

BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT PENDIDIKAN

Rokiah Kusumapradja¹, Kemala Rita², Sulis Maryanti³, Nanda Aula Rumana⁴
Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit, Universitas Esa Unggul, Jakarta
Jalan Arjuna Utara No.9, Kebon Jeruk - Jakarta Barat 11510
rokiah.kusumapradja@esaunggul.ac.id

Abstrak

Latar belakang, masalah implementasi keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan masih belum berjalan dengan baik yang diduga karena budaya keselamatan pasien belum menjadi bagian dari nilai-nilai yang mendasari pemberian asuhan yang berkualitas. Tujuan penelitian mengidentifikasi tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien dan mengembangkan model budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan. Metode pengumpulan data adalah survey menggunakan kuesioner. Sumber data adalah primer. Dimensi waktu adalah *one shot study*. Sampel penelitian adalah petugas pemberi asuhan pasien dan komite mutu keselamatan pasien di tujuh RS Pendidikan Indonesia, menggunakan proporsional stratified random sampling. Unit analisis adalah individu sebesar 1400 responden (respon rate 88%). Analisis data menggunakan *path analysis*. Hasil penelitian, budaya keselamatan pasien secara keseluruhan menggambarkan dimensi staffing memiliki tingkat kehandalan paling rendah, dan *Organizational learning—continuous improvement* mempunyai tingkat kehandalan paling kuat. Sedangkan, implementasi enam sasaran keselamatan pasien menunjukkan meningkatkan komunikasi efektif memiliki nilai terendah dan mengidentifikasi pasien dengan benar memiliki nilai tertinggi. Secara parsial, budaya keselamatan pasien mempengaruhi implementasi enam sasaran keselamatan pasien. Hasil penelitian menunjukkan terdapat arah korelasi negatif, artinya semakin tinggi budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien, maka akan semakin rendah kejadian tidak diharapkan.

Kata kunci: budaya keselamatan, komunikasi, organisasi pembelajar

Abstract

Background, the problem of implementing patient safety in teaching hospitals is still not going well, which is suspected because the culture of patient safety has not become part of the values that underlie the provision of quality care. The research objective to identifies the level of reliability of patient safety culture and develops a culture model for patient safety in teaching hospitals. The research design is causality-explanatory by testing hypotheses. Data collection method is a survey using a questionnaire. Data sources are primary and secondary. The time dimension is one shot study. The research sample was the patient care provider and the patient safety quality committee at seven teaching hospitals in Indonesia, with samples were selected using proportionate stratified random sampling. The unit of analysis is the individual with a number of 1400 (88% response rate). Data analysis uses path analysis. The results of the study, the overall patient safety culture illustrates the staffing dimension has the lowest level of reliability, and Organizational learning - continuous improvement has the strongest level of reliability. Whereas, the implementation of six patient safety goals shows that

improving effective communication has the lowest value, while identifying patients correctly has the highest value. Path analysis results show that simultaneous patient safety culture and implementation of six patient safety goals significantly affect adverse events. Partially, patient safety culture influences the implementation of six patient safety goals. The results showed that there was a negative correlation direction, meaning that the higher the patient safety culture and the implementation of the six patient safety goals, the lower the adverse event would be.

Keywords: *safety culture, communication, learning organization*

Pendahuluan

Konsep *Patient center Care* (PCC) merupakan paradigma baru dalam pelayanan kesehatan kepada pasien, dimana pemberian pelayanan berfokus kepada pasien, yang intinya adalah pelayanan kesehatan yang diberikan harus berkualitas dan aman (safety) dengan memperhatikan kebutuhan dan nilai- nilai pasien. Dalam pemberian pelayanan kesehatan tersebut terbina *interprofessional collaboration* yang efektif dimana pengambilan keputusan tentang pasien dilakukan bersama-sama antar disiplin ilmu, sehingga penanganan pasien dilaksanakan secara komprehensif dan holistik serta integratif serta berkesinambungan yang melibatkan semua tenaga kesehatan termasuk profesi kesehatan lainnya dengan dilandasi komunikasi yang jujur, terbuka, terpercaya, sehingga terbentuk budaya keselamatan pasien.

Rakich (1996) mengemukakan bahwa: dalam kenyataannya, suatu organisasi pelayanan kesehatan mempunyai suatu budaya yang sangat berbeda dari organisasi bisnis, karena mereka memberikan pelayanan yang unik dalam masyarakat dan secara alamiah mereka berhubungan dengan kemanusiaan. Pimpinan Organisasi pelayanan kesehatan pengelola RS dalam konteks yang khusus yaitu budaya pelayanan kesehatan. laporan *Institute of Medicine* (IOM) di Amerika daerah Utah dan Colorado ditemukan Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) sebesar

2,9% dimana 6,6% meninggal dunia, sedangkan di New York sebesar 3,7% angka kejadian tidak diinginkan dengan angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat kejadian yang tidak diharapkan di bagian rawat inap di seluruh Amerika tahun 1999 berkisar 44.000-98.000 pertahunnya akibat dari kesalahan medis (*medical error*). Dari publikasi WHO tahun 2004 yang mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai negara: Amerika, Inggris, Denmark dan Australia ditemukan KTD dengan rentang 3,2-16,6%. Data di Indonesia yang dilaporkan KKPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit) pada tahun 2007 bahwa terdapat insiden keselamatan pasien sebanyak 145 insiden yang terdiri dari KTD 46%, KNC 48% dan lain-lain 6% dan lokasi kejadian tersebut berdasarkan provinsi ditemukan DKI Jakarta menduduki urutan tertinggi yaitu 37,9% diikuti Jawa Tengah 15,9%, DI Jogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa barat 2,8%, Bali 1,4%, Sulawesi Selatan 0,69%, dan Aceh 0,68% .

Pelaksanaan keselamatan pasien di RS pendidikan masih banyak ditemukan keluhan terhadap mutu pelayanan medis/ kesehatan dan keamanan tindakan yang kurang memuaskan pelanggan atau kurang memenuhi standar pelayanan. Berbagai tuntutan pasien banyak dilayangkan kepada rumah sakit akibat kurang amannya keselamatan tindakan yang sangat terkait dengan budaya keselamatan

pasien (*patient safety culture*). Hal ini terkait situasi di rumah sakit dimana terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *adverse event*.

Pengukuran budaya Keselamatan Pasien, dapat diukur melalui pengukuran elemen kedua dari model budaya organisasi (Schein, 1999), yaitu *espoused values* (nilai-nilai pendukung), yang mencakup kepercayaan, nilai-nilai, persepsi dan sikap/*attitude* yang berlaku dalam organisasi. Nilai-nilai pendukung ini dianggap lebih mudah diukur, dikenal sebagai iklim organisasi, yang dapat mendiagnosis budaya, sebagai *preceding culture* dan *culture in making*. Model dari (Halligan & Zecevic, 2011) menjelaskan bagaimana mekanisme bentuk-bentuk iklim keselamatan (yang digunakan untuk mengukur budaya keselamatan), yang didefinisikan sebagai persepsi terhadap Kejadian Tidak Diharapkan/*Adverse Event* pada pasien dan pekerja, diukur pada tingkat unit kerja dan organisasi. Walshe (2005) dikemukakan bahwa *Characteristics of a positive safety culture*, meliputi : *communication founded on mutual trust and openness; good information flow and processing; shared perceptions of the importance of safety; recognition of the inevitability of error; confidence in the efficacy of preventative (safety) measures; proactive identification of latent threats to safety; organizational learning; committed leadership and executive responsibility; a “no blame”, non punitive approach to incident reporting and analysis*.

Agency of Health Care Research and Quality (AHRAQ, 2014) dalam

menilai budaya keselamatan pasien di rumah sakit terdapat 12 (dua belas) dimensi yang perlu diperhatikan, yaitu : *Supervisor/manager expectations and actions promoting safety; Organizational learning—continuous improvement; Teamwork within units, Communication openness), Feedback and communication about error, Nonpunitive response to error, Staffing, Management support for patient safety, Teamwork across units, Handoffs and transitions; Overall perceptions of patient safety, Frequency of events reported*.

Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Matsubara, Hagihara & Nobutomo (2008) , dan Singer et al. (2009) dan penelitian lainnya juga mengukur budaya Keselamatan Pasien melalui pengukuran terhadap iklim Keselamatan Pasien di tingkat interpersonal, unit kerja serta organisasi. Hasil kajian awal ditemukan bahwa Pelaksanaan pelayanan kesehatan di rumah sakit pendidikan masih banyak dikeluhkan terhadap mutu pelayanan medis/ kesehatan dan dirasakan pasien bahwa keamanan tindakan yang kurang memuaskan pelanggan atau kurang memenuhi standar pelayanan. Berbagai tuntutan pasien banyak dilayangkan kepada rumah sakit akibat kurang amannya keselamatan tindakan yang sangat terkait dengan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*).

Mengingat keselamatan pasien sudah menjadi tuntutan masyarakat dan profesi, maka perlu pengembangan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*) yang akan menjadi landasan nilai bagi perilaku semua petugas di RS pendidikan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan aman bagi semua pihak. Tujuan penelitian ini Secara umum menyusun konstruksi model budaya baru keselamatan pasien , melalui , pertama adalah konstruksi profil budaya dan tingkat kehandalan faktor determinan budaya

keselamatan pasien, berupa : Teridentifikasi profil budaya keselamatan pasien di 7 (tujuh) rumah sakit pendidikan yang meliputi aspek: harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/manager expectations and actions promoting safety*), organisasi pembelajar dan peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning and continuous improvement*), kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*), keterbukaan komunikasi (*Communication openness*), umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*), respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), staf yang adekuat (*Staffing*), persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*), dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*), penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) dan frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*), kedua, Konstruksi model konseptual baru dalam membangun budaya keselamatan pasien di RS Pendidikan berdasarkan hasil analisis dimensi tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien yang bagaimana pengaruhnya terhadap implementasi enam sasaran keselamatan pasien dan terhadap penurunan angka Kejadian Tidak Diharapkan di tujuh rumah sakit Pendidikan di Indonesia yang akan menjadi faktor pendorong positif bagi pertumbuhan dan perkembangan kualitas dan keamanan/keselamatan pasien di rumah sakit secara nasional.

Manfaat penelitian, hasil penelitian menghasilkan konstruksi model konseptual baru untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan di rumah sakit pendidikan dengan meningkatkan kehandalan budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien; meningkatkan budaya keselamatan pasien

melalui peningkatan staffing dan penguatan *Organizational learning-continuous improvement*; implementasi enam sasaran keselamatan pasien melalui pelatihan komunikasi efektif antar pemberi asuhan; serta kebijakan nilai budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan sebagai faktor pendorong positif peningkatan kualitas dan keamanan pasien di rumah sakit secara nasional untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan

Metode Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di 7 (tujuh) rumah sakit Pendidikan yang lokasinya di Jakarta, Surabaya, Sulawesi Selatan, Kalimantan Selatan, Sumatera Barat, dan Sumatera Selatan. Penelitian dilaksanakan sejak bulan Mei sampai dengan Bulan September 2018. Rancangan penelitian merupakan penelitian kausalitas-eksplanatori (*explanatory research*), karena penelitian ini berusaha memberikan penjelasan pengaruh antar variabel melalui pengujian hipotesis, dan dirancang untuk mengidentifikasi hubungan sebab akibat antar variabel yang diteliti. Hubungan kausal yang diteliti dalam penelitian ini adalah pengaruh budaya keselamatan pasien yang meliputi harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/manager expectations and actions promoting safety*), organisasi pembelajar dan peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning and continuous improvement*), kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*), keterbukaan komunikasi (*Communication openness*), umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*), respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), staf yang adekuat (*Staffing*), persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*), dukungan

manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*), penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) dan frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*) dan implementasi 6 (enam) sasaran keselamatan pasien terhadap Penurunan angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD / Adverse event). Selain itu juga mengukur tingkat kehandalan dua belas (12) Budaya Keselamatan pasien. Metode pengumpulan data adalah survey dan untuk mendapat data yang lebih mendalam juga dilakukan Focus Group Discussion (FGD). Jenis data berbentuk primer dan sekunder. Dimensi waktu adalah *one shot study*. Unit analisis adalah organisasi rumah sakit pendidikan. Analisis data menggunakan *path analysis* yang menghasilkan suatu model sebagai representasi dari teori.

Populasi, Sampel, dan Penarikan Sampel, besar ukuran sampel menurut Hair *et al.* (1998) adalah 5 – 10 x jumlah indikator atau menurut Ferdinand (2002) dengan estimasi *maximum likelihood estimation* (MLE) diantara 100 - 200. Sampel yang dibutuhkan sebesar 200 orang Petugas Pemberi Asuhan (Medis, Perawat/ Bidan, Penunjang Medis) per rumah sakit. Pemilihan sample tahap pertama menggunakan *purposive sampling* untuk delapan RS dari yang mewakili Indonesia Bagian Timur (Makassar, Surabaya), Indonesia bagian tengah (Banjarmasin), dan Indonesia bagian Barat (Jakarta, Padang, Palembang) dan tahap kedua di masing- masing rumah sakit menggunakan *proportional stratified random sampling*. Untuk pelaksanaan Focus Group Discussion (FGD) di masing- masing RS akan diambil sampel perwakilan dari Petugas Pemberi Asuhan

sebanyak 10 orang / kelompok para manajer pelayanan (medis, perawat, penunjang medis).

Metode Pengumpulan Data survey melalui kuesioner kepada Petugas Pemberi Asuhan di RS dan daftar pertanyaan (wawancara mendalam) kepada Ketua Program Mutu dan Keselamatan pasien RS. Data yang digunakan adalah data primer berupa informasi yang dikumpulkan melalui kuesioner dan wawancara mendalam (FGD), serta data sekunder dengan melihat laporan pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien ..

Metode analisis data, teknik pengujian menggunakan analisis deskriptif kualitatif dan kuantitatif untuk mengetahui profil dan tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien.

Data dianalisis dengan menggunakan SPSS versi 16 dan *path analysis*. Pendekatan teknik analisis ini merupakan pendekatan yang terintegrasi antara analisis faktor, model struktural, dan analisis jalur. Ketiga kegiatan tersebut dapat dilakukan secara serempak, yaitu: pemeriksaan validitas dan reliabilitas instrumen (menggunakan instrumen AHRAQ) yang setara dengan analisis faktor konfirmatori, pengujian model hubungan antara variabel laten yang setara dengan analisis jalur.

Hasil dan Pembahasan

Karakteristik Rumah sakit, menggambarkan bahwa hampir semua 6 RS (86%) adalah rumah sakit kelas A dan hanya 1 RS (14%) kelas B. Berdasarkan kepemilikan 5 (72%) RS kepunyaan Pemerintah Pusat dan 2 RS (28%) adalah milik Pemerintah Daerah.

Tabel 1

Distribusi Responden berdasarkan Rumah sakit Pendidikan, Populasi, Sampel

Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pendidikan

No.	Nama Rumah sakit Pendidikan	Lokasi	Jumlah Populasi	Jumlah sample	Respon rate	Tanggal pelaksanaan
1.	RSUP P.	Jakarta	1.425	200	170 (85,0%)	5-6 Juni 2018
2.	RSUP KD	Jakarta	861	200	177(89,0 %)	7-8 Juni 2018
3.	RSUP WM	Sulawesi selatan	2.131	200	172 (86,0 %)	26-29 Mei 2018
4.	RSUD SS	Jawa Timur	1.065	200	191(96,0 %)	18 dan 20 Agustus 2018
5.	RSUD UB	Kalimantan Selatan	1.024	200	180 (90,0%)	30-31 Mei 2018
6.	RSUP MDP	Sumatra Barat	1.703	200	168 (84,0%)	15-17 Agustus 2018
7.	RSUP MHP	Sumatera Selatan	1.693	200	173(87,0%)	24-25 Agustus 2018
Jumlah			9.902	1.400	1.231(88,0%)	

Tabel 1 menggambarkan Populasi responden yang merupakan Petugas Pemberi asuhan (PPA) meliputi tenaga Medis (dr umum, dr spesialis, drg) , Perawat/ bidan dan tenaga kesehatan lainnya (kefarmasian, Gizi, Fisioterafis, Radiografer, Laboran/ analis) berjumlah 9.902 orang. Sample penelitian berjumlah 1400 orang dengan respon rate sebesar 1.231 (88,78%). Pelaksanaan penelitian dimulai bulan Mei 2018 sampai dengan Agustus 2018.

Tabel 2

Kinerja Rumah sakit Berdasarkan Jumlah TT, BOR,ALOS,TOI,BTO

No.	RUMAH SAKIT	JUMLAH TT	BOR	ALOS (hari)	TOI (hari)	BTO
1	RSUP P	585	67%	6	2	36
2	RS KD	402	69,11%	7,2	3	32
3	RSUD SS	1514	80,31 %	6	3	32
4	RSUD UB	600	84,85 %	5,1	2,3	53
5	RSUP MDP	800	68,54%	6	3	32
6	RSUP WM	876	77,94%	6,71	2	31
7	RSUP MHP	1071	71,89%	7,76	3,15	32,58

Sumber : Profil kinerja RS Pendidikan 2018

Tabel 2 menunjukkan bahwa jumlah Tempat Tidur (TT) bervariasi antara 402 TT (RS KD Jakarta) sampai dengan 1.514 TT (RSUD SS). *Bed Occupancy Rate* (BOR) yaitu pemanfaatan tempat tidur bervariasi antara 67% sampai dengan 84,85 % dinilai kurang efisien, namun menggambarkan bahwa pasien yang datang adalah merupakan rujukan yang menunjukkan kinerja sebagai fungsi rumah

sakit pusat rujukan nasional yang hanya menerima pasien-pasien dengan diagnosa yang kompleks. Hal ini sejalan dengan angka *Average Length of Stay* (ALOS) menggambarkan lama hari rawat yang bervariasi antara 5 hari sampai dengan 7,76 hari. Turn Over Interval (TOI) yaitu Pergantian pasien per tempat tidur berkisar antara 2 sampai dengan 3,15 hari. Sedangkan BTO menggambarkan bahwa 1

(satu) TT diisi antara 31 sampai dengan 53 pasien per tahun

Karakteristik Responden

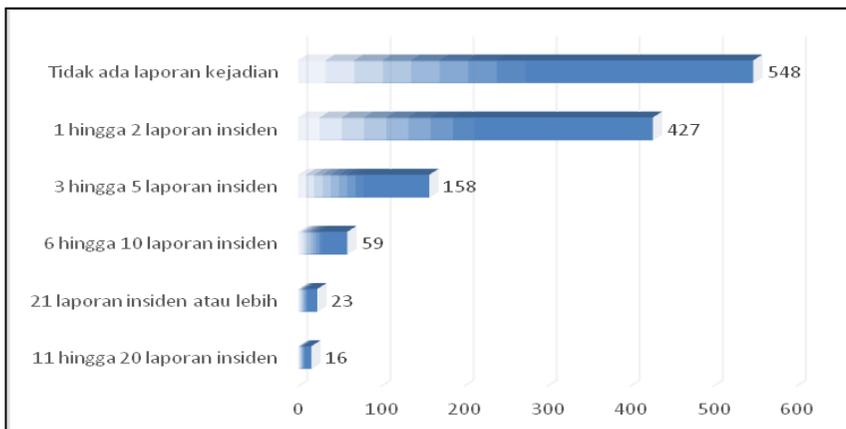
Gambaran karakteristik responden seperti pada tabel 3 di bawah ini, Umur responden sebesar 44,40 % adalah berumur 25 - 34 tahun ; Berdasarkan jenis kelamin responden terbanyak adalah perempuan sebesar 77,5% dan laki- laki 22,5 %. Menurut Pendidikan responden berpendidikan S1 dan D3 sebesar 84% dan berpendidikan S2 Sebesar 156 (13%) ; Unit kerja Resonden terbanyak pada kelompok unit rawat inap sebesar 413 (33,22%), rawat jalan sebesar 158 (12,711 %) dan yang terendah adalah unit lain- lain /Psikiatri sebesar 7 (0,5%); Lama bekerja Responden di unit kerja yang bersangkutan terbanyak pada kelompok 1 hingga 10 tahun sebesar 692 (58,06 %), dan kelompok 16-20 tahun sebesar 81 (6,51%); Lama bekerja Responden di rumah sakit terbanyak antara 1 sd 10 tahun (48%) dengan rincian pada kelompok 1 hingga 5 tahun sebesar 323 (25,98%), kelompok 6-10 tahun sebesar 296 (23,81%) dan yang kurang dari 1

tahun sebesar 103 (8,28%). Lama bekerja dalam seminggu terbanyak pada kelompok 40 hingga 59 jam sebesar 830 (66,77%) dan kelompok 20- 39 sebesar 250 (20,11%) ; Responden berdasarkan profesi terbanyak adalah Perawat Ners sebesar 472 (37,97%), Perawat Vokasi sebesar 305 (24,53%), dokter spesialis / lainnya sebesar 175 (14,08) , dokter residen sebesar 59 (4,75); Lama bekerja sesuai profesi saat ini pada kelompok 1 - 5 tahun sebanyak 394 (31,69%) , kelompok 6-10 tahun sebesar 321 (25,82%), kelompok kurang dari 1 tahun sebesar 66 (5,31%) ; Posisi tugas Responden saat ini 1123 orang (91 %) berhubungan dengan pasien dan 108 (9%) menyatakan tidak berhubungan langsung dengan pasien.

Ukuran Output Keselamatan pasien

Berdasarkan persepsi Responden tentang tingkat keselamatan pasien menggambarkan bahwa sebesar 660 (53,6%) menilai sangat baik (*very good*), dapat diterima (*acceptable*) sebesar 410 (33,3 %) dan dinilai luar biasa (*excellent*) sebesar 149 (12,1%).

Jumlah Kejadian Yang Dilaporkan



Grafik 1

Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Kejadian Tidak Diharapkan Yang Dilaporkan selama 12 Bulan Terakhir

Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Grafik 1 menunjukkan bahwa kelompok tidak ada laporan selama 12 bulan terakhir sebesar 548 (44,08%) , kelompok 1 sampai dengan 2 laporan sebesar 427 (34,35%) , kelompok 3 sampai dengan 5 laporan sebesar 158 (

12,71 %), kelompok kejadian 21 atau lebih dalam 12 bulan terakhir sebesar 23 (1,8%).

Gambaran Kehandalan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pendidikan

Tabel 4
Tingkat Kehandalan Budaya Keselamatan pasien berdasarkan Dimensi

No	Indikator Budaya Keselamatan Pasien	Jumlah Sample	Respon Negatif	Netral	Respon Positif	TOTAL Respon	Tingkat Kehandalan
1	Harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (<i>Supervisor/manager expectations and actions promoting safety</i>)	1231	556	478	3890	4924	79%/75% Kuat
2	organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (<i>Organizational learning—continuous improvement</i>)	1231	197	230	3266	3693	88%/76% Kuat
3	<i>Kerjasama Tim dalam Unit (Teamwork within units)</i>	1231	472	327	4125	4924	84%/83% Kuat
4	<i>Keterbukaan Komunikasi (Communication openness)</i>	1231	665	712	2316	3693	63%/72% Kurang kuat
5	<i>Umpan balik terhadap error (Feedback and communication about error)</i>	1231	496	740	2457	3693	67%/78% Kurang kuat
6	respon tidak menyalahkan (<i>Nonpunitive response to error</i>)	1231	993	674	2026	3693	55%/79% Kurang kuat
7	staf yang adekuat (<i>Staffing</i>)	1231	1937	869	2118	4924	43%/63% Kurang kuat
8	dukungan manajemen rumah sakit (<i>Management support for patient safety</i>)	1231	382	343	2968	3693	80%/83% sedang
9	kerjasama tim antar unit (<i>Teamwork across units</i>)	1231	434	585	3905	4924	79%/80% Sedang
10	penyerahan dan pemindahan pasien (<i>Handoffs and transitions</i>)	1231	744	733	3447	4924	70%/ 80% Kurang kuat
11	persepsi secara keseluruhan (<i>Overall perceptions of patient safety</i>)	1231	1011	675	3238	4924	66%/74% Kurang kuat

Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pendidikan

12	frekuensi pelaporan kejadian (<i>Frequency of events reported</i>)	1231	800	975	1918	3693	52%/ 84% Kurang kuat
----	---	------	-----	-----	------	------	-------------------------

Gambaran tingkat Kehandalan budaya keselamatan pasien yang dinilai kuat adalah Harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/manager expectations and actions promoting safety*) respon positif sebesar 79% yang lebih kuat dibandingkan tingkat kehandalan 75%. Dimensi organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning—continuous improvement*) dengan nilai respon positif 88% lebih tinggi dari nilai kehandalan sebesar 76%. Sedangkan *Kerjasama Tim dalam Unit (Teamwork within units)* mempunyai respon positif sebesar 83% sedikit lebih tinggi dari nilai standar kehandalan sebesar 82%.

Adapun Dimensi yang mempunyai **tingkat kehandalan sedang dan kurang kuat** adalah *Keterbukaan Komunikasi*

(*Communication openness*) 63%/72%, *Umpan balik terhadap error (Feedback and communication about error)* sebesar 67%/78% ; respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*) sebesar 55%/78%; staf yang adekuat (*Staffing*) sebesar 43%/63%; dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) sebesar 80%/83%; kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*) sebesar 79%/80%; penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) sebesar 70%/80% ; persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*) sebesar 66%/ 74%; frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*) sebesar 52%/84%.

Gambaran Capaian implementasi 6(enam) sasaran keselamatan pasien di tujuh RS Pendidikan

Tabel 5
Capaian Implementasi 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah sakit

No	RUMAH SAKIT	Mengidentifikasi pasien dengan benar	Meningkatkan komunikasi yang efektif	Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai	Memastikan lokasi, Prosedur pembedahan, pada pasien yang benar	Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan	Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.
1	RSUP P.	92.0 %	88%	87%	92,5 %	88,9 %	93 %
2	RS KD	99,3%	80,4%	91,6 %	100%	75%	99,1%
3	RSUD SS	94,2%	86,2%	89,2%	91,7 5	85,2%	88%
4	RSUD UB	100%	50 %	100%	60 %	50 %	70%
5	RSUP MDP	94.1%	96,2 %	86,1%	92,7%	86,2 %	87%
6	RSUP WM	92.3%	88,9%	86,9%	93,5%	88,4%	91%
7	RSUP MHP	95%	89,5%	99.4%	99,6%	99,5%	99,24%
	Rata - rata	95,25 %	82,53%	91.51	89.87	81.69	89.51

Sumber : Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RS 2017

Tabel 5. Menunjukkan bahwa Capaian Implementasi 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah sakit yang paling tinggi adalah mengidentifikasi pasien dengan benar dengan rata - rata sebesar 95,25% dan yang paling rendah adalah meningkatkan komunikasi efektif sebesar rata - rata 82.53 % dan Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan sebesar 81,69%.

Uji Model, Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap Kejadian tidak diharapkan (KTD), menggambarkan Uji model menunjukkan bahwa secara keseluruhan model signifikan/saling mempengaruhi dilihat dari nilai signifikansi < 0,05 (5%). Artinya bahwa secara simultan budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien secara signifikan mempengaruhi kejadian tidak diharapkan.

Uji Model	F	Sig.
Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD	7.47	0.001

Tabel

Budaya Keselamatan Pasien terhadap Implementasi enam sasaran keselamatan

Uji Model	F	Sig.
Budaya Keselamatan Pasien terhadap Implementasi enam sasaran keselamatan	13.58	0.0002

Uji model menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien terbukti signifikan mempengaruhi implementasi enam sasaran keselamatan dengan nilai pvalue (Sig.) < 0,05 (5%). Secara parsial,

budaya keselamatan pasien mempengaruhi implementasi enam sasaran keselamatan pasien

Tabel

Besarnya Pengaruh, budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD

Besarnya Pengaruh/korelasi	R Square	Adjusted R Square	error
Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD	0.012	0.010	1.076

Besarnya pengaruh dapat dilihat dari nilai Adjusted R Square, hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai Adjusted R Square sebesar 0,010 atau 1%. Artinya pengaruh Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD sebesar 1%, sisanya dijelaskan oleh 318factor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Arah korelasi pada penelitian ini 318factor318e, Hasil uji menunjukkan terdapat arah korelasi negatif, artinya semakin tinggi budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien, maka akan semakin rendah kejadian tidak diharapkan, begitupun sebaliknya semakin rendah Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan, maka akan semakin tinggi kejadian tidak diharapkan (KTD).

Tabel

Budaya Keselamatan Pasien terhadap Implementasi enam sasaran keselamatan

Besarnya Pengaruh/korelasi	R Square	Adjusted R Square	Error
Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD	0.0109	0.0101	7.302

Besarnya pengaruh dapat dilihat dari nilai R Square, hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai R Square sebesar 0,0109 atau 1%. Artinya pengaruh Budaya Keselamatan Pasien terhadap Implementasi enam sasaran keselamatan sebesar 1%, sisanya dijelaskan oleh 319factor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Arah korelasi pada penelitian ini positif, artinya semakin tinggi Budaya Keselamatan Pasien, maka akan semakin tinggi Implementasi enam sasaran keselamatan pasien. Begitu juga sebaliknya semakin rendah Budaya Keselamatan Pasien, maka akan semakin rendah Implementasi enam sasaran keselamatan.

Persamaan Garis; Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap Kejadian tidak Diharapkan (KTD)

$$KTD = 0.197 + 0.179 \text{ budaya keselamatan pasien} + 0.012 \text{ implementasi enam sasaran keselamatan} + 1.076$$

Budaya Keselamatan Pasien terhadap Implementasi enam sasaran keselamatan

$$\text{Implementasi Enam Sasaran Keselamatan} = 81.473 + 1.856 \text{ Budaya keselamatan pasien} + 7.302$$

Budaya organisasi yang positif adalah salah satu strategi untuk mencapai keberhasilan masa depan dalam membangun Sumber Daya Manusia (SDM) dan organisasi melalui pelatihan

alami. Pelatihan alami tersebut, yaitu melalui proses panjang yang secara terus menerus disempurnakan sesuai dengan tuntutan dan kemampuan SDM itu sendiri, serta sesuai dengan prinsip/ pedoman organisasi yang diakui. Tanpa ada pedoman maka manajemen akan mengalami banyak perilaku yang menyimpang yang akan menimbulkan pemborosan dan kerugian. Para ahli meyakini bahwa kekuatan nilai-nilai yang tersembunyi yang diyakini oleh anggota organisasi merupakan kekuatan atau kemampuan untuk menyempurnakan atau memperbaiki semua aspek pelayanan, yang akan bermuara pada pemberian pelayanan berkualitas dan aman (safety). Pelayanan berkualitas tersebut akan tergambar dari perilaku SDM melalui nilai-nilai luhur dan etika pelayanan yang berorientasi pada kepuasan konsumen dan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Nilai-nilai tersebut berdampak positif pada pewujudan pemberian kepuasan kepada konsumen, sumber daya manusia yang produktif dan berkomitmen, serta mampu memberikan hasil (*finansial returns*) yang memuaskan.

Hasil penelitian di atas menggambarkan bahwa : (1) Karakteristik Rumah sakit Penelitian melibatkan rumah sakit pendidikan di Indonesia yang berjumlah 47 RS (2017). Penelitian dilaksanakan di tujuh rumah sakit Pendidikan yang mewakili wilayah Indonesia Bagian timur (RSUP WM), Indonesia bagian Tengah (RSUD UB) dan Indonesia Bagian Barat (RSUD SS, RSUP P, RS KD, RSUP MDP, RSUP MHP) yang merupakan RS kelas A sebanyak 6 (85,71%) dan RS Kelas B sebanyak 1(14,29%); Sampel penelitian adalah Petugas Pemberi Asuhan (PPA) pasien yang terdiri dari tenaga Medis, Keperawatan/ bidan dan Tenaga Kesehatan lainnya, serta komite mutu keselamatan pasien. Unit analisis adalah individu. Jumlah populasi penelitian di tujuh RS sebesar 9.902

orang, jumlah sample sebesar 1400 orang dengan respon rate sebesar 1231 (88%). Jumlah Karyawan bervariasi antara 1.305 sampai 4.347 orang. Jumlah tempat tidur (TT) di RS antara 402 TT sampai dengan 1514 TT dengan BOR antara 67% sampai dengan 84,85%, angka Average Length of Stay (ALOS) menggambarkan lama hari rawat yang bervariasi antara 5 hari sampai dengan 7,76 hari. Turn Over Interval (TOI) yaitu Pergantian pasien per tempat tidur berkisar antara 2 sampai dengan 3,15 hari. Sedangkan BTO menggambarkan bahwa 1 (satu) TT diisi antara 31 sampai dengan 53 pasien per tahun; (2) Karakteristik Responden berdasarkan Umur responden sebesar 44,40 % adalah berumur 25 - 34 tahun atau usia produktif ; Pendidikan responden berpendidikan S1 dan D3 sebesar 84% dan berpendidikan S2 sebesar 156 (13%); Unit kerja Responden terbanyak pada kelompok unit rawat inap sebesar 413 (33,22%), rawat jalan sebesar 158 (12,711 %) dan yang terendah adalah unit Psikiatri sebesar 7 (0,5%); Lama bekerja Responden di unit kerja yang bersangkutan terbanyak pada kelompok 1 hingga 5 tahun sebesar 493 (39,66%), kelompok 6-10 tahun sebesar 299 (18,49%) dan kelompok 16-20 tahun sebesar 81 (6,51%); Lama bekerja Responden di rumah sakit terbanyak antara 1 sd 10 tahun (48%) dengan rincian pada kelompok 1 hingga 5 tahun sebesar 323 (25,98%), kelompok 6-10 tahun sebesar 296 (23,81%) dan yang kurang dari 1 tahun sebesar 103 (8,28%). Lama bekerja dalam seminggu terbanyak pada kelompok 40 hingga 59 jam sebesar 830 (66,77%) dan kelompok 20- 39 sebesar 250 (20,11%) ; Responden berdasarkan profesi terbanyak adalah Perawat terregistrasi sebesar 472 (37,97%), Perawat Vokasi sebesar 305 (24,53%), dokter spesialis / lainnya sebesar 175 (14,08) , dokter residen sebesar 59 (4,75); Lama bekerja sesuai

profesi saat ini pada kelompok 1 - 5 tahun sebanyak 394 (31,69%) , kelompok 6-10 tahun sebesar 321 (25,82%), kelompok kurang dari 1 tahun 66 (5,31%); Posisi tugas Responden saat ini 1123 orang (91 %) berhubungan dengan pasien dan 108 (9%) menyatakan tidak berhubungan langsung dengan pasien; Berdasarkan jenis kelamin responden terbanyak adalah perempuan sebesar 77,5% dan laki- laki 22,5 %. Persepsi responden tentang tingkat keselamatan pasien sebesar 660 (53,6%) menilai sangat baik (*very good*), dapat diterima (*acceptable*) sebesar 410 (33,3 %) dan dinilai luar biasa (*excellent*) sebesar 149 (12,1%). Data tersebut menggambarkan bahwa hanya 65% responden yang menilai tingkat keselamatan pasien baik. Laporan insiden yang pernah dilaporkan selama 12 bulan terakhir sebesar 548 (44,08%) menyatakan tidak ada laporan, kelompok 1 sampai dengan 2 laporan sebesar 427 (34,35%) , kelompok di atas 3 -5 sd 21 laporan sebesar 181 (14.71 %). Hal ini menunjukkan bahwa budaya melapor masih belum baik, selaras dengan gambaran komunikasi terbuka yang kurang kuat.

Dimensi Budaya Keselamatan pasien yang **tingkat kehandalannya kuat**; Hasil Penelitian tentang tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien yang menggambarkan sebagai berikut : Harapan dan tindakan supervisor/ manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/ manager expectations and actions promoting safety* dinilai kuat dengan tingkat kehandalan sebesar 79%, yang menunjukkan bahwa Manajer/ supervisor telah memberi pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai prosedur keselamatan pasien yang berlaku. Manajer/supervisor dengan serius mempertimbangkan masukan staf untuk meningkatkan keselamatan pasien. Bila beban kerja tinggi, manajer/supervisor kadang meminta staf bekerja cepat meski

dengan mengambil jalan pintas. Manajer/supervisor kami selalu mengabaikan masalah Keselamatan Pasien yang terjadi berulang kali di unit kami. Dukungan Manajer menjadi sangat penting karena merupakan kunci keberhasilan pelayanan yang mengutamakan keselamatan pasien dengan memberikan arahan, pujian bila bekerja sesuai prosedur. Manajer mendengarkan masukan dari bawahan agar terjadi perbaikan terus menerus; Organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning- continuous improvement*) dinilai kuat dengan tingkat kehandalan sebesar 88%. Hal ini menggambarkan bahwa di unit kerja melakukan kegiatan untuk meningkatkan keselamatan pasien, apabila ada kesalahan yang terjadi dapat digunakan untuk membuat perubahan kearah yang positif, serta apabila terjadi kesalahan dilakukan evaluasi dan melakukan perubahan-perubahan untuk meningkatkan Keselamatan Pasien; Kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*) dinilai kuat dengan tingkat kehandalan sebesar 84 % , menggambarkan di unit saling mendukung, saling menghormati dan saling membantu bila ada pekerjaan yang harus dilakukan dalam waktu cepat. Bila salah satu area di unit kami sangat sibuk, maka area lain dari unit kami akan membantu. Hal ini mejadi kekuatan dan perlu dipupuk dalam mejalankan asuhan berkualitas dan aman (safety).

Hal ini sejalan dengan penelitian AHRAQ (2014) pada 621 rumah sakit bahwa dimensi harapan dan tindakan supervisor/ manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/ manager expectations and actions promoting safety*), Organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning-continuous improvement*) dan Kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*) dinilai kuat

yang perlu dijaga dan dipertahakan. Andreas Budihardjo(2012) menggambarkan bahwa "Pentingnya *Safety Culture* di rumah sakit sebagai upaya meminimalkan *Adverse Events*. *The role and essence of patient-safety culture in minimizing the total number of AEs. Hospitals and health centres are encouraged to manage their corporate culture change into the direction of applying the safety culture appropriately in order to provide a positive impact on the patient life and hospitals' image*".

Adapun Dimensi Budaya Keselamatan pasien yang tingkat kehandalan perlu ditingkatkan Hasil Penelitian tentang tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien menggambarkan sebagai berikut : Keterbukaan komunikasi (*Communication openness*), menggambarkan bahwa Karyawan bebas berbicara jika melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada pelayanan pasien, merasa bebas untuk mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasannya, ada perasaan takut bertanya jika terjadi hal yang kelihatannya tidak benar, Tidak mengherakan apabila dimensi keterbukaan komunikasi dinilai rendah maka upaya peningkatan keselamatan pasien menjadi kurang baik; Umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*), menunjukkan bahwa Karyawan mendapat umpan balik mengenai perubahan yang dilaksanakan atas dasar hasil laporan insiden, kurang mendapat informasi mengenai insiden yang terjadi di unit ini dan apabila ada insiden didiskusikan cara untuk mencegah agar insiden tidak terulang kembali, sehingga perlu upaya peningatan pemberian umpan balik terhadap *error* yang terjadi di RS.

Respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), menggambarkan bahwa Karyawan sering merasa bahwa kesalahan yang mereka

lakukan digunakan untuk menyalahkan mereka, Bila staf melaporkan suatu insiden, yang dibicarakan adalah pelakunya bukan masalahnya dan merasa khawatir kesalahan yang mereka buat akan dicatat di berkas pribadi mereka. Hal ini sejalan dengan penelitian Kusumapradja (2015) bahwa dimensi *nonpunitive response to error* menjadi dimensi yang paling berpengaruh terhadap penguatan budaya keselamatan pasien.

Staf yang adekuat (*Staffing*), suatu unit apabila memiliki cukup staf untuk menangani beban kerja yang berlebih, menunjukkan bahwa Karyawan bekerja dengan waktu yang lebih lama dari normal untuk perawatan pasien yaitu rata-rata 40- 59 jam, banyak menggunakan tenaga melebihi normal/tambahan untuk kegiatan pelayanan pasien dan bekerja seolah-olah dalam keadaan “krisis”, berusaha bertindak berlebihan dan terlalu cepat. Dimensi ini yang mempunyai tingkat kehandalan paling rendah dalam budaya keselamatan pasien di RS Pendidikan; Persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*), menunjukkan bahwa Unit tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien untuk menyelesaikan pekerjaan yang lebih banyak, prosedur dan system di unit kerja sudah baik dalam mencegah terjadinya error.

Hanya karena kebetulan saja bila insiden yang lebih serius tidak terjadi di unit dan responden menemukan banyak masalah keselamatan pasien; Demikian juga dimensi Dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) dinilai sedang (80%) yang menggambarkan bahwa manajemen rumah sakit membuat suasana kerja yang mendukung keselamatan pasien, tindakan manajemen RS menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama dan kadang-kadang manajemen RS kelihatan tertarik pada Keselamatan Pasien hanya sesudah terjadi KTD (Kejadian yang

Tidak Diharapkan); Kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*), menggambarkan bahwa terdapat kerjasama yang baik antar unit di RS yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan bersama. Unit-unit di RS bekerjasama dengan baik untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien. Koordinasi antar unit di RS dirasakan responden kurang baik dengan baik dan bekerja dengan staf dari unit lain di RS ini dirasakan kurang menyenangkan. Dimensi penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) menggambarkan bahwa apabila terjadi pemindahan pasien dari unit satu ke unit lain, dinilai tidak menimbulkan masalah terkait dengan informasi pasien. Sedangkan Informasi penting mengenai pelayanan pasien saat pergantian jaga (shift) terjaga. Masalah dinilai sering timbul dalam pertukaran informasi antar unit di RS.

Pergantian *shift* tidak merupakan masalah bagi pasien-pasien di RS ini. Frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*), menunjukkan apabila terjadi kesalahan, tetapi sempat diketahui dan dikoreksi sebelum berdampak pada pasien, dinilai tidak sering hal ini dilaporkan. Apabila terjadi kesalahan, tetapi tidak berpotensi mencederai pasien, dinilai kadang-kadang hal ini dilaporkan. Dan apabila terjadi kesalahan, yang dapat mencederai pasien tetapi ternyata tidak terjadi cedera, jarang dilaporkan.

Gambaran dimensi budaya keselamatan pasien tersebut sejalan dengan penelitian kusumapradja (2015) bahwa dimensi Respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*) yang paling berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien. Demikian juga Kartika Yuni (2013) menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan transformasional direktur telah melibatkan staf dalam menerapkan budaya keselamatan pasien, terutama non blaming culture dan budaya belajar dari

insiden, tetapi budaya pelaporan belum berjalan dengan baik. Tujuh langkah keselamatan pasien RS belum dilaksanakan seluruhnya.

Mengingat RS Pendidikan (PP No.93,2015) sebagai wahana untuk mendidik para calon dokter umum dan dokter spesialis, serta tenaga kesehatan lainnya oleh fakultas kedokteran/ fakultas Kesehatan lain baik negeri atau swasta, maka budaya keselamatan pasien menjadi faktor pendorong yang penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang aman di RS Pendidikan.

Gambaran Implementasi enam sasaran keselamatan pasien yang perlu ditingkatkan berdasarkan hasil penelitian menggambarkan bawa sasaran pertama yaitu mengidentifikasi pasien dengan benar dinilai kepatuhannya yang paling tinggi (95,31 %), sedangkan sasaran kedua Meningkatkan komunikasi yang efektif dinilai yang kurang baik (82,53 %) serta sasaran kelima yaitu mengurangi risiko infeksi akibat asuhan kesehatan dinilai yang paling rendah kepatuhannya (81,6%). Laporan Insiden; yang dilaporkan responden selama 12 bulan terakhir sebesar 548(44,08%) menyatakan tidak ada laporan. Insiden yang dilaporkan kelompok 1 sampai dengan 2 laporan sebesar 427 (34,35%) , sedangkan insiden yang dilaporkan pada kelompok di atas 3 - 5 dan 21 atau lebih laporan sebesar 181 (14.71 %) Model pengembangan Budaya Keselamatan pasien; Hasil uji model di atas menunjukkan bahwa *pertama*, konstruksi model konseptual baru dalam membangun budaya keselamatan pasien di rumah sakit yang meliputi : harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/manager expectations and actions promoting safety*), organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning—continuous improvement*), kerjasama tim dalam unit

(*Teamwork within units*), keterbukaan komunikasi (*Communication openness*), umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*), respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), staf yang adekuat (*Staffing*), persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*), dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*), penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) dan frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*). *Kedua*, kebijakan nilai budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan menjadi faktor pendorong positif bagi pertumbuhan dan perkembangan kualitas dan keamanan pasien di rumah sakit secara nasional.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan penelitian di atas dapat disimpulkan sebagai berikut : (1) Gambaran tingkat kehandalan Budaya Keselamatan pasien di tujuh rumah sakit pendidikan (RSUP P., RS KD, RSUD SS, RSUP WM, RSUD UB, RSUP MDP, RSUP Dr MHP), yang dinilai tingkat kehandalannya kuat adalah dimensi : Harapan dan tindakan supervisor/ manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/ manager expectations and actions promoting safety*; Organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning-continuous improvement*) Kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*). Sedangkan yang dinilai masih kurang kuat adalah : Keterbukaan komunikasi (*Communication openness*); Umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*); Respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), Staf yang adekuat (*Staffing*); Persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of*

patient safety); Dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*); Kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*); Penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*); Frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*); (2) Gambaran implementasi enam sasaran keselamatan pasien yang dinilai pelaksanaannya tinggi adalah identifikasi pasien dengan benar dan yang dinilai kurang baik adalah meningkatkan komunikasi efektif serta mengurangi risiko infeksi akibat asuhan kesehatan. (3) Gambaran laporan insiden keselamatan pasien yang dilaporkan selama 12 bulan terakhir yang paling banyak adalah kelompok tidak ada laporan selama 12 bulan terakhir sebesar 548 (44,08%) dan kelompok 1 sampai dengan 2 laporan sebesar 427 (34,35%). (3) Hasil Uji model menunjukkan bahwa terbukti secara simultan budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien secara signifikan mempengaruhi kejadian tidak diharapkan. Dan secara parsial, budaya keselamatan pasien mempengaruhi implementasi enam sasaran keselamatan pasien. (4) Hasil uji menunjukkan terdapat arah korelasi negatif, artinya semakin tinggi budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien, maka akan semakin rendah kejadian tidak diharapkan, begitupun sebaliknya semakin rendah Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan, maka akan semakin tinggi kejadian tidak diharapkan (KTD). (5) Besarnya pengaruh Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD sebesar 1% yang sisanya dijelaskan oleh 324 faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini .

Daftar Pustaka

AHRAQ. (2014). *Hospital Survey on*

Patient safety Culture: user comparative data based report. Retrieved from www.ahrq.gov

Azrul, A. (1996). *Menuju Pelayanan Kesehatan yang Lebih Bermutu*, Yayasan Penerbitan IDI, Jakarta, 1996, p.39. Jakarta: Yayasan Penerbitan IDI.

Budihardjo, A. (2008). Pentingnya Safety Culture Di Rumah Sakit: Upaya Meminimalkan Adverse Events. *Integritas - Jurnal Manajemen Bisnis*, 1(Mei), 53.

Devi Nurmalia, Hanny Handiyani, H. P. (2013). Pengaruh Program Mentoring Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, 1(2), 79–88.

Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality and Safety*, 20(4), 338–343. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>

Kartika, Y. (2013). *Analisis Pengaruh Gaya Kepemimpinan Direktur terhadap Budaya Keselamatan Pasien di RS Hermina Pandanaran*. Universitas Diponegoro.

Kusumapradja, R. (2017a). Analisis Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Daerah Khusus Ibu Kota Jakarta. *Forum Ilmiah*, 14(2), 211–229.

Kusumapradja, R. (2017b). Budaya Keselamatan Pasien di Unit Onkologi Rumah Sakit X Jakarta.

Matsubara, S., Hagihara, A., & Nobutomo, K. (2008). Development of a patient safety climate scale in Japan. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 20(3), 211–220.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn003>

Peraturan, P. (2015). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 93 Tentang RS Pendidikan.

Presiden, P. (2009). UU No. 44 tentang Rumah Sakit, 1–65.

Rakich, J. S. A. B. K. (1996). Problem solving in health services organizations. *Hospital Topics*, 74(2), 21–27.
<https://doi.org/10.1080/00185868.1996.11736053>

Setiowati, Dwi; Allenidekania; Luknis, S. (2013). Kepemimpinan Efektif Head Nurse Meningkatkan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Jurnal Makara Seri Kesehatan*, 2(17), 55–60.
<https://doi.org/10.7454/msk.v17i2.xxxx>

Walshe, Kieran; Boaden, R. (2006). *Patient safety: research into practice*. Open University Press.