkap) >60%, maka dibutuhkan formulir survey 30- 50% lebih banyak dari jumlah total responden. Apabila dalam penelitian ini menggunakan 250 responden maka membutuhkan 400 formulir survey.

3. Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan seluruh unit yang ada di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta.

4. Waktu Penelitian

Penelitian ini mulai dilaksanakan pada bulan April sampai dengan Agustus 2012 , sedangkan pengambilan data akan dilaksanakan pada bulan Mei sampai dengan Juli 2012.

5. Etika Penelitian

Brockopp & Tolsma (2000) menyatakan bahwa salah satu bentuk tanggung jawab peneliti sebelum melakukan penelitian adalah harus mendapatkan ijin penelitian. Hugler (1999) menyampaikan bahwa peneliti perlu mempertimbangkan juga kebebasan responden dalam mengikuti penelitian, dihormati dan dijaga kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan serta dilindungi dari ketidaknyamanan baik secara fisik maupun psikologis selama proses penelitian. Dalam melakukan penelitian ini, lembar kuesioner pada pengumpulan data responden tidak mencantumkan nama responden (*anonymity*). Hal ini sesuai dengan salah satu prinsip etik yaitu menjaga kerahasiaan data yang diberikan oleh reponden. Sebelum melakukan penelitian, peneliti melakukan *informed concent* dengan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta cara menjawab kuesioner yang diajukan kepada responden . *Informed concent* ini dilakukan kepada responden dan responden berhak untuk menolak bila tidak bersedia. Seperti disampaikan oleh Polit & Beck (2006), peneliti menjelaskan bahwa responden terlindungi dalam aspek :

- a. *Self Determination*, yaitu responden diberikan kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak menjadi responden untuk mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela setelah mendapatkan secara jelas tentang manfaat dan prosedur pengambilan data.
- b. *Privacy*, yaitu peneliti tetap menjaga kerahasiaan semua informasi yang telah diberikan oleh responden dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian..
- c. *Anonymity*, yaitu dalam melakukan penelitian ini, lembar kuesioner dalam pengumpulan data responden tidak mencantumkan nama untuk menjaga kerahasiaan responden dan sebagai gantinya akan digunakan nomor sebagai kode responden.
- d. *Confidentially*, yaitu peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikannya dan setelah penelitian selesai, semua berkas-berkas penelitian yang telah diisi oleh responden dimusnahkan demi menjaga kerahasiaan dan keamanan responden dikemudian hari.
- e. *Protection form discomfort*, yaitu responden bebas dari rasa tidak nyaman selama pengambilan data berlangsung, untuk mengantisipasi hal ini peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan penelitian, cara/teknik pengambilan data dan waktu (lamanya) pengisian kuesioner sebelum pengambilan data berlangsung.
- f. Alat Pengumpul Data Penelitian

B. Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrumen “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (Survey Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit) yang disusun oleh AHRQ yang sudah teruji validitas dan reliabilitasnya dan sudah digunakan di beberapa negara untuk mengukur tingkat budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Instrumen ini dirancang untuk mengukur persepsi karyawan rumah sakit terhadap issue keselamatan pasien, medical errors, dan pelaporan insiden.

Instrumen ini terdiri atas 42 item pertanyaan dalam 12 aspek keselamatan pasien yang menilai persepsi karyawan mengenai:

- Budaya keselamatan pasien level unit kerja:
- Budaya keselamatan pasien level manajemen RS:
- Pengukuran Outcome Budaya Keselamatan Rumah Sakit:

Survey budaya keselamatan pasien AHRQ mengandung 4 komponen budaya keselamatan menurut Reason (1997).

Tabel 2. Aspek Budaya Keselamatan dan Pengukuran Outcome dalam 4 komponen Reason (1997)

Komponen Reason's	Aspek Budaya Keselamatan dan Pengukuran Outcome
Budaya Pelaporan (Reporting Culture): organisasi yang aman tergantung pada kesediaan pekerja untuk melaporkan kesalahan dan kondisi nyaris cedera (near-miss)	<ul style="list-style-type: none">• Frekuensi Pelaporan Insiden (O)• Jumlah Pelaporan Insiden (O)
Budaya Adil (Just Culture): manajemen memberi dukungan dan penghargaan terhadap pelaporan insiden	<ul style="list-style-type: none">• Pelaporan Bebas Hukuman (U)

Komponen Reason's	Aspek Budaya Keselamatan dan Pengukuran Outcome
oleh staf, mengutamakan pendekatan sistem daripada hukuman terhadap individu.	
Budaya Fleksibel (Flexible Culture): atasan menunjukkan sikap tenang ketika informasi keamanan disampaikan karena atasan menghormati pengetahuan atau wawasan pekerja	<ul style="list-style-type: none"> • Kerja Tim dalam unit (U) • Ketenagaan (Staffing) (U) • Keterbukaan Komunikasi (U) • Kerja Tim antar unit di rumah sakit (H) • Pergantian Shift Jaga dan Transfer Pasien Antar Unit (H)
Budaya Belajar (Learning Culture): Kesiediaan organisasi untuk melaporkan insiden dan mengimplementasikan perbaikan yang sesuai.	<ul style="list-style-type: none"> • Tindakan atasan (H) • Dukungan Manajemen Rumah Sakit (U) • Komunikasi dan Umpan Balik (U) • Pembelian organisasi (U) • Persepsi secara keseluruhan (O) • Tingkat Budaya Keselamatan (O)

O: Pengukuran Outcome

U: Unit Kerja

H: Rumah Sakit

1. Nilai Respon (*Frequency Respon*)

Salah satu cara yang paling sederhana untuk mempresentasikan hasil adalah dengan menghitung nilai respon setiap item penelitian.

Untuk mempermudah pembacaan hasil, dua kategori terendah dikombinasikan (sangat tidak setuju/tidak setuju dan tidak pernah/jarang) dan 2 kategori respon tertinggi dikombinasikan (sangat setuju/setuju dan selalu/sering). Nilai tengah dilaporkan sebagai kategori yang terpisah (bukan salah satu atau kadang-kadang).

2. Nilai Respon Aspek(Composite Frequency Respon)

Pertanyaan dalam survey ini dapat dikelompokkan menjadi aspek budaya keselamatan. Cara perhitungan nilai respon aspek adalah dengan menghitung total presentase respon positif dari setiap aspek.

Total presentase respon positif didapatkan dengan menghitung respon positif dari setiap item dalam dimensi. Respon positif adalah jawaban pada setiap item- “sangat setuju/setuju” atau “sering/selalu” pada kalimat positif. Sedangkan pada kalimat reversi, ketidaksetujuan “sangat tidak setuju/tidak setuju” atau “tidak pernah/jarang” mengindikasikan respon positif. Kemudian hitung jumlah total respon masing-masing item dimensi (data yang hilang/tidak ada tidak ikut dijumlah). Langkah selanjutnya adalah membagi respon positif terhadap jumlah total respon. Hasil yang diperoleh adalah berupa presentase

respon positif untuk setiap aspek:

$$\frac{\text{Jumlah nilai respon positif item pada dimensi}}{\text{Jumlah Total Nilai Respon Items (positif, netral, negative) pada aspek}} \times 100\%$$

C. Prosedur pengumpulan Data

Sebelum pengumpulan data dimulai, peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian ke Direktur RS Panti Rapih Yogyakarta. Setelah mendapatkan ijin, peneliti melakukan koordinasi dengan Direktur Keperawatan dan bagian Audit Internal RS Panti Rapih dilanjutkan berkoordinasi dengan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Setelah jajaran manajemen Rumah Sakit memahami tujuan dan rancangan kegiatan penelitian, peneliti bersama tim keselamatan pasien rumah sakit melakukan kegiatan perencanaan

untuk mengintegrasikan (menyatukan) kegiatan penelitian dengan program keselamatan pasien. Selanjutnya peneliti dan tim keselamatan pasien rumah sakit mengadakan pertemuan dengan “champion” keselamatan pasien sejumlah 30 karyawan sebagai asisten peneliti untuk menjelaskan cara melakukan pengumpulan data kepada para responden. Selanjutnya peneliti, tim keselamatan pasien (dan para champion) mengumpulkan data dengan cara membagikan kuesioner kepada karyawan yang tersebar di berbagai unit dan menjadi responden dalam penelitian ini. Selain itu peneliti melihat dokumentasi pada pelaporan insiden keselamatan pasien di RS Panti Rapih.

D. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan secara bertahap, meliputi : *editing*, *coding*, dan *tabulating* dengan menggunakan komputer (Hastono,2007).

a. Editing

Dilakukan untuk mencermati kelengkapan dan kesesuaian jawaban dari setiap pertanyaan. Proses ini dilakukan saat peneliti mengambil kembali kuesioner setelah diisi oleh responden. Apabila terdapat data yang kurang lengkap dikembalikan kepada responden dan diminta untuk melengkapi data tersebut.

b. Coding

Coding dilakukan untuk memberikan kode nomor jawaban yang telah diisi oleh responden dalam daftar pertanyaan. Masing-masing jawaban diberi kode angka sesuai dengan yang telah ditetapkan sebelumnya. Pemberian kode dilakukan dengan cara melakukan pengisian pada kotak sebelah kanan atas pada lembar pertanyaan untuk memudahkan proses *entry* data pada komputer.

c. Tabulating

Adalah proses yang dilakukan dengan cara mengelompokkan data sesuai dengan tujuan penelitian dan memasukkan kedalam tabel distribusi frekuensi.

BAB IV

HASIL

1. Respon dan Demografi

Pada survey awal, jumlah responden 282 dan mencapai nilai respon rate 80,57%. Pada survey kedua pada tahun 2012, jumlah responden 380 dengan mencapai nilai respon rate 95%.

Demografi responden berdasarkan jabatan tahun 2010 dan 2012: perawat, 38.1% dan 46,6%. Karyawan medis selain perawat (dokter, fisioterapis, apoteker, analis laboratorium, ahli gizi) 23.1% dan 12,9%. Petugas non medis (satpam, petugas administrasi, teknisi) 31.6% dan 16,6% serta lain-lain 7.2% dan 21,1%.

Demografi responden berdasarkan unit kerja tahun 2010 dan 2012: rawat inap 26,40% dan 32,3%, rawat jalan 8,80% dan 11,8%, farmasi 5,98% dan 5%, fisioterapi 4,9% dan 0,8%, IGD dan ruang operasi 2,81% dan 4,7%, laboratorium 4,22% dan 3,9%, nonmedis (LHK, keuangan, teknik, rekam medis) 16,19 dan 16,9%, maternal 2,46% dan 3,9%, gizi 5,28% dan 4,7%, pelayanan medis 1,76% dan 0,8%, lain-lain 17,6% dan 10,5%.

Sebanyak 84,61% dan 70% responden adalah petugas rumah sakit yang kontak langsung dengan pasien, 15,38% dan 27,4% responden lainnya tidak.

Berdasarkan lama bekerja di RS.Panti Rapih, sebagian besar responden 34.8% dan 32,1% bekerja selama 1-5 th, 14.2% dan 15,8% bekerja selama 6-10 th, 13,8% dan 15,0% bekerja selama 11-15 tahun, 14,18% dan 19.1% selama 16-20 tahun, dan 12,05% dan 7,1% bekerja selama >21 th. Berdasarkan waktu jam kerja selama seminggu, sebagian besar karyawan 89% dan 77,4% bekerja selama >40 jam/seminggu.

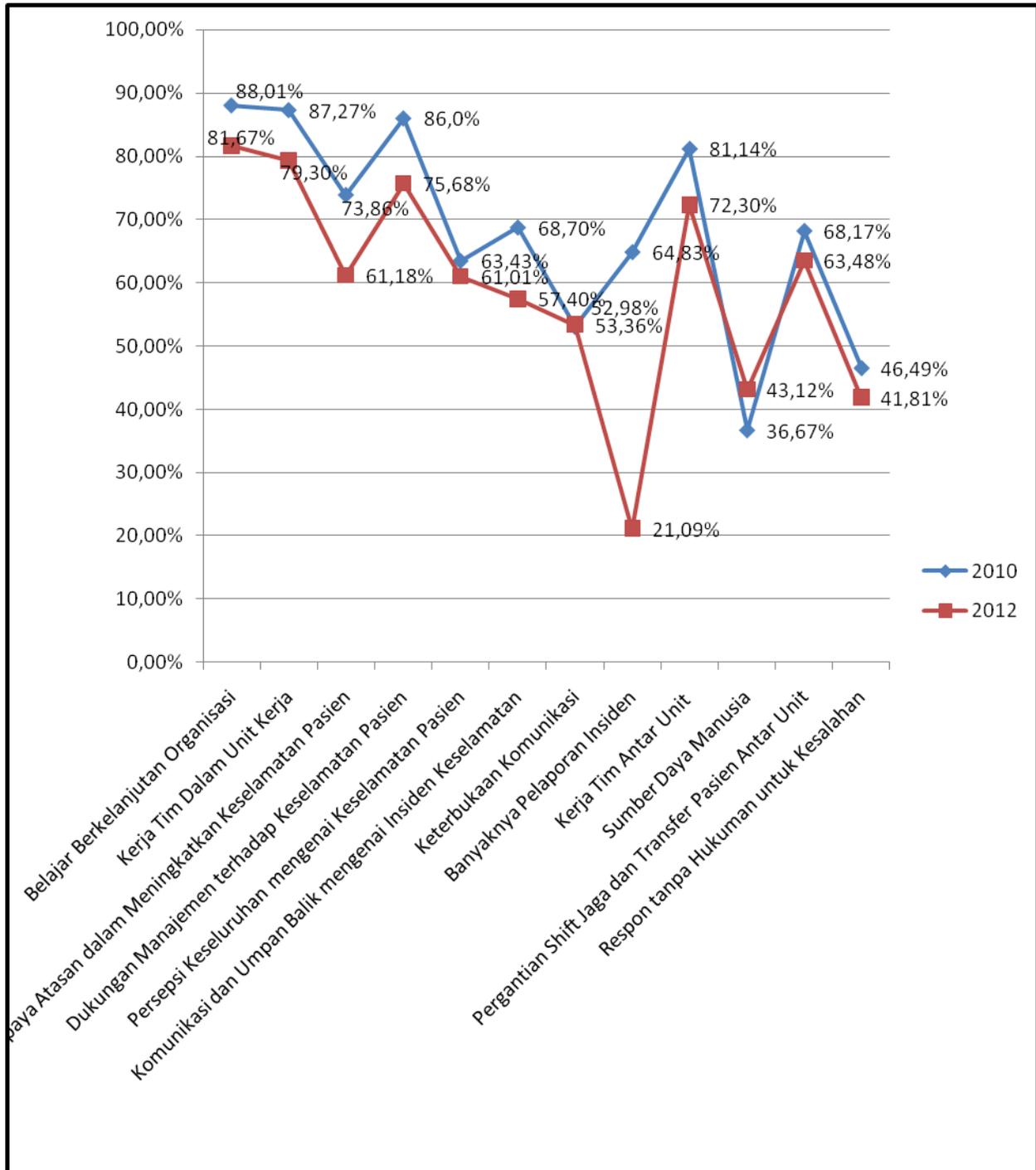
2. Hasil Keseluruhan Survey Budaya Keselamatan RS.Panti Rapih 2010 dan 2012

Berdasarkan grafik, hasil persepsi karyawan mengenai tingkat budaya keselamatan tahun 2012 secara garis besar hampir sama polanya dengan tahun 2010. Area Kekuatan Budaya Keselamatan mulai nilai respon positif tertinggi tahun 2010 dan 2012 adalah Aspek Pengembangan Belajar Berkelanjutan (88,01% dan 81,67%), Aspek Kerja Tim dalam Unit (87,27% dan 79,30%), Aspek Dukungan Manajemen terhadap Keselamatan Pasien (86,96% dan 75,68%), dan Aspek Kerja Antar Unit (81,14% dan 72,30%)

Area Membutuhkan Pengembangan (Nilai respon positif $\leq 50\%$) tahun 2010 dan 2012 adalah Aspek Ketenagaan (36,67% dan 43,12%), dan Aspek Respon tanpa Hukuman untuk Kesalahan (46,49% dan 41,81%), dan Aspek Keterbukaan Komunikasi (52,98% dan 53,36%).

Aspek Budaya Keselamatan yang nilainya turun $\leq 50\%$ dibandingkan survey tahun 2010 adalah Aspek Banyaknya Pelaporan Insiden (64,83% dan 21,09%), Aspek Komunikasi dan Umpan Balik mengenai Insiden Keselamatan (68,70% dan 57,40%).

Grafik 4-1. Nilai Respon Positif Aspek Budaya Keselamatan RS.Panti Rapih Tahun 2010 dan 2012



Tabel 4-1. Trending: Perubahan Nilai Respon Positif Aspek Budaya Keselamatan tahun 2010 dan 2012

Budaya Keselamatan Tingkat Unit	2010 (awal)	2012 (ulangan)	Perubahan Nilai
Pengembangan Belajar Berkelanjutan	88,01%	81,67%	-6,34%
Upaya Atasan dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien	73,86%	61,18%	-12,68%
Sumber Daya Manusia (Ketenagaan)	36,67%	43,12%	+6,45%
Persepsi Keseluruhan mengenai Keselamatan Pasien	63,43%	61,01%	-2,42%
Komunikasi dan Umpan Balik mengenai Insiden Keselamatan	68,70%	57,40%	-11,30%
Keterbukaan Komunikasi	52,98%	53,36%	0,38%
Kerja Tim dalam Unit	87,27%	79,30%	-7,97%
Budaya Keselamatan Tingkat Manajemen RS	2010	2012	Perubahan Nilai
Dukungan Manajemen terhadap Keselamatan Pasien	85,96%	75,68%	-10,28%
Kerja Tim Antar Unit	81,14%	72,30%	-8,84%
Pergantian Shift Jaga dan Transfer Pasien Antar Unit	68,17%	63,48%	-4,69%
Outcome Keselamatan Pasien	2010	2012	Perubahan Nilai
Respon tanpa Hukuman untuk Kesalahan	46,49%	41,81%	-4,68%
Banyaknya Pelaporan Insiden	64,83%	21,09%	-43,74%
Jumlah Pelaporan Insiden yang dilaporkan 1 tahun terakhir			
Tidak ada	40,64%	46,95%	6,31%
1-2 lap	39,27%	27,53%	-11,74%
3-5 lap	8,68%	10,14%	1,46%
6 -10 lap	5,94%	6,37%	
11-20 lap	2,74%	3,76%	1,02%
21/> lap	2,74%	5,21%	2,47%
Tingkat Budaya Keselamatan*			

Budaya Keselamatan Tingkat Unit	2010 (awal)	2012 (ulangan)	Perubahan Nilai
SEMPURNA	16,06%	7,30%	-8,76%
BAIK	49,08%	57,86%	8,78%
BISA DITERIMA	28,44%	28,65%	0,21%
SEDANG	6,42%	5,89%	-0,53%
BURUK	0,00%	0,20%	0,20

- *Sempurna : Ada pelaporan keselamatan pasien di RS dan unit Anda serta ada pelaporan insiden yang terkoordinir dengan baik, ada program analisa dan tindak lanjut
- Baik : Ada program keselamatan pasien di RS dan unit Anda serta ada pelaporan insiden yang terkoordinir dengan baik
- Bisa Diterima : Ada program keselamatan pasien di RS dan unit Anda serta ada pelaporan insiden tetapi belum terkoordinir dengan baik
- Sedang : Ada program keselamatan pasien di RS dan unit Anda serta ada pelaporan insiden tetapi tidak ada di unit Anda
- Buruk : tidak ada program keselamatan pasien di RS dan unit Anda
- Biru : Nilai respon positif aspek >75%
- Merah : Nilai respon positif aspek ≤50%

Kenaikkan nilai respon positif aspek pada tahun 2012 adalah Aspek Ketenagaan (+6,45%) dan Aspek Keterbukaan Komunikasi (+0,38%). Hasil penurunan nilai respon positif terendah adalah Aspek Banyaknya Pelaporan Insiden -43,74%, Aspek Upaya Atasan dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien (12,68%), dan Aspek Komunikasi Umpan Balik mengenai Insiden Keselamatan (-11,30%)

3. Distribusi Nilai Respon Positif Item dalam 4 Komponen Budaya Keselamatan menurut Reason tahun 2010 dan 2012

a. Budaya Pelaporan (Reporting Culture)

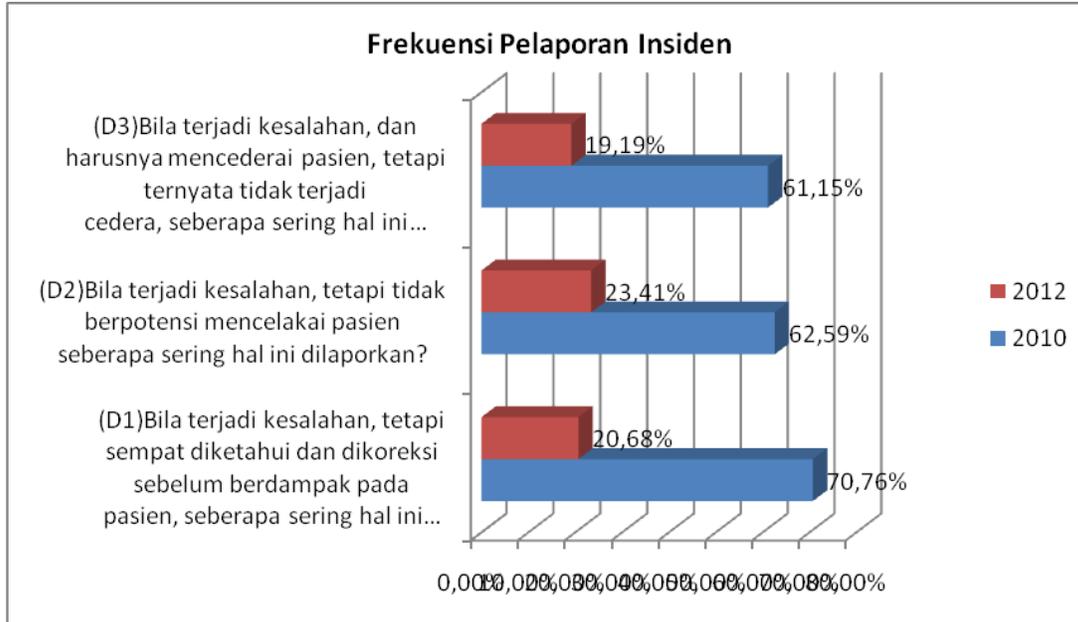
1) Aspek Frekuensi/Banyaknya Pelaporan Insiden

Hasil nilai respon positif item pada Aspek Frekuensi Pelaporan tahun 2010 dan 2012 (Grafik 4.2): Aspek Frekuensi Pelaporan Insiden menggambarkan frekuensi laporan insiden nyaris cedera oleh karyawan RS.Panti Rapih.

- 61, 15% dan 19,9% Karyawan menjawab sering/sangat sering pada pertanyaan “Bila terjadi kesalahan, dan harusnya mencederai pasien, tetapi ternyata tidak terjadi cedera, seberapa sering hal ini dilaporkan?”
- 62,59% dan 23,4% karyawan menjawab sering/sangat sering pada pertanyaan “Bila terjadi kesalahan, tetapi tidak berpotensi mencelakai pasien seberapa sering hal ini dilaporkan?”

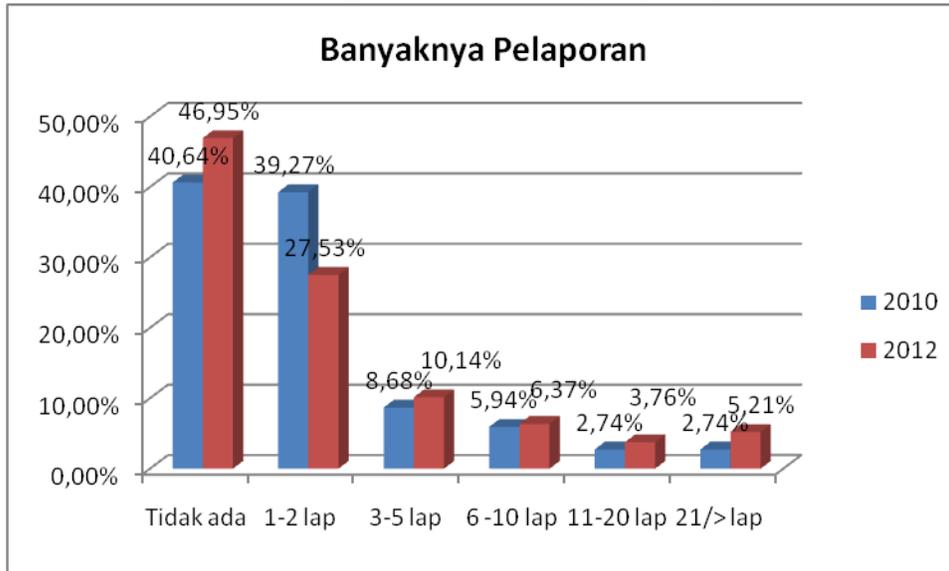
- 70,7% dan 20,68% karyawan menjawab sering/sangat sering pada pertanyaan “Bila terjadi kesalahan, tetapi sempat diketahui dan dikoreksi sebelum berdampak pada pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan?”

Grafik 4-2. Nilai Respon Positif Item Pernyataan dalam Aspek Frekuensi Pelaporan Insiden



2) Pengukuran Outcome: Banyaknya Pelaporn Insiden

Grafik 4-3. Nilai Presentase Pengukuran Outcome Banyaknya Pelaporan Insiden

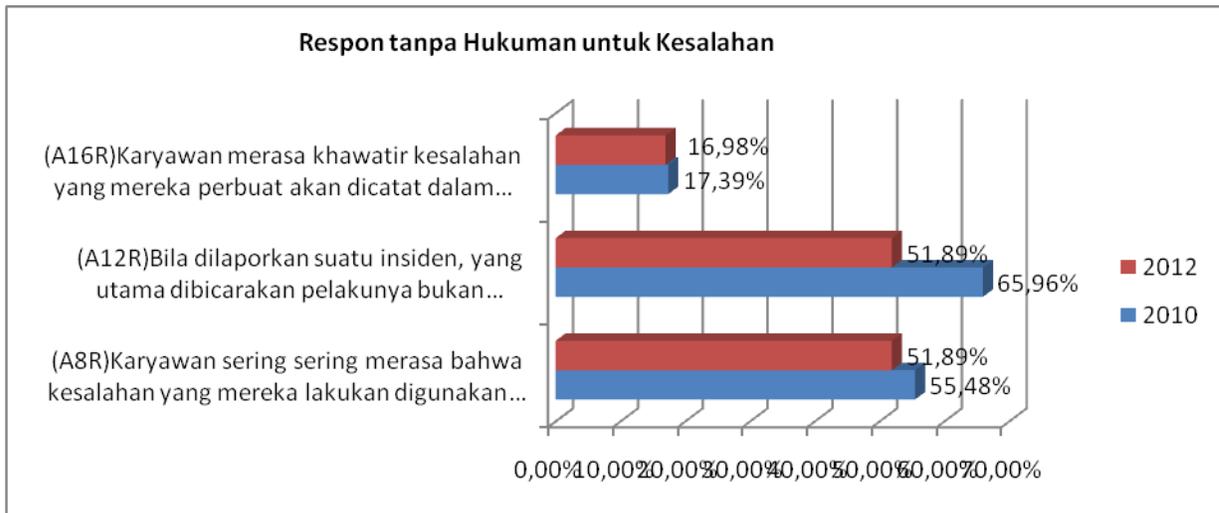


Hasil jumlah pelaporan insiden masih rendah baik tahun 2010 maupun tahun 2012 (Grafik 4.3):

- 79,91% dan 74,48% karyawan menyatakan tidak pernah dan hanya 1-2 kali melaporkan insiden selama setahun terakhir.
- Hanya 2,75% dan 5,21% melaporkan insiden >21 kali selama setahun terakhir

b. Budaya Adil (Just Culture)

Grafik 4-4. Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Respon tanpa Hukuman



Huruf "R" menandakan kalimat reversi, di mana nilai respon positif dihitung berdasarkan jawaban "sangat tidak setuju" dan tidak setuju, jarang atau tidak pernah (tergantung kalimat pada item pernyataan)

Item pernyataan dengan nilai respon positif $\leq 50\%$:

- 17,39% dan 16,98% karyawan TIDAK SETUJU kesalahan yang mereka laporkan akan mempengaruhi penilaian.
- 51,89% dan 55,4% karyawan TIDAK SETUJU pernyataan kalimat reversi "Karyawan sering merasa bahwa kesalahan yang mereka lakukan digunakan untuk menyalahkan mereka"
- Tahun 2012, 51,89% karyawan TIDAK SETUJU terhadap pernyataan kalimat negatif "Bila dilaporkan Insiden yang dibicarakan pelakunya bukan masalahnya."

c. Budaya Flexibel (Budaya berorientasi Tim)

Budaya Fleksibel menurut Reason adalah suatu kondisi di mana atasan atau yang berwenang bersikap tenang ketika informasi mengenai insiden keselamatan disampaikan sebab atasan menghormati pengetahuan petugas. Budaya fleksibel adalah budaya yang berorientasi pada kerja tim (Team Work) dan komunikasi.

1) Aspek Kerja Tim dalam Unit

a. Nilai respon positif item nilai >75%:

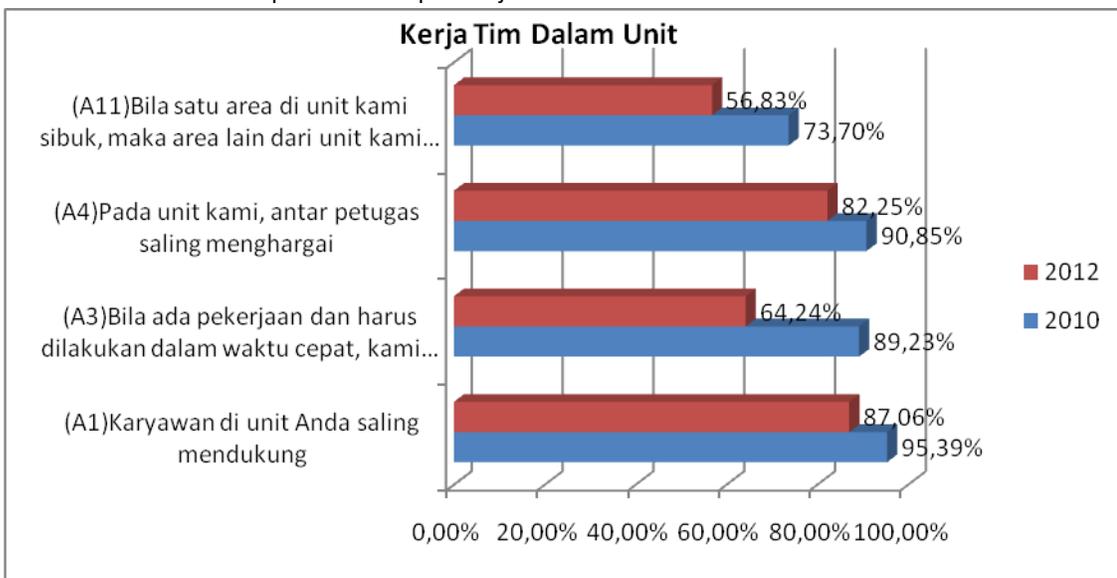
- 95,39% dan 87,06% karyawan setuju pernyataan "Karyawan di Unit Kami saling Mendukung"

- 90,85% dan 82,25% karyawan setuju pernyataan “Pada unit kami, antar petugas saling menghargai.”
- Tahun 2010, 89,23% karyawan setuju pernyataan “Bila ada pekerjaan dan harus dilakukan dalam waktu cepat, kami bekerja bersama-sama sebagai tim untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut.

Nilai respon positif item $\leq 50\%$:

- Tahun 2012, 56,83% karyawan setuju pernyataan “Bila satu area di unit kami sibuk, maka area lain dari unit kami saling membantu”. Berarti hampir separuh karyawan menyatakan bahwa saat sibuk (beban kerja meningkat) terdapat masalah dalam kerja tim.

Grafik 4-5. Hasil Nilai Respon Positif Aspek Kerja Tim dalam Unit tahun 2010 dan 2012

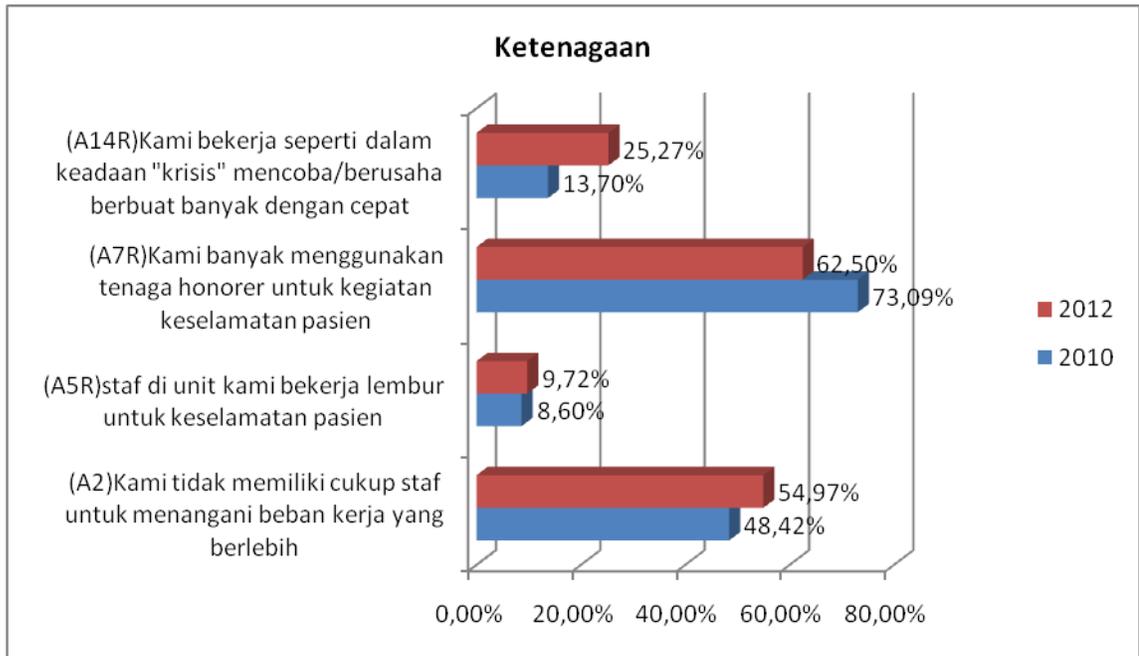


2) Aspek Ketenagaan

Nilai respon positif item $\leq 50\%$:

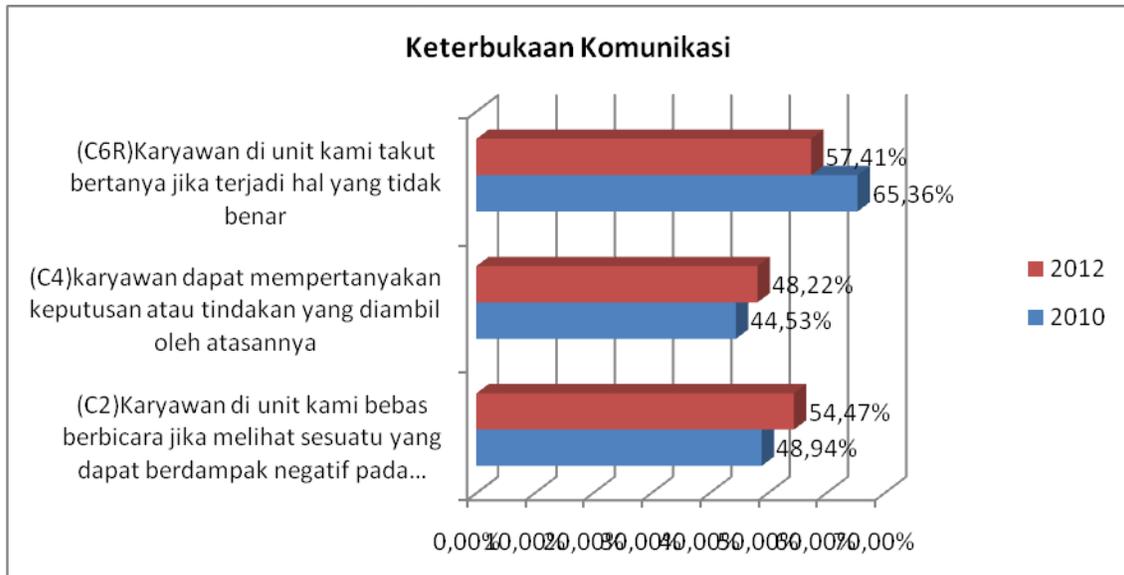
- Sebanyak 9,72% dan 8,60% karyawan TIDAK SETUJU pernyataan kalimat negatif “Staf di unit kami bekerja lembur”.
- 13,07% dan 25,27% karyawan TIDAK SETUJU terhadap pernyataan kalimat negatif “Kami bekerja seperti dalam keadaan krisis yang mencoba/berusaha berbuat banyak dengan cepat.”
- Hanya 48,42% dan 54,97% karyawan menyatakan bahwa di unit kerjanya tidak memiliki cukup staf untuk menangani beban kerja berlebih.”

Grafik 4-6. Hasil Nilai Respon Positif Aspek Ketenagaan tahun 2010 dan 2012



Huruf "R" menandakan kalimat reversi, di mana nilai respon positif dihitung berdasarkan jawaban "sangat tidak setuju" dan tidak setuju, jarang atau tidak pernah (tergantung kalimat pada item pernyataan)

Grafik 4-7. Hasil Nilai Respon Positif Aspek Keterbukaan Komunikasi tahun 2010 dan 2012



Huruf "R" menandakan kalimat reversi, di mana nilai respon positif dihitung berdasarkan jawaban "sangat tidak setuju" dan tidak setuju, jarang atau tidak pernah (tergantung kalimat pada item pernyataan)

3) Aspek Keterbukaan Komunikasi

Nilai respon positif item nilai $\leq 50\%$:

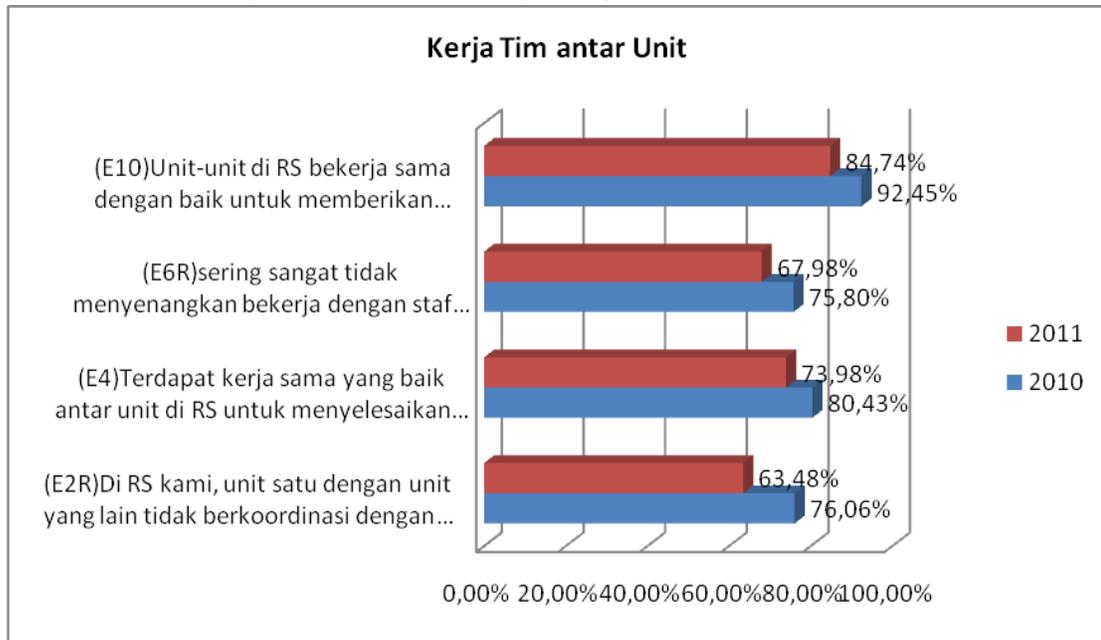
- 44,53% dan 48,22% setuju pada pernyataan “Karyawan dapat mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil atasannya.”
- 48,94% dan 54,47% setuju pada pernyataan “Karyawan di unit kami bebas berbicara jika melihat sesuatu yang berdampak negatif.”
- Tahun 2012: 57,41% karyawan TIDAK SETUJU pernyataan kalimat negatif “Karyawan di unit kami takut bertanya jika terjadi hal yang tidak benar” dan nilainya lebih rendah dibanding tahun 2010.

4) Aspek Kerja Tim antar Unit

Nilai respon positif item nilai >75%:

- 92,45% dan 84,74% setuju pada pernyataan “Unit-unit di RS bekerja sama dengan baik untuk memberikan pelayanan terbaik untuk pasien.”
- Tahun 2010, 80,43% karyawan setuju pernyataan “Terdapat kerja sama yang baik antar unit di RS untuk menyelesaikan pekerjaan bersama.”
- Tahun 2010, 76,06% karyawan TIDAK SETUJU pernyataan kalimat reversi “Di RS kami, unit satu dengan yang lain tidak berkoordinasi dengan baik.”
- Tahun 2010, 75,80% karyawan TIDAK SETUJU” pernyataan kalimat reversi “Sering sangat tidak menyenangkan bekerja dengan staf di unit lain di RS ini.”

Grafik 4- 8 . Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Kerja Tim antar Unit tahun 2010 dan 2012



Huruf “R” menandakan kalimat reversi, di mana nilai respon positif dihitung berdasarkan jawaban “sangat tidak setuju” dan tidak setuju, jarang atau tidak pernah (tergantung kalimat pada item pernyataan)

5) Aspek Pergantian Shift dan Transfer Pasien antar Unit

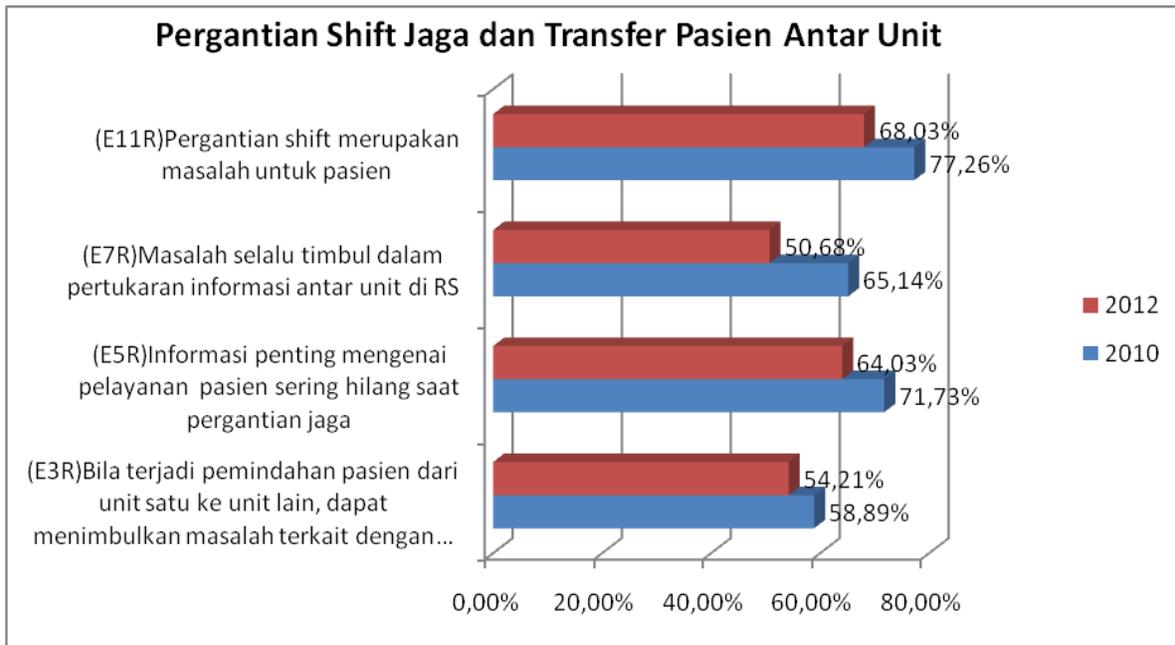
Nilai respon positif item nilai >75%:

- Tahun 2010, 77,26% karyawan “TIDAK SETUJU” dengan pernyataan “Pergantian shift merupakan masalah untuk pasien

Nilai respon positif item nilai $\leq 50\%$:

- Tahun 2012, 50,68% karyawan “TIDAK SETUJU” pernyataan kalimat reversi “Masalah selalu timbul dalam per yukaran informasi antar unit di RS.”
- Tahun 2012, 54,21% karyawan “TIDAK SETUJU” pernyataan kalimat reversi “Bila terjadi pemindahan pasien dari unit satu ke unit lain, dapat menimbulkan masalah terkait dengan informasi pasien.

Grafik 4-9 . Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Pergantian Shift Jaga dan Transfer antar Pasien 2010 dan 2012



Huruf “R” menandakan kalimat reversi, di mana nilai respon positif dihitung berdasarkan jawaban “sangat tidak setuju” dan tidak setuju, jarang atau tidak pernah (tergantung kalimat pada item pernyataan)

d. Budaya Belajar

Menurut Reason, organisasi dengan budaya belajar yang positif adalah organisasi yang melakukan analisa laporan insiden dan kemudian mengimplementasikan perubahan sistem yang tepat.

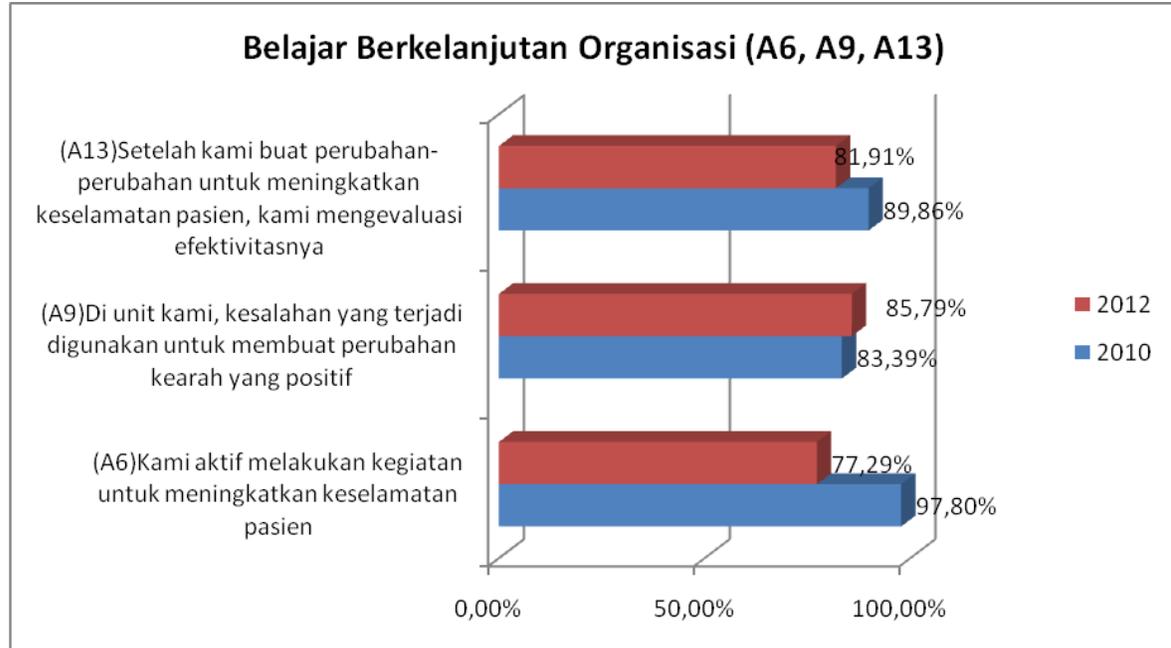
1) Aspek Belajar Berkelanjutan Organisasi

Nilai respon positif item nilai $>75\%$

- 97,80% dan 77,29% karyawan menyatakan aktif melakukan kegiatan untuk meningkatkan keselamatan pasien

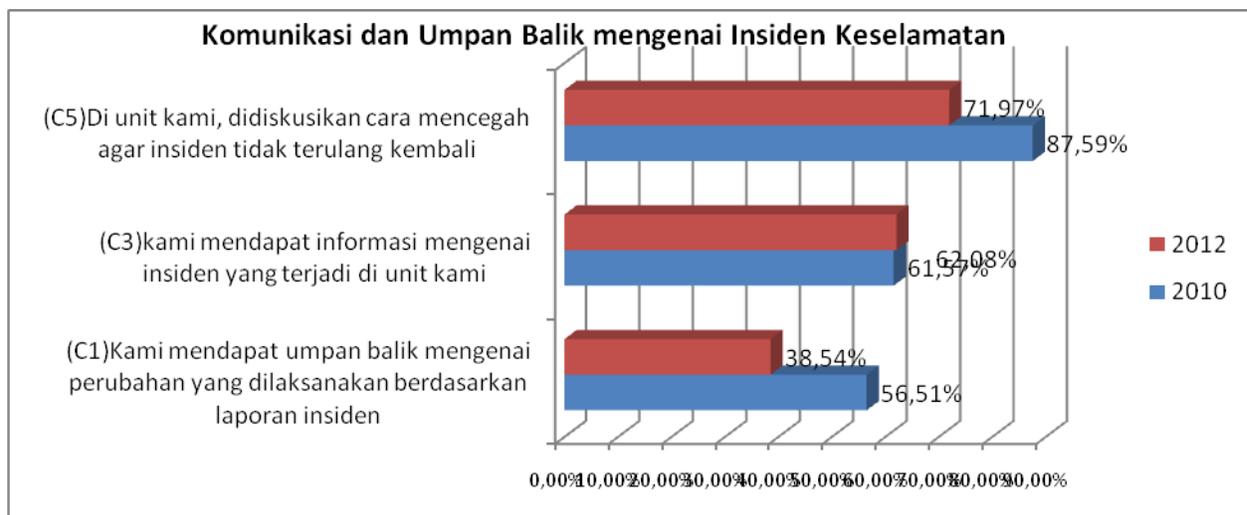
- 89,86% dan 81,91% karyawan melakukan evaluasi efektivitasnya setelah membuat perubahan-perubahan untuk keselamatan pasien
- 83,39% dan 85,79% karyawan “setuju” pernyataan “Di unit kami, kesalahan yang terjadi digunakan untuk membuat perubahan kearah positif.

Grafik 4-10. Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Belajar Berkelanjutan 2010 dan 2012



2) Aspek Komunikasi dan Umpan Balik mengenai insiden keselamatan

Grafik 4-11. Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Komunikasi dan Umpan Balik Mengenai Insiden 2010 dan 2012



Nilai respon positif item nilai >75%:

Tahun 2010, sebanyak 87,59% karyawan menyatakan setuju pernyataan “Di unit kami, didiskusikan cara mencegah agar insiden tidak terulang kembali.

Nilai respon positif item ≤50%:

Hanya 56,51% dan 38,54% “setuju” pernyataan “Kami mendapat Umpan balik mengenai perubahan yang dilaksanakan berdasarkan laporan insiden.”

3) Aspek Dukungan manajemen terhadap Keselamatan Pasien

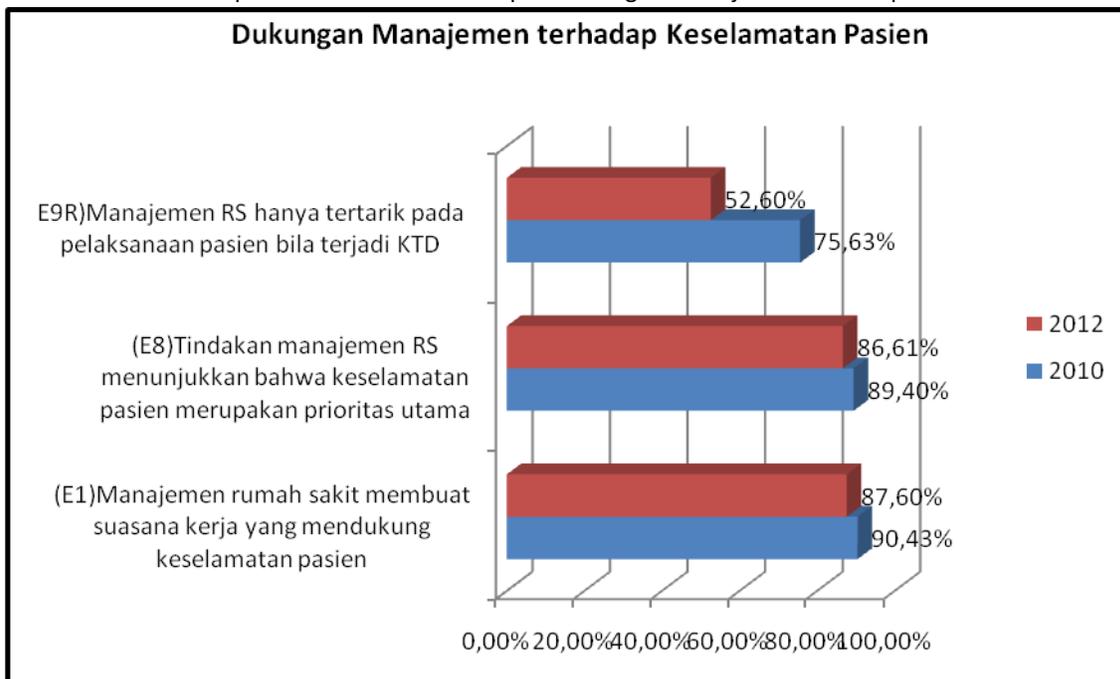
Nilai Respon positif item >75%:

- 90,43% dan 87,60% karyawan “setuju” pernyataan “ Manajemen rumah sakit membuat suasana kerja yang mendukung keselamatan pasien.
- 89,40% dan 86,61% karyawan “setuju” pernyataan “tindakan manajemen RS menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama”

Nilai Respon Positif Item ≤50%

- Tahun 2012, hanya 52,60% karyawan TIDAK SETUJU terhadap kalimat “Managemen RS hanya tertarik bila terjadi KTD

Grafik 4-12 . Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Dukungan Manajemen terhadap Keselamatan Pasien



Huruf “R” menandakan kalimat reversi, di mana nilai respon positif dihitung berdasarkan jawaban “sangat tidak setuju” dan tidak setuju, jarang atau tidak pernah (tergantung kalimat pada item pernyataan)

4) Aspek Upaya Atasan dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien

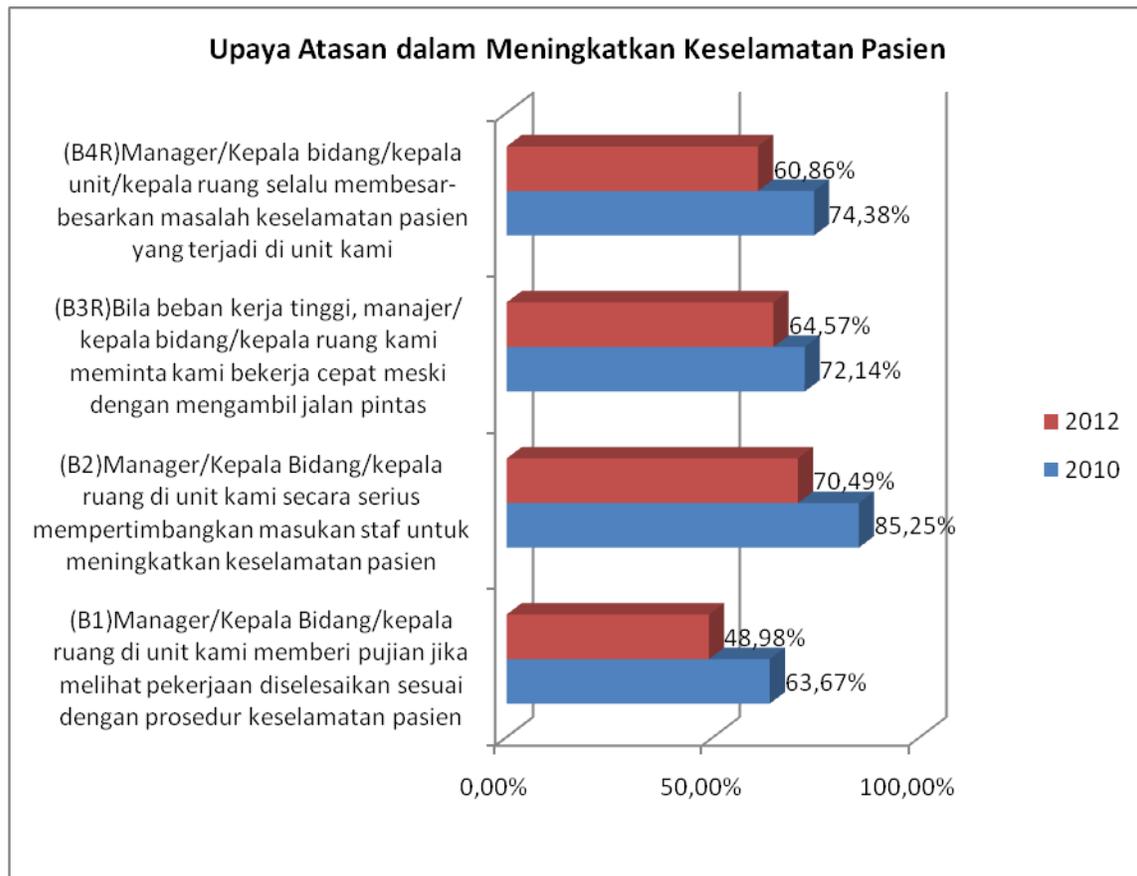
Nilai Respon Positif Item >75%:

- Tahun 2010, 85,25% karyawan setuju bahwa Manager/Kepala Bidang/Kepala Ruang di unit kami secara serius mempertimbangkan masukan staf untuk meningkatkan keselamatan pasien.”

Nilai Respon Positif Item terendah ≤50%:

- Tahun 2012, hanya 48,98% setuju dengan pernyataan “ Manager/kepala bidang/kepala ruang di unit kami memberi pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai dengan prosedur keselamatan pasien.

Grafik 4-13 . Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Upaya Atasan dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien



Huruf “R” menandakan kalimat reversi, di mana nilai respon positif dihitung berdasarkan jawaban “sangat tidak setuju” dan tidak setuju, jarang atau tidak pernah (tergantung kalimat pada item pernyataan)

5) Aspek Persepsi Keseluruhan

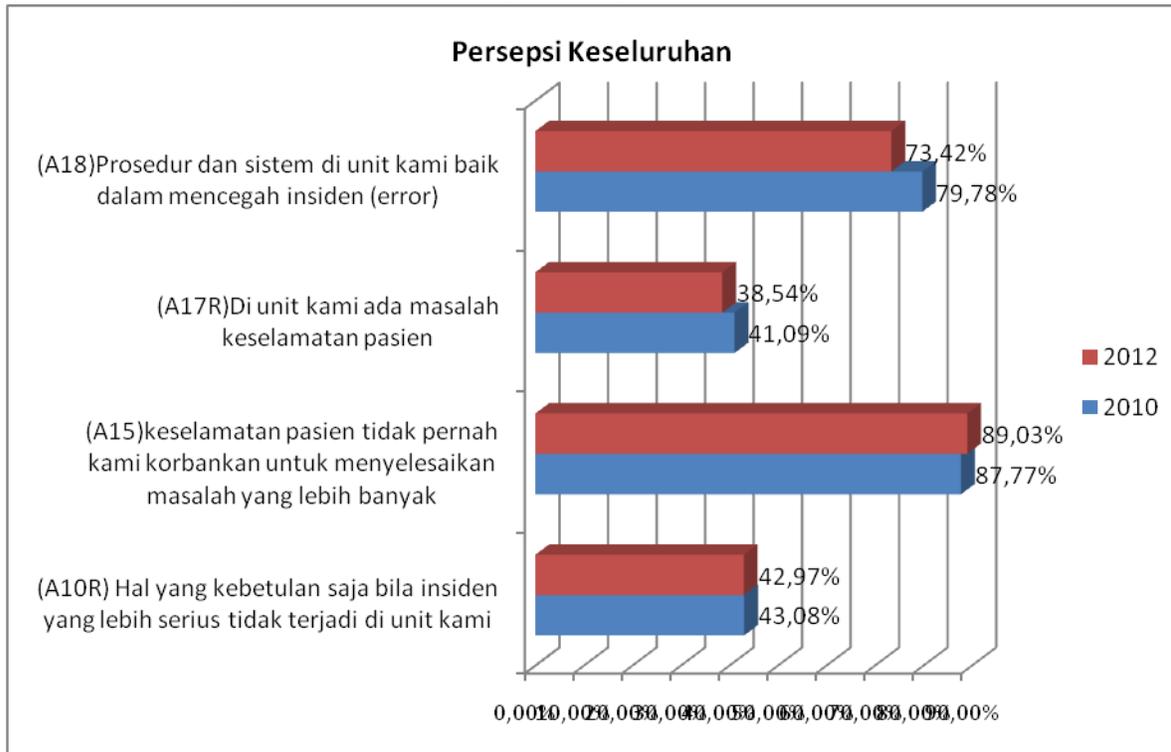
Nilai respon positif item >75%:

- 87,77% dan 89,03% menyatakan bahwa keselamatan pasien tidak pernah kami korbakan untuk menyelesaikan masalah yang lebih banyak.

Nilai respon positif item ≤50%:

- 41,09% dan 38,54% menyatakan “TIDAK SETUJU” pernyataan kalimat reversi “Di unit kami ada masalah keselamatan pasien”
- 43,08% dan 42,97% menyatakan “TIDAK SETUJU” pernyataan kalimat reversi “Hal yang kebetulan saja bila insiden yang lebih serius tidak terjadi di unit kami

Grafik 4-14 . Nilai Respon Positif Item dalam Aspek Persepsi Keseluruhan



Huruf “R” menandakan kalimat reversi, di mana nilai respon positif dihitung berdasarkan jawaban “sangat tidak setuju” dan tidak setuju, jarang atau tidak pernah (tergantung kalimat pada item pernyataan)

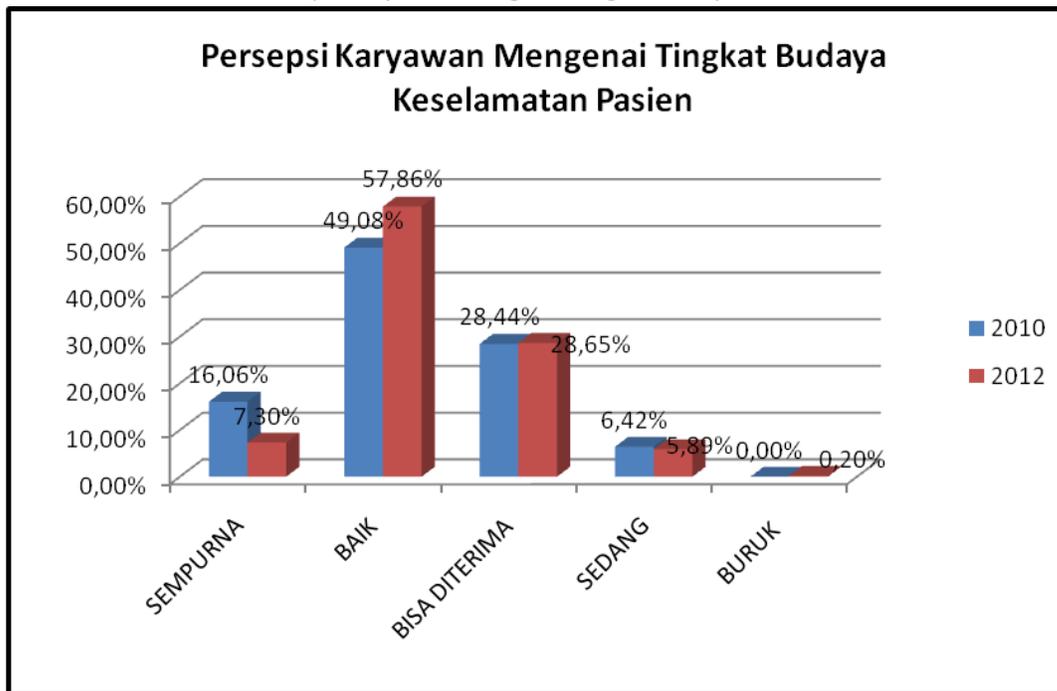
6) Persepsi karyawan mengenai tingkat budaya keselamatan

65,14% dan 65,16% menilai tingkat budaya keselamatan RS.Panti Rapih baik (dan sempurna

Nilai respon positif item ≤ 50% dalam Aspek Persepsi Keseluruhan :

- 38,54% dan 41,09% karyawan TIDAK SETUJU pernyataan kalimat reversi “Di unit kami tidak ada masalah keselamatan pasien.”
- 42,97% karyawan TIDAK SETUJU pernyataan kalimat reversi “Hal yang kebetulan saja bila insiden yang lebih serius tidak terjadi di unit kami.”

Grafik 4-15 . Nilai Persepsi Karyawan mengenai Tingkat Budaya Keselamatan Pasien

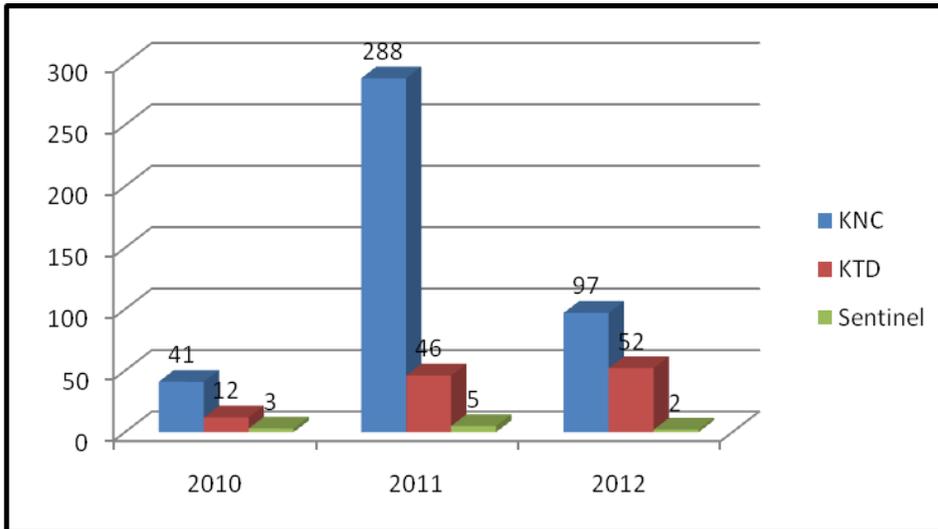


Persepsi karyawan mengenai tingkat budaya keselamatan:

66,16% dan 65,14% menyatakan bahwa tingkat budaya keselamatan pasien RS.Panti Rapih baik (49,08% dan 57,86%) dan sempurna (16,06% dan 7,30%). Berarti 66,16% dan 65,14% menilai bahwa di RS.Panti Rapih sudah ada program keselamatan pasien serta ada pelaporan insiden yang terkoordinir dengan baik namun belum ada di beberapa unit serta masih perlu pengembangan dalam hal analisa dan tindak lanjut.

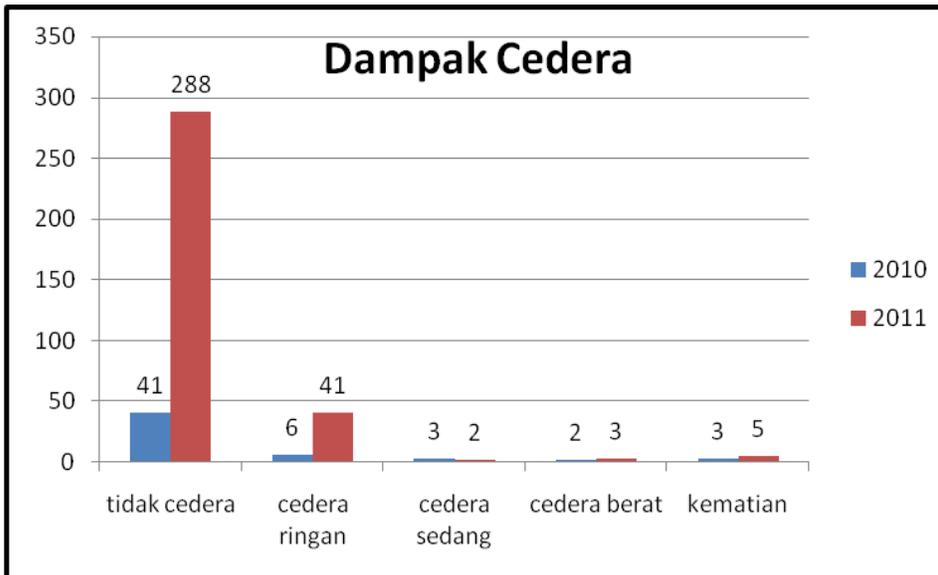
5. Data Analisa Pelaporan Insiden RS.Panti Rapih 2010 dan 2012

Grafik 4-16. Jumlah Pelaporan Insiden



Pelaporan Kejadian Nyaris Cedera tahun 2011 meningkat pesat dibandingkan tahun 2010.

Grafik 4-17. Klasifikasi Insiden Berdasar Dampak Cedera pada Pasien



Keterangan grafik:

Nyaris Cedera : pasien nyaris terpapar namun bisa dibatalkan atau sudah terpapar tapi tidak cedera

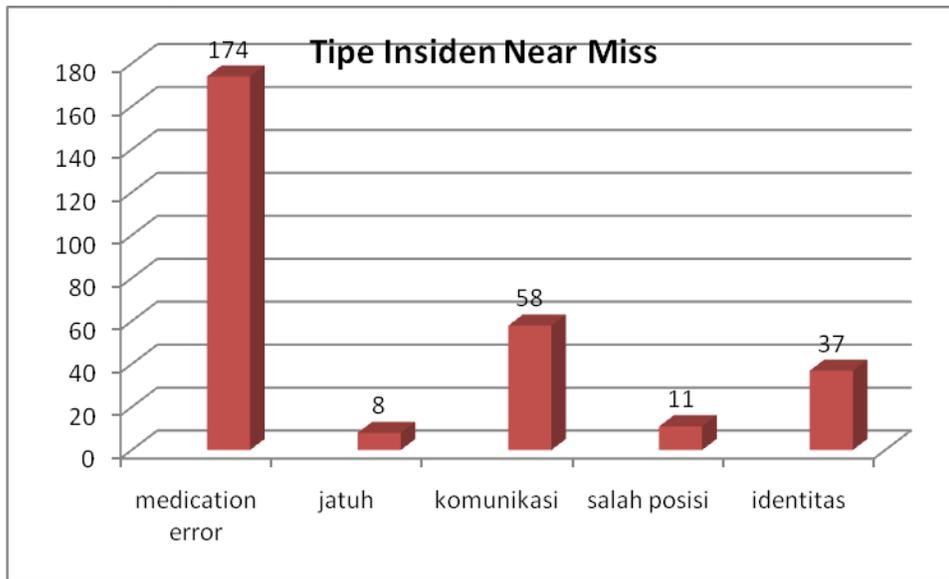
Cedera Ringan : cedera dapat diatasi dengan pertolongan pertama

Cedera Sedang : berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis secara reversible, perpanjangan masa perawatan

Cedera Berat : memerlukan alat dan perawatan untuk mensupport kehidupan, berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis yang bersifat irreversible

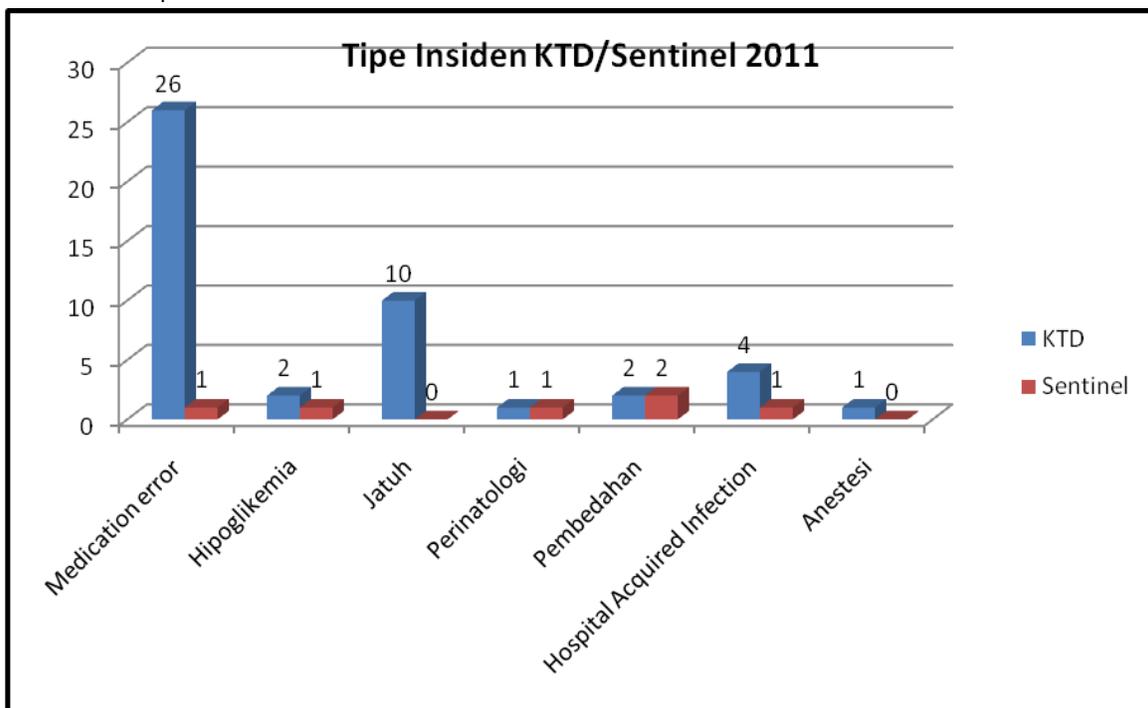
Kematian : Pasien meninggal yang tidak disebabkan oleh penyakit yang mendasarinya

Grafik 4-18. Tipe Insiden Near Miss 2011



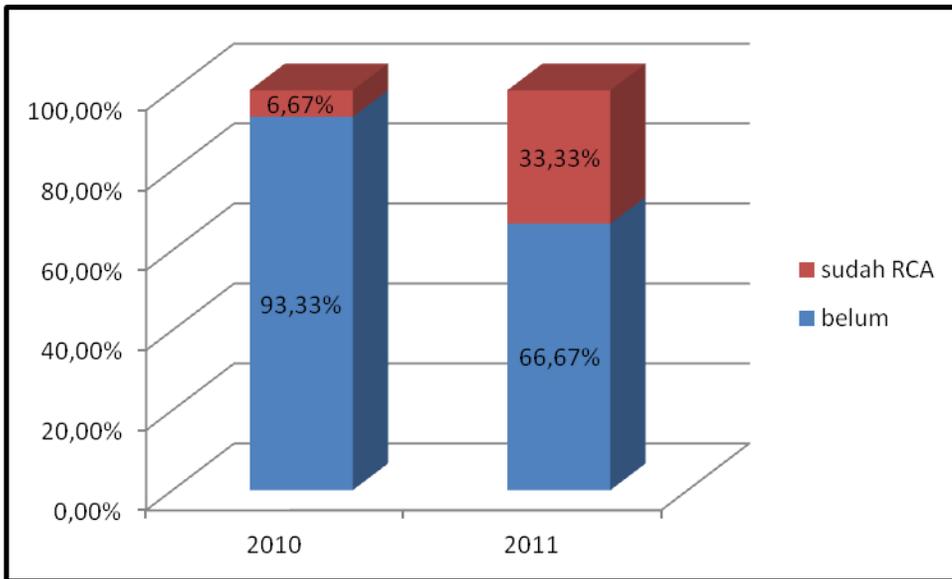
Tipe Kejadian Nyaris Cedera yang terbanyak disebabkan oleh Medication error, komunikasi, dan identitas.

Grafik 4-19. Tipe Insiden KTD



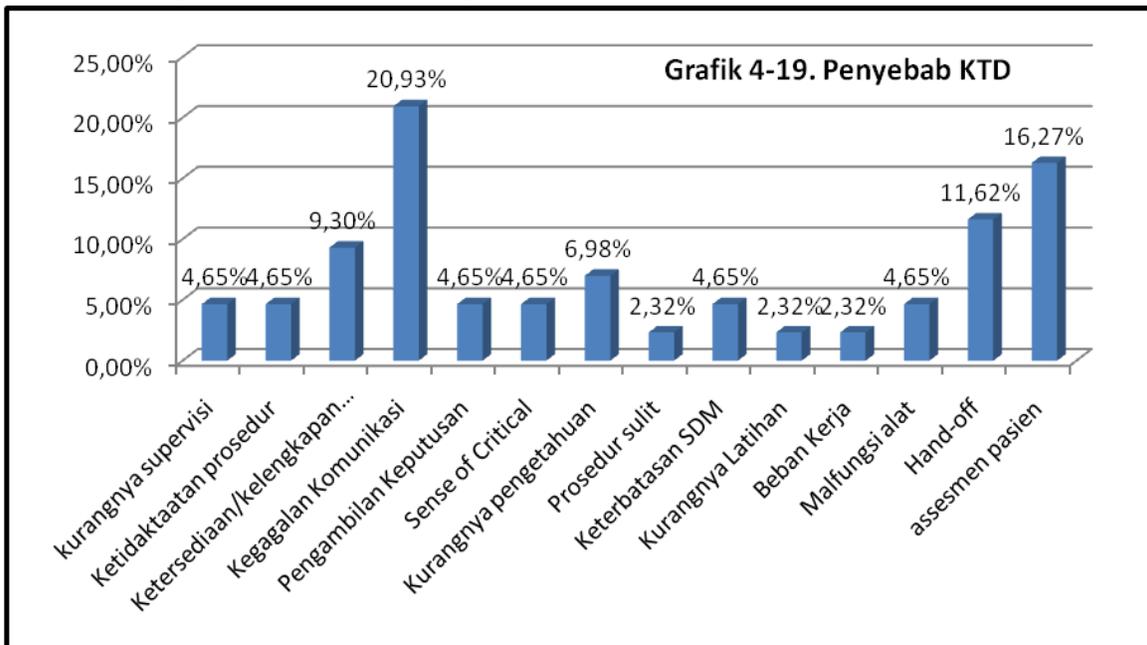
Tipe KTD dengan jumlah terbanyak adalah medication error, jatuh, dan HAI(Hospital Acquired Pneumonia). Type insiden sentinel yang terbanyak adalah dari pembedahan

Grafik 4-20. Data presentase KTD/Sentinel yang telah dianalisa 2010-2011



Jumlah KTD yang telah dianalisa naik secara signifikan pada tahun 2012 dibandingkan tahun 2010.

Grafik 4-21. Penyebab Insiden Tidak Diharapkan/sentinel



Penyebab terbesar terjadinya KTD/Sentinel adalah kegagalan komunikasi, assesmen pasien, hand-off (serah terima pasien), ketersediaan/kelengkapan prosedur.

BAB V

PEMBAHASAN

Hasil penilaian menunjukkan bahwa Survey Budaya Keselamatan Pasien AHRQ (America Hospital Research and Quality) dapat digunakan untuk melakukan evaluasi keberhasilan program keselamatan dalam membangun budaya keselamatan pasien terutama budaya pelaporan dan pembelajaran, mengidentifikasi komponen budaya yang membutuhkan pengembangan, meningkatkan kesadaran keselamatan pasien, dan memenuhi persyaratan akreditasi baru 2012.

A. Perkembangan Level Budaya Keselamatan

Hasil keseluruhan penilaian (Grafik 4.1) menunjukkan bahwa Survey Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit (SBKPRS) dapat menilai perkembangan budaya keselamatan dari waktu ke waktu. Penilaian Survey Budaya Keselamatan hanya menilai Kondisi Budaya Keselamatan pada suatu waktu sehingga perlu dilakukan survey ulang untuk memantau perkembangan (Sorra,2003). Secara garis besar hasil penilaian survey budaya keselamatan tahun 2012 lebih rendah daripada tahun 2010. Penelitian mengenai *respon-shift bias* menyatakan bahwa individu cenderung menilai lebih tinggi (*overestimate*) pengetahuan, ketrampilan dan perilaku pada hasil pretesnya karena kurangnya pemahaman mengenai konsep program intervensi. Hasil penilaian awal (pretest) hasilnya lebih tinggi dari pada penilaian ulang sesudah program diimplementasikan karena individu telah memiliki pengetahuan dan pemahaman yang lebih baik (Sibthorp, Jim et al, 2007). Berarti, implementasi keselamatan pasien di RS.Panti Rapih bukannya kurang berhasil, justru sebaliknya hasil tersebut menggambarkan keberhasilan program keselamatan pasien dalam meningkatkan pengetahuan dan kesadaran karyawan RS.Panti Rapih mengenai budaya keselamatan.

Survey budaya AHRQ menunjukkan bahwa melalui implementasi program kerja yang spesifik dapat meningkatkan level budaya keselamatan pasien. RS. Panti Rapih telah memulai program keselamatan pasien sejak 2006 namun implementasinya kurang berhasil meningkatkan pelaporan insiden dan pembelajaran. Tahun 2010, sebagai persiapan akreditasi, sistem pelaporan insiden dibentuk dan pelaporan insiden mulai ada namun jumlahnya masih sangat kecil. Setelah beberapa wakil rumah sakit mengikuti inhouse training “Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko Klinik” bekerja sama dengan PERSI,KARS, dan IMRK pada bulan September tahun 2010, kami menyadari sudah saatnya melakukan perubahan menuju budaya keselamatan dan meninggalkan budaya *blamming*. Untuk tujuan itu, panitia mengajak segenap Direksi untuk menyelenggarakan Deklarasi Keselamatan Pasien sebagai upaya mempercepat perubahan. Kesiapan Direksi untuk deklarasi juga merupakan bukti dukungan pimpinan untuk mewujudkan sistem pelaporan tanpa hukuman dan mengutamakan pembelajaran. Langkah ini tampaknya sangat berhasil untuk meningkatkan persepsi karyawan mengenai dukungan manajemen untuk keselamatan pasien (Grafik 4.1).

Mengubah budaya bukanlah cara yang mudah, sehingga kami perlu mempersiapkan diri dengan melakukan penilaian awal kesiapan rumah sakit untuk mengetahui tingkat budaya awal (data dasar) dan mempersiapkan program kerja spesifik yang diperlukan. Untuk itu kami melakukan survey awal budaya

keselamatan pasien rumah sakit pada bulan Desember 2010 sesaat setelah deklarasi. Menurut hasil survey budaya awal, area yang membutuhkan pengembangan adalah:

- 1) Aspek Keterbukaan Informasi (52,9%) karena hanya 44,3% karyawan dapat mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasannya,
- 2) Aspek Respon tanpa Hukuman untuk Kesalahan (46,49%) karena 17,39% karyawan TIDAK SETUJU terhadap pernyataan kalimat reversi “Karyawan merasa khawatir kesalahan yang mereka perbuat akan dicatat dalam penilaian kinerja mereka.”
- 3) Adanya gap antara persepsi dan perilaku: 70,7% karyawan menyatakan sering/sangat sering melaporkan suatu insiden yang sempat diketahui dan dikoreksi sebelum berdampak pada pasien. Sedangkan, pada hasil pengukuran outcome budaya keselamatan mengenai jumlah pelaporan insiden menunjukkan bahwa 79,91% karyawan tidak pernah lapor (40,64%) atau hanya lapor 1-2 kali (39,27%) selama setahun terakhir.

Berdasarkan hasil tersebut di atas dan data obyektif laporan insiden keselamatan pasien di mana hanya 41 insiden KNC atau 3-4 insiden KNC dilaporkan per bulan, hanya 1 KTD yang dilakukan analisa RCA (Root Cause Analysis), maka tingkat budaya keselamatan pasien RS.Panti Rapih berada pada level reaktif. Organisasi pada level reaktif sudah mempunyai sistem keselamatan pasien secara terbatas, organisasi memandang bahwa keselamatan pasien sebagai hal yang penting namun aktivitas yang dilakukan hanya bersifat reaktif kala terjadi cedera medis (Ashcroft, 2005). Kondisi ini diperkuat oleh data pelaporan kejadian nyaris cedera tahun 2010 yang masih rendah. Sebagai upaya meningkatkan level budaya keselamatan menuju tingkat generatif dimana sistem terus dipelihara dan diperbaiki dan menjadi bagian dari misi organisasi dan secara aktif mengevaluasi efektivitas intervensi yang telah dikembangkan dan terus belajar dari kegagalan dan kesuksesan, maka panitia keselamatan pasien menyusun program implementasi keselamatan pasien yang mengacu pada hasil penilaian survey:

1. Meningkatkan pelaporan insiden
 - Membuat alur pelaporan insiden RS.Panti Rapih (lampiran 1)
 - Menyusun formulir pelaporan insiden internal dan formulir pemantauan nyaris cedera (lampiran 3)
 - Menggunakan standar taxonomy (sesuai buku kuning Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien KKP-RS) untuk mendukung pelaporan.
2. Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mengenai keselamatan pasien:
 - Workshop internal: keselamatan pasien, alur pelaporan dan sistem pembelajaran di RS.Panti Rapih.
Peserta: champion keselamatan pasien, seluruh karyawan baru, seluruh karyawan medis dan nonmedis
 - Menyelenggarakan Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko Klinis bekerja sama dengan PERSI,KARS,dan IMRK setiap tahun. Workshop ini juga meningkatkan keterlibatan rumah sakit di seluruh Indonesia untuk mengikuti pelatihan.
 - Workshop Komunikasi SBAR
3. Kegiatan Pembelajaran
 - Menyelenggarakan analisa insiden: 5 Why, RCA (Root Cause Analysis)

- HFMEA mengenai keamanan pemberian obat di bangsal perawatan
4. Meningkatkan Komunikasi Lisan:
Metode SBAR (Situation, Background, Assesmen, Recommendation) untuk pergantian shift jaga, apusan pasien antar unit kerja, dan komunikasi via telephone.
5. Meningkatkan komunikasi terbuka antar staf melalui:
- Ronde Keselamatan Pasien
Direksi didampingi panitia keselamatan pasien berkunjung mengelilingi bangsal dan unit kerja lainnya secara berkala setiap 3 bulan sekali dengan suatu ceklist pertanyaan khusus yang diadopsi dari bahan pelatihan: Langkah ke-2, Pimpin dan Dukung Staf, Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko Klinik.(lampiran 4)
 - Pertemuan klinik morbiditas (kasus sulit) bekerja sama dengan Unit Pelayanan Medis, misalnya semua pasien yang operasi laparotomi ulang, pasien yang masuk ICU ulang dalam masa perawatan yang sama, kasus dengan permasalahan kompleks, kasus pemberatan penyakit yang diduga akibat insiden yang tidak diharapkan (KTD).
 - Review Kematian: untuk menentukan apakah suatu kematian terdapat penyimpangan atau tidak dengan suatu tool analisa khusus. Bila ditemukan penyimpangan maka dicari adakah insiden keselamatan pasien untuk dicari akar permasalahan dan rekomendasi untuk meningkatkan pelayanan klinis.

Tahun 2012, survey ulangan dilakukan untuk mengetahui perkembangan tingkat budaya setelah dilakukan intervensi. Berdasarkan hasil survey, intervensi yang dilakukan dapat meningkatkan budaya keselamatan RS.Panti Rapih dari reaktif menjadi level budaya kalkulatif-proaktif.

Organisasi yang berada pada level kalkulatif cenderung terikat pada aturan, posisi dan otoritas departemen. Pendekatan sistematis sudah dimiliki, tetapi penerapan program keselamatan masih terbatas di lingkup cedera medis yang sering terjadi. Organisasi di level proaktif sudah memiliki sistem yang tertata baik dan kegiatannya difokuskan pada upaya untuk mencegah dan mengantisipasi cedera dalam skala yang lebih luas dan sudah melibatkan *stakeholder*.

Sebanyak 57,86% karyawan menyatakan bahwa tingkat budaya keselamatan pasien RS.Panti Rapih baik dan 7,30% sempurna. Berarti, menurut karyawan sudah ada sistem pelaporan yang baik namun masih ada beberapa tempat yang belum (kemungkinan nonmedis) dan masih memerlukan pengembangan dalam analisa insiden serta tindak lanjut. Sebesar 77,29% karyawan menyatakan aktif dalam kegiatan untuk meningkatkan keselamatan pasien, 85,79% karyawan belajar dari kesalahan yang terjadi untuk perubahan ke arah positif. Pada tahun 2011, pelaporan insiden nyaris cedera meningkat sangat pesat dibandingkan tahun 2010.

Pembelajaran insiden tidak diharapkan/sentinel tahun 2011 juga meningkat banyak. Kurang dari separuh karyawan menyatakan bahwa manajemen hanya tertarik bila terjadi KTD. Analisa terhadap KNC masih perlu pengembangan agar dapat mengantisipasi cedera yang lebih luas.

B. Hasil Perkembangan Budaya Pelaporan dan Pembelianjaraan dikaitkan dengan Survey Awal

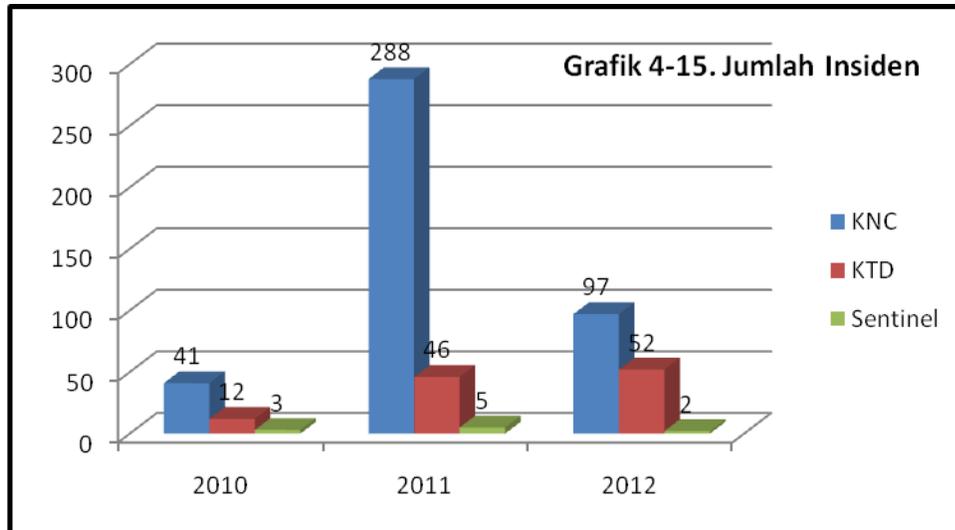
Pemantauan perkembangan budaya pelaporan dan pembelianjaraan sangat diperlukan untuk menilai keberhasilan intervensi. Untuk mempermudah menganalisa, kami menggunakan 4 kalimat item dalam Survey Budaya. Kalimat tersebut dipilih karena kami nilai dapat mewakili komponen budaya pelaporan dan pembelianjaraan menurut Reason:

- “Bila terjadi kesalahan, tetapi sempat diketahui dan dikoreksi sebelum berdampak pada pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan?”

(70,76% dan 20,68%). Hasil tahun 2012 yang lebih rendah daripada tahun 2010 disebabkan pemahaman mengenai arti kejadian nyaris cedera tahun 2012 sudah lebih baik. Pada survey awal, saat mengisi, karyawan mungkin belum paham apa yang dimaksud dengan pernyataan tersebut dan implementasinya di RS.Panti Rapih. Buktinya, berdasarkan pengumpulan data secara obyektif, pelaporan insiden nyaris cedera 2012 justru naik pesat dibandingkan tahun 2010.

- “Karyawan merasa khawatir kesalahan yang mereka perbuat akan dicatat dalam penilaian.”(17,39% dan 16,98%). Hasil yang konstan ini disebabkan karyawan masih merasa adanya blamming culture yang masih kuat dan belum ada kejelasan mengenai sikap atau perilaku bagaimana yang harus diberi tindakan disiplin atau hukuman. Pernyataan ini juga dapat menjelaskan mengapa hasil penilaian jumlah pelaporan insiden rendah.
- “Di unit kami kesalahan yang terjadi digunakan untuk membuat perubahan kearah positif”(83,39% dan 85,79%). Persepsi karyawan tentang kegiatan pembelianjaraan meningkat dibandingkan tahun 2010. Pembelianjaraan organisasi didukung oleh keinginan karyawan untuk melaporkan insiden (Reason, 1997). Kenaikkan jumlah pelaporan insiden di RS.Panti Rapih tahun 2011 mendukung peningkatan proses pembelianjaraan.
- “Kami mendapat umpan balik mengenai perubahan yang dilaksanakan berdasarkan laporan insiden.”(56,51% dan 38,54%). Kesadaran yang semakin baik mengenai keselamatan pasien menyebabkan karyawan semakin menuntut memperoleh umpan balik mengenai perbaiki sistem sebagai bentuk penghargaan terhadap kesediaan mereka untuk melaporkan insiden dan untuk meningkatkan keyakinan bahwa pelaporan insiden yang mereka laporkan dapat bermamfaat untuk kemajuan pelayanan di rumah sakit dan bukan untuk menyalahkan.

RS.Panti Rapih berhasil meningkatkan jumlah pelaporan dan pembelianjaraan melalui implementasi program keselamatan pasien yang mengacu dari hasil Survey Budaya Keselamatan Pasien awal tahun 2010.

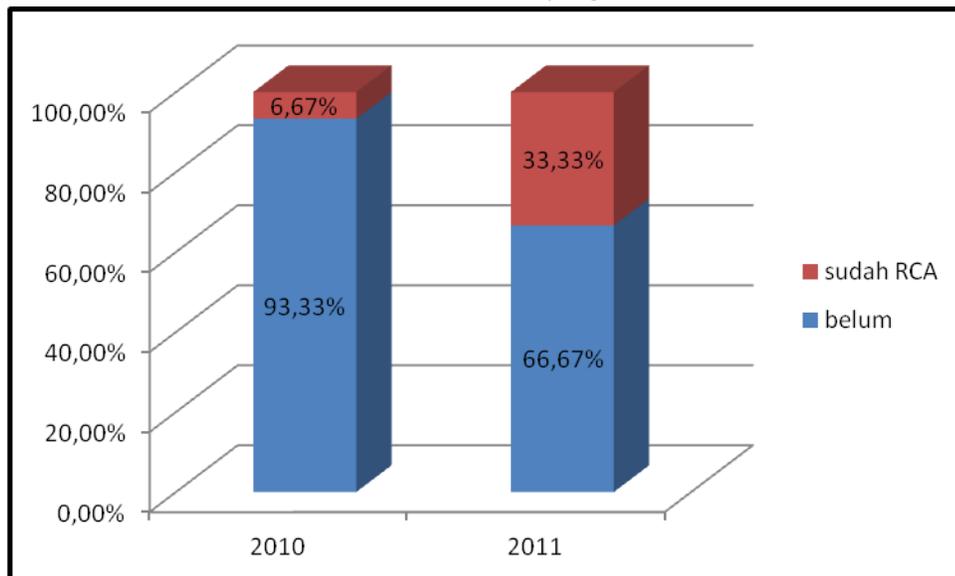


Keterangan Grafik 4-15:

Tahun 2010 : Sebelum deklarasi dan implementasi program

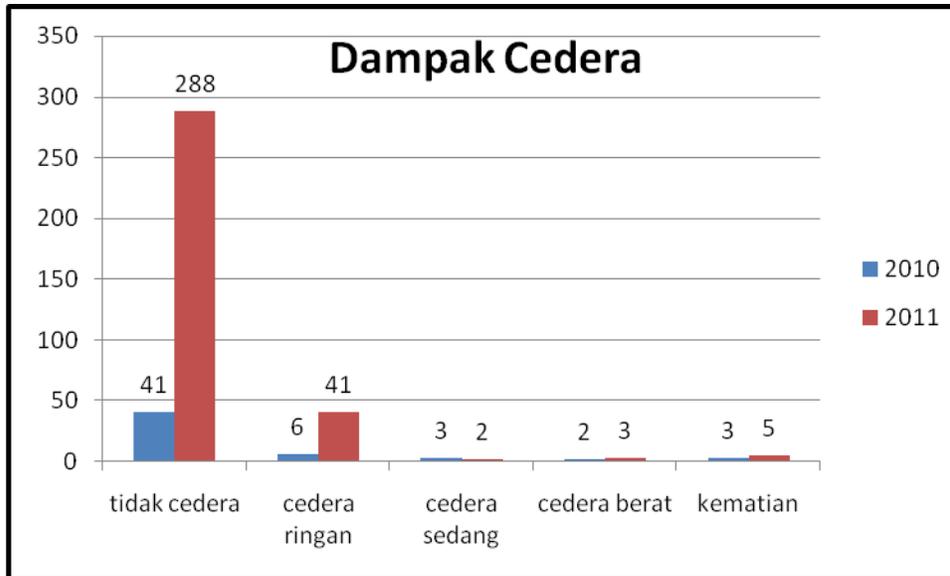
Tahun 2011-2012: sesudah deklarasi dan implementasi program keselamatan pasien secara spesifik berdasarkan hasil survey awal

Grafik 4.20. Presentase insiden KTD/sentinel yang telah dilakukan RCA



Pelaporan insiden tahun 2011 belum seluruhnya dapat dilakukan RCA karena pelaporan kronologi terlambat >48 jam, laporan miskin data, keterbatasan tenaga ahli dalam menganalisa, dan terutama belum ada staf yang penuh untuk mengkoordinir pengumpulan data dan analisa insiden. Oleh sebab itu sebagai bentuk dukungan Direksi, maka tahun 2012 ini kami telah memiliki staf perawat yang penuh (full timer) dalam Panitia Keselamatan Pasien RS.Panti Rapih.

Grafik 4-16. Klasifikasi Insiden Berdasar Dampak Cedera pada Pasien



Keterangan grafik:

Nyaris Cedera : pasien nyaris terpapar namun bisa dibatalkan atau sudah terpapar tapi tidak cedera

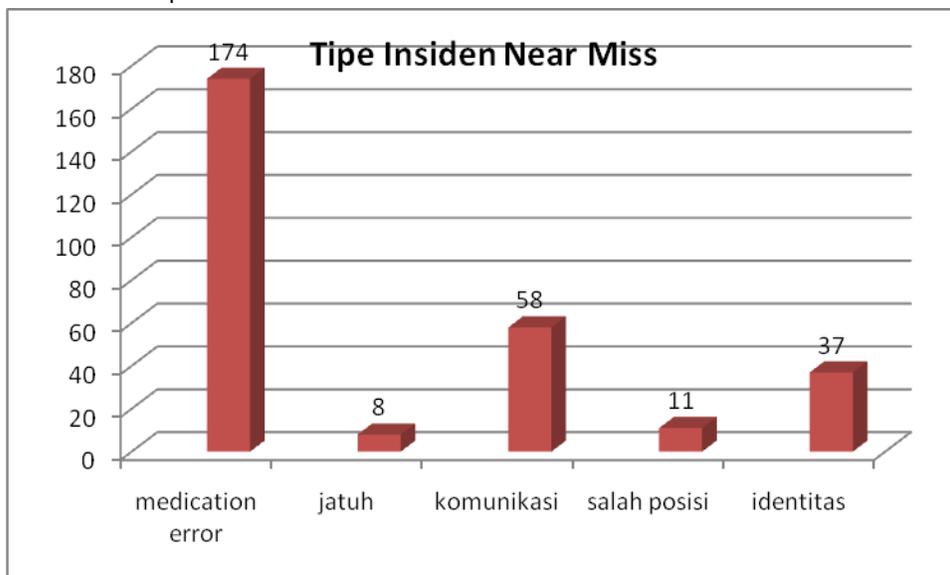
Cedera Ringan : cedera dapat diatasi dengan pertolongan pertama

Cedera Sedang : berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis secara reversible, perpanjangan masa perawatan

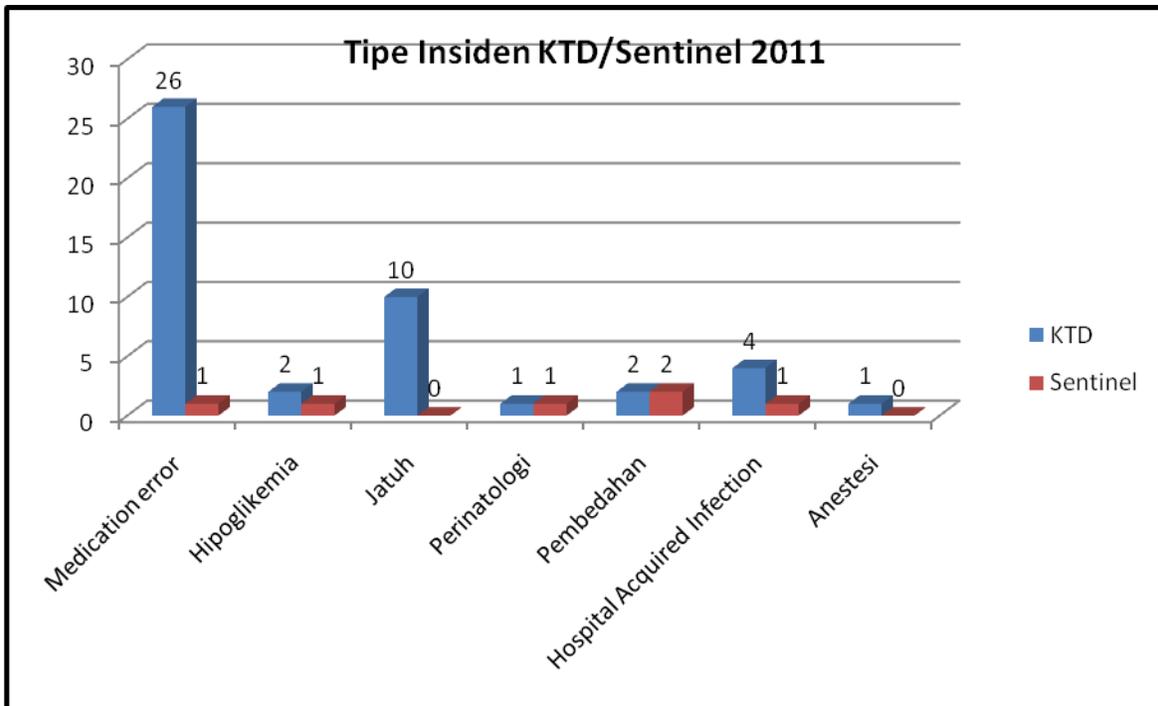
Cedera Berat : memerlukan alat dan perawatan untuk mensupport kehidupan, berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis yang bersifat irreversible

Kematian : Pasien meninggal yang tidak disebabkan oleh penyakit yang mendasarinya

Grafik 4-17. Tipe Insiden Near Miss 2011



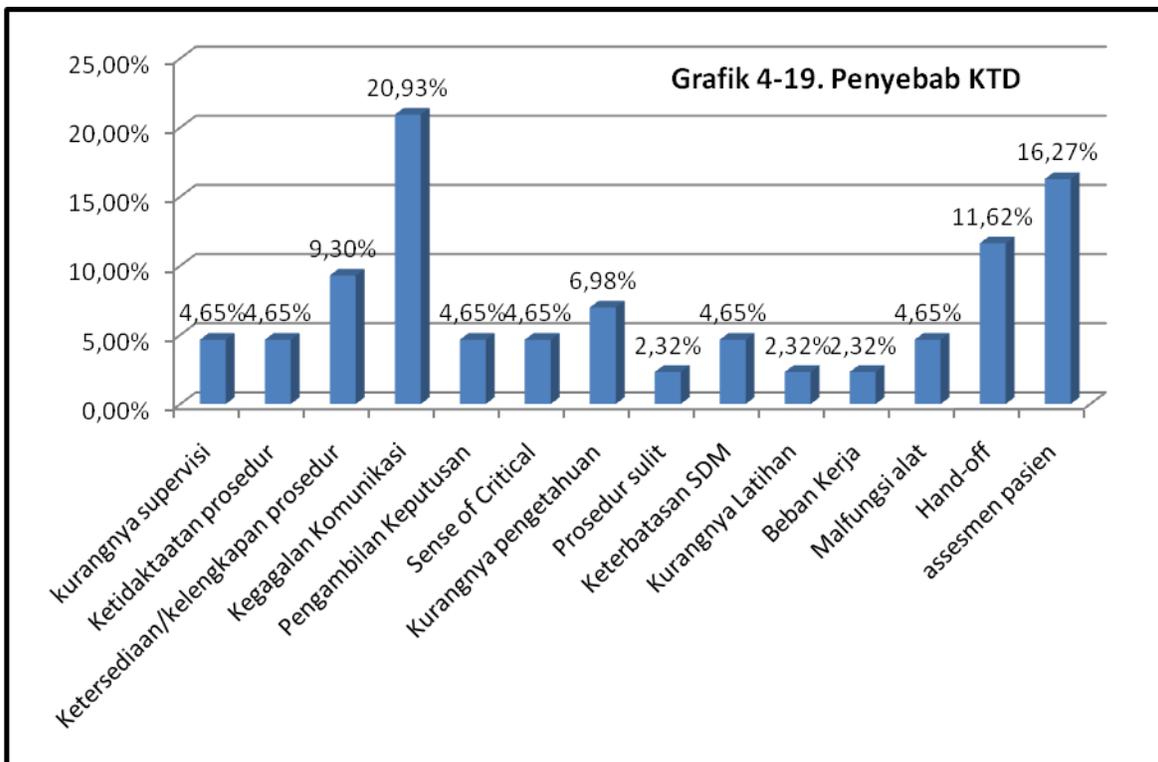
Grafik 4-18. Tipe Insiden KTD



Keterangan Grafik 4.18:

KTD : semua KTD ringan, sedang, berat yang tidak cacat permanen

Sentinel : semua insiden yang menimbulkan cacat permanen dan kematian



Menurut data insiden Joint Commission International, 63% akar penyebab kejadian sentinel adalah masalah komunikasi. Oleh sebab itu kami perlu sekali meningkatkan komunikasi efektif di RS.Panti Rapih

C. Identifikasi Area Membutuhkan Pengembangan Budaya Keselamatan Pasien RS.Panti Rapih sesuai 4 komponen Reason.

Survey Budaya keselamatan Pasien Rumah Sakit AHRQ dapat untuk mengidentifikasi Area yang Membutuhkan Pengembangan dalam 4 komponen budaya Reason yaitu budaya pelaporan, budaya adil, budaya fleksibel, dan budaya pembelajaran.

Berdasarkan hasil survey ulang tahun 2012, budaya pelaporan masih membutuhkan pengembangan karena Aspek Frekuensi Pelaporan Insiden nilainya masih rendah (grafik 4-3). Menurut Reason, hal terpenting dalam budaya keselamatan adalah budaya pelaporan, yaitu suatu kondisi di mana karyawan tidak takut untuk melaporkan kesalahan dan kejadian nyaris cedera. Budaya pelaporan sangat tergantung pada cara organisasi mengatasi *blamming* dan penegakkan disiplin (Hopshin, 2002). Kondisi ini mencerminkan bahwa karyawan semakin sadar bahwa sebenarnya insiden nyaris cedera yang belum dilaporkan masih banyak. Masalah yang sering muncul dalam pelaporan insiden, diantaranya adalah laporan masih dipersepsikan sebagai “pekerjaan tambahan” perawat, laporan sering disembunyikan/*underreport* karena takut disalahkan, terlambat dalam pelaporan, dan laporan miskin data karena ada budaya *blame culture* (Arjaty, 2010).

Rendahnya pelaporan nyaris cedera mungkin disebabkan karena penanganan mengenai human error dan penegakkan disiplin organisasi masih belum jelas (Mark, 2001). RS.Panti Rapih belum memiliki tool yang baku mengenai penatalaksanaan *human error* untuk menentukan perilaku bagaimana yang bebas hukuman dan tindakan seperti apa yang bisa dihukum. Ciri-ciri pelaporan yang berhasil, menurut WHO 2005, adalah nonpunitif, konfidensial, independen, dianalisa oleh ahli, tepat waktu, berorientasi pada sistem

Hasil penilaian Budaya Adil (Just Culture), menunjukkan sebanyak 16,98% karyawan menyatakan TIDAK SETUJU kalimat reversi “karyawan merasa khawatir kesalahan yang mereka laporkan akan dicatat dalam penilaian.” Berarti, sebagian besar karyawan percaya bahwa kesalahan yang mereka laporkan akan dicatat dalam penilaian kinerja dan dipergunakan untuk pemberian sanksi atau hukuman. Berarti karyawan memang belum paham mengenai aturan batas yang jelas mengenai tindakan yang tidak perlu diberi sanksi dengan tindakan yang perlu dihukum sebagai upaya penegakkan disiplin. Telah diketahui bahwa penyebab terbesar tindakan tidak aman (*unsafe act*) adalah slip, laps, dan mistake yang bahkan staf yang terbaik pun pernah melakukannya dan tidak pantas untuk disalahkan maupun dikenakan sanksi ataupun hukuman. Tetapi konsep “no blame” memiliki 2 kelemahan yaitu kegagalan untuk menindak seseorang yang diketahui berulang kali melakukan tindakan yang beresiko menimbulkan cedera pada pasien. Kedua konsep tersebut tidak dapat untuk membedakan tindakan yang dapat dihukum atau tidak. Sehingga perlu dibangun Budaya adil (*just culture*) yaitu sebuah suasana kepercayaan di mana staf didorong (bahkan dihargai) untuk memberikan informasi yang terkait dengan keselamatan, tetapi juga harus jelas tentang di mana garis batas antara perilaku yang dapat diterima dan tidak dapat diterima (Reason, 1997).

Berdasarkan hasil tersebut sangat penting bagi panitia keselamatan pasien RS.Panti Rapih untuk lebih mengembangkan budaya adil (just culture) untuk mendukung pelaporan.

Dalam budaya fleksibel, kerja tim dan komunikasi adalah hal yang sangat fundamental. Kerja tim dalam unit sangat baik (Grafik 4-7), karyawan saling mendukung sehingga pekerjaan yang memerlukan waktu cepat dapat terselesaikan dengan baik. Permasalahan dalam kerja tim terjadi ketika unit tersebut dalam situasi sangat sibuk. Namun masih perlu pengembangan dalam aspek keterbukaan komunikasi karena hanya 54,47% karyawan berani untuk bebas berbicara jika melihat sesuatu yang berdampak negatif dan hanya 48,22% yang berani menanyakan keputusan atau tindakan yang diambil atasannya. Rendahnya komunikasi terbuka berdampak pada rendahnya pelaporan (under reporting) sehingga sistem pelaporan yang dibangun kurang efektif untuk meningkatkan keselamatan pasien. Prioritas utama untuk mengatasi hal tersebut di atas adalah memastikan staf mengetahui bahwa informasi laporan insiden dipergunakan sebaik-baiknya untuk meningkatkan keselamatan pasien dan bukan sebagai sarana untuk menghukum (Teryl,K, 2011). Menurut persepsi karyawan kerja tim antar unit sangat baik karena 92,74% karyawan antar unit bekerja sama dengan baik. Namun kerja sama antar unit masih perlu dikembangkan karena 50,68% karyawan "TIDAK SETUJU" kalimat reversi "Masalah selalu timbul dalam pertukaran informasi antar unit di RS" dan 54,21% menyatakan "TIDAK SETUJU" masalah pertukaran informasi di sebabkan karena pemindahan pasien ke unit lain. Berarti hampir separuh karyawan setuju bahwa ada masalah pertukaran informasi saat aplusan jaga dan transfer pasien antar unit.

Budaya pelaporan, budaya adil, dan budaya fleksibel mendukung terwujudnya budaya pembelajaran. Tujuan utama sistem pelaporan dalam keselamatan pasien adalah belajar dari pengalaman. Sangat penting untuk digarisbawahi bahwa pelaporan saja tidak dapat meningkatkan keselamatan pasien. (WHO, 2005). Demikian pula sebaliknya, kesadaran karyawan untuk melaporkan insiden tergantung kepercayaan bahwa organisasi akan melakukan analisa pembelajaran terhadap pelaporan insiden dan kemudian mengimplementasikan perubahan yang diperlukan (Reason, 2003). Budaya pembelajaran masih memerlukan pengembangan karena:

1) Terdapat gap antara persepsi dan perilaku antara Aspek Belajar Berkelanjutan Organisasi dan Aspek Komunikasi dan Umpan Balik terjadinya Insiden tahun 2012:

- Hanya 38, 54% karyawan setuju pernyataan kalimat "Kami mendapat umpan balik mengenai perubahan yang dilaksanakan berdasarkan laporan insiden".
- 85,79% karyawan setuju dengan pernyataan kalimat "Di Unit kami kesalahan digunakan untuk membuat perubahan kearah positif."; 81,91% karyawan setuju dengan pernyataan "Setelah kami buat perubahan-perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien, kami mengevaluasi efektivitasnya."

Menurut persepsi karyawan, hasil perubahan selalu dievaluasi efektivitasnya namun sebagian besar karyawan belum memperoleh informasi mengenai perubahan sistem yang dilaksanakan. Artinya bahwa evaluasi efektivitas hasil pembelajaran perlu pengembangan dengan analisa yang lebih baik, tepat waktu, dan sosialisasi yang efektif. Poin terpenting dari budaya pembelajaran adalah perubahan yang dilakukan untuk perbaiki sistem dapat terlihat dan dirasakan manfaatnya oleh karyawan sebagai penghargaan kesediaan individu melaporkan insiden.(WHO,2005)

2) Terdapat gap antara persepsi dan perilaku antara Aspek Dukungan Manajemen dengan Upaya Atasan dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien tahun 2012:

- 87,60% karyawan setuju pernyataan “Manajemen Rumah Sakit Membuat Suasana Kerja yang Mendukung Keselamatan Pasien.”
- 86,61% karyawan setuju pernyataan “Tindakan Manajemen RS menunjukkan bahwa keselamatan pasien menjadi prioritas utama.”
- Hanya 48,98% karyawan setuju pernyataan “Manager/Kepala Bidang/kepala ruang di unit kami memberi pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai dengan prosedur keselamatan pasien.”

Karyawan sangat percaya terhadap dukungan manajemen dalam menciptakan suasana kerja yang mendukung keselamatan pasien dan menempatkannya sebagai prioritas utama, namun hanya 48,98% yang menyatakan bahwa atasan langsung memberikan penghargaan bila petugas melakukan pekerjaan yang sesuai prosedur keselamatan pasien.

Dalam budaya belajar sangat penting dukungan manajemen dan upaya atasan dalam meningkatkan keselamatan pasien. Hanya 52,60% karyawan “TIDAK SETUJU” bahwa manajemen hanya tertarik bila terjadi kejadian tidak diinginkan. Kenyataan, hanya sebesar 5% kejadian tidak diharapkan (KTD) dilaporkan, dan kejadian nyaris cedera (nearmiss) jarang memperoleh perhatian khusus pimpinan (Leape, 1994). Karyawan menilai bahwa pembelajaran proaktif (pelaporan insiden nyaris cedera atau potensial cedera) masih perlu ditingkatkan.

D. Rencana Tindak Lanjut Pengembangan Budaya Keselamatan sesuai Komponen Reason

1) Budaya Pelaporan

Kami akan mengembangkan dan meningkatkan budaya pelaporan melalui:

- 1) Menyempurnakan alur pelaporan dimana pelaporan insiden dikumpulkan kepada kepala ruang untuk mempermudah koordinasi proses analisa dan investigasi sederhana insiden dengan grading biru dan hijau. Alur pelaporan sebelumnya, insiden dilaporkan kepada kepala bidang.
- 2) Menyederhanakan form pelaporan insiden yang sebelumnya berlembar-lembar menjadi satu lembar pelaporan insiden dan satu lembar khusus laporan insiden medication error.
- 3) Mengimplementasikan daftar insiden nearmiss yang harus dilaporkan sesuai unit kerja di RS.Panti Rapih untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran karyawan untuk melaporkan insiden nyaris cedera.
- 4) Mengimplementasikan form pelaporan nearmiss untuk mempermudah analisa KNC di seluruh unit kerja.(lampiran 14)

- 5) Workshop “Pentingnya Pelaporan Nearmiss untuk Mengidentifikasi Resiko dan Ancaman terhadap Keselamatan Pasien”
- 2) Budaya Adil
 - 1) Menerapkan *unsafe act algoritma* dari Reason dalam sistem penegakkan disiplin.
 - 2) Menyelenggarakan workshop internal karyawan : Dampak Human Error terhadap Keselamatan Pasien dan Peranan Budaya Adil dalam Menunjang Pelaporan.
 - 3) Budaya Fleksibel
 - 1) Mengimplementasikan “5 Minute for Patient safety” dalam briefing dan debriefing staf untuk meningkatkan keterbukaan komunikasi antar staf dengan atasan/penanggung jawab shift kerja.
 - 2) Menggunakan metode komunikasi SBAR untuk apusan antar shift dan transfer pasien antar unit.(lampiran 10)
 - 4) Budaya Pembelajaran
 - 1) Ronde keselamatan pasien, kami mengubah ceklist pertanyaan sebelumnya dengan ceklist yang lebih lengkap yang memasukkan 6 sasaran keselamatan pasien sebagai upaya proaktive mencegah insiden.(lampiran 8)
 - 2) Menyempurnakan pembelajaran insiden, dengan melibatkan kepala ruang dan champion untuk melakukan RCA (Root Cause Analysis) kasus sederhana (grading biru dan hijau) dengan 5 Why Analysis
 - 3) Menyelenggarakan workshop internal: Analisa Insiden dengan RCA, Fish bone analysis, analisa penghalang, HFMEA (Health Failure Mode and Effect Analysis) untuk kepala ruang, champion, dan anggota Panitia Keselamatan Pasien.
 - 4) Sosialisasi hasil analisa data, hasil pembelajaran,dan perubahan positif yang dicapai dari pelaporan insiden melalui network internal, Patient Safety News, rapat kepala ruang dan unit, dan rapat direksi.
 - 5) Menyempurnakan analisa data insiden medication error dengan menggunakan pedoman NCC MERP Taxonomy of Medication Error.

BAB VI
KESIMPULAN

1. Hasil survey budaya keselamatan pasien rumah sakit bermamfaat untuk menyusun program kerja spesifik sesuai dengan karakteristik budaya keselamatan RS.Panti Rapih.
2. Melalui survey budaya keselamatan pasien rumah sakit, rumah sakit dapat mengetahui perilaku-perilaku karyawan yang dapat mendukung dan juga mengetahui persepsi dan perilaku yang perlu dikembangkan untuk mewujudkan keselamatan pasien.
3. Program kerja spesifik yang disusun berdasarkan hasil survey berhasil meningkatkan level budaya keselamatan rumah sakit, meningkatkan budaya pelaporan, dan pembelajaran yang tampak secara nyata pada kenaikan jumlah pelaporan insiden yang pesat dan kenaikan jumlah insiden yang dianalisa di tahun 2011 dan 2012.
4. Hasil survey budaya perlu diinformasikan kepada pimpinan sebagai bahan untuk menyusun strategi organisasi dalam mencapai budaya keselamatan.
5. Survey budaya keselamatan rumah sakit dapat dipergunakan untuk memenuhi syarat akreditasi baru 2012 dalam standar PMKP.1 mengenai Kepemimpinan dan Perencanaan: Mereka yang bertanggung jawab memimpin dan menjalankan rumah sakit berpartisipasi dalam perencanaan dan evaluasi keberhasilan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Arjaty D, dalam materi Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko Klinik, 2010
2. Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.
3. Budiarto, E. (2004). *Metodologi penelitian kedokteran sebuah pengantar*. Cetakan I. Jakarta: EGC.
4. Cahyono, Suharjo, J.B. (2008). *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran*, Yogyakarta : Kanisius, cetakan ke-5
5. Dahlan, M.S. (2008). *Langkah-langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Sagung Seto
6. Depkes RI. (2006). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta
7. Djarwanto. (2001). *Mengenal beberapa uji statistik dalam penelitian*. Yogyakarta : Liberty
8. Hastono, S.P (2007). *Basic data analysis for health research*. Depok : FKM-UI
9. Hidayat, A.A.A. (2007). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika.
10. Hopkins, A., Safety Culture, Mindfulness and Safe Behavior: Converging Idea?, The Australian National University, 2002
11. Leape, L et al, Preventing Medical Injury, Quality Review Buletin, 1993, 19:144-149
12. Kohn L., Corrigan J, Donaldson M: To Err is Human, Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington DC. National Academy Press, 2000
13. Reason J, Managing the Risk of Organizational Accident, UK:Ashgate, 1997
14. Sorrs JS, Nieva. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, 2004, Agency for Healthcare Research and Quality.
15. Sibthorp, Jim, Paisley K. et al' Adressing Response Shift-Bias: Retrospektif Pretest in Recreation Research and Evaluation, 2007.
16. Jones k., Skinner A., Interpretating Safety Culture Survey Results and Action Plan Power Point, www.unmc.edu/rural/patient-safety, 2011
17. WHO, Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning System.
18. Bahan Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko Klinik, PERSI, KARS, IMRK, 2012

19. Joint Commission International. (2011). *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta : PT Gramedia, edisi ke-4
20. Komite Keselamatan Rumah Sakit. (2007). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)* : jakarta
21. Murti B. (2006). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Edisi III Yogyakarta : Gajahmada University Press.
22. PERSI-KKP-RS. (2011). *Kumpulan Materi Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Klinis* : Jakarta
23. Notoadmojo, S., (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
24. Nursalam. (2003). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* : Salemba Medika, Jakarta
25. Tim pasca sarjana FIK-UI. (2008). *Pedoman penulisan tesis*. Jakarta.