



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGEMBANGAN MODEL BUDAYA KESELAMATAN PASIEN YANG SESUAI
DI RUMAH SAKIT IBU ANAK TUMBUH KEMBANG CIMANGGIS TAHUN 2012**

TESIS

SRI DANASWARI AYUDYAWARDANI

1006746306

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
2012**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Sri Danaswari Ayudyawardani

NPM : 1006746306

Mahasiswa Program : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Tahun Akademik : 2010-2011

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Pengembangan Model Budaya Keselamatan Pasien yang Sesuai di Rumah Sakit Ibu Anak Tumbuh Kembang Cimanggis Tahun 2012

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 7 Juli 2012



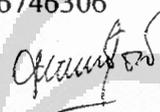
(Sri Danaswari A.)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Sri Danaswari A.

NPM :1006746306

Tanda Tangan : 

Tanggal : 07 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Sri Danaswari A.
NPM : 1006746306
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Pengembangan Model Budaya Keselamatan Pasien yang sesuai di Rumah Sakit Ibu Anak Tumbuh Kembang Cimanggis Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

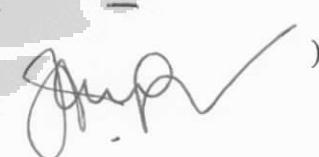
DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Pujiyanto, SKM, Mkes ()

Penguji : DR. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS ()

Penguji : Prof. Dr. Anhari Achadi, SKM, DSc ()

Penguji : Dr. Budi Hartono, SE, MARS ()

Penguji : Agus Pramujono, ST ()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 07 Juli 2012

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

PENGEMBANGAN MODEL BUDAYA KESELAMATAN PASIEN YANG SESUAI DI RUMAH SAKIT IBU ANAK TUMBUH KEMBANG CIMANGGIS TAHUN 2012

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis
Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit
Program Pascasarjana Universitas Indonesia

Depok, 07 Juli 2012

PEMBIMBING



(Dr. Pujiyanto, SKM, MKes)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmatNya saya dapat menyelesaikan penulisan tesis dengan judul **Pengembangan Model Budaya Keselamatan Pasien yang Sesuai di Rumah Sakit Ibu Anak Tumbuh Kembang Cimanggis Tahun 2012**. Penulisan tesis ini dilakukan guna memenuhi syarat tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

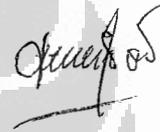
Dalam penyusunan penelitian ini, Penulis banyak mendapatkan bimbingan dan masukan yang berharga dari berbagai pihak. Untuk itu Penulis mengucapkan terima kasih kepada :

- 1) Bapak Dr. Pujiyanto, SKM, MKeselakupembimbing akademik yang telah bersedia menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini ;
- 2) RSIA Tumbuh Kembang yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menimba ilmu dan melakukan penelitian di Rumah Sakit ;
- 3) Ketua Departemen Program Studi Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah memberi saya kesempatan untuk menimba ilmu.
- 4) Dewan penguji DR. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS, Prof. Dr. Anhari Achadi, SKM, DSc, Dr. Budi Hartono, SE, MARS, Agus Pramujono, ST yang telah bersedia meluangkan waktu dan memberikan kritik dan saran yang berarti dalam penyempurnaan tesis ini.
- 5) Suami tercinta, Enrico Christianto, Orang tua, Bapak dan Ibu Suko Kuntjoro, Bapak dan Ibu Sudiyono, Kakak-kakak tercinta Mas Yoga, Mba Anin, Mas Vino, Mba Hotma, Mas Educ, dan Mba Esther yang telah memberikan dukungan baik moral maupun materiil yang tak ternilai harganya selama saya menempuh pendidikan di FKM UI, tidak luput pula jagoan

- 6) Teman- teman seperjuangan yang selalu memberikan dukungan kepada saya untuk menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi penulis pribadi, bagi Rumah Sakit Ibu Anak Tumbuh Kembang Cimanggis, bagi Program Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia, serta bagi pihak-pihak lain yang berkepentingan.

Depok, 07 Juli 2012



Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sri Danaswari Ayudyawardani
NPM : 1006746306
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

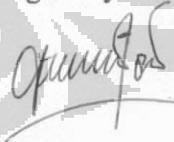
demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalti-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Pengembangan Model Budaya Keselamatan Pasien yang Sesuai
di Rumah Sakit Ibu Anak Tumbuh Kembang Cimanggis Tahun 2012.**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 07 Juli 2012
Yang menyatakan



(Sri Danaswari Ayudyawardani)

ABSTRAK

Nama : Sri Danaswari Ayudyawardani
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Pengembangan Model Budaya Keselamatan Pasien yang Sesuai Di Rumah Sakit Ibu Anak Tumbuh Kembang Cimanggis Tahun 2012.

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan mengembangkan model budaya keselamatan pasien yang sesuai di RSIA Tumbuh Kembang Cimanggis. Penelitian ini adalah gabungan antar studi kualitatif dan kuantitatif. Penelitian kualitatif dilakukan dengan wawancara mendalam untuk mengetahui asumsi, nilai, dan keyakinan pegawai terhadap keselamatan pasien sebagai dasar pemetaan budaya keselamatan pasien pegawai, sementara kuantitatif dilakukan dengan kuesioner untuk mengetahui gambaran faktor individu dan faktor organisasi pegawai. Dari 118 responden yang diteliti didapatkan 55,9% responden memiliki pengetahuan dan sikap yang baik, 52,5% responden memiliki motivasi baik, 57,6% responden memiliki tingkat kompetensi yang baik, 61% responden memiliki kewaspadaan situasi yang baik, 73,7% responden mengalami tingkat stress kerja yang rendah, 50,5% responden menyatakan tingkat kelelahan yang dialami juga cukup baik. Untuk faktor organisasi diperoleh informasi 53,4% responden menyatakan kepemimpinan baik, 51,7%. Responden memandang kerja tim baik, 53,4% responden menyatakan kepemimpinan tim baik, dan 55,1% responden menyatakan pengambilan keputusan sudah dilakukan dengan baik. Gambaran faktor lingkungan diperoleh melalui observasi dengan checklist. Semua informasi yang diperoleh akan dipergunakan sebagai bahan pertimbangan pengembangan model budaya keselamatan pasien yang baru. Hasil temuan faktor individu, faktor organisasi, dan faktor lingkungan cukup mendukung peneliti untuk mengembangkan budaya keselamatan pasien yang dapat menunjang terciptanya standar keselamatan pasien yang optimal. Usulan pengembangan budaya tersebut kemudian dipresentasikan dalam diskusi kelompok terarah untuk mengetahui respon pegawai dan manajemen serta sasaran yang hendak ditekankan melalui budaya yang baru. Disepakati bahwa Safety, Good Communication, Team Work, Home Sweet Hospital, dan Better Everyday menjadi elemen kunci budaya keselamatan pasien yang baru yang sesuai di RSIA Tumbuh Kembang.

Kata kunci: budaya, keselamatan pasien, organisasi

ABSTRACT

Name : Sri Danaswari Ayudyawardani
Study Program : Post Graduate of Hospital Administration
Title : Developing Patient Safety Culture Model that Fit In Mother Child Hospital Tumbuh Kembang Cimanggis 2012.

The aim of this research is to develop a model of patient safety culture that fits RSIA Tumbuh Kembang Cimanggis. The study was a combination of qualitative and quantitative study. Qualitative research conducted with in-depth interviews to find out what assumptions, values, beliefs of patient safety that the employee have as a basis for mapping the current patient safety culture, while quantitative conducted with a questionnaire to know the description of individual factors and organizational factors. From 118 employee surveyed earned 55.9% of respondents have knowledge and good attitude, 52.5% of respondents have a good motivation, 57.6% of respondents have a good level of competence, 61% of respondents have a good awareness of the situation, 73.7% of respondents had low levels of job stress, 50.5 % respondents stating the level of fatigue is also quite good. Organizational factors obtained for 53.4% of respondents said the information good leadership, 51.7%. Respondents saw good teamwork, 53.4% of respondents said good team leadership, and 55.1% of respondents said taking decision have done well. Overview of environmental factors is obtained through the observation checklist. All information obtained will be used as a reference model of the development of new patient safety culture. The findings of the individual factors, organizational factors, and environmental factors sufficient to support researchers to develop a culture of patient safety that can support the creation of optimal patient safety standards. Proposed development of a culture is then presentate in focus groups to evaluate the employee and management response and what kind of target are going to emphasized by the new culture. It was agreed that the Safety, Good Communication, Team Work, Home Sweet Hospital, and Better Everyday became a key element of the new patient safety culture that fits RSIA Tumbuh Kembang Cimanggis

Keyword : culture, patient safety, organization.

DAFTAR ISI

I. PENDAHULUAN

1. 1 Latar Belakang.....	1
1. 2 Rumusan Masalah.....	5
1. 3 Pertanyaan Penelitian.....	6
1. 4 Tujuan Penelitian.....	6
1. 4. 1 Tujuan Umum.....	6
1. 4. 2 Tujuan Khusus.....	6
1. 5 Manfaat Penelitian.....	6
1. 6 Ruang Lingkup Penelitian.....	7

II. TINJAUAN PUSTAKA

2. 1 Pengertian Keselamatan Pasien.....	8
2. 2 Budaya Organisasi.....	10
2. 3 Budaya Keselamatan.....	12
2. 4 Budaya Keselamatan Pasien.....	14
2. 5 Faktor Individu.....	16
2. 5. 1 Pengetahuan.....	17
2. 5. 2 Sikap.....	18
2. 5. 3. Motivasi.....	20
2. 5. 4. Kewaspadaan situasi	23
2. 5. 5. Kompetensi.....	24
2. 5. 6. Stres.....	24
2. 5. 7. Kelelahan.....	25
2. 6 Faktor Organisasi.....	26
2. 6. 1. Kepemimpinan Manajer.....	26
2. 6. 2. Komunikasi.....	27
2. 6. 3. Kerja Tim.....	28
2. 6. 4. Kepemimpinan Tim.....	31
2. 6. 6. Pengambilan Keputusan.....	32
2. 7. Faktor Lingkungan Keselamatan Pasien.....	33

III. PROFIL RUMAH SAKIT

3. 1 Sejarah Rumah Sakit.....	34
3. 2 Gambaran Umum.....	35
3. 3 Administrasi dan Pengelolaan.....	35
3. 4 Fasilitas Pelayanan.....	36
3. 4. 1. Bentuk Fisik.....	36
3. 4. 2. Rawat Jalan.....	37
3. 4. 3. Rawat Inap.....	38
3. 4. 4. Perawatan Intensif.....	38
3. 4. 5. Pelayanan Tindakan Medis.....	38
3. 4. 6. Penunjang Medis.....	38
3. 4. 7. Pelayanan 24 Jam.....	38
3. 4. 8. Fasilitas Lain-lain.....	38
3. 5 Alamat RSIA Tumbuh kembang.....	39

3. 6 Indikator Dasar RSIA Tumbuh Kembang.....	40
IV. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
4. 1 KerangkaKonsep.....	42
4. 2 DefinisiOperasional.....	45
V. METODOLOGI PENELITIAN	
5. 1 JenisPenelitian.....	49
5. 2 Lokasi dan WaktuPenelitian.....	50
5. 3 MateriPenelitian.....	50
5. 3. 1 PopulasiPenelitian.....	50
5. 3. 2 SampelPenelitian.....	50
5. 4 Teknik Pengumpulan Data.....	52
5. 4. 1. Sumber Data.....	52
5. 4. 2. Intrumen Pengumpulan Data.....	52
5. 4. 3. Metode Pengumpulan Data.....	53
5. 4. 4. Uji Coba Instrumen Penelitian.....	53
5. 4. 5. Petugas Pengumpulan Data.....	53
5. 5 Validitas dan Reliabilitas Data.....	53
5. 5. 1. Uji Validitas.....	54
5. 5. 2. Uji Reliabilitas.....	55
5. 6 Pengolahan Data.....	56
5. 7 Analisis Data.....	57
5. 7. 1. Analisis Univariat.....	57
5. 7. 2. Analisis Kualitatif.....	57
VI. HASIL PENELITIAN	
6. 1 Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit Saat Ini.....	58
6. 1. 1. Asumsi.....	59
6. 1. 2. Nilai.....	60
6. 1. 3. Keyakinan.....	61
6. 2 Faktor Individu, Faktor Organisasi, dan Faktor Lingkungan.....	62
6. 2. 1 Karakteristik Responden.....	62
6. 2. 2 Faktor Individu.....	63
6. 2. 3 Faktor Organisasi.....	65
6. 2. 4 Faktor Lingkungan.....	66
6. 3. Pemetaan Budaya RSIA Tumbuh Kembang.....	66
6. 4. Usulam Budaya Keselamatan Pasien RSIA Tumbuh Kembang _n	68
6. 5. Hasil Konfirmasi Usulan Pengembangan Model Budaya Keselamatan Pasien.....	70
VII. PEMBAHASAN	
7. 1. Keterbatasan Penelitian.....	76
7.2. Pembahasan Hasil Penelitian.....	77
7. 2. 1. Faktor Individu.....	77
7. 2. 2. Faktor Organisasi.....	77
7. 2. 3. Faktor Lingkungan.....	78
7. 2. 4. Usulan Model Budaya Keselamatan Pasien RSIA Tumbuh Kembang.....	79

VIII. KESIMPULAN DAN SARAN	
8. 1 Kesimpulan.....	83
7. 2 Saran.....	84
DAFTAR PUSTAKA.....	100



DAFTAR TABEL

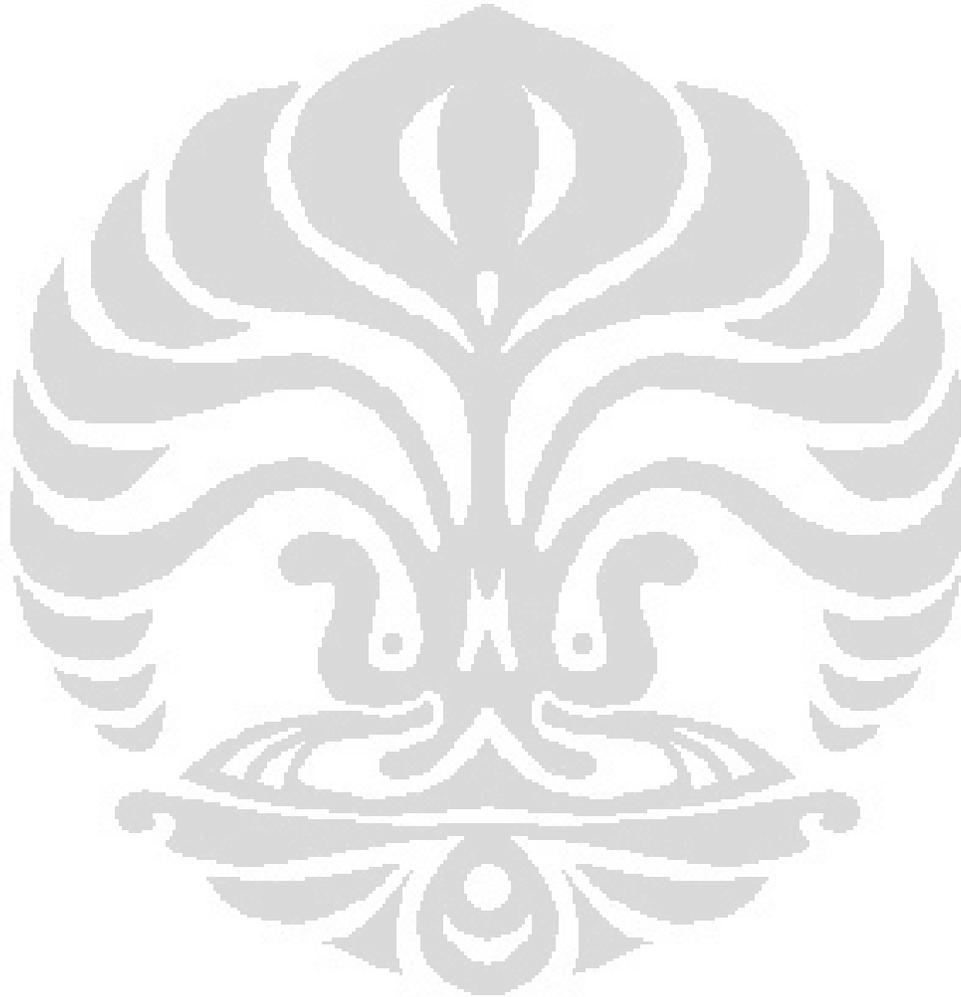
Tabel 1. 1	NotulenRapatKejadianTidakDiinginkan di RSIA TumbuhKembang.....	4
Tabel2.1	Faktor keselamatan pasien pengembangan WHO.....	15
Tabel3.1	Struktur Organisasi RSIA Tumbuh Kembang.....	36
Tabel 3.2	Bentuk fisik RSIA Tumbuh Kembang	36
Tabel 3.3	Jumlahdanjenistenaga di RSIA Tumbuh Kembang	39
Tabel 3.4	Kinerja Pelayanan tahun 2009-2011	40
Tabel 5.1.	Pengelompokkan Sampel	51
Tabel 5.2.	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian.....	56
Tabel6.1	Karakteristik Informan Wawancara Mendalam	58
Tabel 6.2	Distribusi Responden Menurut Karakteristik di RSIA Tumbuh Kembang.....	63
Tabel 6.3	Distribusi responden Menurut Faktor Individu di RSIA Tumbuh Kembang Tahun 2012	64
Tabel 6.4	Distribusi Responden Menurut Faktor Organisasi Responden di RSIA Tumbuh Kembang Cimanggis Tahun 2012	65
Tabel 6.5	Karakteristik Informan Diskusi Kelompok Terarah.....	71
Tabel 6.6	Hasil Kesepakatan Diskusi Kelompok Terarah Model Budaya Keselamatan Pasien RSIA Tumbuh Kembang Tahun 2012.....	74

DAFTAR GAMBAR

Gambar2. 1	Faktor organisasi dan personal dalam sistem sosioteknikal	3
Gambar 2.2	Faktor-faktor yang mempengaruhi dampak keselamatan pasien (Jackson & Flynn, 2003)	10
Gambar2.3	Ilustrasi Struktur Budaya Organisasi (McShane, 2003	10
Gambar2.4	Kerangka kerja nilai budaya organisasi (Denison, 1991).....	13
Gambar2.5	Model Hipotesis Rantai Keselamatan Pasien (McFadden, 2009)	14
Gambar2.6.	Faktor yang mempengaruhi kerja tim (Fin et al, 2008).....	29
Gambar3.1.	Grafik Kunjungan Poliklinik Tahun 2009-2011.....	41
Gambar3.2.	Grafik Kunjungan Rawat Inap Tahun 2009-2011	41
Gambar 4.1	Kerangka Konsep Pengembangan Model Budaya Keselamatan Pasien di RSIA Tumbuh Kembang Cimanggis Tahun 2012.....	43
Gambar 6.1.	Pemetaan Budaya RSIA Tumbuh Kembang Saat Ini.....	67

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Pedoman Wawancara Mendalam
- Lampiran 2 Kuesioner Faktor Individu dan Organisasi Budaya Keselamatan Pasien
RSIA Tumbuh Kembang
- Lampiran 3 Checklist Lingkungan Keselamatan Pasien di RSIA Tumbuh Kembang



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Pada tahun 1999, Institute of Medicine (IOM, dalam Kohn, et al., 2000) menyampaikan laporannya yang sangat mengejutkan dunia kesehatan. Dalam laporan tersebut dijelaskan bahwa sekitar 44.000 – 98.000 kematian pasien terjadi setiap tahunnya sebagai akibat dari kesalahan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (*medical error*). Rupanya Sebagian kecil kesalahan yang menyebabkan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), bukan disebabkan oleh penyakitnya atau kondisi pasien melainkan oleh manajemen pelayanan kesehatan. Laporan tersebut menyadarkan banyak pihak, mulai dari masyarakat umum, penyedia jasa kesehatan, maupun pengambil keputusan dalam bidang kesehatan untuk segera mengambil tindakan dalam meminimalkan terjadinya kesalahan serta dengan segera menyusun rencana perubahan dalam sistem pelayanan dan kebijakan dalam bidang kesehatan agar mutu pelayanan dapat ditingkatkan. Berdasarkan laporan tersebut banyak usaha menurunkan angka kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien dengan fokus pada individu dan bukan pada sistem atau proses (Woodhouse et al, 2004).

Pada November 1999, *the American Hospital Association (AHA) Board of Trustees* mengidentifikasi bahwa keselamatan dan keamanan pasien (*keselamatan pasien*) merupakan sebuah prioritas strategik. Mereka juga menetapkan capaian-capaian peningkatan yang terukur untuk *medication safety* sebagai target utamanya. Tahun 2000, Institute of Medicine, Amerika Serikat dalam *TO ERR IS HUMAN, Building a Safer HealthSystem* melaporkan bahwa dalam pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit ada sekitar 3-16% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/Adverse Event). Menindaklanjuti penemuan ini, tahun 2004, WHO mencanangkan *World Alliance for Keselamatan pasien*, program bersama dengan berbagai negara untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

Publikasi terbaru di Amerika tahun 2011 menunjukkan bahwa 1 dari 3 pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami KTD. Jenis yang tersering adalah kesalahan pengobatan, kesalahan operasi dan prosedur serta infeksi nosokomial (Classen et al., 2011). Studi di 10 rumah sakit di North Carolina menemukan hasil yang serupa. Satu dari 4 pasien

rawat inap mengalami KTD, 63% diantaranya sebenarnya dapat dicegah (Landrigan et al., 2010). Frekuensi KTD ini hampir 10 kali lebih tinggi daripada hasil penelitian pada periode tahun 1990-2005. Ternyata, upaya penurunan KTD di negara maju berjalan lambat. Data statistik menunjukkan risiko kematian akibat KTD di Amerika Serikat mencapai 30.000 kali lebih tinggi dibanding dengan risiko kecelakaan pesawat. Oleh sebab itu diperlukan upaya pembenahan serius secara sistematis agar tercipta tingkat keselamatan pasien yang tinggi.

Di Indonesia keselamatan pasien telah menjadi perhatian serius. Penelitian pertamadilakukan di rawat inap 15 rumah sakit dengan 4500 rekam medik (Utarini et al., 2000). Hasilnya menunjukkan angka KTD yang sangat bervariasi, yaitu 8,0% hingga 98,2% untuk diagnostic error dan 4,1% hingga 91,6% untuk medication error. Sejak itu, bukti-bukti tentang keselamatan pasien di Indonesia pun semakin banyak. Di Indonesia, keselamatan pasien dicanangkan pada 1 Juni 2005, dimana pada saat itu PERSI (Persatuan Rumah Sakit Indonesia) membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit sebagai awal gerakan KPRS (Keselamatan Pasien Rumah Sakit) dalam skala nasional.

Pada tanggal 8 Agustus 2011 Menteri Kesehatan RI dr. Endang Rahayu Sedyaningsih menandatangani Peraturan Menteri Kesehatan tentang keselamatan pasien rumah sakit, dimana didalamnya pada bab III tentang standar keselamatan pasien pada pasal 7 menyatakan bahwa "Setiap rumah sakit wajib menerapkan standard keselamatan pasien".

Keselamatan Pasien/KP (*Keselamatan pasien*) merupakan isu global dan nasional bagi rumah sakit, komponen penting dari mutu layanan kesehatan, prinsip dasar dari pelayanan pasien dan komponen kritis dari manajemen mutu WHO (2004). Dalam lingkup nasional, sejak bulan Agustus 2005, Menteri Kesehatan RI telah mencanangkan Gerakan Nasional Keselamatan Pasien (GNKP) Rumah Sakit (RS), selanjutnya KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit) Depkes RI telah pula menyusun Standar KP RS (Keselamatan Pasien Rumah Sakit) yang dimasukkan ke dalam instrumen akreditasi RS di Indonesia. Fokus terhadap keselamatan pasien ini didorong oleh masih tingginya angka Kejadian Tak Diinginkan (KTD) atau *Adverse Event /AEdi* RS secara global maupun nasional. KTD yang terjadi di berbagai negara diperkirakan sekitar 4.0-16.6 % (Vincent, 2005 dalam Raleigh, 2009), dan hampir 50% di antaranya diperkirakan adalah kejadian yang dapat dicegah (Smits et al., 2008). Akibat KTD ini diindikasikan menghabiskan biaya yang sangat mahal baik bagi pasien maupun sistem layanan kesehatan (Flin, 2007). Data KTD di Indonesia sendiri masih sulit diperoleh secara lengkap dan akurat, tetapi dapat diasumsikan tidaklah kecil (KKP-RS, 2006).

Meskipun manusia adalah penyebab utama terjadinya kesalahan namun unsur menyalahkan bukanlah cara yang efektif untuk meningkatkan keselamatan pasien (IOM, 2000). Terkait dengan upaya-upaya keselamatan pasien untuk menekan angka KTD di RS, diyakini bahwa upaya menciptakan atau membangun budaya keselamatan/*safety culture* merupakan langkah pertama dalam langkah-langkah mencapai keselamatan pasien, sebagaimana tercantum pula dalam langkah pertama dari konsep "Tujuh Langkah Menuju KP RS" di Indonesia, yaitu "Bangun Kesadaran akan Nilai KP, Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil." Selain itu, hambatan terbesar untuk memperbaiki pelayanan kesehatan yang lebih aman adalah budaya dari organisasi kesehatan (Cooper, 2000). Beberapa contoh dalam hal upaya membangun budaya KP adalah JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*) di Amerika, sejak tahun 2007 menetapkan penilaian tahunan terhadap budaya keselamatan sebagai target KP; NPSA (*National Keselamatan pasien Agency*) di Inggris mencantumkan budaya keselamatan sebagai langkah pertama dari "*Seven Steps to Patient Safety*" (Phillips, 2005). Pentingnya budaya keselamatan di layanan kesehatan juga digaris-bawahi oleh laporan-laporan dari WHO (*World Health Organization*) (2006), *European Commission* (2005) dan *the Council of Europe* (2006) (Hellings et al., 2007).

Rumah sakit dituntut untuk menaruh perhatian khusus dalam mencegah terjadinya kesalahan karena kesalahan dapat berimbas pada keselamatan pasien. Rumah sakit yang ideal adalah rumah sakit yang memiliki sistem dan menyajikan pelayanan yang bebas dari kesalahan. Sistem keselamatan yang tinggi dapat diperoleh melalui sistem yang melibatkan pimpinan tertinggi (McFadden, 2009). Terkait dengan isu keselamatan pasien, Kementerian Kesehatan RI telah menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1691/Menkes/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit. Dimana rumah sakit dan tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit wajib melaksanakan program dengan mengacu pada kebijakan nasional Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Dalam Pasalnya yang lain juga disebutkan bahwa setiap rumah sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien. Oleh karena itu setiap rumah sakit wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien (Depkes RI, 2001).

RSIA Tumbuh Kembang merupakan rumah sakit yang memberikan jasa pelayanan kesehatan dan dikelola oleh swasta. Pada tahun 2001 RSIA Tumbuh Kembang mendapat penetapan kelas sebagai rumah sakit tipe C. Baru-baru ini pada bulan Februari 2012 RSIA Tumbuh Kembang telah lulus akreditasi 5 pelayanan rumah sakit, meliputi: IGD,

administrasi, rekam medik, Yanmed, dan Keperawatan. Rumah sakit ini memiliki kapasitas 66 tempat tidur dengan layanan kelas VIP, SUPER VIP, kelas 1, 2, dan 3, serta menyediakan kamar operasi, kamar bersalin, perawatan khusus perina, dan HCU. Saat ini RSIA Tumbuh Kembang memiliki 201 orang karyawan. *Bed occupancy rate* (BOR) pada 3 tahun terakhir (2006 – 2008) adalah sebagai berikut : 66,45%, 66,71% dan 67 %. Dengan semakin luasnya cakupan pelayanan dan melihat terus meningkatnya angka perawatan di rumah sakit, maka tuntutan dalam menjaga keselamatan pasien dan memberikan pelayanan yang bebas dari kesalahan semakin besar. Dari notulen hasil rapat ditemukan masih terdapatnya Kejadian Tak Diinginkan yang terjadi di RSIA Tumbuh Kembang.

Tabel 1.1. Notulen Rapat Kejadian Tidak Diinginkan di RSIA Tumbuh Kembang:

Tanggal	Hal	Peserta Rapat	Hasil Rapat
30/03/11	Keluhan pasien atas terlambatnya penanganan medis	Wadir Yanmed Komite Medik Kepala UGD Dokter jaga penanggung jawab Perawat Jaga penanggung jawab	Kebijakan ketentuan pergantian sifit dokter jaga.
27/06/11	<ul style="list-style-type: none"> • Terlambatnya penanganan medis pasien. • Terlambatnya penanganan gawat darurat karena pasien mendaftar di rawat jalan. 	Wadir Yanmed SMF Anak Dokter Spesialis Pendaftaran Perawat jaga penanggungjawab Dokter jaga penanggung jawab	<ul style="list-style-type: none"> • Teguran • Rencana penambahan tenaga dokter umum • Rencana pendidikan dan pelatihan kegawat daruratan pegawai.

Tanggal	Hal	Peserta Rapat	Hasil Rapat
30/09/11	<ul style="list-style-type: none"> • Pembahasan adanya laporan penanganan pasien yang tidak sesuai prosedur • Kejadian tangan pasien terkena alat kauter di ruang operasi setelah Sectio Caesaria 	Wadir Yanmed Komite Medik Dokter penanggung jawab Perawat penanggung jawab Sopir Ambulance Bagian pendaftaran	<ul style="list-style-type: none"> • Belum dapat ditetapkan kebijakan • Rencana perbaikan alat
28/12/11	<ul style="list-style-type: none"> • Keluhan pasien tidak berfungsinya bel panggil pasien dan lamanya respon perawat terhadap keluhan pasien rawat inap 	Wadir Yanmed Komite Medik Kepala Perawatan Perawat penanggung jawab	<ul style="list-style-type: none"> • Rencana perbaikan • Rencana penambahan perawat

Dari masalah-masalah yang dibicarakan dalam rapat tersebut, ada masalah yang dapat segera ditemukan solusinya, namun ada pula masalah yang masih memerlukan kajian lebih lanjut dan pendekatan yang lebih dalam. Perlu disadari bahwa suatu kebijakan baru dibutuhkan keterbukaan dan kerelaan dari pihak-pihak terkait untuk mengadopsinya demi terciptanya standar keselamatan dan pelayanan pasien yang lebih baik. Selama dilakukan kegiatan residensi pada periode Oktober – Desember 2011 di RSIA Tumbuh Kembang, ditemukan fakta bahwa masih ada masalah yang memiliki potensi yang mengancam standar keselamatan pasien yang belum mendapat perhatian khusus. Hasil wawancara dengan pegawai rumah sakit memberikan informasi bahwa sudah ada komitmen untuk memberikan pelayanan yang optimal demi keselamatan pasien namun disadari bahwa belum adanya keseragaman pandangan, nilai, dan keyakinan dalam menjalankan komitmen tersebut. Disamping itu juga masih terjadi keengganan dari para pegawai untuk melaporkan insiden yang terjadi karena mereka khawatir dengan konsekuensi dari kesalahan yang terjadi. Sampai dengan saat ini, upaya penerapan standar keselamatan pasien di RSIA Tumbuh Kembang masih mengalami kendala sehubungan dengan belum adanya keseragaman budaya keselamatan pasien yang dapat dianut oleh para pegawai. Kendala tersebut terjadi karena belum terinternalisasinya budaya keselamatan pasien yang selama ini ditanamkan kepada pegawai. Hal ini disebabkan oleh karena belum ada penerjemahan yang jelas terkait dengan konsep keselamatan pasien yang ingin dicapai oleh rumah sakit. Untuk itu diperlukan suatu

formulasi pengembangan budaya keselamatan pasien yang bisa lebih dimengerti, diterima, dan diaplikasikan para pegawai ke dalam setiap usaha pelayanan di rumah sakit.

1.2.Rumusan Masalah

Keselamatan pasien sudah menjadi standard penyelenggaraan rumah sakit di Indonesia, di RSIA Tumbuh Kembang sudah ada budaya keselamatan pasien namun belum ada budaya yang seragam dan dapat diadopsi oleh seluruh pegawai dan manajemen rumah sakit.

1.3.Pertanyaan Penelitian

Bagaimana mengembangkan model budaya keselamatan pasien yang sesuai di RSIA Tumbuh Kembang?

1.4.Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan umum

Mengembangkan model budaya keselamatan pasien yang sesuai untuk diterapkan di RSIA Tumbuh Kembang.

1.4.2. Tujuan khusus

- a. Menganalisis gambaran budaya keselamatan pasien di RSIA Tumbuh Kembang.
- b. Menganalisis gambaran individu pegawai yang berhubungan dengan keselamatan pasien
- c. Menganalisis gambaran organisasi pegawai berhubungan dengan keselamatan pasien
- d. Menganalisis gambaran lingkungan RSIA Tumbuh Kembang yang berhubungan dengan keselamatan pasien.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Manfaat bagi Rumah Sakit

Penelitian ini memberikan pertimbangan pengembangan budaya rumah sakit yang dapat mendukung pelaksanaan standar keselamatan pasien yang optimal dalam rangka meningkatkan mutu rumah sakit.

1.5.2. Manfaat bagi pendidikan

Sebagai referensi bagi penelitian lanjutan mengenai keselamatan pasien.

1.5.3. Manfaat bagi peneliti

Sebagai syarat tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif kuantitatif yang terkait dengan upaya pengembangan model budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Variabel yang diduga mempengaruhi pengembangan model budaya keselamatan pasien antara lain adalah faktor individu, faktor organisasi, faktor lingkungan, dan budaya keselamatan yang sudah ada saat ini. Penelitian dilakukan pada pegawai Rumah Sakit Ibu Anak Tumbuh Kembang Cimanggis. Penelitian ini berusaha menggali situasi budaya keselamatan pasien diantara para pegawai, mengidentifikasi dan memanfaatkan data dari variabel-variabel yang diteliti sebagai bahan pertimbangan pengembangan model budaya keselamatan pasien yang sesuai diterapkan di RSIA Tumbuh Kembang. Pengembangan model budaya yang didapat dari data tersebut kemudian diusulkan dalam diskusi kelompok terarah untuk mengetahui pandangan para pegawai dan manajemen terhadap usulan model budaya keselamatan pasien yang baru. Dengan telah dilibatkannya para pegawai dan manajemen rumah sakit dalam proses pengembangan model budaya keselamatan pasien yang baru maka model budaya keselamatan pasien tersebut diharapkan dapat diadopsi oleh seluruh pegawai.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

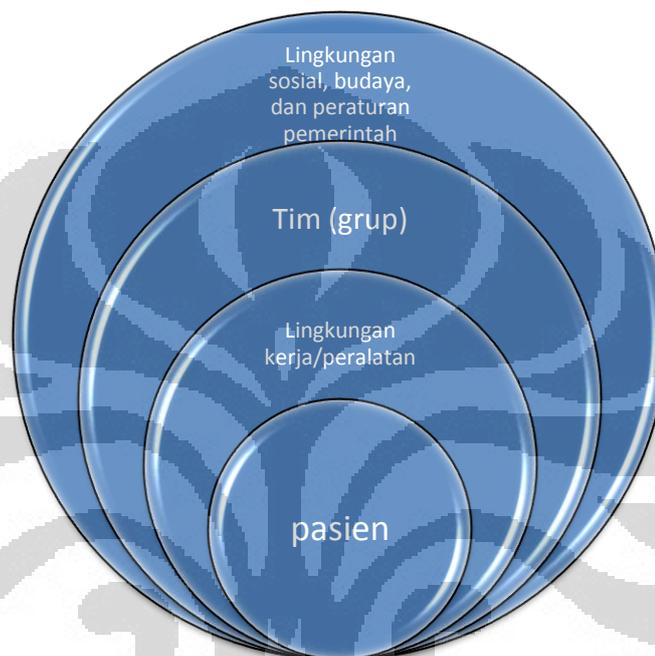
2.1. Pengertian Keselamatan pasien

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan, dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjut serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. (Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1691 Bab I Pasal 1, 2011)

Keselamatan menurut persepsi pasien seperti yang dikemukakan oleh IOM (1999, dalam Kohn et al., 2000, hal. 18) adalah “*freedom from accidental injury*”. Sedangkan Dep.Kes. R.I. mendefinisikan keselamatan pasien (*keselamatan pasien*) rumah sakit sebagai suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman bagi pasien. (Dep.Kes. R.I., 2011).

Komite keselamatan pasien rumah sakit (KKPRS) PERSI mendefinisikan KTD/*adverse event* merupakan suatu kejadian yang tak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*ommission*). Sedangkan Kejadian Nyaris Cedera/*near miss* merupakan suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) yang dapat menciderai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, yang disebabkan karena keberuntungan, pencegahan atau peringanan. Contoh dari keberuntungan misalnya: pasien mendapatkan obat yang salah tetapi tidak timbul reaksi obat. Contoh akibat dari pencegahan, misal: pasien menerima obat dengan dosis letal, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan. Sedangkan contoh dari peringanan, misal: pasien menerima obat dengan dosis letal, tetapi keadaan ini segera diketahui secara dini lalu kemudian diberikan penawarnya (Dep.Kes. R.I., 2008).

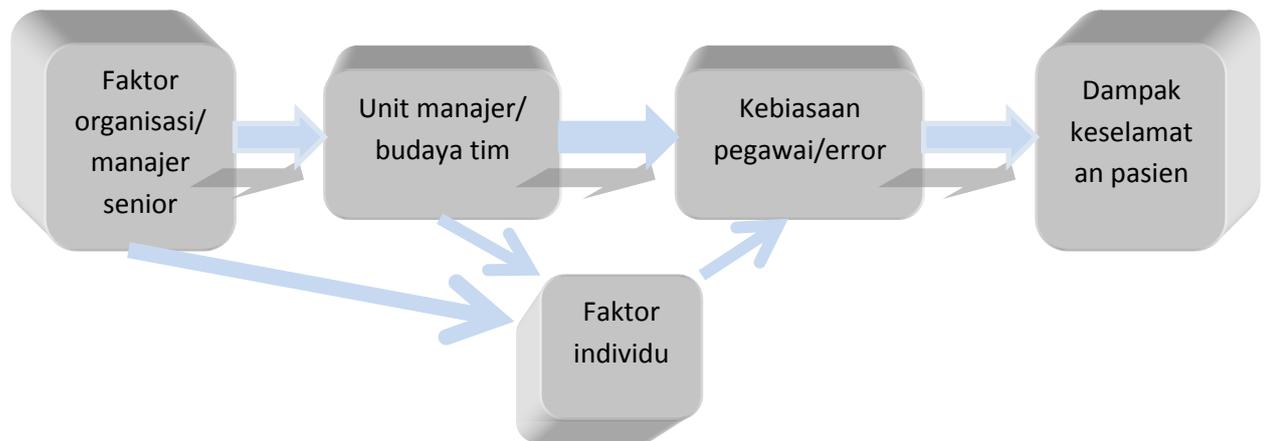
Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang berpusat pada pasien. Sistem pusat pasien ini berfokus pada kemampuan dan keterbatasan manusia yang memperhatikan keterlibatan, operasi, sistem integrasi, dan pengaruh organisasi terhadap keselamatan. Meningkatnya perhatian terhadap kinerja dan perilaku manusia dengan menggunakan pendekatan sistem akan mengurangi kerusakan, hilangnya nyawa, luka, kerusakan properti, dan kerugian finansial. Moray (2000) mengembangkan model organisasi dan faktor personal dalam sistem sosioteknis.



Gambar 2.1. Faktor organisasi dan personal dalam sistem sosioteknikal (Moray, 2000)

Dalam sistem ini setiap lapisan terdiri dari lapisan yang didalamnya, lapisan luar dari kerangka kerja mengandung unsur dari lapisan dalam dan mempengaruhi lapisan lingkungan kerja/peralatan, dan seterusnya. (Moray, 2000)

Jackson & Flynn, menggambarkan model yang menunjukkan hubungan antara organisasi, faktor personal, error dan dampak keselamatan pasien.



Gambar 2.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi dampak keselamatan pasien (Jackson & Flynn, 2003)

Bagan diatas menunjukkan bagaimana situasi organisasi, unit manajer, kebiasaan pegawai dan faktor individu dapat mempengaruhi situasi keselamatan pasien di rumah sakit.

2.2. Model Manajemen Keselamatan

Model manajemen keselamatan adalah latar belakang asumsi organisasi tentang cara di mana keamanan harus dikelola dan ditingkatkan. Model manajemen keselamatan secara implisit atau eksplisit meliputi: unit analisis, konsep dan sarana yang dibutuhkan untuk mengembangkan keselamatan, cara di mana manajemen keselamatan terintegrasi dalam pengelolaan organisasi secara menyeluruh, dan fenomena yang harus dipertimbangkan dalam pengembangan sistem manajemen keselamatan.

Badan Nasional Keselamatan Pasien mengidentifikasi tujuh langkah untuk keselamatan pasien (NPSA, 2004):

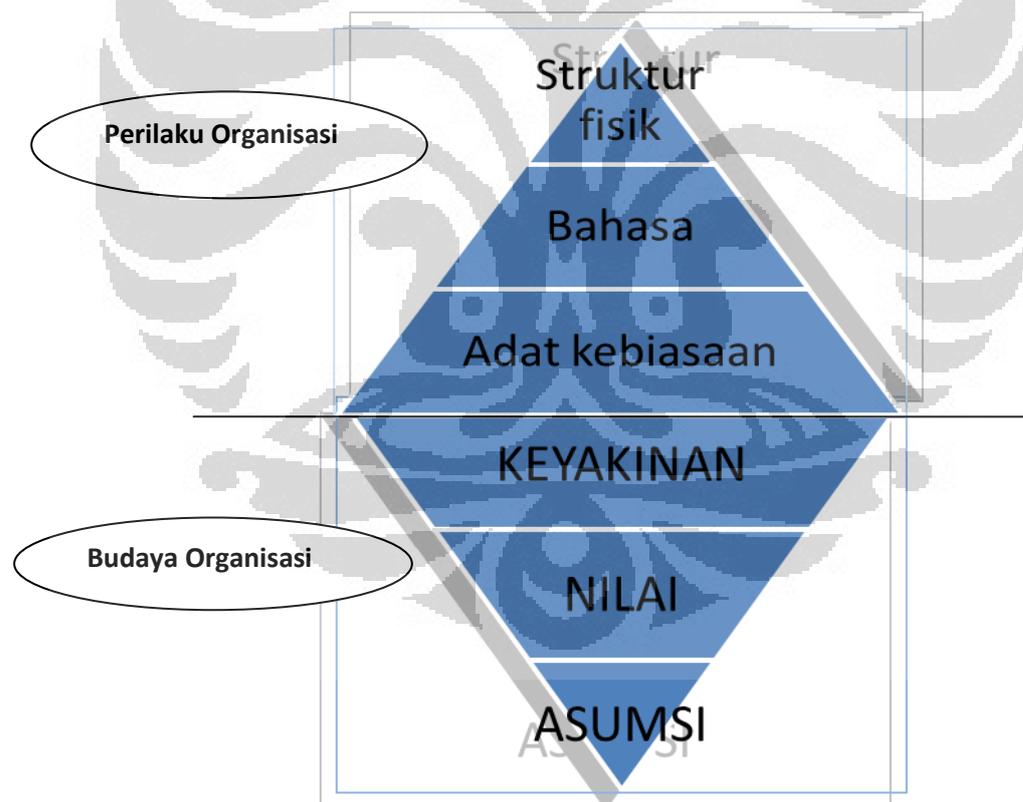
- Langkah 1: Membangun budaya keselamatan. Melakukan audit untuk menilai budaya keselamatan.
- Langkah 2: Memimpin dan mendukung tim. Memandang pentingnyakeselamatan pasien; dan menerapkannya dalam usaha nyata.
- Langkah 3: Mengintegrasikan aktivitas manajemen risiko. Secara teratur meninjau arsip pasien.
- Langkah 4: Meningkatkan pelaporan. Berbagi insiden keselamatan pasien.
- Langkah 5: Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat. Mencari tahu pandangan pasien; Mendorong umpan balik dengan survei pasien.
- Langkah 6: Belajar dan berbagi pelajaran keselamatan. Menagadakan pertemuan rutin kejadian yang signifikan.

- Langkah 7: Mengimplementasikan solusi untuk mencegah kerusakan. Memastikan bahwa tindakan yang telah disetujui didokumentasikan, diimplementasikan dan review, dan disetujui siapa yang harus bertanggung jawab.

Ketujuh langkah untuk keselamatan pasien, sekali lagi, menangani bidang utama model manajemen keselamatan, mulai dari komitmen manajemen untuk berkomunikasi, terbuka dan budaya tidak menyalahkan, budaya untuk pelaporan insiden dan analisa, integrasi manajemen keselamatan dalam fungsi manajemen lain untuk pelaksanaannya dan dokumentasi.

2.3. Budaya Organisasi

Budaya Organisasi adalah pola dasar asumsi, nilai dan keyakinan bersama yang dianggap sebagai cara berpikir dan bertindak yang tepat dalam menghadapi masalah dan peluang organisasi. (McShane, 2003)



Gambar 2.3. Ilustrasi Struktur Budaya Organisasi (McShane, 2003)

Ilustrasi tersebut menggambarkan bahwa asumsi, nilai, dan keyakinan bekerja dibawah perilaku organisasi. Ketiganya tidak dapat langsung diamati namun pengaruhnya ada dimana-mana. (McShane, 2003)

Asumsi mewakili bagian terdalam budaya organisasi karena ada dibawah sadar dan diterima begitu saja. Asumsi adalah model mental bersama, cara pandang atau teori yang diandalkan untuk membimbing seseorang dalam bersikap dan berperilaku.

Keyakinan mewakili persepsi seseorang terhadap kenyataan. Nilai bekerja lebih stabil, merupakan keyakinan jangka panjang mengenai apa yang penting. Nilai dan keyakinan membantu menentukan mana yang benar dan mana yang salah, atau mana yang baik dan mana yang buruk. (McShane, 2003)

Budaya organisasi dapat diukur hanya dengan menanyakannya kepada pegawai. Nilai adalah harapan sosial. Ada dua jenis nilai yang saling bertolak belakang: nilai yang didukung bertolak belakang dengan nilai yang sesungguhnya. Nilai yang didukung tidak mewakili budaya organisasi namun membangun pandangan public yang diinginkan pimpinan. Namun demikian nilai yang didukung biasanya adalah nilai yang digunakan yang memandu pengambilan keputusan dan perilaku di tempat kerja. (McShane, 2003)

Budaya organisasi yang kuat membangun kesuksesan organisasi. (Gett, 2003) Budaya organisasi memiliki tiga fungsi (McShane, 2003) :

- a) Budaya organisasi adalah bentuk yang tertanam dan kontrol sosial yang mempengaruhi bagaimana pegawai mengambil keputusan dan berperilaku. Budaya disini sangat luas dan bekerja tanpa disadari.
- b) Budaya organisasi adalah perekat sosial yang mengikat orang-orang dan membuat mereka merasa menjadi bagian dari organisasi. Pegawai termotivasi untuk mendalami budaya organisasi yang dominan karena hal tersebut memenuhi kebutuhan identitas sosial mereka. Perekat sosial ini sangatlah penting sebagai cara untuk merekrut pegawai baru dan mempertahankan performa terbaik.
- c) Budaya organisasi membantu proses nilai keputusan. Membantu pegawai mengerti situasi organisasi. Mereka dapat menyelesaikan tugas mereka ketimbang menghabiskan waktu mencari tahu apa yang diharapkan dari mereka. Pegawai dapat berkomunikasi dengan lebih efisien dan bekerja sama dengan baik karena mempunyai model mental yang sama. (Flemming 2005)

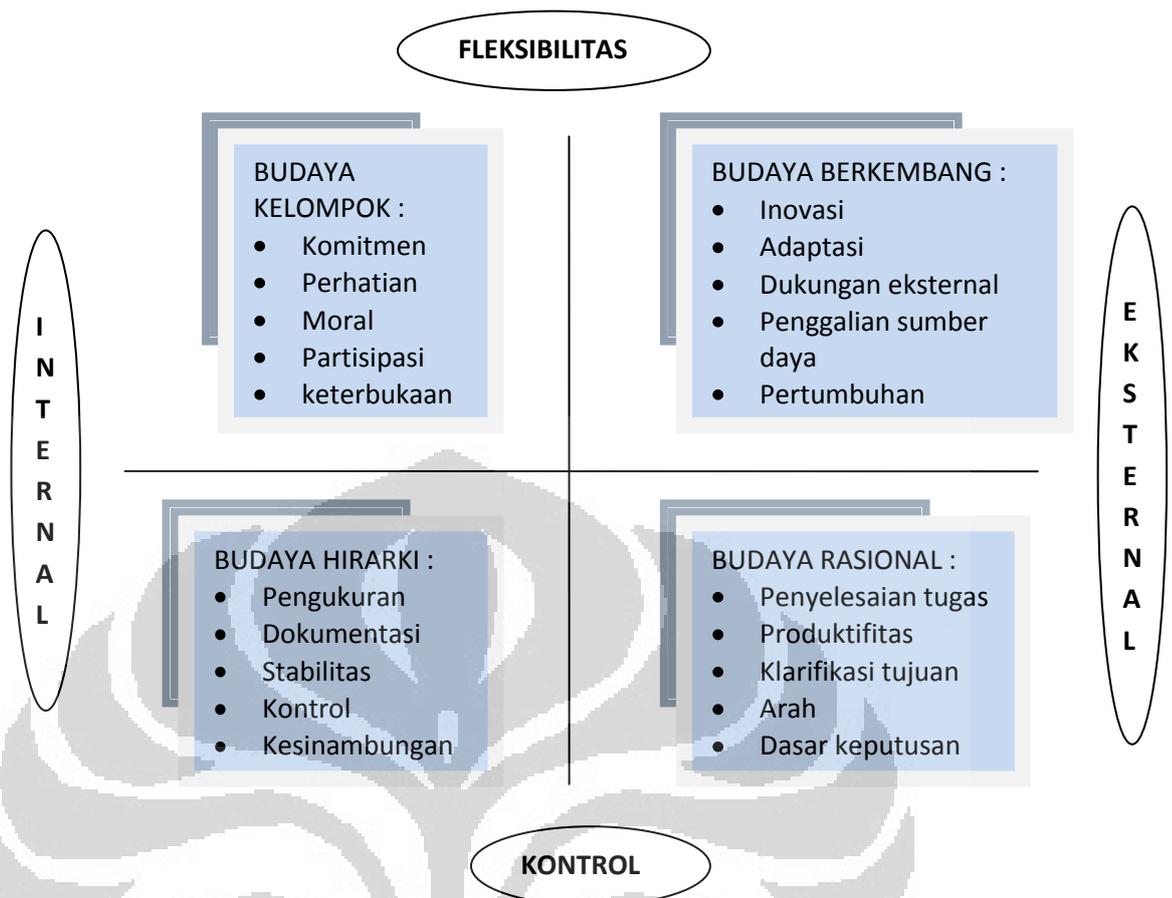
2.4. Budaya Keselamatan

Budaya keselamatan adalah hasil dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola kebiasaan yang memberi gambaran komitmen, gaya dan keandalan manajemen suatu organisasi. Organisasi dengan budaya keselamatan yang positif dikarakterkan dengan

komunikasi berdasarkan kepercayaan, dengan bertukar persepsi akan keselamatan dan oleh efektifnya langkah-langkah pencegahan. (ACSNI 1993: 23).

Ada karakteristik budaya organisasi tertentu yang dapat meningkatkan keselamatan pasien. (Alavi, Kayworth, and Leider 2005; De Long and Fahey 200, Gold, Malhotra, and Segars 2001) Budaya tersebut yang kemudian diadopsi menjadi budaya keselamatan pasien di sebuah rumah sakit. (Jarvenpaa and Stapels 2001)

Dalam kerangka kerja nilai budaya suatu organisasi ada dua dimensi karakter yang merefleksikan orientasi nilai yang berbeda. Dimensi pertama adalah, axis kontrol-fleksibilitas, memperlihatkan derajat yang menunjukkan apakah suatu organisasi setuju pada perubahan atau pada stabilitas. Fleksibilitas menggambarkan fleksibilitas dan spontanitas, dimana kontrol menggambarkan stabilitas, kontrol, dan keteraturan. Dimensi ke dua adalah axis internal-eksternal, menggambarkan fokus yang dipilih dalam aktivitas organisasi (internal) dan hal yang terjadi diluar organisasi (eksternal). Orientasi internal memperlihatkan penambahan dan peningkatan mutu organisasi yang sudah ada. Dimana orientasi eksternal menggambarkan kompetisi, adaptasi, dan interaksi dengan lingkungan eksternal. Kedua tipologi dimensi tersebut kemudian dipetakan kedalam empat model budaya organisasi: Budaya kelompok, budaya berkembang, budaya hirarki, dan budaya rasional. Budaya kelompok memperlihatkan fleksibilitas dan perubahan, dan dikarakterkan dengan hubungan individu yang kuat dan fokus pada organisasi internal. Budaya berkembang memperlihatkan fleksibilitas sekaligus orientasi eksternal, budaya ini fokus kepada pertumbuhan, penggalan sumber daya, kreatifitas, dan adaptasi terhadap lingkungan eksternal. Budaya rasional juga fokus pada orientasi eksternal, namun terkontrol, budaya ini menitikberatkan produktifitas dengan tujuan yang benar-benar terdefinisi dan kompetisi eksternal merupakan faktor motivator utamanya. Budaya hirarki juga menitikberatkan pada stabilitas, fokus kepada organisasi internal. Orientasi ini dikarakterkan dengan keseragaman, koordinasi, efisiensi internal, dan fokus pada kebijakan dan peraturan. (Denison and Spreitzer, 1991)



Gambar 2.4. Kerangka kerja nilai budaya organisasi (Denison and Spreitzer, 1991)

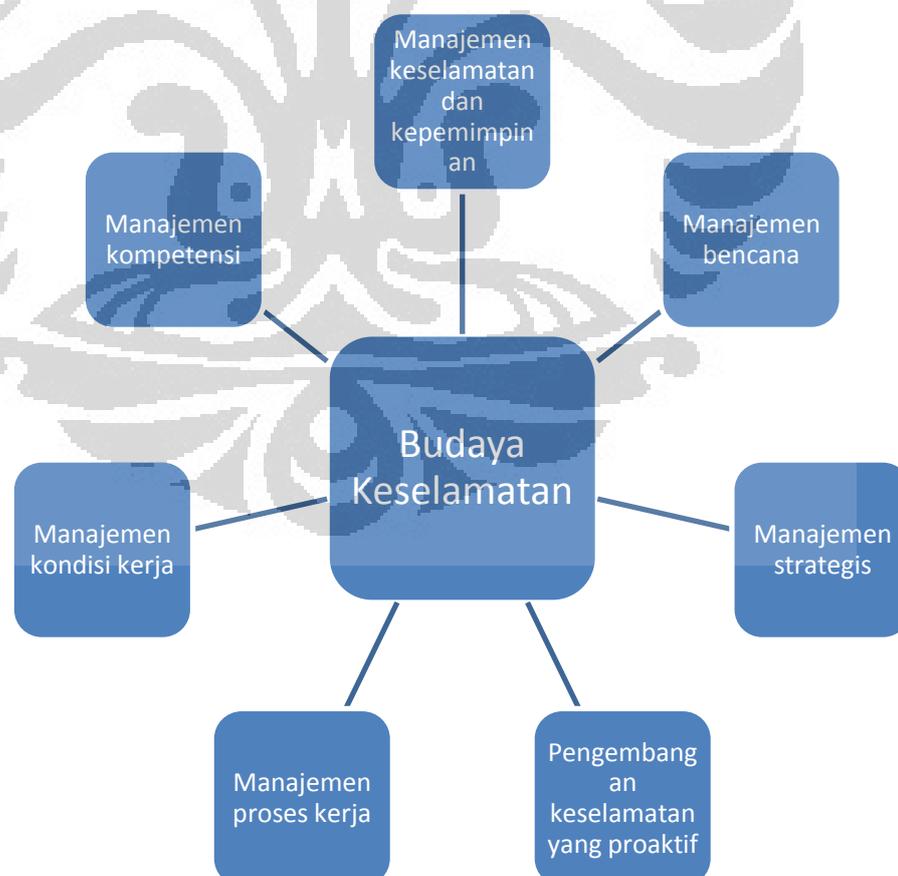
Orientasi fleksibilitas yang terdiri dari budaya kelompok dan budaya berkembang berdampak langsung terhadap keselamatan pasien. Sedangkan orientasi kontrol yang terdiri dari budaya rasional dan budaya hirarki berdampak tidak langsung dimana dibutuhkan manajemen pengetahuan terhadap budaya keselamatan pasien dalam mewujudkannya.

Untuk mencapai keselamatan pasien, dibutuhkan komunikasi terbuka, kerja tim, dan dukungan lingkungan, yang merupakan karakter dari budaya kelompok. Peningkatan keselamatan pasien juga memerlukan perubahan organisasi, inovasi, dan keberanian mengambil resiko yang merupakan elemen dari budaya berkembang. (Singer et al, 2009) Sebaliknya meskipun budaya hirarki dan budaya rasional fokus pada hasil yang membantu dalam pemeriksaan kesalahan, dan prosedur keselamatan lainnya, ada elemen lain yang tidak sesuai dengan tujuan positif keselamatan pasien. Disamping itu budaya hirarki menghambat komunikasi dan keterbukaan untuk menunjang perubahan. Budaya rasional yang menitikberatkan pada hasil dan pencapaian dapat membawa organisasi untuk fokus kepada produksi dan efisiensi sebagai penghamburan unsur keselamatan. (Singer et al. 2009).

2.5. Model Budaya Keselamatan Pasien

Model DISC (*Design for Integrated Safety Culture*) menjelaskan unsur-unsur dari suatu organisasi yang memiliki potensi baik untuk keselamatan pasien. DISC menjelaskan fungsi kunci yang diperlukan organisasi dalam menciptakan potensi untuk keselamatan pasien. Menurut model DISC, organisasi memiliki potensi yang baik untuk keselamatan ketika memenuhi kriteria sebagai berikut dalam kegiatan organisasi:

1. Keselamatan adalah nilai utama dalam organisasi dalam mengambil keputusan dan kegiatan sehari-hari.
2. Keselamatan ini dipahami sebagai fenomena yang kompleks dan sistemik.
3. Bahaya dan persyaratan tugas dipahami secara menyeluruh.
4. Organisasi sadar dalam praktik pelayanan kesehatannya.
5. Tanggung jawab akan fungsi yang aman dari seluruh sistem.
6. Kegiatan diselenggarakan secara teratur.



Gambar 2.5. Model DISC menggambarkan kriteria budaya keselamatan yang baik dan fungsi organisasi yang diperlukan untuk mengembangkan budaya keselamatan yang baik dalam organisasi (Reiman et al, 2009)

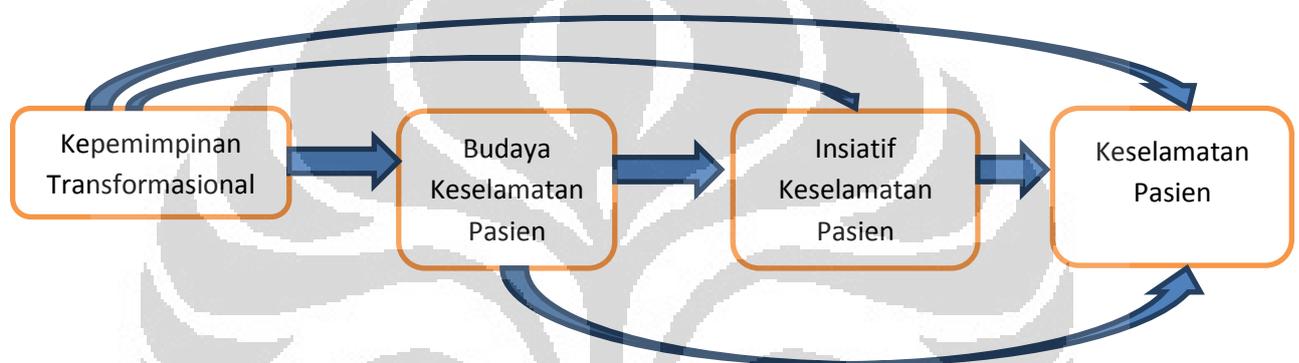
Model DISC menitikberatkan pentingnya pengetahuan dan pemahaman tentang keselamatan, tugas utama yang diharapkan dan bahaya yang ada dalam sistem. Tanpa pemahaman yang menyeluruh terhadap keselamatan dan risiko, organisasi bisa fokus pada tantangan yang tidak relevan, membuat keputusan berisiko atau buta terhadap ancaman baru. Model DISC menekankan bahwa praktek kerja karyawan tidak dipandu langsung oleh proses yang resmi dan mekanisme kontrol, melainkan oleh interpretasi mereka dan perasaan terhadap proses-proses organisasi dan mekanisme kontrol. Akhirnya, karyawan mendasarkan keputusan dan kegiatan mereka pada pemahaman dan penalaran mereka sendiri yang lebih relevan. Sangat penting untuk diingat bahwa norma-norma tempat kerja sosial, iklim, aspek sosial, dan lainnya juga mempengaruhi kegiatan. Mungkin ada alasan historis mengapa praktek-praktek tertentu tidak dianggap layak untuk melaksanakan norma-norma tertentu atau diam-diam bermaksud tidak memunculkan tantangan tertentu. Model DISC juga menyatakan bahwa fungsi organisasi tertentu diperlukan untuk mengembangkan taraf keselamatan yang tinggi dalam suatu organisasi. Termasuk: manajemen bahaya (seperti penilaian risiko, redundansi sistem keselamatan dan alat pelindung diri), praktik manajemen kompetensi (seperti kursus pelatihan teknologi tertentu atau pengobatan yang digunakan, mentoring pendatang baru), pro-aktif mengembangkan keselamatan (seperti melaporkan dan menganalisa insiden, penilaian organisasi berkala) dan praktek kerja manajemen kondisi (seperti menilai kecukupan staf, dan memastikan peralatan yang diperlukan untuk kerja) (Machii et al, 2011)

Budaya keselamatan mempengaruhi keselamatan pasien dengan memotivasi pegawai dalam memilih kebiasaan yang meningkatkan dibanding yang menurunkan keselamatan pasien (Nieva and Sorra 2003). Langkah pertama menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah membangun budaya keselamatan pasien. Singer et al (2003) mengidentifikasi 7 (tujuh) elemen budaya keselamatan pasien sebagai berikut :

1. Komitmen pemimpin akan keselamatan
2. Sumber daya organisasi akan keselamatan pasien
3. Prioritas keselamatan dibanding produksi

4. Keefektifan dan keterbukaan komunikasi
5. Keterbukaan terhadap masalah dan kesalahan
6. Studi organisasi
7. Frekuensi tindakan tidak aman

Dalam menciptakan budaya keselamatan pasien dan menurunkan angka kesalahan, diperlukan pemimpin yang menanamkan budaya yang jelas, mendukung usaha pegawai, dan tidak bersifat menghukum yang disebut dengan kepemimpinan transformasional. Budaya keselamatan pasien yang kuat dengan sendirinya akan menurunkan angka kesalahan medis (Ruchlin et al., 2004).



Gambar 2.6. Model Hipotesis Rantai Keselamatan Pasien

Model diatas menggambarkan bahwa Kepemimpinan Transformasional secara positif mempengaruhi budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien berhubungan dengan peningkatan inisiatif keselamatan pasien. Penerapan inisiatif keselamatan pasien akan memberi hasil keselamatan pasien yang positif. Budaya keselamatan pasien akan menghubungkan antara kepemimpinan transformasional dengan inisiatif keselamatan pasien, inisiatif keselamatan pasien sendiri merupakan penengah antara budaya keselamatan pasien dan terciptanya keselamatan pasien (McFadden, 2009).

Misi yang diharapkan dalam membangun budaya keselamatan pasien adalah terciptanya *Total Safety Culture*. Dalam budaya ini (Geller, 1989) :

- a) Setiap orang merasa bertanggungjawab terhadap keselamatan pasien dan menerapkannya sebagai dasar kegiatan sehari-hari.
- b) Orang-orang lebih dari sekedar melaporkan Kejadian Tak Diinginkan dan Kejadian Nyaris Cidera namun juga turun tangan untuk memperbaikinya.
- c) Praktek keselamatan pasien didukung secara berkala dengan umpan balik yang bermanfaat dari stakeholder dan manajer.

- d) Orang-orang terus memperhatikan keselamatan baik bagi diri sendiri maupun orang lain.
- e) Keselamatan tidak lagi dianggap sebagai prioritas yang dengan mudah bergeser berdasarkan situasi, namun dianggap sebagai nilai yang menghubungkan setiap prioritas.

Total Safety Culture membutuhkan perhatian khusus terhadap tiga (3) faktor antara lain:

- a) Faktor personal (pengetahuan, sikap, motivasi, kompetensi, kepribadian).
- b) Faktor perilaku (kepemimpinan, kewaspadaan situasi, komunikasi, kerja tim, stress, kelelahan, kepemimpinan tim, pengambilan keputusan).
- c) Lingkungan (perlengkapan, peralatan, mesin, kebersihan, teknik, standar prosedur operasional).

WHO mengembangkan 4 (empat) kategori faktor dengan 10 (sepuluh) topik keselamatan pasien yang relevan.

Tabel 2.1. Faktor keselamatan pasien pengembangan WHO

Kategori	Topik
Organisasi/Manajerial	1. Budaya Keselamatan 2. Kepemimpinan manajer 3. Komunikasi
Kerja tim	4. Kerja tim – struktur/ proses (dinamika) 5. Team Leadership (supervisor)
Pegawai Individual	
• Kemampuan kognitif (berpikir)	6. Kewaspadaan situasi 7. Pengambilan keputusan
• Sumber daya manusia	8. Stres 9. Kelelahan
Lingkungan kerja	10. Lingkungan kerja dan bahaya

Ada 3 (tiga) faktor organisasi dan manajerial yang dapat mempengaruhi kebiasaan pegawai yaitu: i) budaya keselamatan, ii) manajer senior/Safety leadership, iii) prosedur komunikasi kerja, ketiga faktor ini dapat mempengaruhi keselamatan pasien. Konsep Budaya keselamatan berkembang setelah bencana tenaga nuklir Chernobyl pada tahun 1986. Budaya keselamatan merefleksikan perilaku manajer dan pegawai dan nilai manajemen resiko dan keselamatan. Dimensi budaya keselamatan organisasi antara lain: komitmen manajemen keselamatan, praktek pegawai yang berhubungan dengan keselamatan, prioritas keselamatan, Ketaatan pada peraturan keselamatan, manajemen resiko, laporan error dan kejadian. Budaya keselamatan mempengaruhi perilaku normal pegawai dalam mengambil resiko, mematuhi

peraturan, yang berkaitan dengan keselamatan. Sebelum membuat desain intervensi perubahan budaya organisasi, sangat penting untuk menilai budaya keselamatan yang ada. Hal ini didapatkan dari hasil kuisioner mengenai sikap pegawai dan manajer terhadap keselamatan dan persepsi mereka bagaimana keselamatan dapat diprioritaskan dan diatur dalam unit kerja dalam organisasi. (WHO, 2009).

Budaya keselamatan telah menjadi masalah yang signifikan untuk organisasi pelayanan kesehatan dalam mengembangkan keselamatan pasien (Kennedy, 2001) beberapa penelitian telah mengindikasikan bahwa organisasi membutuhkan perubahan budaya yang mempermudah dalam melakukan hal yang benar dan sulit untuk melakukan kesalahan dalam merawat pasien. IOM menyatakan bahwa organisasi pelayanan kesehatan harus mengembangkan budaya keselamatan dimana didisain proses dan kerangka kerja tersebut fokus pada tujuan yang jelas yakni kemajuan dramatis dalam reliabilitas dan keselamatan proses perawatan. (Kohn et al, 1999, p. 166).

2.6.Faktor Individu

2.5.1. Pengetahuan

Definisi pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimiliki yaitu: mata, hidung, telinga dan sebagainya. Kemampuan pengetahuan (knowledge) merupakan hasil dari tahu melalui penginderaan terhadap suatu obyek tertentu dan sangat penting terhadap terbentuknya tindakan seseorang. Menurut Jann Hidayat Tjakraatmadja dan Donald Crestofel Lantu (2006) (Tjakraatmadja dan Lantu 2006) dalam bukunya *Knowledge Management* disebutkan bahwa pengetahuan diperoleh dari sekumpulan informasi yang salingterhubung secara sistematis sehingga memiliki makna. Informasi diperoleh dari data yang sudah diolah (disortir, dianalisis, dan ditampilkan dalam bentuk yang dapat dikomunikasikan melalui bahasa, grafik atau tabel), sehingga memiliki arti. Selanjutnya data ini akan dimiliki seseorang dan akan tersimpan dalam neuron-neuron (menjadi memori) di otaknya. Kemudian ketika manusia tersebut dihadapkan pada suatu masalah maka informasi-informasi yang tersimpan dalam neuron-neuronnya dan yang terkait dengan permasalahan tersebut, akan saling berhubungan dan tersusun secara sistematis sehingga ia memiliki model untuk memahami atau memiliki pengetahuan yang terkait dengan permasalahan yang dihadapinya. Kemampuan memiliki pengetahuan atas obyek masalah yang dihadapi sangat ditentukan oleh pengalaman, latihan atau proses belajar (proses berfikir). Bentuk pengetahuan atau model untuk memahami dunia yang dimiliki manusia, dapat terbentuk dalam tiga katagori, yaitu:

a. Pengetahuan Kultural.

Model untuk memahami dunia yang diekspresikan dalam asumsi-asumsi, nilai-nilai dan norma-norma yang dimiliki manusia.

b. Pengetahuan Tasit

Model untuk memahami dunia dalam bentuk konsep, diekspresikan dalam bentuk teori dan pengalaman yang dimiliki.

c. Pengetahuan Eksplisit.

Model untuk memahami dunia dalam bentuk keahlian atau kognitif, diekspresikan dalam bentuk sistem, peraturan-peraturan, prosedur-prosedur dan tata cara kerja yang dipahaminya.

Definisi lain yang disampaikan oleh Notoatmojo (1993) yaitu pengetahuan adalah hasil dari suatu produk sistem pendidikan dan akan mendapatkan pengalaman yang nantinya akan memberikan suatu tingkat pengetahuan atau ketrampilan dapat dilakukan melalui pelatihan. Pengetahuan diperoleh dari proses belajar, yang dapat membentuk keyakinan tertentu. Intensitas atau tingkat pengetahuan seseorang terhadap obyek tertentu tidak sama. Secara garis besar dibagi menjadi 6 tingkatan pengetahuan, yaitu:

- a. Mengetahui (*know*), artinya mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya
- b. Memahami (*comprehension*) artinya suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang di ketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- c. Menggunakan (*aplication*) artinya kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang nyata.
- d. Menguraikan (*analysis*), yaitu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e. Menyimpulkan (*synthesis*), maksudnya suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru
- f. Mengevaluasi (*evaluation*), yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

2.5.2. Sikap

Sikap adalah pernyataan evaluatif. Baik yang menguntungkan atau tidak menguntungkan mengenai obyek, orang atau peristiwa. Sikap mencerminkan bagaimana seseorang merasakan

sesuatu sumber sikap bisa diperoleh dari orang tua, guru atau rekan kerja. Model sikap dapat meniru sikap orang yang kita kagumi, hormati atau mungkin sikap orang yang kita takuti. Pendapat yang disampaikan oleh Louis Thurstone, Rensis Likert dan Charles Osgood dalam Azwar (1995) bahwa sikap adalah bentuk evaluasi reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung/memihak atau perasaan tidak mendukung/tidak memihak pada obyek tertentu. Dalam buku yang sama disebutkan juga sikap sebagai sesuatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan. Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa sikap merupakan tanggapan atau reaksi seseorang terhadap obyek tertentu yang bersifat positif atau negatif yang biasanya diwujudkan dalam bentuk rasa suka atau tidak suka, setuju atau tidak setuju.

Menurut Robbins (2001) ada tiga komponen struktur sikap yang penting dan saling menunjang yaitu komponen :

a. Kognitif (*cognitive*)

Merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu. Komponen ini berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku dan apa yang benar bagi obyek sikap dan hal ini sudah terpolakan dalam pikirannya.

b. Afektif (*affective*)

merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional atau evaluasi. Pada umumnya reaksi emosional sebagai komponen affektif banyak dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai sesuatu yang benar dan berlaku bagi obyek tersebut.

c. Konatif (*conative*).

Adalah aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang yang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapi. Kaitan ini didasari oleh asumsi bahwa kepercayaan dan perasaan banyak mempengaruhi perilaku.

Kecenderungan berperilaku secara konsisten, selaras dengan kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap individu. Konsistensiantara kepercayaan sebagai komponen kognitif, perasaan sebagai komponen affektif, dengan tendensi perilaku sebagai komponen konatif menjadi landasan dalam upaya menyimpulkan sikap yang dicerminkan oleh jawaban terhadap skala sikap. Bentuk perilaku yang mencerminkan komponen konatif tidak hanya dilihat secara langsung saja tetapi juga meliputi bentuk-bentuk perilaku berupa pernyataan atau perkataan yang disampaikan seseorang. Seperti halnya pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkatan berdasarkan intensitasnya, sebagai berikut :

- 1) Menerima, artinya seseorang menerima stimulus yang diberikan.

- 2) Menanggapi, artinya seseorang akan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau obyek yang dihadapi.
- 3) Menghargai, artinya seseorang memberikan nilai yang positif terhadap obyek atau stimulus, dalam arti mau membahas dengan orang lain bahkan mempengaruhi orang lain untuk ikut merespon.
- 4) Bertanggung jawab, artinya seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya dia harus berani menghadapinya.

Sikap sosial terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Dalam interaksi sosial terjadi hubungan saling mempengaruhi di antara individu yang satu dengan yang lain, terjadi hubungan timbal balik yang mempengaruhi pola perilaku masing-masing individu. Individu bereaksi membentuk pola sikap tertentu terhadap obyek psikologis yang dihadapi. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap diantaranya adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi pendidikan atau agama dan faktor emosi dalam diri individu. Apa yang telah dan sedang dialami seseorang akan membentuk dan mempengaruhi penghayatan seseorang terhadap stimulus, yang kemudian akan membentuk sikap positif atau negatif. Disamping itu, orang-orang di sekitar kita juga mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah dan pendapat kita, akan mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap sesuatu. Penyampaian pesan melalui media juga telah memberi dasar afektif pada seseorang dalam menilai sesuatu sehingga terbentuklah sikap tertentu. Institusi pendidikan memberikan dasar pengertian dan konsep moral sehingga mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap seseorang. (Notoatmojo, 2001).

2.5.3. Motivasi

Motivasi berasal dari perkataan motif (motive) yang artinya adalah rangsangan dorongan dan ataupun pembangkit tenaga yang dimiliki seseorang sehingga orang tersebut memperlihatkan perilaku tertentu. Sedangkan yang dimaksud dengan motivasi ialah upaya untuk menimbulkan rangsangan, dorongan ataupun kelompok masyarakat tersebut mau berbuat dan bekerjasama secara optimal melaksanakan sesuatu yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Motivasi mempunyai arti mendasar sebagai inisiatif penggerak perilaku seseorang secara optimal, hal ini disebabkan karena motivasi merupakan kondisi internal, kejiwaan dan mental manusia seperti aneka keinginan, harapan kebutuhan, dorongan dan kesukaan yang mendorong individu untuk berperilaku kerja guna mencapai

tujuan yang dikehendakinya atau mendapatkan kepuasan atas perbuatannya. (Notoatmojo, 2001)

Motivasi juga merupakan konsep yang di pakai untuk menguraikan keadaan ekstrinsik yang ditampilkan dalam perilaku. Respon instrinsik disebut juga sebagai motif (pendorong) yang mengarahkan perilaku ke rumusan kebutuhan atau pencapaian tujuan. Stimulus ekstrinsik dapat berupa hadiah atau insentif, mendorong individu melakukan atau mencapai sesuatu. Jadi motivasi adalah interaksi instrinsik dan ekstrinsik yang dapat dilihat berupa perilaku atau penampilan.

Dalam perilaku organisasi motivasi merupakan kemauan yang kuat untuk berusaha ke tingkat yang lebih tinggi atau lebih baik untuk mencapai tujuan organisasi, tanpa mengabaikan kemampuan untuk memperoleh kepuasan dalam pemenuhan kebutuhan pribadi. Mc Clelland antara lain mengemukakan bahwa yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu atau bekerja adalah berfokus pada tiga kebutuhan dasar yaitu:

- a) kebutuhan akan prestasi (achievement) dorongan untuk mengungguli atau berprestasi
- b) kebutuhan akan afiliasi atau ikatan hasrat untuk berhubungan antar pribadi yang ramah dan karib
- c) kebutuhan akan kekuasaan (power) kebutuhan yang mendorong seseorang untuk menguasai atau mendominasi orang lain.

Selanjutnya Notoadmodjo (2001) mengaitkan motivasi dengan tindakan, sebab motif yang besar tidak efektif tanpa ada tindakan yang merupakan *follow-up* dari motif tersebut. Oleh karena itu, perlu dipahami terlebih dahulu apa sebenarnya tindakan itu. Tindakan apapun merupakan satu jenis perbuatan manusia. Akan tetapi, perbuatan tersebut mengandung maksud tertentu yang memang dikehendaki oleh orang yang melakukan kegiatan. Ada dua macam perbuatan yaitu;

1. Pemikiran (*thinking*), yaitu perbuatan rohani yang menghendaki bekerjanya daya pikir (otak) manusia.
2. Tindakan (*action*), yakni perbuatan jasmani yang amat membutuhkan gerak otot tubuh manusia. Perbuatan ini mengandung maksud tertentu yang memang dikehendaki oleh yang bersangkutan.

Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa motivasi merupakan suatu yang dapat menimbulkan semangat atau dorongan bekerja individu atau kelompok untuk mencapai tujuan dalam memuaskan kebutuhan-kebutuhan.

Dalam bukunya, Notoadmodjo memaparkan beberapa teori motivasi yang dikemukakan oleh para ahli :

1. Teori Maslow

Menurut Abraham Maslow motivasi manusia timbul karena adanya kebutuhan-kebutuhan, yaitu:

- a) fisiologis, antara lain rasa lapar, haus, dan kebutuhan jasmani lainnya
- b) keamanan, antara lain keselamatan dan perlindungan terhadap kerugian fisik dan emosional
- c) sosial, meliputi di terima baik, rasa memiliki, kasih sayang,
- d) penghargaan, meliputi faktor penghormatan dari luar seperti status, pengakuan dan perhatian
- e) aktualisasi diri, dorongan untuk menjadi seseorang sesuai ambisinya yang meliputi pencapaian potensi dan pemenuhan kebutuhan diri.

2. Teori Herzberg

Menurut Herzberg, tinggi rendahnya motivasi dan tingkat kepuasan kerja seseorang ditentukan oleh faktor atau kondisi tertentu. Faktor-faktor tersebut adalah:

- a) Motivator, yaitu faktor-faktor yang mendorong seseorang kepada sikap positif dan lebih bermotivasi, sehingga menambah kepuasan kerja, misalnya: prestasi, kemajuan, keberhasilan dalam mencapai tujuan, peningkatan atas prestasi seseorang (penghargaan), peningkatan yang dapat diraih oleh sifat pekerjaannya, sifat pekerjaan yang menarik dan menantang, tanggung jawab atas sesuatu pekerjaan, kesempatan untuk mengembangkan diri
- b) faktor higiene adalah faktor pencegahan kemerosotan semangat kerja dan dapat menghindarkan kekacauan yang menekan produktivitas, meliputi: kebijaksanaan dan administrasi, pengawasan dan mutu pengawasan (supervisi), hubungan pribadi sesama pegawai, atasan dan bawahan, kondisi lingkungan kerja dan keamanan kerja, gaji dan insentif, status.

3. Teori David Mc. Clelland

Menurut David Mc Clelland teori motivasi dibagi menjadi tiga macam yaitu:

- a) motif berprestasi, yaitu dorongan untuk mencapai sukses dalam berkompetensi dengan standar sendiri selalu berusaha meningkatkan kemampuan dalam mewujudkan cita-citanya
- b) afiliasi, yaitu dorongan untuk diterima orang lain dan bersatu, pegawai yang bermotif afiliasinya diterima, diakui dan dihargai orang lain,
- c) motif berkuasa, yaitu dorongan yang timbul dalam diri seseorang untuk menguasai atau mempengaruhi orang lain.

4. Teori Morgan

Dalam bukunya *Introduction to Psychology*, Morgan menjelaskan beberapa teori motivasi sebagai berikut:

- a. teori insentif, seseorang berperilaku tertentu untuk mendapatkan sesuatu, sesuatu ini disebut sebagai insentif dan adanya diluar diri orang tersebut. Insentif biasanya hal-hal yang menarik dan menyenangkan, dan bisa juga sesuatu yang tidak menyenangkan, maka orang berperilaku tertentu untuk menghindari mendapatkan insentif yang tidak menyenangkan ini. dapat juga terjadi sekaligus, orang berperilaku tertentu untuk mendapatkan insentif menyenangkan dan menghindari insentif yang tidak menyenangkan.
- b. pandangan hedonistik, seseorang didorong untuk berperilaku tertentu yang akan memberinya perasaan senang dan menghindari perasaan tidak menyenangkan.
- c. Perangsang Motivasi

Agar seseorang mau dan bersedia melakukan seperti yang diharapkan, kadang kala perlu di sediakan perangsang (*insentive*). Perangsang dibedakan atas dua macam yaitu:

- Perangsang positif

Perangsang positif (*positive insentive*) adalah imbalan yang menyenangkan yang disediakan untuk karyawan yang berprestasi. Rangsangan positif ini banyak macamnya, antara lain hadiah, pengakuan promosi, dan ataupun melibatkan karyawan tersebut pada kegiatan yang bernilai tinggi yang lebih tinggi.

- Perangsang negatif.

Perangsang negatif (*negative incentive*) ialah imbalan yang tidak menyenangkan berupa hukuman bagi karyawan yang tidak berprestasi dan ataupun yang berbuat tidak seperti yang di harapkan.

Macam perangsang yang negatif banyak pula jenisnya, antara lain denda, teguran, pemindahan tempat kerja (mutasi) dan ataupun pemberhentian.

2.5.4. Kewaspadaan situasi

Kewaspadaan situasi intinya adalah persepsi dan perhatian. Pada dasarnya kewaspadaan situas melibatkan monitoring berkesinambungan akan apa yang terjadi dan apa yang

mungkin terjadi selanjutnya (Endsley & Garland, 2000). Kewaspadaan situasi ditingkat pegawai dan pengertian bersama akan tugas adalah faktor utama performa tim yang baik (Wright & Endsley, 2008). Menurut Endsley (1995) ada tiga (3) tingkat kewaspadaan situasi di rumah sakit :

- Apa yang sedang terjadi? Tingkat pertama adalah persepsi yang melibatkan petunjuk kritis lingkungan contohnya: tanda vital pasien, gejala, dan bunyi monitor.
- Lalu bagaimana? Tingkat kedua adalah penilaian contohnya: apakah petunjuk tersebut berhubungan dengan pasien? Contohnya, untuk mengetahui kondisi pasien, seorang perawat harus mengkombinasikan laporan gejala pasien, membaca monitor dan grafik dan perawat yang lain melaporkannya.
- Sekarang bagaimana? Tingkat ketiga adalah antisipasi. Ini adalah prediksi dari apa yang mungkin akan terjadi. Perawat mengenali kombinasi dari tanda bahaya dan menyadari kemunduran pasien selanjutnya karena itu perlu diambil langkah-langkah pencegahan. Kemampuan antisipasi ini penting demi mengambil langkah proaktif terhadap suatu kejadian (Wright & Endsley, 2008). Kewaspadaan situasi menurun oleh karena stress dan kelelahan dan dipicu oleh interupsi dan distraksi (Healey et al, 2006).

Kewaspadaan situasi dapat dinilai dengan observasi di tempat kerja dan simulasi, biasanya dengan menggunakan skala tingkat perilaku.

2.5.5. Kompetensi

Kompetensi menunjukkan bagaimana mutu suatu profesi digambarkan. Ada tiga standar kompetensi profesi dibidang pelayanan kesehatan, antara lain meliputi kompetensi : pelayanan, pendidikan, dan penelitian. Berikut adalah unsur-unsur yang wajib memiliki kompetensi dalam bidang pelayanan kesehatan. Unsur pelayanan : rawat inap, rawat jalan, operasi, emergensi, konsultasi, jaga. Unsur pendidikan : dokter, spesialis, sub spesialis, paramedis, dan profesi penunjang medis. Unsur penelitian : Uji klinis, dan studi deskriptif. Dalam rangka menjaga mutu pelayanan kesehatan, pemerintah menetapkan standar kompetensi yang wajib dipenuhi oleh setiap rumah sakit. Tiap-tiap unsur kompetensi tersebut memiliki standar atau indikator yang harus dipenuhi. (Firmanda, 2010)

2.5.6. Stress

Pada titik tertentu dalam dunia pekerjaan banyak orang akan mengalami stress terkait pekerjaan (Cooper et al, 2001). Stress dipengaruhi oleh keseimbangan antara persepsi terhadap tuntutan terhadap seseorang contohnya: beban kerja) dengan bagaimana ia menilai sumberdaya untuk memenuhi tuntutan tersebut (contohnya: pengalaman dan kemampuan). Ketika tuntutan dirasa lebih utama dari kemampuan, seseorang akan mengalami efek tidak menyenangkan, seperti kelelahan atau perasaan lelah, konsentrasi kurang dan mudah tersinggung.

Dua (2) tipe stress ditempat kerja dapat dibedakan yaitu: stress kronis dan stres akut. Kondisi ditempat kerja dan rekasi individu terhadap kondisi tersebut dalam periode tertentu dapat menyebabkan stress kronis. Contohnya, kurangnya dukungan manajer dan rekan kerja, ketidakpastian objek pekerjaan dan kurangnya kejelasan tanggungjawab atau kurangnya hubungan dalam tim semuanya punya andil terhadap ketegangan. Reaksi individu stress ini dapat berubah menjadi gejala stres dalam organisasi, anatar lain tingginya angka turnover staf dan izin sakit berlebihan. Stress di tempat kerja juga dapat terkait dengan keselamatan ditempat kerja, antara lain angka kecelakaan (Cooper & Clarke, 2003). Stress akut biasanya tiba-tiba, dan menghasilkan reaksi yang lebih hebat (contohnya: dalam keadaan gawatdarurat) hal ini dapat mengganggu pengambilan keputusan dan kerja tim jika stress tidak diatur dengan baik (Flin, 1996).

Stres kerja umumnya dilaporkan oleh pegawai rumah sakit, terutama perawat (Houtman, 2005). Studi telah menunjukkan masalah terkait beban kerja, waktu istirahat yang yang tidak cukup dan keterbatasan wewenang dapat menyebabkan kelelahan emosional dan keengganan menangani pasien (Biaggi et al, 2003). Kesalahan kerja, menurunnya produktivitas, perasaan tidak nyaman, kesakitan dan performa tim yang buruk dapat menyebabkan kelelahan dapat terjadi apabila ketidakmampuan mengatasi stressor terjadi. Oleh karena itu pengelolaan stress sangat penting dan relevan dengan keselamatan pasien. Pengelolaan stres di tempat kerja memerlukan pemahaman terhadap stressor, mediator atau sumber, sama halnya dengan gejala dan efek dari stres dari individu, tim atau organisasi. Dalam mencegah terjadinya stres, pendekatan manajemen resiko direkomendasikan hal ini telah diterapkan di rumah sakit (Cox et al, 2002). Resiko yang diidentifikasi dapat dikelola dalam berbagai macam cara, contohnya dengan memastikan level staf yang adekuat dan menyediakan pelatihan yang sesuai. Selanjutnya, organisasi dapat mengurangi stres di tempat kerja, contohnya dengan dengan memungkinkan periode pemulihan setelah periode dengan beban kerja tinggi, menyediakan aturan dengan definisi yang tegas atau menumbuhkan kewaspadaan kesempatan promosi (Sauter et al, 1990). Manajemen stres kedua mengambil bentuk umum pendidikan stres dan

pelatihan manajemen stres. Murphy (1996) menemukan kombinasi relaksasi otot dan perilaku kognitif dari manajemen stres menghasilkan hasil yang paling positif.

Untuk membantu pegawai mengatasi situasi stres akut, latihan realistis dan sesi simulasi dapat membantu memastikan kinerja efektif (Hyttén & Hasle, 1989). Pelatihan penanganan stres didesain untuk meningkatkan kinerja tim dalam mengatasi stres akut melalui praktek dan umpan balik dengan beberapa teknik, contohnya STOP (Stand back, Take Stock, Overview, Procedures), atau STAR (Stop, Think, Act, Review) atau latihan pernapasan (Driskell & Salas, 1996). CISM (Critical Incident Stress Management). Teknik-teknik ini direkomendasikan untuk tim yang dengan tingkat stres tinggi (Everly & Mitchell, 1999) dan direkomendasikan ada tatap muka setelah situasi stres (Hokanson & Wirth, 2000).

2.5.7. Kelelahan

Tidur sangatlah penting untuk kelangsungan hidup kita, kurang tidur merupakan penyebab utama kelelahan. Kebanyak orang membutuhkan rata-rata tidur delapan jam untuk berfungsi secara efektif.

Kelelahan bisa berdampak baik keselamatan maupun produktifitas pegawai. Kelelahan berefek merugikan fungsi kognitif yang dapat jatuh hingga hampir 40% dari batas setelah kerja dua (2) malam tanpa tidur (Dawson & Reid). Dengan jalan yang sama, komunikasi dan kemampuan sosial juga dipengaruhi gangguan tidur.

Shift yang panjang dan kerja on call terutama di rumah sakit bisa menyebabkan kelelahan dan meningkatkan resiko keselamatan pasien. 41% dokter muds di Amerika melaporkan kelelahan sebagai penyebab yang paling sering atas kesalahan. 31% dari kesalahan yang dilaporkan akibatnya fatal (Wu et al, 1991). 61% anesiolog dan perawat anastesi melakukan kesalahan dalam melakukan pembiusan karena kelelahan (Gravenstein et al, 1990). Helmreich dan Merritt (1998) menemukan bahwa 60% dokter percaya bahwa walaupun kelelahan mereka akan bekerja secara efektif dalam operasi kritis. Jadwal kerja (contohnya: pola rotasi) dapat didesain untuk meningkatkan kinerja pegawai dan penurunan jumlah waktu yang dibutuhkan untuk beradaptasi terhadap shift yang berbeda. Motivasi punya efek besar dalam performa kerja ketika kelelahan dan strategi mengatasi kelelahan (Johnson & Naitoh, 1974).

Kelelahan dapat diukur menggunakan teknik subyektif, perilaku, psikologis, atau kognitif (Flin et al, 2008). Manajer dan pegawai dapat dididik tentang efek kelelahan, hal ini dapat diatasi dengan jam istirahat, tidur siang, makanan yang memadai serta pencahayaan yang kuat agar dapat membantu beradaptasi terhadap shift malam.

2.6. Faktor Organisasi

2.6.1. Kepemimpinan manajer(Senior dan middle manajer)

Kepemimpinan adalah proses mempengaruhi oranglain untuk mencapai tujuan organisasi (Naylor, 2004, p.354). Riset mengatakan bahwa gaya kepemimpinan tertentu berhubungan dengan perilaku keselamatan pegawai dan performa keselamatan organisasi yang lebih diterima, antara lain: menurunkan angka kecelakaan dan meningkatkan keselamatan. Gaya kepemimpinan yang sesuai dan perilaku kepemimpinan tertentu berbeda ditiap tingkatan dan setting pekerjaan. Model kepemimpinan yang sering dipakai dalam manajemen keselamatan adalah gaya kepemimpinan transaksional. Pemimpin menawarkan insetif dan hukuman sesuai dengan kesepakatan bersama. Pemimpin transaksional adalah orang yang karismatik, menginspirasi, menstimulasi, dan memberi pertimbangan. Menyediakan pengikutnya maksud sebuah tujuan, kepercayaan diri dan menyatakan tujuan bersama.

Teori baru kepemimpinan juga dapat diaplikasikan kedalam tujuan keselamatan. Di dunia industri Safety leadership dikenal sabagai hal yang penting dalam manajemen dan perusahaan dapat mengembangkan program spesial utuk mengidentifikasi kemampuan. (Yuki, 2008).

Hanya manajer senior yang secara produktif mampu menghasilkan usaha langsung dalam organisasi untuk meningkatkan budaya dan komitmen yang dibutuhkan dalam mangatasi kesalahan medis dan bahaya bagi pasien. (Botwiibck et al, 2006, p1). Katz-Navon et al, (2005) menemukan bahwa ketika keselamatan menjadi prioritas manajerial, maka kesalahan di unit-unit rumah sakit akan berkurang. Studi A UK menyatakan bahwa persepsi staf terhadap keefektifan kepemimpinan manajer senior berkaitan dengan berkurangnya angka keluhan pasien dan tingkat *clinical governance* yang lebih baik (Shipton et al, 2008). Manajer senior perlu menerapkan komitmen terhadap keselamatan dengan kunjungan khusus ke unit-unit pelayanan dan penunjang medis. Hal ini disebut juga “*Executive Walk Rounds*” hal ini mempengaruhi budaya keselamatan pasien pegawai. (Thomas et al, 2005). Pendekatan penghargaan pegawai juga digunakan oleh senior manajer dalam pelayanan kesehatan untuk memperoleh umpan balik terhadap komitmen keselamatan pasien (Yule et al, 2008). Dengan fokus pada perubahan, pendekatan trasformasional merupakan gaya yang paling menguntungkan bagi para manajer (Firth-Cozens & Mowbray, 2001).

2.6.2. Komunikasi

Komunikasi sangat penting untuk efisiensi, menjaga kualitas dan keamanan ditempat kerja. Komunikasi memberikan hubungan institusi, pengetahuan dan membangun pola perilaku yang dapat diprediksi, hal itu sangat vital bagi kepemimpinan dan koordinasi tim. Masalah komunikasi dapat dikategorikan ke dalam kegagalan : sistem, pesan, dan penerima.

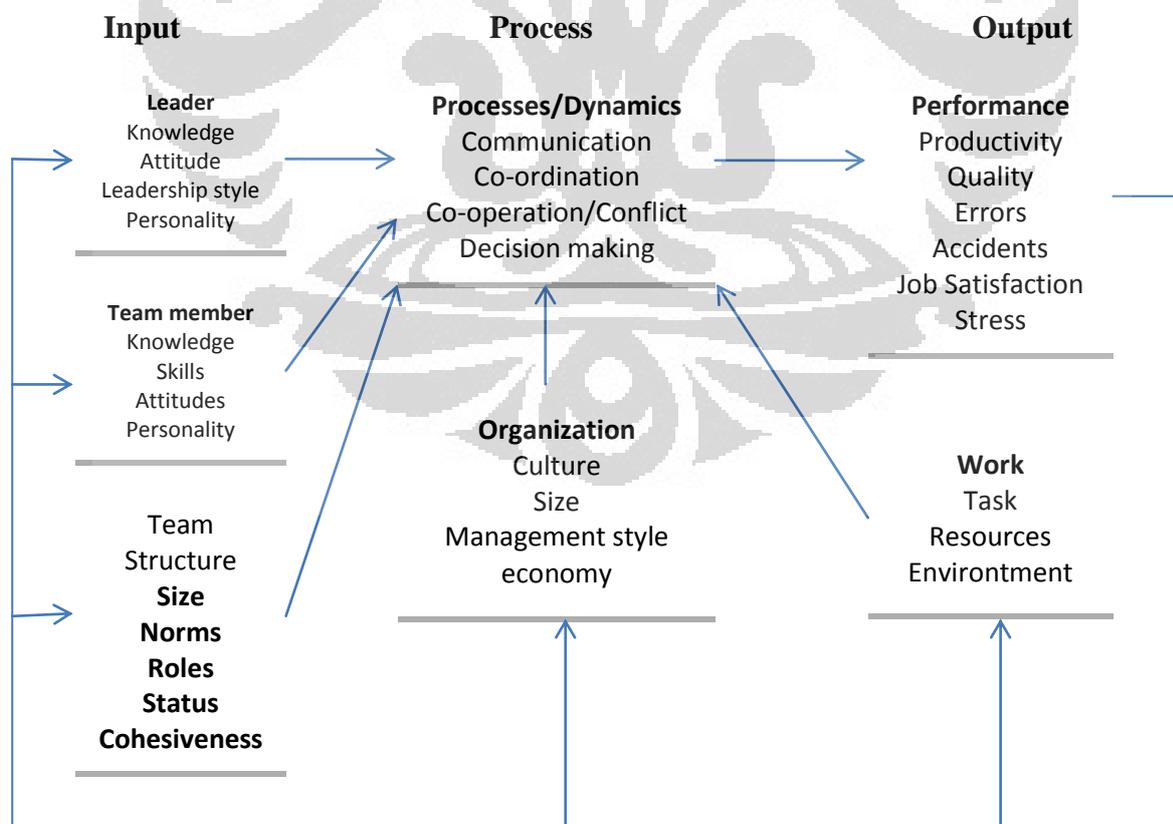
- Kegagalan sitem, dimana jalur komunikasi tidak ada, atau jarang digunakan.
- Kegagalan transmisi, dimana saluran ada,tetapi informasi yang diperlukan tidak dapat disampaikan. (contohnya: pesan tidak jelas/ambigu). Sulit untuk disampaikan (Contohnya: berisik). Problem fisik (contohnya: memakai baju pengaman).
- Kegagalan penerima, dimana saluran ada, informasi disampaikan, tapi disalahartikan oleh penerima. (Contohnya: menunggu informasi yang lain, salah intepretasi), Kegagalan waktu (contohnya: pesan terlambat datang). Masalah fisiologi (contohnya: buta, tuli) atau masalah peralatan (contohnya: kurangnya radio penerima).
- Ketelibatan rasional dan emosi (contohnya: argumen).

Studi terhadap 2455 kejadian melaporkan bahwa 70% penyebab utamanya adalah kegagalan komunikasi. (JCAHO, 2008). Reader et al (2006) menemukan bahwa unsur komunikasi merupakan penyebab utama dari berbagai insiden yang dilaporkan di ICU. Pelayanan kesehatan yang aman dan efektif membutuhkan komunikasi antara individu dengan berbagai macam aturan, kemampuan, pengalaman dan pandangan. Beberapa masalah terkait komunikasi diantaranya: kualitas informasi dalam rekam medis, pelaporan kejadian dan laporan kasus, status yang menghambat staff baru untuk berbicara, dan sulitnya mesnyalurkan informasi diantara organisasi (contohnya: peringatan keselamatan). Brifing pra-tugas sangat penting dalam pelayanan kesehatan. Ada beberapa sarana brifing di pudat pelayanan kesehatan, antara lain: checklist keselamatan pembedahan menurut WHO yang digunakan tim operasi selama prosedur pembedahan. (Haynes et al, 2009). Menciptakan kesempatan untuk semua anggota tim untuk menyampaikan pendapat dan bertukar informasi merupakan elemen penting dalam brifing. Sarana lain yang dapat digunakan yaitu SBAR (Situation, Background, Assesment, Rekomendation), dikembangkan oleh militer, menyediakan struktur pesan terprediksi (Haig et al, 2006). Ini dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas dari komunikasi penting (contohnya: hubungan junior dengan senior tentang pasien). PertamaSBAR menjabarkan masalahnya, memberikan latar belakang informasi, diikuti dengan analisa dan rekomendasi. Model ini memungkinkan para profesional untuk berkomunikasi dengan gaya yang berbeda untuk memperoleh bahasa

bersama. Briefing post tugas adalah pertemuan formal para staf atau tim untuk memeriksa hasil kerja mereka. Ini adalah teknik keselamatan dengan mempelajari kejadian yang diatur dengan baik dan yang tidak (Dismukes & Smith, 2000). Debriefing yang baik diperoleh dengan mengidentifikasi aspek performa kerja yang baik, mengidentifikasi lokasi pengembangan, dan menyarankan apa yang harus dilakukan dikemudian hari. Debriefing direkomendasikan diterapkan di rumah sakit untuk meningkatkan keselamatan pasien (Planagan, 2008 / Rudolf et al. 2006)

2.6.3. Kerja Tim

Tim adalah unsur kehidupan organisasi karena suatu pekerjaan melibatkan orang-orang dengan berbagai macam keahlian untuk bekerjasama untuk satu tujuan. Kerja tim adalah proses dinamis yang melibatkan dua atau lebih orang dalam suatu aktivitas untuk menyelesaikan suatu tujuan. Hampir semua pekerjaan di rumah sakit dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu contohnya: tim ruang pembedahaan, shift antar pekerja, dan unit medis dan perawatan. Perilaku kelompok sebagai bagian dalam tim kerja dapat mempengaruhi perilaku individu. Faktor-faktor yang mempengaruhi performa tim antara lain: aspek psikologisnya tim, apa yang terjadi bila bekerjasama dan bagaimana tim memimpin contohnya: oleh ketua grup atau supervisor. Model dasar performa tim sebagai berikut :



Gambar 2.7. Faktor-faktor yang mempengaruhi kerja tim (Fin et al, 2008)

Kerja tim dipengaruhi oleh karakteristik struktural dari tim, termasuk jumlah anggota, struktur organisasi, aturan, dan norma yang diterima sebagai perilaku. Faktor-faktor ini dibedakan tergantung dari tipe tim tersebut dimana mereka bekerja dan akan mempengaruhi hubungan grup (West, 2004). Di rumah sakit, dengan prosedur dan protokol organisasinya yang terorganisir dengan baik, tim adalah praktek pelayanan primer berbasis komunitas dimana aturannya tidak pasti. Struktur tim kerja berbeda-beda tergantung dari kebutuhan pasien. Makin kompleks masalah yang dihadapi pasien, makin banyak kolaborasi antar disiplin ilmu akan dibutuhkan (CHSRF, 2006).

Ada hirarki status tertentu yang berlaku di rumah sakit, terutama antara dokter dengan perawat (Edmondson, 2003, Reader et al, 2007). Untuk mencapai keefektifan suatu tim, tiap anggota harus memiliki perannya masing-masing baik itu formal, maupun informal (Belbin's, 2003). Pendekatan ini menunjukkan bahwa tim yang efektif membutuhkan anggota dengan berbagai karakter dan kemampuan. Hal ini sangat berguna bagi tim multidisiplin yang mempunyai nilai dan harapan yang berbeda-beda dalam hal tugas dan pekerjaan. Apabila peran masing-masing anggota tidak didefinisikan dengan jelas akan dapat menjadi masalah. (contohnya: tidak ada yang menjadi pemimpin atau beberapa orang merasa menjadi pimpinan). Briefing praturgas dapat digunakan untuk memastikan tugas dan tanggungjawab masing-masing anggota.

Unsur ketiga yaitu norma, ada aturan tidak tertulis yang mengatur perilaku anggota tim. Norma ini berhubungan dengan budaya organisasi dan dapat dinilai melalui kuisisioner yang menanyakan tentang perilaku tertentu dalam tim kerja.

Dinamika tim mengacu pada proses psikologis yang menggambarkan interaksi yang terjadi didalam grup, kejadian yang berhubungan dengan perilaku koordinasi, komunikasi, kerjasama, konflik manajemen, pengambilan keputusan. Furnham, 1997 mengatakan bahwa memahami proses tim dapat meningkatkan peluang mendapatkan konsekuensi yang diharapkan dari sebuah grup. Ketika manajer memahami dinamika tim dalam organisasi, mereka dapat membantu timnya untuk mencapai tujuan pegawai. Dinamika tim dipengaruhi oleh budaya organisasi yang menggambarkan pandangan dan persepsi organisasi (Bower et al, 2003). Faktor-faktor lain yang mempengaruhi proses tim :

- Tujuan bersama – pengertian bersama tentang tujuan dan betapa pentingnya komitmen semua anggota dalam mencapai tujuan tersebut.
- Komunikasi – saluran mana yang dipilih dan bagaimana grup terhubung.

- Manajemen konflik – Bagaimana konflik dan perbedaan pendapat diatasi. Apakah konflik tersebut mendukung/tidak.
- Pembuat keputusan – bagaimana dan oleh siapa.
- Evaluasi performa – bagaimana anggota dihargai, secara formal atau informal.
- Divisi pekerja – Bagaimana pekerjaan ditugaskan.
- Kepemimpinan – Bagaimana pemimpin dipilih dan apa fungsinya.
- Monitor proses - Bagaimana tugas di proses dan diperiksa.
- Bagaimana umpanbaliknya.

Di rumah sakit, definisi dari tim dan kerja tim tergantung bagaimana profesi yang berbeda-beda mengatur pekerjaannya. Makary et al (2006) melaporkan bahwa dokter melakukan kerja tim dengan baik jika suster juga mengantisipasi kebutuhan dokter dan dapat mengikuti instruksi dengan baik (p784). 70-80% kesalahan rumah sakit disebabkan oleh faktor manusia berhubungan dengan kurangnya komunikasi antar tim dan pengertian (Schaefer et al, 1994). Studi terhadap perawat memperlihatkan bahwa kerja tim, komunikasi, dan kepemimpinan merupakan hal penting bagi lingkungan yang aman (Scott-Cawiezell & Vogelsmeier, 2006). Kerja tim yang baik membantu mengurangi masalah keselamatan pasien dan meningkatkan moral anggotanya. Penting bagi manajer dan supervisor memahami bagaimana kerja tim dapat berkembang demi kepastian keselamatan pasien. Dalam menciptakan tim yang berkualitas, sangat perlu diberikan kesempatan dan fasilitas dimana para praktisi rumah sakit dapat mengembangkan kerja tim.

2.6.4. **Kepemimpinan tim**

Team leader atau supervisor adalah manajer digaris depan, bertanggungjawab atas sekelompok orang yang bekerjasama untuk mencapai suatu tujuan. Dalam rumah sakit ada beberapa pemimpin di beberapa kelompok. Supervisor biasanya bertanggungjawab terhadap penyelesaian tugas, keamanan, dan kelangsungan anggotanya. Praktek keamanan supervisor menurunkan angka kecelakaan minor dan secara positif mempengaruhi persepsi pegawai tentang iklim keselamatan. Perilaku kepemimpinan Transformasional dari para supervisor berhubungan dengan kecelakaan kerja (Zohar, 2003). Literatur mengenai supervisor dan keselamatan menyatakan bahwa sangat penting untuk membangun kepercayaan dan perhatian terhadap anggota tim, sama pentingnya dengan perlunya menjaga standard keselamatan terutama ketika ada tujuan produksi dan biaya yang kuat. (Hofmann & Morgenson, 2004). Supervisor harus berkonsentrasi baik dalam tugas maupun kebutuhan sosial anggota timnya

(Landy & Conte, 2008). Ada empat (4) perilaku yang harus dimiliki oleh seorang pemimpin/supervisor, antara lain: a) memberitahu (autokasi), b) menjual (meyakinkan), c) melatih, dan d) mendelegasi. Salas et al (2004) menyarankan agar pemimpin tim perlu mendefinisikan tujuan dan harapan, menyediakan panduan dan umpan balik dan menetapkan aturan yang sesuai dengan kemajuan tim.

Di rumah sakit pemimpin tim atau supervisor punya peran penting dalam menunjang keselamatan pasien bagi unit yang mereka atur. Finn dan Yule (2004) menyarankan agar supervisor memonitor dan mendorong perilaku keselamatan pegawai, mengaitkan keselamatan dengan produktifitas dan ikut serta dalam aktivitas keselamatan, mendorong keterlibatan pegawai dalam inisiatif keselamatan. Pada keadaan yang mendesak, ada pemimpin sementara untuk mengambil tindakan, bertanggungjawab dalam mengkoordinasikan pekerjaan dalam waktu singkat dengan konsekuensi yang vital contohnya pasien resusitasi. Kebutuhan anggota menjadi prioritas kedua ketika ada pasien yang harus diselamatkan jiwanya. Kemampuan menganalisis, berpikir kreatif, dan ketegasan adalah kunci utama keselamatan pasien (McCormick & Wardrope 2003, p72).

Di tingkat individu, ada banyak perbedaan faktor psikologis dan fisiologis yang dapat mempengaruhi perilaku kerja pegawai terkait keselamatan. Faktor yang paling berpengaruh adalah kemampuan non teknis diantaranya: kognitif, sosial, dan sumber daya manusia yang menambah kemampuan teknis dan berperan dalam keselamatan dan efisiensi (Flin et al, 2008 p1). Kategori utama dari kemampuan nonteknis meliputi: kognitif (kewapadaan situasi dan pengambilan keputusan), sosial (kepemimpinan, dan kerja tim), dan manajemen sumber daya manusia (stress dan kelelahan). Kepemimpinan

2.6.5. Pengambilan keputusan

Pengambilan keputusan merupakan komponen penting keselamatan dalam rangka meminimalkan kesalahan. Dikenal istilah pengambilan keputusan naturalistik (NDM) dimana pengambilan keputusan dibawah kondisi yang tidak pasti, dibawah tekanan waktu dan resiko. Model umum NDM mengidentifikasi 2 tingkat: yang pertama melibatkan diagnosis situasi (apa masalahnya, apa resikonya, berapa banyak waktu yang dimiliki), yang kedua memilih aksi dan menyelesaikannya (Orasanu & Fisher, 1997). Empat (4) metode pengambilan keputusan:

- Mengenal kasus perdana, tipe situasi dikenal dan disimpan, suatu tindakan diingat dari ingatan. Disebut juga intuisi.
- Berdasar aturan, prosedur dan aturan diterapkan untuk mengidentifikasi situasi.

- Memilih dengan membandingkan alternatif, berbagai macam pilihan tindakan diidentifikasi dan dibedakan untuk mendapat yang paling sesuai dengan situasinya.
- Kreatif, tindakan baru telah dirancang.

Pengambilan keputusan dapat dipengaruhi oleh stress dan kelelahan, terutama pilihan dan metode kreatif yang membutuhkan pemikiran aktif.

Pengambilan keputusan merupakan keahlian kunci di semua profesional rumah sakit dan kesalahan keputusan dapat terjadi di semua tipe lingkungan perawatan (Bognor, 1997). Penelitian dalam pengambilan keputusan di rumah sakit memperhatikan diagnosis dokter (Kostopoulou, 2009) dibanding dengan bagaimana keputusan dibuat selama tugas tertentu contohnya: tindakan pembedahan (Flin et al, 2007) atau keadaan gawat darurat (Crocskerry et al, 2008; St Pierre et al, 2008). Meningkatkan pemakaian dibuat dalam simulasi klinis untuk melatih individu dan tim dalam pengambilan keputusan, terutama dibawah kondisi tekanan tinggi (Riley, 2008).

Beberapa teknik pengukuran telah dikembangkan untuk menilai kemampuan dan proses pengambilan keputusan, yaitu alat pengukuran kemampuan non teknis antara lain: NOTSS dan ANTS.

2.7. Faktor Lingkungan Keselamatan Pasien

Kategori terakhir ini berfokus pada peralatan untuk penatalaksanaan resiko dan bencana. Desain peralatan juga penting dalam keselamatan pasien, contohnya: kesiapan pembukusan dan pelabelan alat-alat medis, penggunaan alat infus dan peralatan laparoscopi (Buckle et al, 2006, Thomas & Galvin, 2008). Faktor yang berhubungan dengan desain peralatan dan penggunaan lebih mengacu pada faktor ergonomis.

Pelayanan rumah sakit terdiri dari interaksi kompleks antara pasien dengan pegawai dan juga antara pasien dengan peralatannya. Interaksi ini dapat dipelajari dengan menggunakan beberapa metode antara lain: (1) di tingkat tunggal contohnya: Root Cause Analysis (RCA), (2) di tingkat proses contohnya: Failure Mode Effect Analysis (FMEA), dan (3) ditingkat sistem contohnya: Probabilistic Risk Assessment (PRA). Metode-metode ini baik terpisah atau dikombinasikan dapat membantu mengenali resiko dan bahaya yang berdampak pada keselamatan pasien. JCAHO mengusulkan standard baru bagi rumah sakit melalui analisa retrospektif untuk berfokus pada keamanan proses peralatan rumah sakit. Hal ini membutuhkan setidaknya satu penilaian resiko setiap tahun (JCAHO 2000, 2003). Analisa prospektif merupakan metode yang berguna bagi identifikasi, prioritas, dan mitigasi resiko keselamatan pasien (Linerooth-Bayer & Whistroem, 1991)

BAB 3

PROFIL RUMAH SAKIT

3.1. Sejarah Rumah Sakit

Rumah Sakit Ibu dan Anak Tumbuh Kembang adalah rumah sakit yang bernaung dibawah kelola PT Endraz Medica. Komisaris umum RSIA Tumbuh Kembang Dr. Azwir Zainal Sp.A yang pertama kali berhasil mendirikan RSIA Tumbuh Kembang yang pada awalnya diperuntukkan khusus bagi pelayanan dan perawatan kesehatan dan tumbuh kembang anak, bayi dan balita. Seiring dengan waktu RSIA tumbuh kembang mengembangkan pelayanannya bagi kesehatan Ibu dan juga dengan adanya pelayanan dokter umum dan dokter spesialis mampu memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat umum.

RSIA Tumbuh Kembang memulai bidang usaha kesehatan dalam bentuk klinik kesehatan anak pada tahun 1986-1991 dengan dibawah pimpinan dan kelola Dr. Azwir Zainal SpA. Dengan kepercayaan masyarakat yang terus dibina dengan baik, pada tahun 1991 pengelola mulai meningkatkan pelayanannya menjadi rumah bersalin yang pada awalnya terdiri dari 15 tempat tidur. Mempekerjakan 6 bidan dalam 3 shift, 3 dokter jaga serta bekerja sama dengan dokter ahli kebidanan untuk layanan spesialistik. Dengan semangat Integritas yang tinggi demi melakukan pelayanan yang terbaik, pada tahun 2001 mulai didirikan RSIA Tumbuh Kembang dengan 25 tempat tidur, sarana radiologis, laboratorium, serta instalasi farmasi.

Seiring dengan tuntutan kebutuhan masyarakat akan sarana pelayanan kesehatan yang prima dan memadai, sejak tahun 2008 RSIA Tumbuh Kembang terus melakukan renovasi serta pengembangan layanan kesehatan. Hingga kini jumlah tempat tidurnya telah berkembag menjadi 68 tempat tidur dengan layanan kelas VIP, SUPER VIP, kelas 1, 2, dan 3, serta menyediakan, kamar operasi, kamar bersalin, perawatan khusus perina, dan HCU.

3.2. Gambaran Umum

3.2.1. Visi Rumah Sakit

Sebagai pilihan utama dengan pelayanan terbaik untuk kesehatan ibu dan tumbuh kembang anak di wilayah Depok.

3.2.2. Misi Rumah Sakit

- a) Menyediakan Tenaga medis, keperawatan, Penunjang medis dan Non medis yang terbaik di bidangnya.
- b) Memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, berprofesional dan inovatif dalam pengabdian prima.
- c) Tersedia fasilitas sarana dan prasarana yang sesuai.
- d) Mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan IPTEK kedokteran

3.2.3. Moto RSIA Tumbuh Kembang

Pelayanan Yang Baik Merupakan Titik Awal Untuk Kesembuhan Pasien

Upaya Peningkatan Mutu dilakukan dengan :

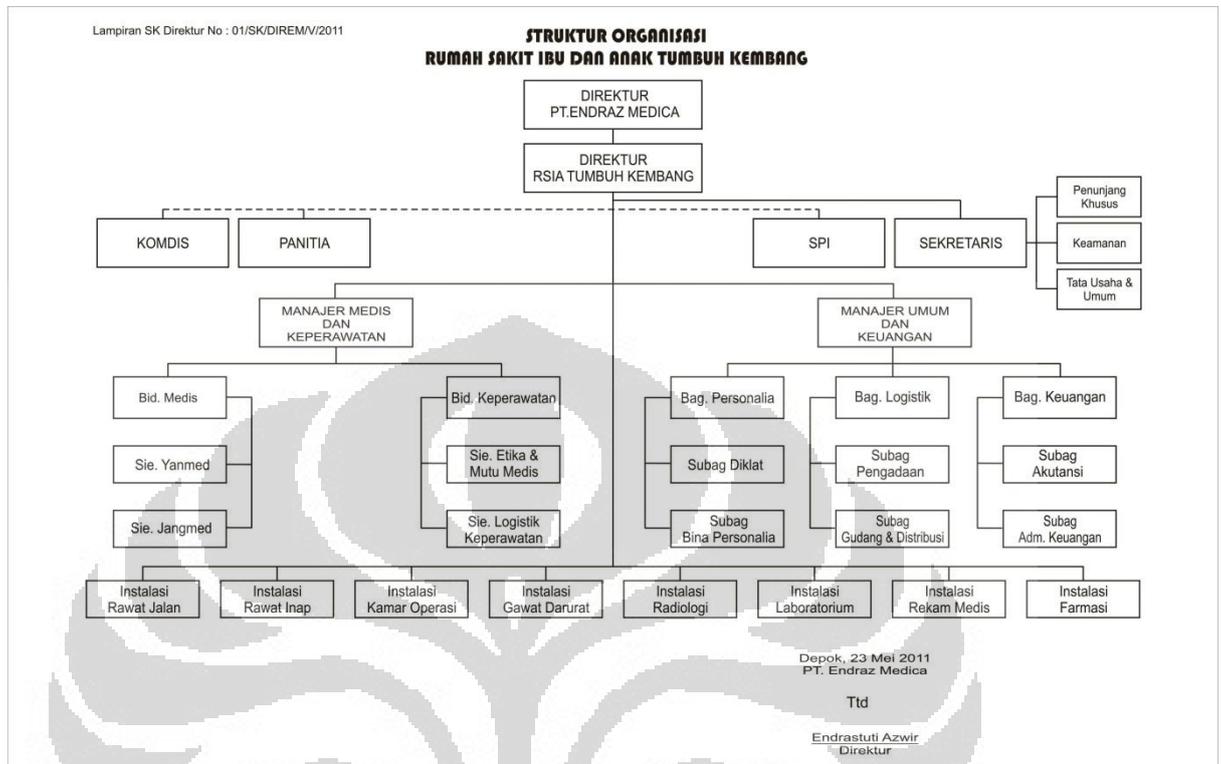
1. Persiapan Akreditasi 5 bidang pada tahun 2012
2. *Continuous Improvement* (diklak, siang klinik, pembahasan kasus, komite medik).

3.3. Administrasi dan Pengelolaan

Rumah Sakit Ibu dan Anak Tumbuh Kembang adalah bernaung dibawah kelola PT Endraz Medica dibawah pimpinan Ny. Endraztuti sebagai pemilik . Komisaris umum RSIA Tumbuh Kembang Dr. Azwir Zainal Sp.A yang pertama kali berhasil mendirikan RSIA Tumbuh Kembang yang pada awalnya diperuntukkan khusus bagi pelayanan dan pelayanan dan perawatan kesehatan dan tumbuh kembang bayi dan balita. RSIA Tumbuh Kembang menjalankan fungsinya dibawah pimpinan seorang direktur yang dijabat oleh Dr. Firdaus Sai Sohar Sp.Rad dan dibantu oleh seorang wakil direktur pelayanan medik dan penunjang medik yang dijabat oleh Dr. Asyabeni yang membawahi tiap-tiap bidang.

3.1. Struktur Organisasi

Tabel 3.1. Struktur Organisasi RSIA Tumbuh Kembang



3.4. Fasilitas Pelayanan

3.4.1. Bentuk Fisik

Tabel 3.2. Bentuk fisik RSIA Tumbuh Kembang

Lahan	1613 M ²	
Bagungan	4650 M ²	
Pelayanan rawat inap	68 tempat tidur	
Kelas :	Jumlah tempat tidur	% Proporsi
Kelas 1	8	11,4
Kelas 2	14	20,0
Kelas 3	25	35,7
Kelas utama/ VIP	7	10,0
Ruang isolasi	5	7,14
Ruang Perina	8	14,2
Ruang HCU	1	1,4

3.4.2. Rawat Jalan

a. Pelayanan Konsultasi Dokter Spesialis & Sub Spesialis

i. Kebidanan & Penyakit Kandungan :

- Endokrinologi & Menopause, Fetomaternal, Infertilitas, Onkologi, Uroginekologi

ii. Kesehatan Anak :

- Hematologi, Hepatologi, Neurologi, Perinatologi, Nutrisi
Pediatrik & Metabolik.
- Penyakit Tropis dan Infeksi, Gastroenterology, Pulmonologi,
Endokrinologi, Jantung.
- Imunologi Alergi, Pencitraan Anak

iii. Penyakit Dalam :

- Endokrinologi, Penyakit Tropis dan Infeksi, Hati dan Saluran
Cerna, Reumatologi.
- Alergi dan Imunologi, Gastroenterologi

iv. Bedah :

- Bedah Umum
- Bedah Anak

v. Konsultasi Mata

vi. Konsultasi THT

vii. Konsultasi Syaraf

viii. Konsultasi Psikiatri

ix. Konsultasi Kulit & Kelamin

x. Konsultasi Rehabilitasi Medik

xi. Konsultasi Gizi

xii. Konsultasi Gigi

xiii. Konsultasi Psikologi Anak

xiv. Konsultasi Anastesi

3.4.3. Rawat Inap

a. Kelas SVIP (Anggrek)

b. Kelas VIP (Mawar)

c. Kelas Utama (Melati & Mawar IV)

- d. Kelas I (Sakura A & Teratai)
- e. Kelas II (Sakura B & Tulip)
- f. Kelas III (Soka A & Kenanga)
- g. Kelas Kiriman (Soka B)

3.4.4. Perawatan Intensif

- a. Cove
- b. Perina
- c. Ruang Isolasi
- d. Box

3.4.5. Pelayanan Tindakan Medis

- a. Kamar Operasi
- b. Kamar Tindakan
- c. Kamar Bersalin

3.4.6. Penunjang Medis

- a. Laboratorium
- b. Fisioterapi
- c. Radiologi
- d. Instalasi Farmasi (Apotik) 24 Jam

3.4.7. Pelayanan 24 Jam

- a. IGD (Instalasi Gawat Darurat)
- b. Dokter & Bidan jaga
- c. Instalasi Farmasi (Apotik)

3.4.8. Fasilitas Lain-lain :

- a. Pelayanan Ambulance
- b. Pembuatan Akte Lahir / Surat Kenal Lahir
- c. Pembuatan Surat Keterangan Lahir dengan Foto Bayi

3.5. Alamat RSIA Tumbuh Kembang

Alamat : Jl. Raya Bogor KM 31 No. 23 Cimanggis-Depok 16951.

Tlp : (021) b701873 Fax. 8701872

Email : Admin@rsia-tumbuh kembang.co.id

<http://www.rsia-tumbuh kembang.co.id>

Tabel 3.3. Jumlah dan jenis tenaga RSIA Tumbuh Kembang

Jenis Tenaga	Full Timer	Part Timer
Tenaga medis		
• Dokter umum	2 orang	4 orang
• Dokter gigi	-	5 orang
• Dokter spesialis	3 orang	24 orang
TOTAL	5 orang	33 orang
Tenaga para medis		
• Perawat	7 orang	32 orang
• Bidan	2 orang	19 orang
• Non perawat	8 orang	2 orang
TOTAL	17 orang	53 orang
Tenaga non medis		
• Apoteker	2 orang	-
• Sarjana lain	3 orang	-
TOTAL	5 orang	
Lain-lain		
• Administrasi	4 orang	1 orang
• Kasir	6 orang	2 orang
• Keuangan	2 orang	-
• Logistik	2 orang	-
• Farmasi	8 orang	10 orang
• RM	5 orang	7 orang
• Lab	1 orang	6 orang
• Radiologi	1 orang	1 orang
• IT	-	1 orang

Jenis Tenaga	Full Timer	Part Timer
• Gizi	5 orang	8 orang
• Laundry	3 orang	4 orang
• Pemeliharaan	1 orang	-
• Sopir	1 orang	-
• Satpam	5 orang	4 orang
TOTAL TENAGA NON MEDIS	49 orang	44 orang
TOTAL SELURUH PEGAWAI	71 orang	130 orang

3.6. Indikator Dasar RSIA Tumbuh Kembang

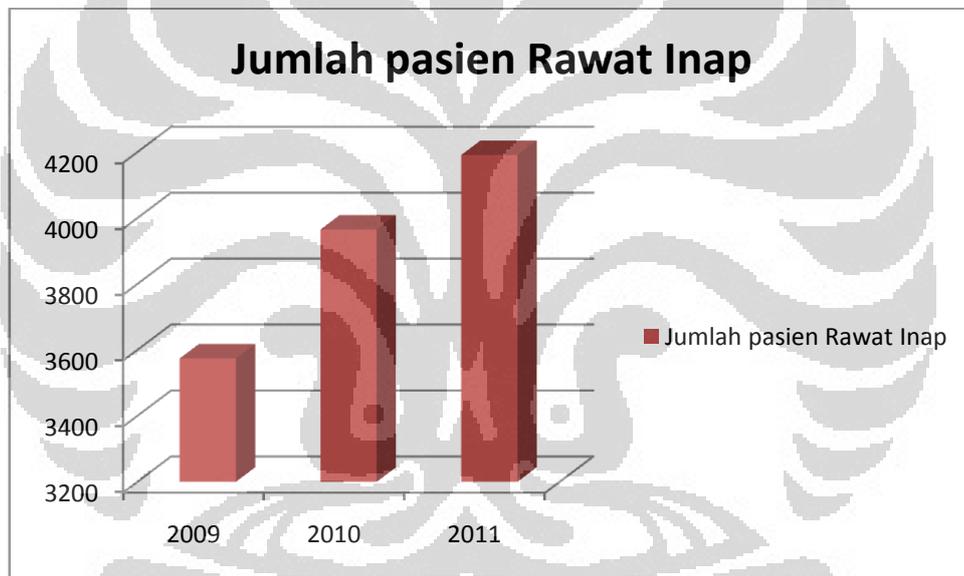
Tabel 3.4. Kinerja Pelayanan tahun 2009-2011

Kinerja pelayanan	2009	2010	2011
Rawat jalan	35651	38674	41054
Rawat inap	3574	3965	4191
BOR	66,45	66,71	67
Jumlah R/ obat generik	10980	11504	15787
Jumlah R/ obat non generik	128675	130764	141089
Hari Rawat	10398	11321	13351
Jumlah pemeriksaan lab	32874	34897	37975
Jumlah fisioterapi	9896	7845	9864
Jumlah pemeriksaan rontgent	769	506	874

Dari tabel diatas pada tahun 2008-2010 kinerja poliklinik, rawat inap serta jumlah bor rumah sakit mengalami peningkatan. Hal ini dipengaruhi oleh proses perbaikan rumah sakit dan usaha peningkatan kualitas pelayanan yang semakin ditingkatkan dengan bertambahnya dokter praktek spesialis anak serta konsultasi sub spesialis di poliklinik rawat jalan. Program pemasaran berjalan lancar dengan bertambahnya kerjasama rumah sakit dengan pihak asuransi serta perusahaan-perusahaan.



Gambar 3.1. Grafik Kunjungan Poliklinik Tahun 2009-2011



Gambar 3.2. Grafik Kunjungan Rawat Inap Tahun 2009-2011

BAB 4

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

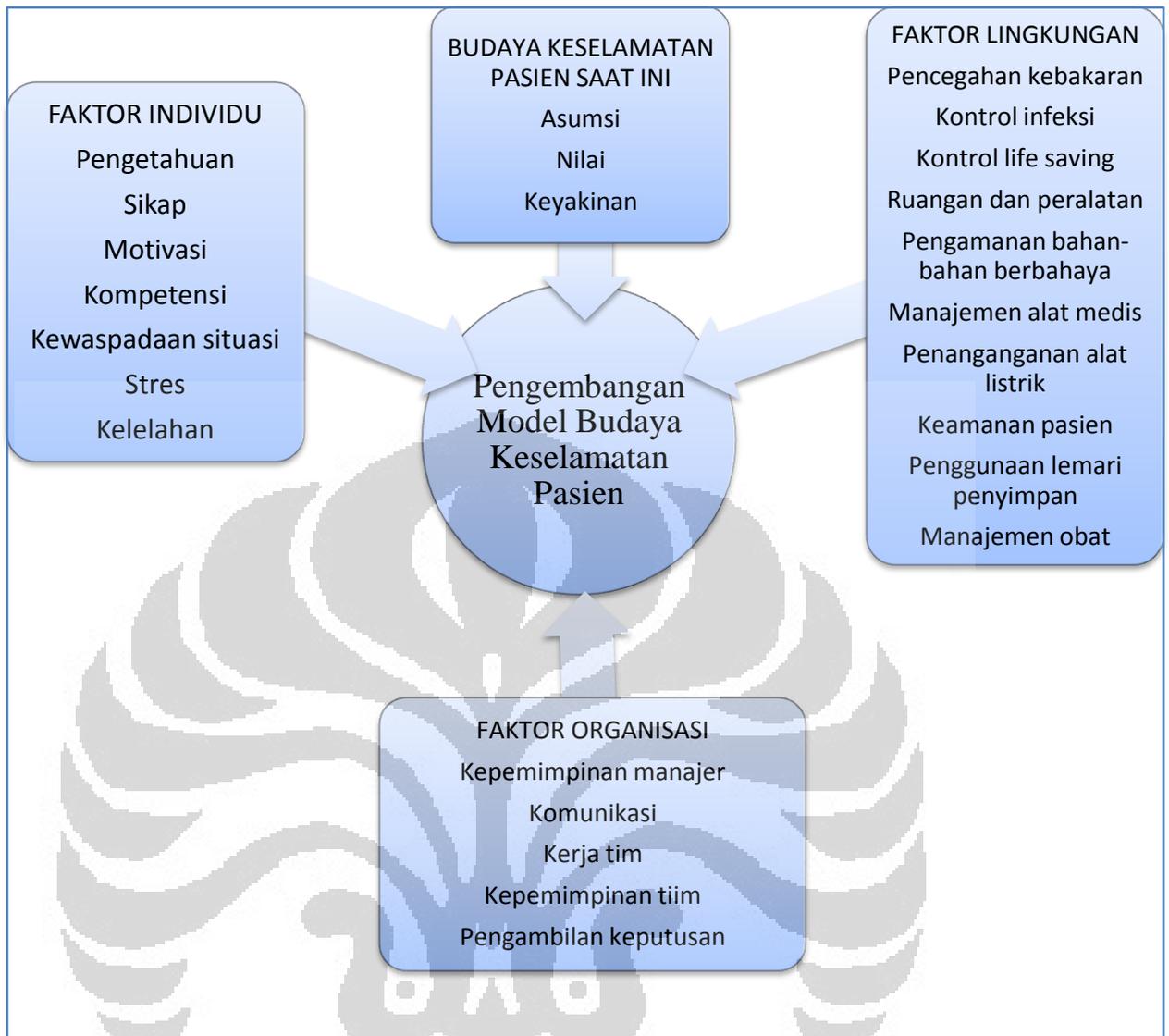
4.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan model konseptual tentang bagaimana teori berhubungan dengan berbagai faktor yang telah diidentifikasi sebagai masalah penting. (Uma Sekaran, 1992). Pasien merupakan elemen inti yang dipengaruhi oleh elemen eksternal yang meliputi : Lingkungan kerja/peralatan, tim, lingkungan sosial, budaya, dan peraturan pemerintah. (Moray, 2000).

Jackson dan Flin (2001) menggambarkan bagaimana keselamatan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor yang saling mempengaruhi, pertama-tama, dampak keselamatan pasien dipengaruhi oleh kebiasaan pegawai dalam melakukan pekerjaan, dalam hal ini kesalahan/error pegawai dalam melakukan pelayanan pasien. Sikap dan perilaku dari seorang pegawai dipengaruhi oleh bagaimana sikap dan gaya kepemimpinan yang ditunjukkan oleh atasan kepada bawahannya serta didukung pula oleh budaya kerja yang berlaku pada tim kerja tersebut. Kesemuanya itu tergantung dari bagaimana kebijakan pimpinan rumah sakit serta sejauh mana sistem manajerial rumah sakit mendukung budaya karyawan yang positif.

WHO (2009) mengembangkan empat kategori faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien antara lain: Organisasi/manajerial, kerja tim, pegawai individual, serta lingkungan kerja. Geller (2000) dalam bukunya *The Psychology of Safety Handbook* menjelaskan bahwa untuk mencapai *Total Safety Culture* suatu organisasi harus didukung oleh : faktor personal (pengetahuan, sikap, motivasi, dan kemampuan), faktor perilaku (kerjasama, kepemimpinan, komunikasi, pengawasan dan pelatihan), serta faktor lingkungan (Sarana dan prasarana, mesin, mekanik, standar prosedur operasional, dan kebersihan).

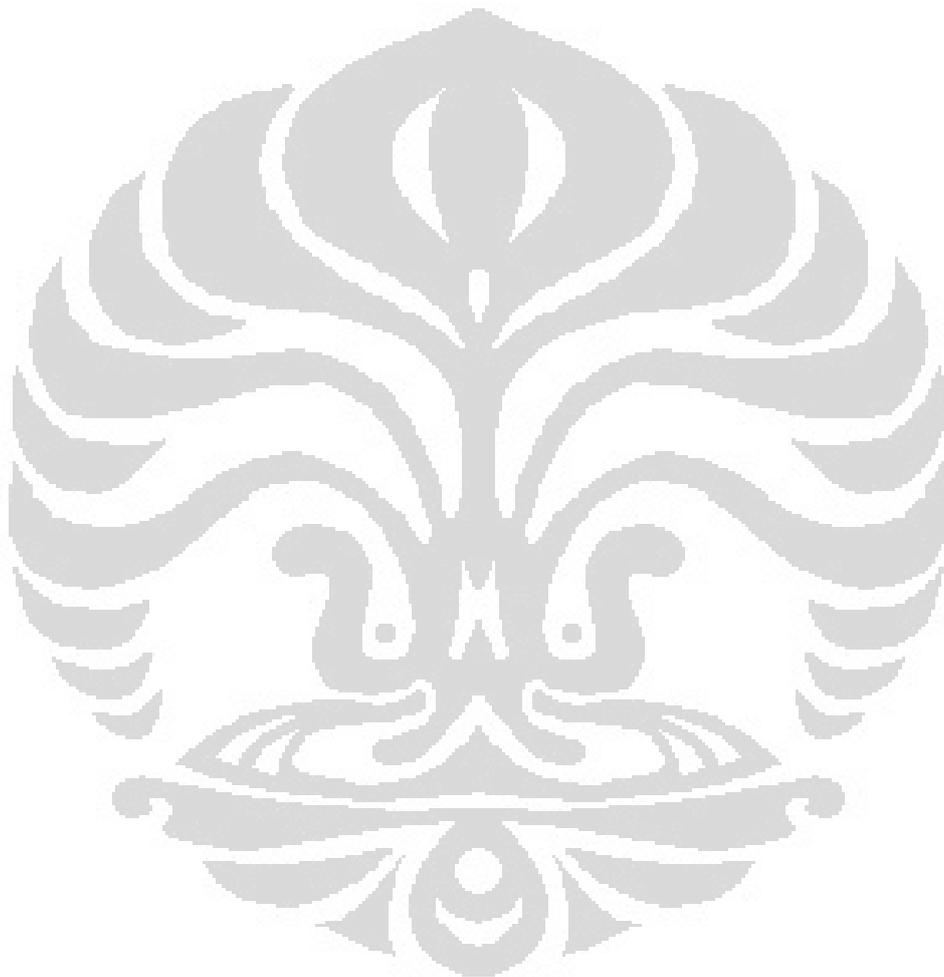
Dari beberapa pendekatan diatas dapat dipahami bahwa budaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor baik eksternal maupun internal. Maka dengan dipandu oleh konsep Total Safety Culture yang dikemukakan oleh Geller (2000) dan berpedoman dari kategori-kategori dan topik-topik yang mempengaruhi keselamatan pasien yang dijabarkan oleh WHO maka disusunlah kerang konsep sebagai berikut.



Gambar 4.1. Kerangka Konsep Pengembangan Model Budaya Keselamatan Pasien di RSIA Tumbuh Kembang Cimanggis Tahun 2012

Berdasarkan tinjauan pustaka dan tujuan penelitian terdapat empat variabel yang mempengaruhi pengembangan model budaya keselamatan pasien di rumah sakit yaitu: budaya keselamatan pasien saat ini, faktor organisasi, faktor individu, dan faktor lingkungan. Budaya keselamatan saat ini mengandung unsur asumsi, nilai dan keyakinan terhadap keselamatan pasien saat ini. Faktor organisasi terdiri dari: Kepemimpinan manajer, komunikasi, kerja tim, kepemimpinan tim, dan pengambilan keputusan. Faktor individu terdiri dari: pengetahuan, sikap, motivasi, kompetensi, stres, dan kelelahan. Sedangkan Faktor lingkungan yang akan diteliti disini meliputi unsur internal rumah sakit, antara lain: pencegahan kebakaran, kontrol infeksi, kontrol life saving, ruangan dan peralatan, pengamanan bahan-bahan berbahaya, manajemen alat medis, penanganan alat listrik, keamanan

pasien, penggunaan lemari penyimpanan, dan manajemen obat. Budaya keselamatan pasien yang ditemukan digunakan untuk memetakan jenis budaya keselamatan pasien saat ini. Pemetaan budaya saat ini, gambaran faktor individu, faktor organisasi, dan faktor lingkungan yang berhubungan dengan keselamatan pasien dipergunakan sebagai dasar pengembangan model budaya keselamatan pasien yang baru.



4.2.DEFINISI OPERASIONAL

NO.	VARIABEL	DEFINISI	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA
1.	Budaya keselamatan pasien saat ini	Nilai, keyakinan, dan asumsi yang dianut pegawaidalam menyajikan asuhan pasien yang lebih aman.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	Informasi kualitatif budaya keselamatan pasien yang dianut pegawai saat ini.	-
2.	Nilai	Model mental bersama, cara pandang atau teori yang diandalkan untuk membimbing seseorang dalam bersikap dan berperilaku.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	Informasi kualitatif nilai pegawai terhadap program keselamatan pasien di rumah sakit.	-
3.	Keyakinan	Persepsi seseorang terhadap kenyataan.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	Informasi kualitatif keyakinan pegawai terhadap program keselamatan pasien di rumah sakit.	-
4.	Asumsi	Keyakinan jangka panjang mengenai apa yang penting.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	Informasi kualitatif asumsi pegawai mengenai keselamatan pasien di rumah sakit.	-
<i>Individu</i>						
5.	Pengetahuan	Tingkat pemahaman responden terhadap konsep keselamatan pasien, meliputi pengertian, cara pelaporan KTD, tindakan yang bertujuan pada keselamatan pasien.	wawancara	kuesioner	1. Pengetahuan baik < median 2. Pengetahuan kurang \geq median	Ordinal
6.	Sikap	Tanggapan/ persetujuan untuk melakukan suatu tindakan atau aktivitas baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung yang mempunyai maksid mendukung penerapan program keselamatan pasien.	wawancara	kuesioner	1. Sikap mendukung < median 2. Sikap kurang mendukung \geq median	Ordinal
7.	Motivasi	Dorongan yang timbul pada diri responden untuk mendukung atau tidak mendukung penerapan progran keselamatan pasien.	wawancara	kuesioner	1. Motivasi baik < median 2. Motivasi kurang \geq median	Ordinal

NO.	VARIABEL	DEFINISI	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA
8.	Kompetensi	Kombinasi antara ketrampilan (skill), atribut personal, dan pengetahuan (knowledge) yang tercermin melalui perilaku kinerja (job behavior) yang dapat diamati, diukur dan dievaluasi.	wawancara	kuesioner	1. Kompetensi baik < median 2. Kompetensi kurang \geq median	Ordinal
9.	Kewaspadaan situasi	Kemampuan seseorang dalam mengelola keadaan yang mengancam keselamatan pasien.	wawancara	kuesioner	1. Kewaspadaan situasi baik < median 2. Kewaspadaan situasi kurang \geq median	Ordinal
10.	Stress	Reaksi psikologis seseorang terhadap tekanan berlebih atau situasi lain berkenaan dengan keberadaannya dalam suatu organisasi.	wawancara	kuesioner	1. Tingkat stress rendah < median 2. Tingkat stress tinggi \geq median	Ordinal
11.	Kelelahan	Bentuk kelelahan yang berhubungan dengan waktu kerja, atau tuntutan untuk bekerja diluar irama biologis atau irama sirkadian tubuh.	wawancara	kuesioner	1. Kelelahan rendah < median 2. Kelelahan tinggi \geq median	Ordinal
<i>Organisasi</i>						
12.	Kepemimpinan manajer	Proses mempengaruhi seseorang dalam mencapai tujuan organisasi dalam mewujudkan keselamatan pasien	wawancara	kuesioner	1. Kepemimpinan baik < median 2. Kepemimpinan kurang \geq median	Ordinal
13.	Komunikasi	Proses transfer informasi, ide, dan perasaan dalam proses pelayanan pasien.	wawancara	kuesioner	1. Komunikasi baik < median 2. Komunikasi kurang \geq median	Ordinal
14.	Kerja tim	Proses dinamis yang melibatkan dua atau lebih orang yang berkomitmen untuk melakukan kegiatan dan menyelesaikan tugas.	wawancara	kuesioner	1. Kerja tim baik < median 2. Kerja tim kurang \geq median	Ordinal
15.	Kepemimpinan Tim	Kegiatan yang dilakukan oleh seseorang yang telah ditunjuk untuk memantau, mengelola, dan menjamin terciptanya keselamatan pasien.	wawancara	kuesioner	1. Kepemimpinan tim baik < median 2. Kepemimpinan tim kurang \geq median	Ordinal
16.	Pengambilan keputusan	Proses mencapai suatu keputusan atau suatu tindakan untuk memenuhi kebutuhan keselamatan pasien.	wawancara	kuesioner	1. Pengambilan keputusan baik < median 2. Pengambilan keputusan kurang baik \geq median	Ordinal

<i>Lingkungan</i>						
17.	Pencegahan kebakaran	Upaya menghindari terjadinya peristiwa berkembangnya api karena sebab-sebab dan sumber-sumber pemicu timbulnya api diluar kondisi yang wajar dan menyebabkan terbakarnya struktur dan material rumah sakit.	Observasi	Checklist	Informasi mengenai manajemen pencegahan, kelengkapan dan kondisi alat penanggulangan kebakaran di rumah sakit.	-
18.	Kontrol infeksi	Pengendalian perkembangan dan transmisi virus, bakteri, dan parasit, penyebab penyakit.	Observasi	Checklist	Informasi tentang kesesuaian prosedur penyimpanan barang, kondisi alat medis dan non medis, pencegahan, dan regulasi karyawan dengan peraturan pencegahan infeksi di rumah sakit.	-
19.	Kontrol life saving	Segala bentuk prosedur dan instrumen yang digunakan dalam penanganan pasien gawat darurat.	Observasi	Checklist	Informasi tentang ketepatan penyimpanan dan penggunaan tabung oksigen, serta kondisi akses jalur evakuasi pasien dan pengunjung rumah sakit.	-
20.	Ruangan dan peralatan	Dimensi ruang dan kelengkapan untuk tindakan medis dan non medis di rumah sakit.	Observasi	Checklist	Informasi tentang kondisi ruangan, penyimpanan peralatan di ruangan, serta pencahayaan.	-
21.	Pengamanan bahan-bahan berbahaya	Upaya mengelola segala materi yang dapat mengancam keselamatan dan keamanan pasien.	Observasi	Checklist	Informasi tentang pengorganisasian bahan-bahan kimia berbahaya, prosedur penyimpanan, dan pembuangan bahan-bahan berbahaya, dan kelengkapan standar prosedurnya.	-
22.	Manajemen alat medis	Upaya pengelolaan instrumen dan bahan-bahan yang digunakan dalam penanganan kesehatan pasien.	Observasi	Checklist	Informasi tentang pentalaksanaan label kendali alat, kalibrasi alat, dan penyimpanan tabung oksigen.	-

NO.	VARIABEL	DEFINISI	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA
23.	Penanganan alat listrik	Upaya mengelola segala sesuatu yang dapat menimbulkan daya atau kekuatan yg ditimbulkan oleh adanya gesekan atau melalui proses kimia yang dapat digunakan untuk menghasilkan panas atau cahaya, atau untuk menjalankan mesin.	Observasi	Checklist	Informasi tentang regulasi penggunaan instrumen elektronik dan keamanan alat dan panel listrik.	-
24.	Keamanan pasien	Kondisi terjaganya ketentraman pasien di rumah sakit.	Observasi	Checklist	Informasi tentang jaminan keamanan pasien, keandalan sistem gawat darurat, dan kemudahan komunikasi pasien dengan pegawai.	-
25.	Penggunaan lemari penyimpanan	Gambaran pemanfaatan tempat untuk meletakkan dan mengumpulkan suatu jenis barang.	Observasi	Checklist	Informasi tentang pengorganisasian tempat penyimpanan barang dan kondisi kebersihannya.	-
26.	Manajemen obat	Kegiatan atau penelaahan yg mencakup perencanaan, pengorganisasian, dan pengendalianbahan untuk mengurangi, menghilangkan penyakit, atau menyembuhkan seseorang dari penyakit	Observasi	Checklist	Informasi tentang prosedur penyimpanan obat, dokumentasi dan sirkulasi obat.	-
27.	Pengembangan budaya keselamatan pasien	Penentuan nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola kebiasaan yang memberi gambaran komitmen dan gaya serta keandalan dalam menyajikan asuhan pasien yang lebih aman.	Observasi	Checklist	Penetapan budaya yang sesuai diterapkan di RSIA Tumbuh Kembang.	

BAB 5

METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik yaitu serangkaian kegiatan dimana peneliti mengumpulkan informasi situasi budaya keselamatan pasien di rumah sakit kemudian menganalisis untuk pengambilan keputusan. Tujuan dari penelitian ini ialah untuk mendapatkan solusi optimal dan memuaskan dalam penetapan budaya keselamatan pasien yang sesuai diterapkan di RSIA Tumbuh Kembang.

Metode yang digunakan adalah metode penelitian kombinasi dimana peneliti menggunakan analisa data kuantitatif dan kualitatif, pengumpulan dan analisis data terdiri dari 2 tahap yaitu: pengumpulan dan analisis data kualitatif dan kuantitatif pada tahap pertama, diikuti dengan pengumpulan dan analisis data kualitatif pada tahap ke dua. Adapun tahapan yang dimaksud adalah:

- a) Tahap pertama pengumpulan data dengan wawancara mendalam dan analisis data kualitatif untuk dapat memetakan budaya keselamatan pasien yang ada saat ini. Diikuti pengumpulan data menggunakan kuesioner dan analisis data kuantitatif untuk mendapat informasi faktor individu dan organisasi keselamatan pasien pegawai RSIA Tumbuh Kembang. Selanjutnya peneliti melakukan pengumpulan data dengan observasi dengan checklist dan analisis data kualitatif yang dimaksudkan untuk memperoleh informasi faktor lingkungan yang berhubungan dengan keselamatan pasien.
- b) Dari informasi faktor individu, faktor organisasi, dan faktor lingkungan serta berangkat dari budaya keselamatan pasien yang sudah ada, disusun usulan pengembangan model budaya keselamatan pasien yang sesuai di RSIA Tumbuh Kembang.
- c) Tahap kedua peneliti mengadakan Diskusi Kelompok Terarah dengan pimpinan, manajer, koordinator, dan perwakilan staff RSIA Tumbuh Kembang guna mengetahui respon pegawai dan manajemen terhadap usulan model budaya keselamatan pasien yang baru serta sasaran-sasaran yang hendak ditekankan oleh peserta diskusi. Selanjutnya peneliti bermaksud mengarahkan kesepakatan budaya keselamatan yang sesuai yang dapat diterapkan di RSIA Tumbuh Kembang.

5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di RSIA Tumbuh Kembang: Jl. Raya Bogor KM 31 No. 23 Cimanggis-Depok 16951. Pada tanggal 1-15 Mei 2012.

5.3. Materi Penelitian

5.3.1. Populasi Penelitian

Untuk pendekatan kuantitatif yaitu wawancara dengan kuesioner faktor individu dan faktor organisasi keselamatan pasien, populasi penelitian ini adalah karyawan RSIA Tumbuh Kembang. Untuk penelitian dengan pendekatan kualitatif guna memperoleh informasi faktor lingkungan dilakukan observasi situasi lingkungan RSIA Tumbuh Kembang dengan checklist.

5.3.2. Sampel Penelitian

Untuk mengukur faktor individu, dan faktor organisasi digunakan pendekatan kuantitatif dengan jumlah sampel yang diambil pada penelitian ini adalah menggunakan rumus ukuran *stratified simple random sampling*. Untuk menentukan jumlah sampel minimal dengan menggunakan rumus perhitungan Slovin sebagai berikut (Metode Riset Perilaku Organisasi, Husein Umar, 2003)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel minimal

N = jumlah populasi

e = persen kelonggaran ketidaktelitian karena kesalahan pengambilan sampel yang dapat ditolerir, dalam hal ini 5 %.

Sehingga:

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

$$n = \frac{201}{1+201(0.05)^2}$$

$$n = \frac{201}{1.5025} = 133,77$$

n = 134 pegawai.

Dari perhitungan tersebut didapat hasil 133.77 maka dibulatkan menjadi 134 orang. Jadi, jumlah sampel yang diteliti sebanyak 134 responden. Sampel diambil dari total populasi karyawan sebagai wakil dari total populasi yang merupakan tenaga medis, tenaga paramedis, tenaga penunjang medis, serta tenaga non medis RSIA Tumbuh Kembang.

Tujuan dari jenis pengambilan sampel tersebut ialah untuk membuat sifat homogen dari populasi yang heterogen, artinya suatu populasi yang dianggap heterogen dikelompokkan ke dalam subpopulasi berdasarkan karakter tertentu sehingga setiap kelompok (strata) mempunyai anggota sampel yang relatif homogen.

Tabel 5.1
Pengelompokan Sampel

Stratum	Jenis Pegawai	Jumlah	Sampel yang Diambil
I	Tenaga medis	38	25
II	Tenaga paramedis	70	47
III	Tenaga penunjang medis	29	19
IV	Tenaga non medis	64	43

Perhitungan sampel dari masing-masing stratum adalah sebagai berikut :

$$\text{Stratum I} = \frac{38 \times 134}{201} = 25.33 \text{ dibulatkan menjadi } = 25 \text{ pegawai}$$

$$\text{Stratum II} = \frac{70 \times 134}{201} = 46.66 \text{ dibulatkan menjadi } = 47 \text{ pegawai}$$

$$\text{Stratum III} = \frac{29 \times 134}{201} = 19.33 \text{ dibulatkan menjadi } = 19 \text{ pegawai}$$

$$\text{Stratum IV} = \frac{64 \times 134}{201} = 42.66 \text{ dibulatkan menjadi } = 43 \text{ pegawai}$$

Jumlah sampel seluruhnya 134 orang, terdiri dari 25 orang tenaga medis, 47 orang tenaga paramedis, 19 orang tenaga penunjang medis, dan 43 orang tenaga non medis

5.4. Teknik Pengumpulan Data

5.4.1. Sumber data

Sumber data dalam penelitian ini berupa data primer yang berupa kuesioner dan pengamatan lingkungan yang berhubungan dengan keselamatan pasien.

5.4.2. Instrumen Pengumpulan Data

Budaya keselamatan saat ini dapat diketahui dengan menanyakan: asumsi, nilai dan keyakinan pegawai terhadap keselamatan pasien melalui wawancara mendalam. (lampiran 1) Instrumen yang digunakan adalah pedoman wawancara mendalam. Instrumen pengumpulan data dalam penelitian kuantitatif berupa kuesioner informasi faktor individu dan faktor organisasi pegawai. Faktor individu terdiri dari: pengetahuan, sikap, motivasi, kompetensi, kewaspadaan situasi, stres, dan kelelahan. Sedangkan faktor perilaku pegawai meliputi : Kepemimpinan

manajer, komunikasi, kerja tim, kepemimpinan tim, dan pengambilan keputusan. (lampiran 2)

Pada pengumpulan data dalam penelitian kualitatif peneliti bertindak sebagai instrumen utama dalam penelitian. Untuk memperoleh informasi faktor lingkungan maka digunakan lembarchecklistuntuk memperoleh informasi situasi lingkungan RSIA Tumbuh Kembang. (lampiran3).

5.4.3. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada penelitian ini adalah menggunakan metode wawancara dengan kuesioner, observasi dengan checklist, wawancara mendalam, dan diskusi kelompok terarah.

5.4.4. Uji Coba Instrumen Penelitian

Sebelum dilakukan pengumpulan data dengan cara melakukan wawancara kepada sampel penelitian, kuesionerterlebih dahulu diujikan kepada karyawan dibagian yang tidak terpilih menjadi responden.

Uji coba dimaksudkan untuk mengetahui apakah pertanyaan dalam pedoman pengumpulan data cukup informatif dan mudah dimengerti, apakah urutan, bentuk pertanyaan, dan prosedur wawancara sudah sesuai dan untuk melengkapi informasi yang kurang. Pertanyaan-pertanyaan pada pedoman yang kurang jelas, tidak lengkap, tidak dimengerti, telah dilakukan perbaikan dan penyesuaian seperlunya, kemudian digunakan pada informasi penelitian.

5.4.5. Petugas Pengumpul Data

Petugas pengumpul data adalah penulis sendiri dengan dibantu dua orang asisten yang sudah dibriefing terlebih dahulu serta menggunakan bantuan perekam suara.

5.5. Validitas dan Reliabilitas Data

Instrumen disebut berkualitas dan dapat dipertanggungjawabkan pemakaiannya apabila sudah terbukti validitas dan reliabilitasnya. Validitas dan reliabilitas pada penelitian kuantitatif untuk memperoleh data faktor personal dan perilaku, dapat diukur dengan melakukan uji coba instrumen penelitian yang akan digunakan. Uji coba (*try out*) instrumen penelitian ini dilakukan pada 30pegawai RSIA Tumbuh Kembang yang tidak terpilih menjadi sampel penelitian. Tujuan dari uji coba ini adalah untuk mengetahui kemungkinan adanya

pertanyaan yang sulit dimengerti atau kekurangan dari materi kuisioner itu sendiri agar dapat digunakan sebagai alat penelitian.

5.5.1. Uji Validitas

Uji validitas dimaksudkan untuk mengetahui sejauhmana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya. Suatu instrumen pengukur dapat dikatakan mempunyai validitas yang tinggi apabila alat tersebut menjalankan fungsi ukurnya atau memberikan hasil ukur yang sesuai dengan maksud dilakukan pengukuran tersebut. Uji validitas dilakukan dengan menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* yang prosedurnya diambil dari rumus yang ditemukan oleh Karl Person

Rumus :

$$r_{xy} = \frac{\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{(n \sum x^2 - (\sum x)^2)(n \sum y^2 - (\sum y)^2)}}$$

Keterangan :

- r_{xy} : Koefisien korelasi Product moment
- n : Jumlah responden
- x : Jumlah nilai tiap item
- y : Jumlah nilai total item
- xy : Perkalian antara skor item dan skor total
- x^2 : Jumlah skor kuadrat skor item
- y^2 : Jumlah skor kuadrat skor total item.

Uji validitas dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak SPSS. Hasil keputusan uji validitas adalah pernyataan dikatakan valid bila r hitung lebih besar dari pada r tabel, dan sebaliknya pernyataan tersebut tidak valid bila r hitung lebih kecil dari pada r tabel. Hasil r tabel adalah 0,361 yang diperoleh dari $df = N - 2 = 30 - 2 = 28$ (N = jumlah responden) dan dilihat pada tabel Z , dengan tingkat kemaknaan 5% seluruh hasil r hitung yang mempunyai nilai $< 0,361$ tidak digunakan. Pernyataan tersebut dibuang atau diperbaiki susunan kalimatnya. Nilai r hasil pada hasil statistik dengan bantuan komputer dapat dilihat pada kolom "*Corrected item-Total Correlation*".

5.5.2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas (keterhandalan) mengandung pengertian sejauh mana responden memberikan jawaban yang konsisten terhadap kuisioner yang diberikan. Jawaban responden terhadap pertanyaan dikatakan reliabel jika masing-masing pertanyaan dijawab secara konsisten, karena masing-masing pertanyaan hendak mengukur hal yang sama. Pengukuran variabel menggunakan *one shot* atau pengukuran sekali saja. Pengukuran hanya sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pernyataan lain atau mengukur korelasi atau jawaban pertanyaan. Uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan uji statistik *Alpha Cronbach*. Dengan rumus sebagai berikut :

Rumus:

$$r_{\alpha} = \frac{k}{l-1} \left(1 - \frac{\sum s_j^2}{s_x^2} \right)$$

Keterangan:

- r_{α} : Koefisien reliabilitas
- k : Banyaknya faktor
- s_j^2 : Skor korelasi masing faktor
- s_x^2 : Skor total

Pernyataan dikatakan reliabel jika *Cronbach Alpha* lebih besar dan sama dengan 0,6. Pernyataan yang *Cronbach Alpha* lebih kecil dari 0,6 dikatakan tidak reliabel.

Tabel 5.2. Hasil Uji Validitas dan Relibialitas Kuesioner Penelitian (n=30)

Variabel	Jumlah Pernyataan Sebelum Uji	Jumlah Pernyataan Setelah Uji	Validitas	Cronbach Alpha
PENGETAHUAN	30	30	0.040	0.846
SIKAP	30	30	0.476	0.829
MOTIVASI	30	30	0.595	0.822
KOMPETENSI	30	30	0.037	0.858
LEADERSHIP_MANAJ	30	30	0.859	0.801
KOMUNIKASI	30	30	0.789	0.798
KERJATIM	30	30	0.708	0.814
TEAMLEADERSHIP	30	30	0.633	0.818
KEWASPADAAN	30	30	0.241	0.842
KEPUTUSAN	30	30	0.727	0.810
STRESS	30	30	0.472	0.832
KELELAHAN	30	30	0.488	0.830

Berdasarkan hasil analisis terdapat 3 variabel yang tidak valid yaitu pengetahuan, kompetensi dan kewaspadaan situasi. Pernyataan yang tidak valid tidak dihilangkan karena perubahannya tidak bermakna sehingga dilakukan perbaikan terhadap redaksi kalimat pernyataan saja. Untuk reliabilitas, semua variabel memiliki nilai cronbach alpha diatas 0,6 sehingga semua variabel sudah reliabel.

5.6. Pengolahan data

Pengolahan data dilakukan 2 cara meliputi :

1. Editing

Dalam melakukan *editing* data langkah yang dilakukan adalah menata dan menyusun semua lembar jawaban skala yang terkumpul berdasarkan nomor skala yang telah ditentukan. Kemudian memeriksa kembali jawaban responden satu persatu dengan maksud untuk memastikan bahwa jawaban atau pertimbangan yang diberikan sesuai dengan perintah dan petunjuk pelaksanaan. Jawaban skala yang memenuhi persyaratan dipersiapkan untuk dilakukan pemrosesan data pada langkah

berikutnya, sementara data yang tidak memenuhi persyaratan dimusnahkan untuk kerahasiaan.

2. Koding

Pengkodingan data dilakukan dengan maksud untuk memudahkan proses pengolahan data. Pengkodingan ini adalah mengklasifikasikan jawaban responden menurut macamnya dengan cara menandai masing-masing jawaban dengan tanda kode tertentu.

3. Processing

Pemrosesan data atau pengolahan data pada penelitian ini dimulai dengan tabulating skor atau melakukan *entry* data kasar dalam bentuk tabulasi pada lembar kertas data. Tujuannya adalah memastikan kesiapan data dengan tepat sebelum di *entry* data kedalam program SPSS.

4. Cleaning data

Dalam *cleaning* dilakukan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* pada program SPSS dengan maksud untuk mengevaluasi apakah masih ada kesalahan atau tidak. Hal ini biasanya terlihat pada : 1). *Missing* data atau data yang terlewat, 2). Variasi data (kesalahan pengetikan), 3). Konsistensi data yaitu kesesuaian data dengan *tabulating* skor.

Untuk penelitian kualitatif dilakukan dengan mencatat, membuat matriks dan interpretasi hasil observasi. Proses analisis dilakukan secara bertahap meliputi:

1. Membuat transkrip hasil observasi segera setelah selesai.
2. Menelaah seluruh data yang berasal dari sumber informasi
3. Membuat kategori pada data yang memiliki karakteristik yang sama.
4. Membuat interpretasi data sesuai dengan item yang diteliti.

5.7. Analisis Data

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi :

5.7.1. Analisis univariat

Pada metode ini peneliti bermaksud menganalisis variabel personal dan perilaku secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dan proporsinya untuk mendeskripsikan variabel bebas penelitian.

5.7.2. Analisis kualitatif

Informasi dari hasil observasi (pengamatan langsung) akan dianalisa dengan analisa kualitatif. Data sekunder yang diperoleh digunakan untuk mengetahui variabel

lingkungan keselamatan pasien. Dari data dan informasi tersebut, penulis akan menganalisis secara deskriptif dengan membandingkan hasil temuan di lapangan dengan literatur yang digunakan sebagai acuan penulis.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1. Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit Saat Ini

Telah dilakukan wawancara mendalam pada empat informan untuk menggali informasi mengenai situasi budaya keselamatan pasien yang selama ini dianut di RSIA Tumbuh Kembang. Informan ditentukan secara *purposive* dengan melihat keterwakilan dari segi jabatan, usia dan tingkat pendidikan informan dipilih dari karyawan dengan lama kerja diatas satu tahun. Wawancara dilaksanakan pada tanggal 28-29 Mei 2012 dengan durasi berkisar 20-40 menit tiap informan. Karakteristik informan dapat dilihat pada tabel 6.1. Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa latar belakang responden sangat bervariasi mulai dari SPK sampai pasca sarjana.

Tabel 6.1. Karakteristik Informan Wawancara Mendalam

NO.	JABATAN INFORMAN	IDENTITAS INFORMAN			
		Pendidikan Terakhir	Umur	Jenis Kelamin	Lama Bekerja
1.	Direktur Umum	Spesialis	64th	Laki-laki	15 tahun
2.	Kepala unit Farmasi	S1	34th	Perempuan	8 tahun
3.	Staff Manajerial	D3	28th	Perempuan	4 tahun
4.	Staff Keperawatan	SPK	24th	Perempuan	2 tahun

Dari wawancara mendalam didapatkan gambaran budaya keselamatan pasien yang selama ini dianut di RSIA Tumbuh Kembang. Standar keselamatan pasien baru mulai diterapkan di RS ini pada awal tahun 2012. Sebelumnya para pegawai menjalankan standar

keselamatan menurut cara pandang, sikap, dan pengetahuan masing-masing. Dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan No. 1691 tentang standar keselamatan pasien rumah sakit, maka manajemen berusaha menerapkan standar tersebut dirumah sakit, namun usaha tersebut menemui hambatan dalam pelaksanaannya. Untuk dapat menjawab kendala pelaksanaan standar keselamatan pasien, tentunya harus diketahui budaya apa yang saat ini sedang berkembang di dalam organisasi. Suatu organisasi tentunya mempunyai suatu pola dasar asumsi, nilai, dan keyakinan bersama yang dianggap sebagai cara berpikir dan bertindak yang tepat dalam menghadapi masalah dan peluang organisasi. Ketiganya dapat diidentifikasi melalui wawancara langsung dengan anggota organisasi.

6.1.1. Asumsi

Dalam wawancara ini peneliti bermaksud mengetahui tentang keyakinan pegawai terhadap keselamatan pasien yang dianut selama ini. Dari hasil wawancara mendalam didapatkan bahwa belum ada keseragaman keyakinan dan tanggapan terhadap penerapan program keselamatan yang sedang berlaku. Diyakini sudah ada standar keselamatan pasien yang berlaku di rumah sakit yang mana sudah terbentuk panitia keselamatan dan sudah dijalankannya sistem pelaporan Kejadian Tidak Diiinginkan. Namun penerapannya belum dapat berjalan dengan maksimal. Hal ini disebabkan oleh tidak meratanya tingkat pengetahuan dan kesadaran pegawai terhadap keselamatan pasien.

“Patient safety itu penting banget karena berujung pada mutu pelayanan. Disini sudah dibentuk panitia keselamatan, laporan Patient Safety juga sudah ada. Hanya saja pelatihan patient safety yang belum merata dilaksanakan, jadi tidak semua pegawai punya pengetahuan dan kesadaran patient safety yang baik.”

Belum ada keseragaman dalam penerapan standar keselamatan pasien.

“Semua sama saja, jalan sendiri-sendiri seperti yang sudah ada selama ini sudah berkali-kali diperingatkan tapi tidak ada tanggapan dan perubahan.”

Dirasakan sudah ada upaya menegakkan keselamatan pasien di rumah sakit, dimana ada monitor dan evaluasi masalah keselamatan pasien yang sudah dilaksanakandirumah sakit.

“Masalah keselamatan pasien selalu menjadi perhatian kami, setiap tiga bulan sekali rutin diadakan rapat yang membicarakan khusus masalah Kejadian Tidak Diiinginkan yang terjadi di rumah sakit.”

6.1.2.Nilai

Pada wawancara ini peneliti bermaksud menggali model mental bersama, cara pandang atau teori yang sekarang diandalkan oleh para pegawai untuk membimbing mereka dalam bersikap dan berperilaku terkait dengan keselamatan. Didapatkan bahwa ada perbedaan kematangan dalam cara berpikir, cara pandang pegawai terhadap keselamatan pasien. Keselamatan pasien sudah menjadi hal yang wajib dalam suatu penyelenggaraan rumah sakit. Dibuktikan dengan ditetapkannya standar keselamatan pasien dalam sistem akreditasi rumah sakit. Faktor tingginya tingkat kecelakaan pasien juga berpengaruh terhadap tingkat kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit. Oleh karena itu keselamatan pasien merupakan unsur penting dalam barometer mutu pelayanan rumah sakit.

“Sementara ini patient safety memang belum masuk ke indikator mutu pelayanan. Akan tetapi, faktor kecelakaan yang tinggi akan berpengaruh pada kepercayaan masyarakat terhadap RS ini. Pada akreditasi yang akan datang dengan sistem JCI, diutamakan justru patient safety. Jadi patient safety itu penting sebagai barometer mutu.”

Kualitas pemahaman akan keselamatan pasien yang dimiliki pegawai juga masih rendah serta belum terbentuknya pola pikir keselamatan pasien yang terarah.

“Keselamatan pasien sudah dijalankan, namun pola pikirnya belum terbentuk, pegawai terkadang tidak mempunyai alasan mengapa mereka melakukan suatu tindakan yang berhubungan dengan safety.”

Diakui bahwa untuk dapat menjalankan standar keselamatan pasien secara optimal perlu terlebih dahulu diperhatikan keselamatan dan kesejahteraan pegawai.

“Gimana patient safety mau jalan, keselamatan pegawainya saja belum diperhatikan. Mana bisa program keselamatan pasien berjalan. Yang penting kesejahteraan pegawainya dulu diperhatikan baru keselamatan pasien bisa ditegakkan”

Informan lain menambahkan bahwa untuk menjalankan standar keselamatan pasien, kesejahteraan pegawai lebih dahulu harus diperbaiki.

“Menurut saya masih banyak unsur keselamatan yang harus diperbaiki baik bagi pegawai maupun bagi pasiennya. Seharusnya pegawainya dulu diutamakan mulai dari jaminan

kesehatan pegawai, perbaikan sarana dan prasarana kesehatan dan perhatian kesejahteraan pegawai”.

6.1.3. Keyakinan

Wawancara ini bertujuan menggali persepsi pegawai terhadap situasi keselamatan pasien yang sudah ada sekarang ini sekaligus bagaimana pandangan mereka terhadap program keselamatan pasien yang ditetapkan pemerintah. Ditemukan ada kesamaan pandangan mengenai pentingnya peran pimpinan yang ideal dalam menjalankan program keselamatan pasien. Diakui ada sedikit kekurangtegasan manajer dalam melaksanakan standar keselamatan pasien.

“Mau tidak mau memang harus diterapkan. Training juga dilaksanakan supaya pengetahuan dan kesadaran bertambah. Sehingga keselamatan pasien bisa dilaksanakan dengan baik.”

“Menurut saya RS kita mampu menjalankan program keselamatan pasien tapi semua dijalankan setengah-setengah. Pegawai juga komit kok apalagi dokter dan perawat kalau ada masalah mereka langsung takut, itu tandanya sebenarnya ada kesadaran, hanya saja misalnya ada SOP, sosialisasinya sudah dilakukan tapi evaluasinya tidak berjalan, ada alat yang kurang safe, perbaikannya sudah diajukan tetapi prosesnya lama, jadi sebenarnya semuanya saling terkait.”

Diyakini pula bahwa pimpinan belum dapat menemukan solusi yang tepat setiap kali ada permasalahan keselamatan pasien. Yang bersangkutan mengatakan:

“Tiap kali rapat tetap simpang siur masalahnya, tidak pernah ada keputusan yang tepat gitu, Pemimpinnya dulu yang musti tegas, maunya seperti apa, dan kita anak buahnya harus bagaimana?”

Informan lain tidak setuju dengan diterapkannya standar keselamatan pasien. Dari pengalamannya yang bersangkutan melihat bahwa setiap kali ada masalah keselamatan pasien, manajer hanya memanggil pihak-pihak yang bermasalah tanpa terlebih dahulu menyelidiki akar permasalahannya. Manajer hanya dapat menyalahkan pegawai tanpa memberi solusi yang tepat dalam mengatasi permasalahan yang terjadi. Oleh karena itu yang lainnya pesimis dan tidak setuju dilaksanakannya standar keselamatan pasien. Yang bersangkutan menyatakan:

“Saya tidak suka ada program keselamatan, selama ini saja kalau ada masalah atau kesalahan, manajemen selalu memanggil kita-kita ini yang salah untuk disidang, tapi ujung-ujungnya tetap kita-kita juga yang salah, tidak pernah ada solusi yang tepat, jadi tidak usah saja ada keselamatan pasien.”

Informan lain menambahkan bagaimana sistem yang baik dapat menunjang jalannya standar keselamatan pasien.

“Yang penting bagaimana caranya mempertahankan bagaimana sistem yang ideal. Kalau sistemnya sudah berjalan baik, mau pimpinannya siapa saja tidak jadi masalah.”

6.2. Faktor Individu, Faktor Organisasi, dan Faktor Lingkungan

Faktor Individu dan Faktor organisasi digali menggunakan wawancara dengan kuesioner. Wawancara ini bertujuan menggali informasi situasi individu dan organisasi yang berkaitan dengan budaya keselamatan pasien yang dimiliki oleh pegawai. Faktor Individu terdiri dari : pengetahuan, sikap, motivasi, dan kompetensi. Sedangkan Faktor organisasi terdiri dari : Kepemimpinan manajer, komunikasi, kerja tim, kepemimpinan tim, kewaspadaan situasi, pengambilan keputusan, stress, dan kelelahan.

6.2.1. Karakteristik Responden

Berdasarkan tabel 6.2.1.1. distribusi responden berbeda pada setiap kategori karakteristik. Pada karakteristik umur, lebih dari setengah jumlah responden (60,2%) berada pada kelompok umur 25-40 tahun. Menurut jenis kelamin, dua per tiga responden berjenis kelamin perempuan (68,6%) sedangkan menurut status perkawinan lebih dari setengah jumlah responden (61%) menyatakan sudah menikah. Menurut masa kerja hampir dua per tiga responden (65%) memiliki masa kerja kurang dari 5 tahun dan untuk tingkat pendidikan hampir setengah dari responden (44,9%) dengan tingkat pendidikan SMA serta lebih dari dua per tiga responden adalah tenaga para medis (67,8%).

Tabel 6.2.
Distribusi Responden Menurut Karakteristik
Di RSIA Tumbuh Kembang Cimanggis Tahun 2012

Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase
Umur		
< 25	34	28.8
25-40	71	60.2
41-55	13	11.0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	37	31.4
Perempuan	81	68.6
Status Perkawinan		
Kawin	72	61.0
Tidak kawin	46	39.0
Masa Kerja		
< 5 thn	77	65.3
5 - 10 tahun	24	20.3
> 10 tahun	17	14.4
Tingkat Pendidikan		
SD/SMP	14	11.9
SMA/ sederajat	53	44.9
D3	41	34.7
S1	10	8.5
Jenis Pegawai		
Tenaga medis	80	67.8
Tenaga non medis	38	32.2
Total	118	100.0

6.2.2. Faktor Individu

Berdasarkan tabel 6.2.2.1. distribusi responden pada setiap variabel personal berbeda-beda. Karena data berdistribusi tidak normal masing-masing variabel dikategorikan menjadi dua yaitu kurang baik (dibawah median) dan baik (besar dan sama dengan median). Untuk variabel pengetahuan dan sikap dengan median masing-masing 24 dan 33, lebih dari setengah responden memiliki pengetahuan dan sikap yang baik (55,9%). Sedangkan untuk variabel motivasi dengan median 47 hampir dua per tiga responden memiliki motivasi baik (52,5%),

begitu pula dengan variabel kompetensi dengan median 20 responden yang memiliki kompetensi baik sebanyak dua per tiga dari total responden (57,6%). Hampir dua per tiga responden yang menyatakan kewaspadaan situasi baik (61%) dan dua per tiga responden menyatakan tingkat stress baik (73,7%) serta setengah responden (50,5%) menyatakan tingkat kelelahan baik untuk variabel tingkat kelelahan.

Tabel 6.3.

Distribusi Responden Menurut Faktor Individu
Di RSIA Tumbuh Kembang Cimanggis Tahun 2012

Variabel	Frekuensi	Persentase
Pengetahuan		
Kurang Baik	52	44.1
Baik	66	55.9
Sikap		
Kurang Baik	52	44.1
Baik	66	55.9
Variabel	Frekuensi	Persentase
Motivasi		
Kurang Baik	56	47.5
Baik	62	52.5
Kompetensi		
Kurang Baik	50	42.4
Baik	68	57.6
Kewaspadaan situasi		
Kurang Baik	46	39.0
Baik	72	61.0
Stres		
Kurang Baik	31	26.3
Baik	87	73.7
Kelelahan		
Kurang Baik	58	49.2

Baik	60	50.8
TOTAL	118	100

6.2.3. Faktor Organisasi

Berdasarkan tabel 6.2.3.1. distribusi responden berdasarkan perilaku responden berbeda pada tiap variabelnya. Karena data berdistribusi tidak normal maka masing-masing variabel dikategorikan menjadi dua berdasarkan median. Nilai yang berada dibawah median dikatakan kurang baik dan nilai yang berada lebih besar dan sama dengan median dikatakan baik. Responden dengan kepemimpinan manajer baik lebih dari setengah jumlah responden yaitu 53,4% dan terdapat setengah dari responden dengan kerja tim baik yaitu 51,7%. Sedangkan untuk responden dengan kepemimpinan tim baik juga lebih dari setengah jumlah responden (53,4%). Terdapat setengah responden menyatakan pengambilan keputusan yang baik (55,1%).

Tabel 6.4.

Distribusi Responden Menurut Faktor Organisasi Responden
Di RSIA Tumbuh Kembang Cimanggis Tahun 2012

Variabel	Frekuensi	Persentase
Kepemimpinan Manajer		
Kurang Baik	55	46.6
Baik	63	53.4
Kerja Tim		
Kurang Baik	57	48.3
Baik	61	51.7
Kepemimpinan Tim		
Kurang Baik	55	46.6
Baik	63	53.4
Pengambilan keputusan		
Kurang Baik	53	44.9

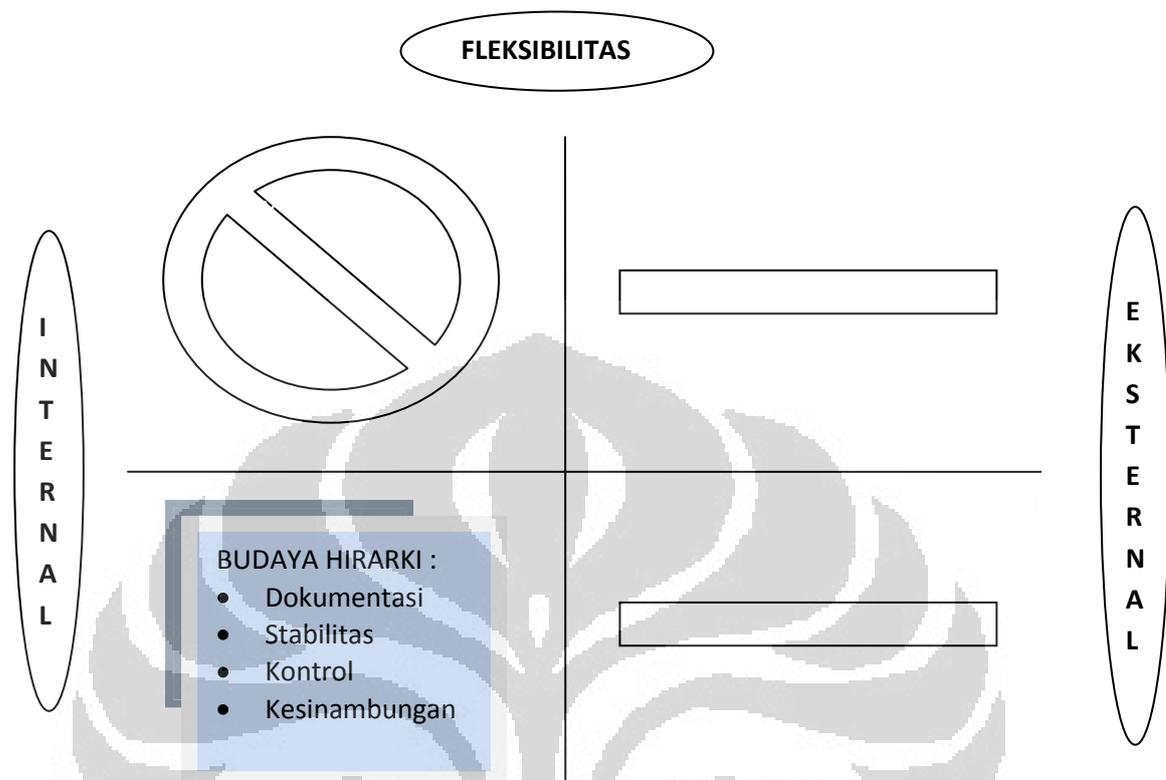
Baik	65	55.1
Total	118	100

6.2.4. Faktor Lingkungan

Dari hasil observasi dengan checklist, didapatkan bahwa satu dari enam obyek pengamatan sistem pencegahan kebakaran tidak memenuhi kriteria yaitu: Di rumah sakit tidak ada panel air kebakaran otomatis yang berfungsi dengan baik. Ada satu dari empat belas obyek pengamatan yang tidak memenuhi kriteria yaitu kamar isolasi tidak diberi tanda dan rambu-rambu dengan benar. Seluruh aspek kontrol life saving sudah memenuhi kriteria pengamatan. Seluruh aspek ruangan dan peralatan sudah memenuhi kriteria pengamatan. Seluruh aspek pengamanan bahan-bahan berbahaya sudah memenuhi kriteria pengamatan. Seluruh aspek manajemen alat medis sudah memenuhi kriteria pengamatan. Seluruh aspek penanganan alat listrik sudah memenuhi kriteria pengamatan. Tiga dari enam obyek pengamatan aspek keamanan pasien tidak memenuhi kriteria yaitu: a) Pernah terjadi peristiwa kehilangan barang pribadi milik pasien, b) Line telepon 24 jam darurat tidak selalu tersambung dan tidak ada petugas yang standby 24 jam menerima telepon. c) Ruang pusat informasi pasien tidak diaga dan terlindungi kerahasiaannya dengan baik. Seluruh aspek penggunaan lemari penyimpanan yang di amati belum memenuhi kriteria : a) Makanan, vaksin, dan obat tidak disimpan terpisah di lemari pendingin yang berbeda. b) Setiap lemari penyimpanan tidak diberi label informasi bahan, tanggal kadaluwarsa (sistem dot warna), dan cara penyimpanan (suhu, warna, spesimen). c) Lemari penyimpanan tidak dibersihkan secara berkala sesuai jadwal. Seluruh aspek manajemen obat memenuhi kriteria pengamatan.

6.3. Pemetaan Budaya RSIA Tumbuh Kembang

Berdasarkan data yang didapat melalui wawancara mendalam peneliti kemudian memetakan kondisi budaya keselamatan pasien saat ini ke dalam kerangka nilai budaya organisasi. Dari temuan diatas, dapat dipetakan budaya keselamatan pasien yang selama ini dianut oleh pegawai RSIA Tumbuh Kembang berada pada budaya hirarki.



Gambar 6.1. Pemetaan Budaya RSIA Tumbuh Kembang Saat Ini

Budaya keselamatan pasien RSIA Tumbuh Kembang tampaknya mengesampingkan Budaya kelompok, hal ini terlihat dari tidak adanya komitmen bersama dalam menjalankan standar keselamatan pasien, di rumah sakit tidak adanya satu kesepakatan bersama yang mengedepankan keselamatan pasien sebagai dasar tujuan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tidak adanya perhatian terhadap keselamatan bersama terlebih perhatian terhadap keselamatan pasien. Standar keselamatan pasien juga belum didukung oleh moral yang baik dari para pegawai dimana dari hasil wawancara mendalam pegawai lebih mengutamakan kesejahteraan pegawai diatas keselamatan pasien. Didapatkan juga adanya perbedaan kematangan dalam cara berpikir dan cara pandang pegawai terhadap keselamatan pasien, hal ini disebabkan karena belum meratanya upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan pelatihan pegawai, tidak semua pegawai diikutsertakan dalam proses penilaian dan penjaminan mutu rumah sakit.

Situasi kepemimpinan yang berlaku juga belum dapat memfasilitasi pegawai dalam memecahkan masalah keselamatan pasien, terlihat dimana pimpinan hanya memanggil pihak-pihak yang terkait dengan permasalahan tersebut tanpa terlebih dahulu mempelajari akar permasalahannya. Pimpinan dirasakan belum dapat menemukan solusi yang tepat setiap kali ada permasalahan keselamatan pasien terjadi serta belum adanya ketegasan manajer dalam menerapkan suatu kebijakan.

Di RSIA Tumbuh Kembang cenderung berkembang budaya hirarki. Dokumentasi yang menjadi karakteristik budaya hirarki ditekankan dalam pelaporan Kejadian Tak Diinginkan melalui formulir pelaporan KTD. Unsur stabilitas sebagai karakteristik yang kedua terlihat pada jawaban responden dimana lebih dari setengah responden setuju bahwa pengawas/manajer benar-benar menyelidiki masalah keselamatan pasien yang terjadi. Pernyataan tersebut didukung dengan lebih dari setengah responden yang kurang setuju dengan pernyataan tidak semua Kejadian Tidak Diinginkan diselidiki oleh pengawas.

Rumah sakit juga menerapkan kontrol keselamatan pasien yang dilakukan pegawai melalui pembentukan panitia keselamatan yang bertanggung jawab menjaga keselamatan pasien. Kesenambungan berjalannya standar keselamatan pasien ditunjukkan dengan diadakannya rapat triwulanan yang membahas masalah keselamatan pasien secara rutin. Sehingga masalah-masalah yang berhubungan dengan keselamatan pasien dapat termonitor dengan baik.

6.4. Usulan Budaya Keselamatan RSIA Tumbuh Kembang

Dari hasil temuan diatas peneliti akan berusaha merumuskan budaya organisasi yang dapat mendekatkan rumah sakit kepada keselamatan pasien. Dari literatur, didapatkan budaya organisasi yang dapat mencapai situasi keselamatan pasien yang ideal adalah budaya kelompok dan budaya. Budaya kelompok adalah budaya organisasi dimana anggotanya memiliki komitmen bersama, saling memperhatikan satu sama lain, memiliki moral dan akhlak yang baik, bersedia berpartisipasi dalam mewujudkan tujuan organisasi, jujur dalam bersikap serta terbuka dalam menerima kritik dan saran yang membangun. Sedangkan dalam budaya berkembang dapat ditemukan dimana setiap individu terus berusaha untuk berinovasi, dimana setiap sumber daya yang ada terus digali agar organisasi dapat terus bertumbuh dan berkembang dengan mendapat dukungan baik dari dalam maupun dari luar organisasi.

Orientasi fleksibilitas yang terdiri dari budaya kelompok dan budaya berkembang berdampak langsung terhadap keselamatan pasien. Sedangkan orientasi kontrol yang terdiri dari budaya rasional dan budaya hirarki berdampak tidak langsung dimana dibutuhkan manajemen pengetahuan terhadap budaya keselamatan pasien dalam mewujudkannya.

Untuk mencapai keselamatan pasien, dibutuhkan komunikasi terbuka, kerja tim, dan dukungan lingkungan, yang merupakan karakter dari budaya kelompok. Peningkatan keselamatan pasien juga memerlukan perubahan organisasi, inovasi, dan keberanian mengambil resiko yang merupakan elemen dari budaya berkembang. (Singer et al, 2009) Sebaliknya meskipun budaya hirarki dan budaya rasional fokus pada hasil yang membantu dalam pemeriksaan kesalahan, dan prosedur keselamatan lainnya, ada elemen lain yang tidak sesuai dengan tujuan positif keselamatan pasien. Disamping itu budaya hirarki menghambat komunikasi dan keterbukaan untuk menunjang perubahan. Budaya rasional yang menitikberatkan pada hasil dan pencapaian dapat membawa organisasi untuk fokus kepada produksi dan efisiensi sebagai penghamburan unsur keselamatan. (Singer et al. 2009).

Dari hasil wawancara mendalam, kuesioner yang telah disebar, serta observasi dengan checklist maka peneliti berusaha menemukan budaya keselamatan pasien rumah sakit yang sesuai dengan kondisi rumah sakit dan disesuaikan dengan literatur. Disimpulkan bahwa untuk mencapai standar keselamatan yang baik di rumah sakit, dibutuhkan budaya keselamatan itu sendiri, komunikasi terbuka, kerja tim, dan dukungan lingkungan, yang merupakan karakter dari budaya kelompok. Peningkatan keselamatan pasien juga memerlukan perubahan organisasi, inovasi, dan keberanian mengambil resiko yang merupakan elemen dari budaya berkembang.

Safety

Diharapkan setiap pegawai selalu mengutamakan unsur keselamatan dalam setiap pekerjaan. Pengetahuan akan keselamatan pasien telah dimiliki pegawai. Terbukti dengan lebih dari setengah responden yang diteliti mempunyai pengetahuan dan motivasi baik tentang keselamatan pasien. Dengan bekal pengetahuan dan motivasi yang baik maka pegawai dapat diarahkan untuk mencapai suatu ketanggapan keselamatan pasien.

Good Communication

RSIA Tumbuh Kembang memiliki potensi yang baik dalam memajukan keterbukaan komunikasi pegawainya terbukti dengan dua per tiga dari responden yang diteliti memiliki

memiliki komunikasi baik. Maksud dari komunikasi penting adalah para pegawai memandang serius setiap informasi pasien yang didapatkan. Bersedia untuk saling berinteraksi satu sama lain dalam tata laksana pelayanan pasien dengan memperhatikan kondisi tiap-tiap unit, terbuka dan bertanggungjawab dalam memberikan dan menerima informasi asuhan pelayanan pasien, serta dapat memilah informasi yang patut dan tidak patut untuk diinformasikan kepada pasien.

Team Work

Dari hasil kuesioner juga didapatkan bahwa lebih dari setengah distribusi responden yang diwawancara memiliki kerja tim yang baik meskipun dari hasil wawancara mendalam didapatkan bahwa tiap unit dirumah sakit belum memiliki komitmen bersama demi keselamatan pasien. Kerja tim yang baik memerlukan partisipasi dari seluruh pegawai untuk itu perlu dihapuskan sikap egois dan mau menang sendiri. Tiap pegawai harus mau terbuka menerima kritik dan saran dari orang lain. Antar unit juga memperhatikan kondisi kerja unit yang lain sehingga dengan sendirinya berusaha mengerti dan mengimbangi kebutuhan unit yang lain.

Home Sweet Hospital

Dengan menciptakan kondisi lingkungan yang aman dan nyaman otomatis baik pegawai maupun pasien merasa betah untuk berkunjung ke rumah sakit. Dari hasil observasi didapatkan bahwa kondisi lingkungan rumah sakit mendukung terciptanya standar keselamatan yang baik, terbukti dari hasil observasi dengan checklist dimana rumah sakit memiliki sistem pencegahan kebakaran yang cukup baik, Sistem kontrol infeksi yang terlaksana dengan baik, kontrol life saving yang sudah baik, kondisi ruangan dan peralatan yang memadai, sistem pengamanan bahan-bahan berbahaya , manajemen alat medis, penanganan alat listrik, dan manajemen obat yang teratur. Rumah sakit harus dapat melibatkan seluruh pegawainya untuk menjaga keamanan dan kenyamanan rumah sakit. Selain itu juga harus memperhatikan kebutuhan pegawainya akan keamanan dan kenyamanan bekerja dirumah sakit. Diharapkan dengan kondisi lingkungan yang nyaman, setiap pegawai mampu bekerja maksimal dan para pasien merasa betah berkunjung kerumah sakit.

Better Everyday

RSIA Tumbuh Kembang memiliki potensi untuk berkembang. Terlihat dari hasil wawancara dengan kuesioner lebih dari setengah distribusi responden memiliki pengetahuan

keselamatan pasien yang baik, lebih dari setengah responden memiliki sikap keselamatan pasien yang baik, dan lebih dari setengah responden memiliki motivasi yang baik terhadap keselamatan pasien, serta lebih dari setengah responden sudah memiliki kompetensi yang baik yang dapat menunjang keselamatan pasien.

6.5. Hasil konfirmasi usulan pengembangan model budaya keselamatan pasien

Selanjutnya penulis mengusulkan rancangan pengembangan model budaya keselamatan pasien kepada perwakilan unsur pegawai RSIA Tumbuh Kembang melalui diskusi kelompok terarah. Diskusi ini bertujuan hendak mengetahui respon informan terhadap model budaya keselamatan pasien yang diusulkan peneliti serta mengetahui sasaran-sasaran yang hendak ditekankan melalui pengembangan model budaya keselamatan pasien yang baru tersebut.

Tabel 6.5. Karakteristik Informan Diskusi Kelompok Terarah

No.	Jabatan Informan	Pendidikan Terakhir	Umur	Jenis Kelamin	Lama Bekerja
1.	Direktur utama	Spesialis	68 th	Laki-laki	15 th
1.	Manajer Umum dan Keuangan	S1	37th	Laki-laki	10 th
2.	Kepala Instalasi Gawat Darurat	Dokter	35 th	Laki-Laki	10 th
3.	Kepala Instalasi Rawat Jalan	AMK	33 th	Perempuan	8 th
4.	Staff Rekam Medik	D3	29 th	Perempuan	3 th

Safety

Sekarang ini upaya pelayanan kesehatan tidak berorientasi kepada dokter saja melainkan berpusat kepada kesembuhan pasien. Dokter tidak lagi dapat bertindak sesuka hati tanpa memperhatikan kebutuhan pasien. Setiap tindakan pegawai diharapkan ditujukan kepada kesembuhan dan keselamatan pasien. Dengan budaya *Safety* diharapkan setiap pegawai selalu mengutamakan unsur keselamatan dalam setiap pekerjaan. Dengan berbekal pengetahuan dan motivasi yang baik maka pegawai dapat diarahkan untuk mencapai suatu ketanggapan keselamatan pasien.

Dalam diskusi kelompok terarah seluruh peserta diskusi menyetujui pentingnya budaya *safety* sebagai budaya utama dalam mewujudkan standar keselamatan pasien yang

optimal. Disadari bahwa masih berkembangnya *blamming culture* diantara para pegawai. Oleh sebab itu diharapkan budaya *safety* yang hendak dikembangkan nanti dapat menghapus rasa takut pegawai terhadap hukuman. Disepakati pula agar proses penyelesaian masalah keselamatan pasien di rumah sakit diselesaikan dengan penyelidikan akar masalah dan bukan dengan mencari kesalahan-kesalahan pihak-pihak yang terkait.

Penetapan sistem pelaporan kejadian tidak diinginkan dirasakan tidak menyelesaikan masalah keselamatan pasien karena diakui tidak semua kejadian tidak diinginkan berani dilaporkan secara jujur oleh pegawai kepada pimpinan. Untuk itu disepakati untuk lebih fokus terhadap penemuan bahaya yang mengancam keselamatan pasien dibandingkan dengan penemuan dan pelaporan kejadian tak diinginkan di rumah sakit.

Good Communication

Komunikasi yang baik menjadi elemen kunci terciptanya standar keselamatan pasien yang optimal. Dengan komunikasi yang baik proses penyaluran informasi dapat berjalan dengan lancar. Komunikasi yang baik dibutuhkan unsur sistem komunikasi, transmisi, serta penerimaan yang baik. Untuk itu di dalam diskusi kelompok ditekankan adanya sosialisasi pengetahuan dan keterampilan yang merata bagi setiap pegawai rumah sakit dengan demikian para pegawai memiliki pandangan yang tepat dan seragam dalam menerima informasi kondisi pasien

Kejelasan dan kesinambungan informasi antar pegawai dipandang penting dalam tata laksana pelayanan pasien. Dalam diskusi kelompok disadari bahwa informasi pasien yang penting kadang hilang saat pergantian shift, sistem rekam medis yang masih ditulis secara manual juga dapat menjadi potensi timbulnya masalah dikemudian hari. Perbaikan fasilitas dan sistem informasi memerlukan biaya yang tidak sedikit, penyegaran pengetahuan dan keterampilan serta kesediaan dari para pegawai sendiri. Karena itu dengan budaya *good communication* diharapkan para pegawai mampu memanfaatkan dan memaksimalkan sistem yang sudah ada. Setiap unit diharapkan berkomitmen untuk dapat memberikan informasi sebaik-baiknya kepada pasien sesuai dengan tugas dan tanggungjawabnya.

Team Work

Peserta diskusi menyetujui pentingnya kerja tim dalam menjaga keselamatan pasien. Kerja tim yang baik diperlukan rasa solidaritas yang tinggi diantara pegawai. Selama ini budaya yang berkembang diantara para pegawai adalah *blamming culture* para pegawai cenderung menyoroti setiap kesalahan yang diperbuat oleh teman sekerjanya. Dengan ditetapkannya *team work* sebagai elemen kunci budaya rumah sakit diharapkan karyawan sebagai satu keluarga tidak lagi saling menyalahkan. Suatu permasalahan yang terjadi menjadi tanggungjawab seluruh pegawai. Antar unit dalam rumah sakit pun tidak lagi bekerja sendiri-sendiri tetapi mampu berkolaborasi satu sama lain dengan baik dalam memberikan pelayanan pasien yang berkualitas.

Home sweet hospital

Dalam diskusi kelompok terarah disadari bahwa rumah sakit sebagai pusat pelayanan kesehatan bagi pasien memiliki potensi yang dapat mengancam bahaya dan keselamatan pasien. Sistem pelayanan yang kompleks, tatalaksana terapi dan pengobatan yang memerlukan ketelitian dan keakuratan yang tinggi, bahan-bahan dan alat-alat medis yang berpotensi menyebarkan infeksi, serta sarana dan prasarana penunjang yang menggunakan bahan-bahan intervensif.

Peserta diskusi menanggapi positif pentingnya budaya *home sweet hospital*. Dengan elemen budaya ini diharapkan dapat dikembangkan rasa saling memiliki diantara pegawai. Dengan adanya rasa saling memiliki otomatis para pegawai berusaha untuk mereduksi segala potensi bahaya yang ada dirumah sakit. Dengan budaya ini para pegawai diharapkan menjadi lebih peduli dalam menjaga keamanan dan kenyamanan lingkungan rumah sakit.

Para pegawai berusaha menjaga dan memelihara penggunaan alat-alat rumah sakit serta bersedia aktif melaporkan apabila menemukan kondisi sarana dan prasarana yang dapat membahayakan keselamatan pasien. Para pegawai diharapkan untuk bekerja sesuai dengan standar prosedur yang telah ditetapkan untuk menghindari kesalahan dan keluhan pasien. Bahan-bahan infeksius dan berpotensi menyebarkan penyakit diperlakukan secara khusus bahkan untuk hal-hal kecil seperti alat-alat kebersihan yang digunakan sendiri supaya dibersihkan pula secara berkala dan rutin diganti sesuai jadwal peremajaan alat.

Faktor kebiasaan dimanfaatkan untuk mereduksi kesalahan dan keteledoran yang terjadi dengan menanamkan kebiasaan positif dalam tata laksana perawatan pasien. Tegur,

senyum, sapa dapat menjadi kebiasaan yang positif untuk identifikasi pasien dalam tata laksanakan perawatan. Kebiasaan tersebut juga dapat menjadi panduan bagi pasien dalam menghadapi sistem pelayanan yang kompleks. Keramahan pegawai memberikan keterbukaan sehingga pasien tidak ragu untuk bertanya dalam memahami proses dan alur pelayanan rumah sakit.

Better Everyday

Pegawai rumah sakit sebagai satu individu memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing. Untuk mewujudkan pertumbuhan dan perkembangan rumah sakit yang positif yang dapat menunjang standar keselamatan yang optimal dibutuhkan dukungan untuk menggali sumberdaya dan potensi yang dimiliki para pegawai. Seluruh peserta diskusi sangat mendukung dikembangkannya budaya berkembang di rumah sakit. Dalam menyingkapi kekurangan pegawai dalam melakukan kesalahan diharapkan pimpinan memandang bukan sebagai suatu kendala melainkan potensi untuk meningkatkan kualitas pelayanan, mendidik pegawai untuk tidak mengulangi kesalahan dan menyajikan standar pelayanan yang lebih teliti dan lebih baik. Peserta diskusi mengharapkan dukungan dari pimpinan dan pandangan positif dari para pegawai untuk dapat menginspirasi pegawai dalam bekerja, menawarkan imbalan dan hukuman yang sesuai dengan kesepakatan bersama dengan para pegawai, menstimulasi pegawai dalam mengembangkan hal-hal yang positif, dan dapat memberi pertimbangan yang kritis dalam menetapkan tujuan dan keputusan. Secara singkat hasil kesepakatan model budaya keselamatan pasien dapat dibuat ke dalam matriks berikut :

Tabel 6.6. Hasil Kesepakatan Diskusi Kelompok Terarah Model Budaya Keselamatan Pasien RSIA Tumbuh Kembang 2012

NO.	BUDAYA	ELEMEN KUNCI	SASARAN
1.	Keselamatan	<i>Safety</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien sebagai pusat pelayanan, kesembuhan dan keselamatan pasien menjadi prioritas utama pelayanan. • Pendekatan tanpa menghukum dan penyelidikan akar masalah apabila ada kejadian tak diinginkan terjadi di rumah sakit. • Fokus pada bahaya yang dapat mengancam

			keselamatan pasien dan bukan pada temuan kejadian tak diinginkan.
2.	Budaya kelompok	<i>Good Communication</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi pengetahuan dan keterampilan yang merata bagi setiap pegawai rumah sakit. • Segala informasi rumah sakit, pengobatan dan perawatan pasien diinformasikan secara jelas dan berkesinambungan oleh setiap petugas rumah sakit kepada pasien sebagai pusat upaya keselamatan pasien.
		<i>Team Work</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pegawai rumah sakit sebagai satu keluarga dengan satu tujuan tata laksana pelayanan kesehatan yang terbaik bagi pasien. • Kepedulian dan kesediaan saling membantu agar kekurangan dalam satu unit tidak menjadi kelemahan bagi seluruh rumah sakit. • Kemampuan berkolaborasi dalam mencegah dan mengatasi timbulnya konflik pasien.
		<i>Home sweet hospital</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rasa saling memiliki sehingga tiap individu di RS bersedia menjaga keamanan dan memberikan pelayanan yang baik demi keamanan dan kenyamanan. • Tegur, senyum, sapa menjadi dasar dalam berinteraksi dengan sesama pegawai, pasien, dan keluarga pasien di rumah sakit. • Kepedulian bersama mewujudkan rumah sakit sebagai tempat yang bebas dari bencana. • Tata laksana sesuai dengan standar prosedur operasional untuk mewujudkan kesembuhan pasien.
3.	Budaya berkembang	<i>Better Everyday</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Menggali sumber daya insani pegawai dengan segala potensi yang dimiliki. • Kesalahan dipandang bukan sebagai kendala melainkan sebagai potensi untuk meningkatkan kualitas menjadi lebih baik. • Semangat untuk memperbaiki diri dengan berani menerima kritik dan saran yang membangun.

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan Penelitian

Sebelum penulis membahas hasil penelitian yang telah diperoleh, ada baiknya membahas terlebih dahulu keterbatasan dari penelitian yang dilaksanakan.

- Penelitian ini terdiri dari dua metode pengumpulan data. Metode pertama dengan wawancara mendalam yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran budaya keselamatan pasien yang selama ini terapkan di RSIA Tumbuh Kembang. Metode kedua yaitu wawancara dengan kuesioner untuk mengumpulkan informasi variabel - variabel yang membangun budaya keselamatan pasien. Karena belum ada acuan yang baku tentang pengembangan model budaya keselamatan pasien, maka dilakukan pengkombinasian beberapa variabel dari literatur yang berbeda. Pertimbangan dari pemilihan variabel disesuaikan dengan situasi budaya keselamatan pasien yang ada di RSIA Tumbuh Kembang sehingga metode tersebut belum tentu dapat diterapkan di rumah sakit lain. Dalam variabel lingkungan meskipun di beberapa literatur menyarankan untuk melakukan studi terhadap lingkungan eksternal dan internal, namun karena keterbatasan waktu dan dana peneliti hanya menggali gambaran lingkungan secara internal rumah sakit.
- Dari 134 jumlah responden minimal yang direncanakan ternyata hanya 118 responden saja yang jawaban kuesioner dapat diikutkan ke dalam penelitian, hal ini disebabkan karena: a) Tidak bersedia untuk mengisi kuesioner, b) Menolak jawaban kuesionernya untuk diikutkan kedalam penelitian, c) Tidak bersedia untuk menjawab sebagian dari pertanyaan dalam kuesioner yang telah diberikan. Oleh karena itu terdapat kemungkinan tidak terpotretnya kondisi sebenarnya yang dialami oleh seluruh pegawai RSIA Tumbuh Kembang. Keterbatasan ini diatasi dengan diskusi kelompok terarah dengan melihat tanggapan peserta diskusi dalam pelaporan hasil penelitian dan pengajuan usulan pengembangan model budaya keselamatan pasien yang baru.
- Terdapat sedikit ketidaksesuaian informasi yang didapat, hal ini kemungkinan dikarenakan oleh: a) Terdapatnya jawaban yang bersifat subyektif yang melibatkan perasaan pribadi informan dalam wawancara mendalam, b) Tidak tepatnya sasaran jumlah responden yang diharapkan dalam wawancara dengan kuesioner sehingga ada

kemungkinan beberapa responden yang jawabannya tidak terwakilkan. Kendala tersebut berusaha diatasi penulis dengan melakukan dua metode penelitian yaitu kualitatif melalui wawancara mendalam dan kuantitatif dengan kuesioner sehingga didapatkan informasi-informasi yang mungkin dapat melemahkan, memperkuat, menambahkan, atau mereduksi informasi yang didapat dari masing-masing metode.

7.2. Pembahasan Hasil Penelitian

7.2.1. Faktor Individu

Dari hasil wawancara dengan kuesioner didapatkan informasi bahwa distribusi responden yang memiliki pengetahuan baik relatif sama dengan responden yang memiliki pengetahuan kurang baik. Dalam segi sikap pegawai terhadap keselamatan pasien juga didapatkan relatif sama antara responden yang memiliki sikap baik dengan responden yang memiliki sikap yang kurang baik terhadap keselamatan pasien. Demikian pula dalam hal motivasi didapatkan bahwa distribusi responden yang memiliki motivasi baik relatif sama dengan responden yang memiliki motivasi kurang baik. Dari keempat variabel individu, distribusi responden dalam variabel kompetensi ada sedikit perbedaan dimana hampir dua per tiga responden memiliki kompetensi baik.

Pegawai RSIA masih memiliki potensi yang baik untuk menunjang terciptanya model budaya keselamatan pasien yang diusulkan. Meskipun tidak menutup kemungkinan perlu adanya perhatian peningkatan pengetahuan, keterampilan, sikap, dan motivasi pegawai dalam rangka mencapai standar keselamatan pasien yang ideal. Segi kompetensi pegawai yang dipandang sudah cukup baik perlu dipertahankan melalui sistem rekrutmen pegawai yang terorganisir, melalui seleksi yang ketat dengan kriteria yang jelas dan tegas. Penyegaran kompetensi pegawai juga perlu dilakukan secara berkala dengan pendidikan dan pelatihan yang sesuai dengan bidang kerja masing-masing pegawai.

7.2.2. Faktor Organisasi

Gambaran segi organisasi pegawai RSIA Tumbuh Kembang tidak jauh berbeda dengan segi individual. Dalam hal kepemimpinan manajer jumlah responden yang menjawab bahwa gaya kepemimpinan yang ditunjukkan oleh manajer baik tidak jauh beda dengan yang menjawab kurang baik. Kerja tim yang dirasakan baik oleh responden tidak jauh beda dengan yang beranggapan bahwa kerja tim yang sudah berjalan di rumah sakit masih kurang baik. Jumlah responden yang memandang bahwa kepemimpinan tim yang mereka rasakan baik juga tidak jauh berbeda dengan responden yang menganggap bahwa kepemimpinan tim yang

ditunjukkan masih kurang baik. Dalam variabel kewaspadaan situasi lebih dari dua per tiga responden yang menjawab bahwa mereka sudah memiliki kewaspadaan situasi yang baik. Dalam hal pengambilan keputusan ditemukan bahwa jumlah responden yang menilai sistem keputusan yang diterapkan di rumah sakit susah baik tidak jauh beda dengan yang mengatakan bahwa sistem pengambilan keputusan yang ada masih kurang baik. Demikian juga dalam segi kelelahan, responden yang merasakan bahwa situasi kelelahan kerja yang mereka rasakan tidak melelahkan tidak jauh beda dengan yang menjawab melelahkan. Sedangkan dalam segi stress kerja hampir tiga per empat responden yang menjawab baik. Itu artinya bahwa sebagian besar pegawai mengalami tingkat stress yang rendah dalam bekerja di RSIA Tumbuh Kembang.

Ada potensi yang baik dalam segi organisasi untuk mengembangkan model budaya keselamatan pasien di RSIA Tumbuh Kembang. Namun usaha tersebut masih harus didukung dengan usaha memperbaiki gaya kepemimpinan manajer, dimana gaya kepemimpinan yang sesuai dalam manajemen keselamatan pasien adalah gaya kepemimpinan transaksional. Dimana pemimpin menawarkan insentif dan hukuman sesuai dengan kesepakatan bersama dengan para pegawai. Pemimpin yang transaksional diharapkan adalah orang yang karismatik, dapat menginspirasi pegawai dalam bekerja, menstimulasi pegawai untuk mengembangkan hal-hal yang positif, dan dapat memberikan pertimbangan yang kritis dalam menetapkan tujuan dan mengambil setiap keputusan. Model budaya keselamatan pasien yang baru diharapkan lebih menekankan pentingnya kerja tim dalam pelayanan kepada pasien karena hampir semua pelayanan di rumah sakit dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu dalam setiap pekerjaannya. Pemimpin tim sebagai manajer di garis depan diharapkan lebih mampu bertanggungjawab terhadap penyelesaian tugas, menjaga keamanan pasien dan pekerjaan setiap anggota serta mampu memenuhi kebutuhan demi kelangsungan kerja anggotanya

7.2.3. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan penelitian diteliti dengan observasi menggunakan checklist. Dalam observasi tersebut diteliti situasi dan kondisi : pencegahan kebakaran, kontrol infeksi, kontrol life saving, ruangan dan peralatan, pengamanan bahan-bahan berbahaya, manajemen alat medis, penanganan alat medis, keamanan pasien, penggunaan lemari penyimpanan, dan manajemen obat. Dari hasil observasi didapatkan bahwa kondisi lingkungan rumah sakit mendukung terciptanya standar keselamatan yang baik, terbukti dari hasil observasi dengan checklist dimana rumah sakit memiliki sistem pencegahan kebakaran yang cukup baik, Sistem kontrol infeksi yang terlaksana dengan baik, kontrol life saving yang sudah baik,

kondisi ruangan dan peralatan yang memadai, sistem pengamanan bahan-bahan berbahaya, manajemen alat medis, penanganan alat listrik, dan manajemen obat yang teratur. Namun demikian ada dua unsur yang masih belum dalam keadaan yang baik yaitu keamanan pasien yang mana pernah terjadi kehilangan barang pribadi milik pasien, belum ada petugas unit gawat darurat yang stand by 24 jam untuk menjawab panggilan gawat darurat, dan ruangan pusat informasi pasien belum terjaga dan terlindungi kerahasiaannya dengan baik. Unsur kedua yang belum tertata dengan baik adalah penggunaan lemari penyimpanan, yang mana makanan, vaksin, dan obat masih belum disimpan terpisah di lemari pendingin yang berbeda, belum ada pelabelan di setiap lemari penyimpanan, dan lemari penyimpanan belum dibersihkan secara berkala.

Oleh karena itu diperlukan informasi yang jelas mengenai aturan dan tata tertib rumah sakit sebelum pasien dirawat baik rawat inap maupun rawat jalan. Perlu adanya pertimbangan baru untuk menempatkan alat komunikasi telepon di dekat petugas jaga. Mengoptimalkan fungsi *nurse station* merubah tata letak meja perawat, lemari penyimpanan agar lebih tertutup dan jauh dari jangkauan pasien. Perlu adanya sosialisasi SOP tentang tatacara penggunaan lemari penyimpan, menjalankan sistem pelabelan, dan membuat jadwal pembersihan lemari penyimpanan.

7.2.4. Usulan model budaya keselamatan pasien RSIA Tumbuh Kembang

Safety

Melalui pemetaan budaya didapatkan bahwa di RSIA Tumbuh Kembang berkembang budaya hirarki dimana ditekankan adanya stabilitas, kontrol, dokumentasi, dan kesinambungan. Budaya hirarki dibangun bukan berdasarkan keselamatan melainkan oleh ketakutan akan disalahkan atau *blaming culture*. Ketakutan akan proses pengawasan, teguran, dan sanksi disiplin. Ketakutan akan menimbulkan kelelahan terhadap perasaan was-was, keenganan untuk berbicara, dan ketidakpercayaan individu dan kelompok yang berakhir pada kegagalan komunikasi dan kerja tim. Hal ini akan menciptakan banyak konflik diantara pegawai sehingga kehilangan kesempatan untuk belajar, berubah, dan berkembang. Keadaan ini selain tidak menguntungkan situasi kerja di rumah sakit tapi juga berimbas pada kerugian pelayanan kepada pasien. Apabila situasi tersebut berlanjut terus akan berakibat pada hilangnya kepercayaan, kelelahan berkepanjangan, serta konflik yang semakin keruh yang menimbulkan budaya tidak sehat. Untuk itu dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dibutuhkan perubahan budaya yang dapat meningkatkan mutu keselamatan pasien.

Dari hasil wawancara dengan kuesioner memang didapatkan bahwa sebagian besar pegawai sudah memiliki pengetahuan dan motivasi yang relatif sama antara yang berpengetahuan baik maupun yang berpengetahuan kurang baik. Hal ini didukung oleh hasil wawancara mendalam dimana salah satu informan menyatakan bahwa pengetahuan dan keterampilan pegawai terhadap keselamatan pasien masih kurang sehingga kesadaran dan ketanggapan terhadap keselamatan pasien masih rendah. Melihat kesamaan hasil penelitian melalui dua metode pengumpulan data, peneliti menilai tetap perlunya budaya *Safety* yang dapat disepakati dan diterima oleh seluruh pegawai RSIA Tumbuh Kembang. Budaya *Safety* disini dimaksudkan adalah pendekatan tanpa menghukum dimana dilakukan penyelidikan akar masalah dan fokus terhadap bahaya sebelum suatu kecelakaan terjadi.

Good Communication

Pelayanan kesehatan yang aman dan efektif membutuhkan komunikasi antara individu dengan berbagai macam aturan, kemampuan, pengalaman, dan pandangan. Beberapa masalah terkait informasi yang menjadi potensi negatif di RSIA Tumbuh Kembang adalah kualitas informasi dalam rekam medis dimana sistem penulisan dan pelaporannya masih secara tulisan, pelaporan kejadian dan laporan kasus yang belum rutin dilaksanakan, kendala dalam menyalurkan informasi antar unit dimana masih ada responden dalam penelitian yang menyatakan bahwa sering terjadi masalah sewaktu operan antar unit. Bahkan dalam satu unit pun komunikasi masih menjadi salah satu kendala dimana masih ada responden yang menyatakan bahwa informasi perawatan pasien yang penting seringkali hilang saat pergantian shift. Struktur organisasi yang hirarkis juga menjadi kendala dalam berkomunikasi dibuktikan dengan masih ada responden yang menyatakan kurang setuju dengan pernyataan : kami mendapat umpan balik positif apabila ada suatu kejadian yang dilaporkan dan pernyataan bahwa: setiap masalah pasien yang terjadi di rumah sakit selalu didiskusikan bersama dan dicari jalan keluarnya.

Komunikasi adalah inti dari masalah dan penyelesaiannya. Komunikasi penting untuk menjaga pengetahuan pegawai akan strategi keselamatan. Masalah seringkali berasal dari komunikasi yang tidak efektif yang berasal dari kurangnya pengetahuan. Komunikasi efektif dan kolaborasi tidak hanya semata-mata berkaitan dengan tehnik atau menjadi pendengar yang baik, atau anggota tim yang berkualitas saja namun kemampuan berkomunikasi dan perilaku komunikasi yang baik sangatlah penting sebagai bagian dari budaya.

Team Work

Rumah sakit adalah sistem multilevel yang kompleks yang memberikan layanan dalam bidang kesehatan. Pelayanan kesehatan melibatkan berbagai macam individu dengan pribadi masing-masing yang berinteraksi untuk dapat mewujudkan kesehatan pasien serta integritas diri pasien. Disini dibutuhkan suatu kolaborasi yang mantap antar pegawai rumah sakit untuk meningkatkan strategi pelayanan kesehatan dan peningkatan standar keselamatan pasien. Di rumah sakit kesalahpahaman dan konflik yang terjadi melibatkan berbagai unit pelayanan dan terjadi diberbagai tingkat pelayanan dalam waktu yang bersamaan. Proses pencegahan dan mengatasi konflik membutuhkan kemampuan struktural dalam berkomunikasi dan berkolaborasi. Namun demikian proses mitigasi dan menjaga kekompakan lebih penting dalam menghindari konflik daripada harus mencari penyelesaian masalahnya. Dengan demikian cara terbaik dalam menghadapi kesulitan adalah keterlibatan bersama dalam mencari penjelasan dan memecahkan masalah. Dengan bekerja sebagai satu keluarga besar, diharapkan konflik yang terjadi dapat terpecahkan seiring dengan berkembangnya semangat kebersamaan, dan lunturnya sikap egois individual pegawai.

Home Sweet Hospital

Rumah sakit merupakan lingkungan yang berhubungan erat dengan proses manajemen perawatan, proses terapi pengobatan, penggunaan alat-alat medis dan diagnosis, faktor lingkungan, standar pemberian, penyimpanan, dan distribusi obat. Faktor-faktor tersebut mempengaruhi proses pengobatan yang diberikan dan diterima pasien dimana hal tersebut memegang peranan penting dalam kesehatan dan keselamatan pasien, efisiensi perawatan, efektifitas perawat, dan moral pegawai. Usaha menciptakan lingkungan rumah sakit yang nyaman tidak harus dengan melakukan perubahan bentuk fisik dan bangunan rumah sakit, masalah tersebut dapat diimbangi dengan usaha pegawai untuk bekerja secara total memberikan pelayanan yang optimal demi kenyamanan pasien, dan menjaga situasi keamanan di rumah sakit. Menciptakan suasana hangat terhadap pasien dapat memberikan kesan baik dalam diri pasien terhadap rumah sakit. Tidak kalah pentingnya adalah kepedulian pegawai terhadap bahaya rumah sakit yang mungkin dapat mengancam kelancaran interaksi baik pegawai maupun pasien. Dengan peran aktif dari pegawai, manajemen mendapat masukan positif dalam berupaya memperbaiki keberadaan sarana dan prasarana rumah sakit, melakukan langkah-langkah perbaikan yang penting, dan menyediakan sarana penunjang demi menjaga keselamatan pasien. Antara pihak manajemen dan pegawai harus saling menunjang dan berinteraksi dengan baik demi satu tujuan yaitu terwujudnya kesembuhan

pasien yang optimal dan mengindarkan diri dan pasien dari segala aspek yang dapat mengancam keselamatan.

Better everyday

Rumah sakit adalah contoh klasik proses adaptasi yang kompleks. Rumah sakit adalah suatu sistem yang mudah untuk melakukan kesalahan-kesalahan yang mendasar, namun akan menjadi suatu potensi bilamana kesalahan tersebut merangsang para pegawainya untuk berinovasi bagaimana menciptakan kondisi yang ideal. Mendukung dan mendorong pegawai untuk berkreasi dan berani mengambil resiko menjadi tugas dan tanggungjawab bersama.

Kemampuan suatu organisasi untuk beradaptasi, berkreasi, dan berinovasi dalam menciptakan langkah-langkah peningkatan standar keselamatan pasien tergantung bagaimana mereka berbagi dan belajar dari informasi internal keselamatan pasien yang dilaporkan serta kesediaan untuk menerima informasi dan belajar dari kondisi yang dialami baik dilingkungan sekitar rumah sakit maupun di rumah sakit lain. Oleh karena itu dibutuhkan mekanisme untuk berbagi informasi dan berinovasi yang didukung oleh manajemen rumah sakit. Mekanisme tersebut harus dapat memfasilitasi sistem pelaporan kesalahan yang dipandang sebagai kesempatan untuk belajar dan bukan ajang untuk mencari kesalahan, meningkatkan kewaspadaan bersama terhadap terjadinya kesalahan, mengidentifikasi masalah utamanya serta menemukan solusi yang potensial untuk mengatasi masalah tersebut.

Namun demikian tanpa adanya umpan balik dari pasien sebagai pusat dari upaya mewujudkan standar keselamatan pasien yang optimal hal tersebut kurang bermanfaat untuk mengambil langkah perubahan. Untuk itu perlu adanya upaya mengenali dan menerjemahkan keinginan dan kebutuhan pasien ke dalam proses pembelajaran untuk mengambil langkah-langkah upaya peningkatan mutu keselamatan pasien.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian melalui wawancara mendalam dapat dilihat pola dasar asumsi, nilai, dan keyakinan bersama yang menjadi acuan cara berpikir dan bertindak pegawai dalam menghadapi masalah dan peluang keselamatan pasien. Didapatkan bagaimana keselamatan pasien dipandang sebagai unsur yang seyogyanya ada didalam aktivitas sehari-hari rumah sakit. Peningkatan pengetahuan pegawai dipandang penting dalam membangun pola pikir positif pegawai terhadap keselamatan pasien. Memperhatikan keselamatan dan kesejahteraan pegawai juga dinilai perlu untuk dapat mendukung terciptanya keselamatan pasien. Selama ini para pegawai belum memiliki kesepakatan diperlukan informasi yang jelas mengenai aturan dan tata tertib rumah sakit sebelum pasien dirawat baik rawat inap maupun rawat jalan. Namun demikian meskipun belum ada keseragaman budaya para pegawai dipandang memiliki potensi yang baik untuk menjalankan model budaya yang baru yang dapat menunjang standar keselamatan pasien yang baik.
2. Dengan berpedoman pada hasil penelitian diusulkan konsep model budaya keselamatan pasien yang sesuai dan ideal untuk dapat diterapkan di RSIA Tumbuh Kembang adalah sebagai berikut: keselamatan itu sendiri, komunikasi yang baik, kerja tim, ditunjang oleh situasi lingkungan yang baik, serta semangat dan keinginan untuk berkreasi, berinovasi, tanpa takut menghadapi resiko baik eksternal maupun internal.
3. Secara individu dapat disimpulkan bahwa pegawai RSIA masih memiliki potensi yang baik untuk menunjang terciptanya model budaya keselamatan pasien yang diusulkan.
4. Pada Faktor organisasi disimpulkan bahwa ada potensi yang baik dalam segi organisasi untuk mengembangkan model budaya keselamatan pasien di RSIA Tumbuh Kembang. Namun usaha tersebut masih harus didukung dengan usaha memperbaiki gaya kepemimpinan manajer dari gaya kepemimpinan hirarkis menjadi gaya kepemimpinan transformasional, yang merupakan gaya kepemimpinan yang sesuai dalam manajemen keselamatan pasien. Model budaya keselamatan pasien yang

baru diharapkan lebih menekankan pentingnya kerja tim. Pemimpin tim sebagai manajer di garis depan diharapkan lebih mampu bertanggungjawab terhadap penyelesaian tugas, menjaga keamanan pasien dan pekerjaan setiap anggota serta mampu memenuhi kebutuhan demi kelangsungan kerja anggotanya. Kewaspadaan situasi yang dipandang sudah cukup baik perlu dipertahankan dan terus diasah melalui pendidikan dan pelatihan yang berkesinambungan. Sistem pengambilan keputusan yang ada saat ini perlu lebih ditingkatkan dengan penyelidikan akar masalah, dengan pertimbangan yang lebih bijaksana, serta komit terhadap keputusan-keputusan yang telah ditetapkan. Unsur kelelahan kerja juga harus diperhatikan karena kelelahan kerja yang tinggi memiliki potensi negatif dalam mewujudkan standar keselamatan pasien yang ideal.

5. Dari hasil observasi didapatkan bahwa kondisi lingkungan rumah sakit cukup mendukung terciptanya standar keselamatan yang baik. Perlu adanya pertimbangan baru untuk menempatkan alat komunikasi telepon di dekat petugas jaga. Mengoptimalkan fungsi *nurse station* merubah tata letak meja perawat, lemari penyimpanan agar lebih tertutup dan jauh dari jangkauan pasien. Perlu adanya sosialisasi SOP tentang tatacara penggunaan lemari penyimpanan, menjalankan sistem pelabelan, dan membuat jadwal pembersihan lemari penyimpanan bersama dalam mendefinisikan dan menjabarkan budaya keselamatan pasien yang berlaku.

8.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dan didasarkan oleh tinjauan pustaka dan dengan melihat karakteristik pegawai RSIA Tumbuh Kembang, penulis menyarankan agar:

1. Untuk dapat mengimplementasikan usulan model budaya keselamatan pasien, maka perlu dilakukan upaya untuk mewujudkan sasaran dari elemen kunci budaya tersebut. Karena itu pihak manajemen diharapkan dapat memutuskan bentuk dukungan yang dapat memperhatikan kebutuhan dan menjaga kesejahteraan pegawai, kritis dalam menyingkapi segala permasalahan keselamatan pasien yang terjadi di rumah sakit dengan penyelidikan akar masalah, terbuka dalam menerima masukan dan usulan pegawai, serta mendorong kreativitas dan semangat pegawai untuk berinovasi.

2. Terwujudnya komunikasi yang baik diperlukan adanya keterbukaan serta didukung oleh pengetahuan yang menunjang untuk menerima, menyalurkan, dan menyampaikan suatu informasi. Untuk itu disarankan untuk tetap diadakannya pendidikan dan pelatihan yang dapat meningkatkan ketanggapan serta kesadaran menjaga keselamatan serta menunjang terwujudnya standar keselamatan yang baik.
3. Standar keselamatan yang baik tidak dapat terwujud apabila tidak didukung oleh situasi lingkungan yang baik, dari hasil observasi dengan checklist secara umum sudah dapat mendukung terciptanya standar keselamatan pasien yang baik, namun perlu ada perbaikan dan perhatian dalam hal sistem penggunaan lemari penyimpanan. Diperlukan informasi yang jelas mengenai aturan dan tata tertib rumah sakit sebelum pasien dirawat baik rawat inap maupun rawat jalan. Perlu adanya pertimbangan baru untuk menempatkan alat komunikasi telepon di dekat petugas jaga. Mengoptimalkan fungsi *nurse station* merubah tata letak meja perawat, lemari penyimpanan agar lebih tertutup dan jauh dari jangkauan pasien. Perlu adanya sosialisasi SOP tentang tatacara penggunaan lemari penyimpan, menjalankan sistem pelabelan, dan membuat jadwal pembersihan lemari penyimpanan.

Daftar Pustaka

- Azwar, Saifudin. *Reliabilitas dan Validitas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 1997.
- Beckhard, Richard. *Organization Development : Strategy and Models*. New York: Addison-Wesley, 1969.
- Budrevincs, Guna, dan Catherine O'neil. "Changing A Culture with Patient Safety Walkrounds." *Nurturing a Patient Safety Culture*, October 2005.
- Chaff, Linda F. *Safety Guide : For Health Care Institutions*. fifth. USA: American Hospital Association, 1994.
- Flemming, Mark. "Patient Safety Measurement and Improvement: A "How to" Guide." *Healthcare Quarterly*, 2005.
- Geller, E. Scott. *The Psychology of Safety Handbook*. Boca, Raton, London, New York, Washington, D.C.: Lewis Publishers, 2001.
- KARS. *Standar Pelayanan Rumah Sakit, Instrumen Penilaian Akreditasi RS*. Bandung, 2006.
- Kementerian Kesehatan. "Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1691/Menkes/PER/VII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit." t.thn.
- McFadden, Kathleen L., Stephanie C. Henagan, dan Charles R. Gowen. "The Patient Safety Chain: Transformational Leadership's Effect on Patient Safety Culture, Initiatives, Outcomes." *Journal of Operations Management*, 13 Januari 2009: 15.
- McShane, Steve L. *Organizational Behavior: Emerging Realities for the Workplace Revolution*. New York: McGraw-Hill, 2003.
- Mitchell, Lucy. *Human Factor in Patient Safety Review of Topics and Tools*. Report for Methods and and Measures Working, World Health Organization, 2009.
- Notoatmojo, S. *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset, 1993.
- Reiling, John G. "Creating a Culture of Patient safety through Innovative Hospital Design." West Bend: St. Joseph's Hospital, t.thn.

- Robbins, Stephen. *Pola Perilaku Organisasi*. Jakarta: PT Prehallindo, 2001.
- Rozovsky, Fay A., dan James R. Woods, Jr. *The Handbook of Patient Safety Compliance : A Practical Guide for Health Care Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass, 2005.
- RS, KKP. "Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit." Departemen Kesehatan RI, 2006.
- Sampurno, Budi. *Indikator Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. 2007.
- Sexton, John B., et al. "The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research." 3 April 2006: 44.
- Sigit, Soehardi. *Perilaku Organisasi*. Yogyakarta: Bagian Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Sarjanawiyata Tamansiswa, 2003.
- Steven, L., Mc. Shane, dan Marry ann von Glinov. *Organizational Behavior*. Second edition. Mc. Graw- Hill Higher Education, t.thn.
- Sugiyono. *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Method)*. Bandung: Alfabet, 2012.
- Tjakraatmadja, Jann Hidayat, dan Donald Crestofel Lantu. *Knowledge Management dalam Konteks Organisasi Pembelajaran*. Bandung: SBM-ITM, 2006.
- Usman, H. *Metode Penelitian Sosial*. Edisi IV. Jakarta: Bumi Aksara, 2003.
- Yassi, Annalee, dan Tina Hancock. "Patient Safety - Worker Safety : Building a Culture of Safety to Improve Healthcare Worker and Patient Well-Being." *Nurturing a Patient Safety Culture*, October 2005: 32-38.
- Zbroril-Benson, R. Leona, dan Bernice Magee. "How Quality Improvement Projects Influence Organizational Culture." *Nurturing a Patient Safety Culture*, October 2005: 26-31.

Lampiran 1:

Pedoman Wawancara Mendalam
Pengembangan Budaya Keselamatan Pasien yang Sesuai di Rumah Sakit Ibu Anak
Tumbuh Kembang Cimanggis, 2012

ASUMSI

- Bagaimana pandangan saudara dan rekan-rekan saudara terhadap program keselamatan pasien di rumah sakit ini?
- Bagaimana tanggapan saudara dengan diterapkannya program keselamatan pasien di rumah sakit ini?

NILAI

- Menurut pendapat saudara, bagaimana pengaruh program keselamatan pasien bagi pasien, rumah sakit, dan bagi anda sendiri?
- Menurut pendapat saudara seberapa pentingkah program keselamatan pasien di rumah sakit ini?

KEYAKINAN

- Menurut anda bagaimana program keselamatan pasien dijalankan di rumah sakit ini?
- Menurut pendapat saudara apakah rumah sakit ini siap untuk menjalankan program keselamatan pasien?
- Menurut saudara apakah rumah sakit ini mampu menjalankan program keselamatan pasien dengan baik?
- Menurut pendapat saudara bagaimana komitmen para pegawai

Lampiran 2.

**Kuesioner Faktor Individu dan Organisasi Budaya Keselamatan Pasien
RSIA Tumbuh Kembang**

Petunjuk Pengisian kuesioner

1. Mohon partisipasi saudara untuk mengisi kuesioner ini.
2. Kami sangat berterima kasih apabila saudara menjawab sejujur-jujurnya dan menggambarkan kondisi yang sebenar-benarnya sehingga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengembangan model budaya keselamatan pasien.
3. Jawaban saudara hanya untuk keperluan ilmiah dan tidak berpengaruh terhadap penilaian kondite saudara, oleh karena diharapkan kerjasama saudara dengan mengisi kuisisioner ini sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan kondisi yang sebenarnya.

DATA RESPONDEN

Isilah sesuai dengan data pribadi anda :

Nama :
 Umur :
 Jenis kelamin :
 Masa kerja :
 Tingkat pendidikan :
 Unit kerja :

PENGETAHUAN

Petunjuk pengisian :

Berilah penilaian atas masing-masing pernyataan dengan memberi tanda silan (X) pada kolom pilihan sesuai menurut saudara. Dengan penjelasan :

B : Benar
 S : Salah

No.	PERNYATAAN	B	S
1.	Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman bagi pasien.		
2.	KTD/ <i>adverse event</i> merupakan suatu kejadian yang tak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (<i>commission</i>) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (<i>ommission</i>).		
3.	Keselamatan pasien termasuk dalam instrumen standard akreditasi rumah sakit.		
4.	Keselamatan pasien adalah tugas dan tanggungjawab dokter dan perawat saja.		
5.	Kejadian Tak Diinginkan (KTD) didiskusikan dan dianalisis penyebab masalahnya supaya tidak terulang lagi.		
6.	Setiap keluhan dan perubahan kondisi pasien adalah hal biasa sehingga tidak perlu didokumentasikan		
7.	KTD dicatat pada form pelaporan KTD serta dilaporkan secara berkala.		
8.	Sebelum menyuntikan obat kepada pasien, harus diteliti kembali jenis obat, dosis obat, cara pemberian, waktu pemberian, dan nama pasien sebelum menyuntuk pasien.		
9.	Pendokumentasian pasien secara lengkap tidak diperlukan yang penting pasien selamat.		
10.	Pasien yang tidak kooperatif atau yang perlu dampingan orangtua, pernggunaan pengaman tempat tidur sanagt diperlukan.		
11.	Sebelum memasang infus tidak perlu cuci tangan dahulu karena memakai sarung tangan.		
12.	Rumah sakit wajib menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi staf dalam rangka pelayanan kepada pasien yang lebih aman.		

SIKAP

Petunjuk pengisian :

Berilah penilaian atas masing-masing pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda silang (X) pada kolom pilihan yang sesuai menurut saudara. Dengan penjelasan :

SS = Sangat setuju

S = Setuju

KS = Kurang setuju

TS = Tidak setuju

STS = Sangat tidak setuju

NO.	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
1.	Program keselamatan pasien dapat meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit.					
2.	Setiap rumah sakit wajib menerapkan program keselamatan pasien.					
3.	Setiap pegawai wajib mendukung kelancaran program keselamatan pasien di rumah sakit.					
4.	Kelancaran program keselamatan pasien di rumah sakit merupakan tanggung jawab bersama.					
5.	Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pegawai tentang keselamatan pasien sangat bermanfaat demi kelancaran program keselamatan pasien.					
6.	Saya bersedia melaporkan setiap kejadian tidak diinginkan / adverse event yang terjadi ketika saya sedang bertugas di rumah sakit baik yang saya lakukan ataupun yang dilakukan oleh teman kerja saya.					
7.	Setiap kejadian nyaris cedera yang dialami pasien yang terjadi pada saat jam tugas saya perlu dilaporkan hanya jika ada keluhan dari pasien.					
8.	Setiap KTD yang terjadi adalah sepenuhnya kesalahan petugas jaga yang bertugas pada saat kejadian tersebut terjadi.					

MOTIVASI

NO.	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
1.	Dengan menerapkan program keselamatan pasien rumah sakit terhindar dari tuntutan.					
2.	Saya akan membuat laporan keselamatan pasien secara berkala sebagai salah satu bentuk mendukung penerapan program keselamatan pasien.					
3.	Saya tidak terdorong mendukung penerapan program keselamatan pasien karena tidak berpengaruh terhadap jenjang karier saya.					
4.	Saya akan berusaha untuk memperbaiki sikap buruk saya dalam pelayanan demi keselamatan pasien.					
5.	Dengan diberlakukannya program keselamatan pasien, saya senang dan terbuka akan hal-hal baru yang dapat meningkatkan wawasan, keterampilan sehubungan dengan keselamatan pasien dan pekerjaan saya.					
6.	Saya baru akan mendukung program keselamatan pasien apabila program tersebut berpengaruh terhadap pendapatan jasa pelayanan saya.					
7.	Saya merasa pelayanan yang saya lakukan sudah cukup tanpa harus mengikuti program keselamatan pasien.					
8.	Saya merasa puas apabila program keselamatan pasien dirumah sakit sudah berjalan lancar.					
9.	Saya tidak akan mendukung program keselamatan pasien karena saya sudah mempunyai banyak pengalaman dalam pelayanan sehingga tindakan saya dipastikan aman.					
10.	Menurut saya keselamatan pasien kurang penting dalam meningkatkan pendapatan RS dan kesejahteraan karyawan RS.					

NO.	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
11.	Saya terdorong menerapkan program keselamatan pasien karena ada komplain dari pelanggan.					
12.	Saya akan mendukung penerapan program keselamatan pasien hanya jika akan meningkatkan kesejahteraan saya.					

KOMPETESI

NO.	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
1.	Saya mengetahui kejadian-kejadian dirumah sakit yang harus dihindari demi keselamatan pasien					
2.	Saya memiliki keterampilan dan pengetahuan tentang keselamatan pasien.					
3.	Saya memiliki bukti-bukti standard kemampuan yang menjadi syarat untuk bekerja di sebuah rumah sakit.					
4.	Saya mengikuti perkembangan terbaru tentang tata cara penanganan pasien di rumah sakit.					
5.	Saya mengerti bagaimana prosedur pencatatan dan pelaporan keselamatan pasien dirumah sakit.					

KEWASPADAAN SITUASI

NO.	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
1.	Saya mampu mengenali tanda-tanda yang dapat membahayakan pasien baik melalui tanda vital, hasil pemeriksaan penunjang, monitor, maupun situasi lingkungan.					
2.	Saya tahu apa yang harus saya lakukan bilamana menemukan kesalahan dalam pelayanan pasien.					
3.	Saya akan melakukan tindakan yang diperlukan bilamana menemukan tanda-tanda yang dapat membahayakan pasien meskipun hal tersebut bukan tugas dan tanggungjawab saya.					
4.	Di rumah sakit saya belum ada sistem tanggap darurat penanganan pasien kritis antar unit.					

STRESS

NO.	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
1.	Saya merasa nyaman dengan lingkungan kerja saya.					
2.	Pimpinan dan rekan kerja saya saling mendukung satu sama lain sehingga tercipta situasi yang kondusif ditempat kerja saya.					
3.	Saya mampu menjaga performa dan konsentrasi kerja saya disaat darurat atau saat situasi sedang sibuk.					
4.	Jadwal kerja dan peraturan di rumah sakit tidak memungkinkan saya untuk memulihkan semangat kerja saya.					

KELELAHAN

NO.	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
1.	Jumlah pegawai di unit ini sudah sesuai dengan beban kerja.					
2.	Seringkali pegawai harus bekerja lebih lama dari yang ditetapkan oleh karena sebab-sebab tertentu.					
3.	Saya melakukan kesalahan dalam pelayanan pasien oleh karena sering kerja lembur atau bekerja melebihi dari ketentuan yang ada dan terlalu banyaknya jumlah pasien yang harus saya layani.					
4.	Saya merasa nyaman dengan jadwal kerja yang sudah ditetapkan.					

KEPEMIMPINAN MANAJER

NO.	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
1.	Manajemen rumah sakit menyediakan iklim kerja yang nyaman demi meningkatkan keselamatan pasien					
2.	Manajer mempelajari akar permasalahan yang terjadi tiap kali ada Kejadian Tidak Diinginkan terjadi.					
3.	Manajer benar-benar memperhatikan kebutuhan tiap unit demi kelancaran program keselamatan pasien.					

NO.	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
4.	Keselamatan pasien masih menjadi prioritas utama manajemen rumah sakit.					
5.	Manajemen rumah sakit baru memperhatikan masalah keselamatan pasien setelah adanya Kejadian Tidak Diinginkan.					

KOMUNIKASI

NO.	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
1.	Kami mendapat umpan balik positif apabila ada suatu kejadian yang dilaporkan.					
2.	Setiap orang wajib memperingatkan apabila melihat segala sesuatu yang dapat mengancam keselamatan pasien.					
3.	Setiap masalah pasien yang terjadi dirumah sakit selalu didiskusikan bersama dan dicari jalan keluarnya.					
4.	Pegawai bebas menyatakan pendapat dan memberi usulan kebijakan yang sesuai untuk diterapkan.					
5.	Di unit ini, kami mendiskusikan bagaimana cara mencegah terjadinya kesalahan atau Kejadian Tidak Diinginkan.					
6.	Staff tidak diberi kesempatan untuk bertanya apabila ada sesuatu yang berjalan tidak semestinya.					
7.	Informasi perawatan pasien yang penting seringkali hilang saat pergantian shift.					
8.	Sering terjadi masalah sewaktu operan antar unit.					

KERJA TIM

NO.	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
1.	Seluruh unit di rumah sakit ini mampu berkoordinasi dengan baik demi kelancaran pelayanan pasien.					

NO.	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
2.	Saya lebih nyaman bekerja sendiri dibandingkan bersama dengan orang lain.					
3.	Adalah hal yang sulit dilakukan disaat harus berkoordinasi dengan unit yang lain di rumah sakit.					
4.	Bilamana ada unit yang sedang membutuhkan bantuan, kami bersedia membantunya bila diperlukan.					
5.	Saya merasa tidak nyaman dan bingung dalam mengambil bagian dalam asuhan pasien bersama teman satu tim saya.					

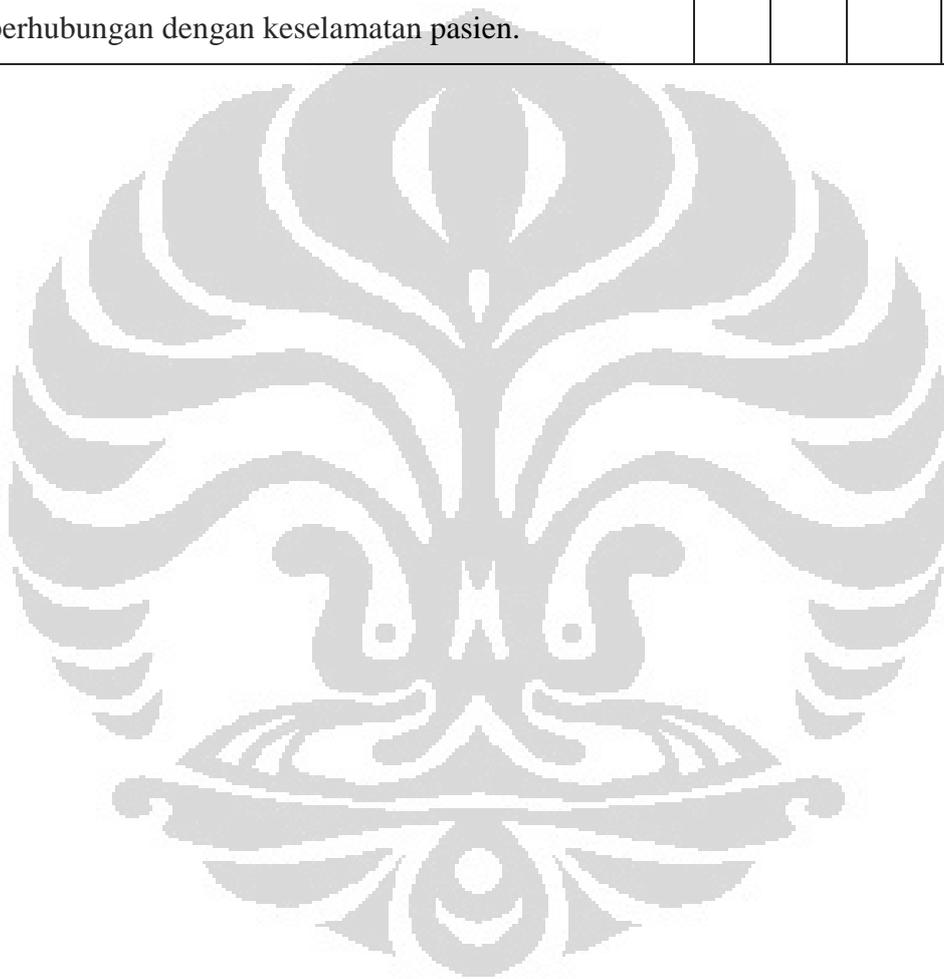
KEPEMIMPINAN TIM

NO.	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
1.	Di unit tempat saya kerja ada yang bertugas mengawasi keselamatan pasien.					
2.	Pengawas/manajer mendukung setiap tindakan yang sesuai dengan prosedur keselamatan pasien.					
3.	Pengawas/manajer serius menanggapi saran pegawai demi peningkatan keselamatan pasien.					
4.	Pengawas/manajer benar-benar menyelidiki masalah keselamatan pasien yang terjadi.					
5.	Tidak semua Kejadian Tidak Diinginkan diselidiki oleh pengawas.					
6.	Pengawas/manajer secara rutin mengadakan pelatihan keselamatan pasien bagi pegawai.					

PENGAMBILAN KEPUTUSAN

NO.	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
1.	Dokter bersedia mendengarkan saran dan mempertimbangkan segala informasi kondisi kesehatan pasien dalam menentukan terapi perawatan pasien.					

NO.	PERNYATAAN	SS	S	KS	TS	STS
2.	Pimpinan melibatkan pegawai dalam menentukan kebijakan demi keselamatan pasien.					
3.	Manajemen seringkali tidak melibatkan pegawai dalam menentukan kebijakan keselamatan pasien di rumah sakit.					
4.	Manajemen terbuka dalam menerima saran dan kritik yang membangun dalam mengambil keputusan yang berhubungan dengan keselamatan pasien.					



Lampiran 3:**Checklist Lingkungan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit**

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
	PENCEGAHAN KEBAKARAN		
1.	Apakah ada aturan dilarang merokok di rumah sakit (di kamar mandi, tangga darurat, ruang bawah tanah, koridor, atap, dll)?		
2.	Apakah ada lubang-lubang terlarang yang menyebabkan bebasnya api/asap antar ruang apabila terjadi kebakaran?		
3.	Apakah rumah sakit ini menyediakan area khusus merokok yang bebas dari bahaya kebakaran?		
4.	Apakah rumah sakit ini ada panel air kebakaran otomatis yang berfungsi dengan baik?		
5.	Apakah tabung pemadam kebakaran di diperiksa labelnya secara berkala?		
6.	Apakah ada alat-alat yang tidak perlu yang mengganggu proses keluar pasien (kursi, kereta dorong, instrumen periksa, kereta linen, alat periksa mobile, BP monitor)		
7.	Apakah tanda jalur keluar darurat terlihat dengan baik?		
	KONTROL INFEKSI		
1.	Apakah ada barang yang disimpan tepat diatas lantai tanpa menggunakan alas?		
2.	Apakah ada barang yang disimpan dibawah wastafel?		
3.	Apakah ada noda dan cairan yang menetes di langit-langit ruangan?		
4.	Apakah tabung handsanitizer diletakkan ditempat yang mudah dijangkau?		
5.	Apakah kereta linen tertutup dan terpisah dari barang-barang medis lainnya?		
6.	Apakah linen kotor dan bersih disimpan secara terpisah?		
7.	Apakah alat proteksi diri tersedia dan digunakan dengan semestinya?		
8.	Apakah kamar isolasi diberi tanda dan rambu-rambu dengan benar?		

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
9.	Apakah tempat pembuangan sampah digunakan dengan benar sesuai dengan warna, label, dan ketentuan penyimpanan sampah (tertutup rapat, tidak lebih dari 2/3 penuhnya)?		
10.	Apakah tersedia sabun, bahan desinfeksi, tissue, dan handuk bersih?		
11.	Apakah peralatan medis yang kotor dan bersih tersimpan terpisah?		
12.	Apakah ada boks dan alat-alat medis tak terpakai di ruang perawatan pasien?		
13.	Apakah mainan anak di bersihkan secara berkala?		
14.	Apakah karyawan diperbolehkan membawa dan menyimpan makanan di ruang kerjanya?		
	KONTROL LIFE SAVING		
1.	Apakah ada tabung oksigen yang diletakkan tanpa tiang pengaman?		
2.	Apakah ada pengaman yang sesuai ketika tabung oksigen dipindahkan?		
3.	Apakah ada pintu darurat kebakaran dapat tertutup secara otomatis tanpa ada penyangga dan pengait?		
4.	Apakah pintu-pintu yang lain menggunakan penyangga dan pengait pintu yang sesuai?		
	RUANGAN DAN PERALATAN		
1.	Apakah ruangan dibersihkan secara berkala, tertata rapi, dan tidak ada barang yang berserakan?		
2.	Apakah pencahayaan disetiap ruangan cukup dan sesuai?		
	PENGAMANAN BAHAN-BAHAN BERBAHAYA		
1.	Apakah setiap bahan-bahan kimia diberi label nama dan tanda peringatan?		
2.	Apakah bahan-bahan dan materi berbahaya dibuang dengan tepat (contoh: jarum suntik, sarung tangan, kasa, obat, dan bahan kimia berbahaya).		
3.	Apakah ada label/form manajemen penggunaan, penyimpanan, dan pembuangan obat dan barang kimia berbahaya?		

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
4.	Apakah ada standar prosedur penggunaan alat/bahan kimia berbahaya?		
MANAJEMEN ALAT MEDIS			
1.	Apakah label kendali alat digunakan dengan benar atau diperiksa secara berkala?		
2.	Apakah pengkalibrasian alat-alat medis dilakukan sesuai dengan jadwal?		
3.	Apakah tabung oksigen yang sudah kosong dan yang masih ada isinya disimpan secara terpisah?		
PENANGANAN ALAT LISTRIK			
1.	Apakah pasien diperbolehkan membawa instrumen listrik dari rumah selain carjer laptop dan ponsel?		
2.	Apakah panel listrik terkunci dengan baik dan terletak jauh dari jangkauan pasien?		
KEAMANAN PASIEN			
1.	Apakah pernah terjadi peristiwa kehilangan barang pribadi milik pasien?		
2.	Apakah staff dan pegawai rumah sakit memakai kartu pengenal sewaktu bertugas?		
3.	Apakah form kegawatdaruratan pasien diisi dengan benar?		
4.	Apakah line telepon darurat selalu tersambung dan ada petugas yang standby 24 jam menerima telepon?		
5.	Apakah ada alat-alat medis yang disimpan tepat dikamar perawatan pasien?		
6.	Apakah ruangan pusat informasi pasien dijaga dan terlindungi kerahasiaannya dengan baik?		
PENGGUNAAN LEMARI PENYIMPANAN			
1.	Apakah makanan, vaksin, dan obat disimpan terpisah di lemari pendingin yang berbeda?		
2.	Apakah setiap lemari penyimpanan diberi label informasi bahan, tanggal kadaluwarsa(sistem dot warna), dan cara penyimpanan (suhu, warna, spesimen)?		

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
3.	Apakah lemari penyimpanan dibersihkan secara berkala sesuai jadwal?		
	MANAJEMEN OBAT		
1.	Apakah obat-obatan disimpan ditempat yang sesuai?		
2.	Apakah obat-obatan disimpan ditempat tertutup?		
3.	Apakah obat-obatan disimpan ditempat yang tidak lembab?		
4.	Apakah obat-obatan tertata rapi?		
5.	Apakah bahan obat-obatan terlarang tersimpan ditempat terpisah?		
6.	Apakah penyimpanan obat-obatan terlarang jauh dari jangkauan orang-orang yang tidak berkepentingan?		
7.	Apakah obat-obatan terlarang disimpan ditempat yang terkunci?		
8.	Apakah tanggal kadaluwarsa obat-obatan didokumentasikan dan diperiksa secara berkala?		

