

PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT DI SEBUAH RUMAH SAKIT SWASTA BANDAR LAMPUNG

Ernawaty Siagian

Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Advent Indonesia

Email: ernawatysiagian74@yahoo.com

ABSTRAK

Pendahuluan: Pemberi layanan kesehatan harus mengutamakan keamanan pasien sebagai prioritas. **Tujuan:** Untuk mengkaji penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat sehingga hasilnya dapat dijadikan acuan dalam meningkatkan kualitas keperawatan. **Metode:** Penelitian *descriptive comparative cross sectional design* dilakukan kepada 50 responden perawat dari berbagai departemen dengan menggunakan instrument *Hospital Survey of Patient safety Culture* (HSOPCS) yang terdiri dari 12 dimensi. Uji statistic Mann Whitney digunakan untuk menganalisa perbedaan penerapan antara kelompok perawat. **Hasil:** Penelitian ini menunjukkan bahwa rerata respon positif dari 12 dimensi yang diberikan oleh staf pelaksana (74,6%), terdapat 5 dimensi yang perlu di tingkatkan. Untuk para perawat *incharge* mempunyai nilai rata-rata (79,4 %) dan masih ada 4 dimensi yang perlu ditingkatkan. Pada kelompok *head nurse* nilai rata-rata respon positif dari 12 dimensi adalah 76,7% dan masih terdapat 5 dimensi yang perlu ditingkatkan. Kelompok kepala ruangan nilai rata-rata respon positif dalam 12 dimensi adalah 88,6% dan terdapat 1 dimensi yang perlu ditingkatkan. Terdapat perbedaan yang signifikan dalam pelaksana budaya keselamatan pasien antara staf *incharge* dengan *head nurse* dan dengan kepala ruangan. **Diskusi:** Dengan meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien diharapkan perawat dapat memberikan perawatan yang komprehensif, berbasis bukti dan berpusat pada kebutuhan pasien sehingga keselamatan pasien di rumah sakit dapat tercapai.

Kata Kunci: Budaya keselamatan pasien, Perawat, Penerapan

ABSTRACT

Introduction: Health service providers must prioritize patient safety as a priority. **Objective:** It is important to examine the application of patient safety culture to nurses, so that the results can be used as a reference in making improvements. **Methods:** A descriptive comparative cross sectional design study was conducted on 50 nurse respondents from various wards using the Hospital Survey of Patient Safety Culture (HSOPCS) instrument consisting of 12 dimensions. The Mann Whitney statistical test was used to determine the differences among nurses' groups. **Results:** This study shows that the average positive response from the 12 dimensions provided by the implementing staff (74.6%), there are 5 dimensions that need to be improved. For nurses incharge has an average value (79.4%) and there are still 4 dimensions that need to be improved. In the head nurse group, the average value of positive responses from 12 dimensions was 76.7% and there were still 5 dimensions that needed to be improved. The group head of the room the average value of positive responses in 12 dimensions is 88.6% and there are 1 dimension that needs to be improved. There is a significant difference in the implementation of a patient safety culture between incharge staff and the head nurse and the head of the room. **Discussion:** By increasing the application of a patient safety culture nurses are expected to provide comprehensive, evidence-based and patient-centered care so that patient safety at the hospital can be achieved.

Key Words: Implementation, Nurses, Patient safety culture

JURNAL

SKOLASTIK

KEPERAWATAN

VOL. 6, NO. 1
Januari – Juni 2020

ISSN: 2443 – 0935
E-ISSN 2443 - 16990

PENDAHULUAN

Gambaran tentang keselamatan pasien disuatu institusi layanan kesehatan seperti rumah sakit merupakan cermin dari kualitas pelayanan. Undang-Undang RI No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menjelaskan bahwa rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien dan dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisis dan menerapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan. Keselamatan pasien merupakan sebuah sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut terdiri dari asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melakukan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Insiden keselamatan pasien merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Budaya keselamatan suatu organisasi adalah hasil dari nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang menentukan komitmen, dan gaya serta kemahiran, kesehatan dan keselamatan pengelolaan organisasi dengan budaya keselamatan positif ditandai oleh komunikasi yang dibangun atas dasar saling percaya, dengan berbagai persepsi tentang pentingnya keamanan, dan keyakinan akan kemanjuran tindakan pencegahan (AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide, 2016).

Angka Kematian Akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika berjumlah 44.000-98.000 orang pertahun. Dengan menggunakan estimasi yang lebih rendah, lebih banyak orang mati akibat kesalahan

medis dalam setahun dibandingkan kecelakaan jalan raya, kanker payudara, atau AIDS. Laporan ini disusun dengan publikasi WHO pada tahun 2004 yang menemukan KTD dengan rentang 3,2-16,6% dari penelitian di berbagai negara (Depkes RI, 2008). Di Indonesia Laporan Insiden Keselamatan Pasien menemukan adanya pelaporan kasus KTD (14,41%) dan KNC (18,53%) yang disebabkan karena proses atau prosedur klinik (9,26%), medikasi (9,26%), dan Pasien jatuh (5,15%). (KKP RS, 2011)

Tujuan keselamatan pasien di rumah sakit yaitu (Depkes RI, 2011): 1) Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit. 2) Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat. 3) Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit. 4) Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (KTD). Salah satu tujuan keselamatan pasien yaitu menurunnya KTD yang merupakan bagian dari insiden keselamatan pasien. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka disusunlah Sasaran Keselamatan pasien yang bertujuan mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan yang ada. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO Patient Safety (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International (JCI)*.

Ada 12 dimensi yang terkandung didalam budaya keselamatan pasien yakni: 1) Frekuensi pelaporan insiden. 2) Persepsi tentang keselamatan pasien secara menyeluruh. 3) Harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien. 4) Pembelajaran organisasi-perbaikan berkelanjutan. 5) Kerjasama tim

dalam unit. 6) Komunikasi terbuka. 7) Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan. 8) Respon tidak menghukum terhadap kesalahan. 9) Staffing 10) Dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien. 11) Kerjasama tim antar unit. 12) Overan dan transisi (Sorra & Nieva, 2003).

Menurut Depkes RI (2008) dalam Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit, langkah pertama program keselamatan pasien di rumah sakit adalah membangun budaya keselamatan pasien atau menumbuhkan kesadaran pada seluruh karyawan akan pentingnya nilai keselamatan di rumah sakit. Peran perawat juga penting dalam mencegah dan menemukan kesalahan medis yang dapat menyebabkan kematian dan ancaman serius. Berdasarkan sebuah studi mengenai Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) akibat kesalahan medikasi yang dilaksanakan di beberapa rumah sakit di United States of America (USA) ditemukan fakta bahwa 34% kesalahan medikasi terjadi akibat kesalahan pemberian medikasi yang merupakan salah satu peran perawat dalam studi serupa yang dilaksanakan di dua rumah sakit tersier menunjukkan bahwa 38% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) terjadi akibat kesalahan pemberian medikasi yang dilakukan oleh staff keperawatan (Bates et al., 1995, Pepper, 1995 dalam Page, 2004).

Rumah sakit yang menjadi lokasi penelitian ini merupakan salah satu rumah sakit swasta yang telah menerapkan program keselamatan pasien dan telah memiliki sistem pelaporan insiden keselamatan pasien sejak tahun 2018. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan evaluasi penerapan budaya keselamatan pasien khususnya pada perawat yang ada di rumah sakit tersebut. Hasil dari penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi pihak manajemen rumah sakit dalam meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien yang lebih baik lagi sehingga mampu mendukung program keselamatan pasien.

BAHAN DAN METODE

Metode yang digunakan adalah metode *kuntitatif descriptive-comparative, cross-sectional design*. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran tentang perbedaan penerapan budaya keselamatan pasien antara posisi staf pelaksana, incharge, head nurse dan kepala ruangan. Populasi dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja di Instalasi Rawat jalan, Instalasi Bedah, Instalasi Bedah Hemodialisa, dan Instalasi Gawat Darurat (patient tidak rawat nginap) di rumah sakit swasta di Bandar Lampung. Jumlah sampel adalah lima puluh orang dengan menggunakan error tolerance 0,05. Metode yang digunakan untuk menentukan jumlah sampel adalah dengan menggunakan rumus *Slovin*. Pemilihan sampel atau informan pada penelitian ini menggunakan metode *purposive sampling*.

Kreteria sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu subjek adalah perawat yang aktif bekerja, mempunyai riwayat pengalaman bekerja minimal 1 tahun dan sukarela melakukan penelitian ini. Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada instrument yang telah dikembangkan oleh *Agency for Healthcare Research Quality yaitu Hospital Survey of Patient Safety Culture (HSOPC)* (Sorra & Nieva, 2003). Instrument yang terdiri dari 12 dimensi dapat mengukur budaya keselamatan pasien baik di tingkat unit maupun di tingkat rumah sakit.

HASIL

Pada tabel 1, nilai rerata respon positif dari 12 dimensi yang diberikan oleh staf pelaksana (74,6%) lebih rendah dengan kategori cukup dibandingkan dengan incharge (79,4%) lebih tinggi dengan kategori baik. Dalam kategori staf pelaksana ada tujuh dimensi yang dan masuk dalam kategori baik, empat dimensi dalam kategori cukup dan satu dimensi dalam kategori kurang. Sedangkan untuk incharge, ada

delapan dimensi masuk dalam kategori baik, tiga dimensi dalam kategori cukup dan satu dimensi dalam kategori kurang.

Tabel 1. Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan Tanggungjawab

DIMENSI BUDAYA KESELAMATAN	POSISI KEPERAWATAN					
	Staff Pelaksana			Incharge		
	+	-	Keterangan	+	-	Keterangan
1. Frekuensi pelaporan insiden	81%	19%	Baik	66,7%	33,3%	Cukup
2. Keselamatan Pasien secara menyeluruh	70,5%	29,5%	Cukup	55,6%	44,4%	Cukup
3. Harapan dan tindakan manejer dalam meningkatkan keselamatan pasien	65,7%	34,3%	Cukup	41,7%	58,3%	Kurang
4. Pembelajaran organisasi serta Perbaikan secara berkelanjutan	91,4%	8,6%	Baik	88,9%	11,1%	Baik
6. Kerjasama Tim dalam unit	86,4%	13,6%	Baik	100%	0%	Baik
7. Komunikasi Terbuka	80%	20%	Baik	100%	0%	Baik
8. Umpan balik & Komunikasi tentang kesalahan	80%	20%	Baik	100%	0%	Baik
9. Respon tidak menghukum terhadap kesalahan	48,6%	51,4%	Kurang	88,9%	11,1%	Baik
10. Staffing	70,5%	29,5%	Cukup	66,7%	33,3%	Cukup
11. Dukungan manajemen RS terhadap Program Keselamatan Pasien	80%	20%	Baik	77,8%	22,2%	Baik
12. Kerjasama Tim antar unit	75%	25%	Baik	83,3%	16,7%	Baik
13. Overan dan Transisi	65,7%	34,3%	Cukup	83,3%	16,7%	Baik
Rerata total	74,6%	25,4%	Cukup	79,4%	20,6%	Baik

Pada dimensi frekuensi pelaporan insiden pada staf pelaksana lebih baik (81%) dibandingkan posisi incharge (66,7%). Persepsi tentang keselamatan pasien secara menyeluruh pada staf pelaksana (70,5%) lebih tinggi dibandingkan incharge (55,6%), namun keduanya masih dalam kategori cukup. Dimensi harapan dan tindakan manejer dalam meningkatkan keselamatan pasien dalam kategori cukup pada staf pelaksana (65,7%) lebih tinggi dibandingkan incharge (41,7%) dalam kategori kurang. Dimensi pembelajaran organisasi serta perbaikan secara berkelanjutan pada posisi staf pelaksana (91,4%) lebih tinggi dibandingkan posisi incharge (88,9%) namun keduanya dalam kategori baik. Kerjasama tim dalam unit dalam kategori

baik dimana staf pelaksana (86,4%) dan posisi incharge (100%). Dimensi komunikasi terbuka pada staf pelaksana (80%) dalam kategori baik sedangkan incharge lebih tinggi (100%) dalam kategori baik. Penerapan dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan staf pelaksana (80%) dan incharge (100%) dalam kategori baik. Dimensi respon tidak menghukum terhadap kesalahan pada posisi staf pelaksana lebih rendah (48,6%) dengan kategori kurang dibandingkan incharge (88,9%) dengan kategori baik. Penerapan pada dimensi staffing pada staf pelaksana (70,5%) dan incharge (66,7%) dalam kategori cukup. Dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien staf pelaksana (80%) dan incharge

(77,8%) dalam kategori baik. Dimensi kerjasama tim antar unit pada staf pelaksana lebih rendah (75%) daripada incharge (83,3%), namun keduanya dalam kategori

baik. overan dan transisi pada staf pelaksana (65,7%) dalam kategori cukup sedangkan posisi incharge (83,3%) lebih tinggi dalam kategori baik.

Tabel 2. Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan Tanggungjawab

DIMENSI BUDAYA KESELAMATAN	POSISI KEPERAWATAN					
	Head Nurse			Kepala Ruangan		
	+	-	Keterangan	+	-	Keterangan
1. Frekuensi pelaporan insiden	79,2%	20,8%	Baik	91,7%	8,3%	Baik
2. Keselamatan Pasien secara menyeluruh	62,5%	37,5%	Cukup	75%	25%	Baik
3. Harapan dan tindakan manejer dalam meningkatkan keselamatan Pasien	65,6%	34,4%	Cukup	87,5%	12,5%	Baik
4. Pembelajaran organisasi serta Perbaikan secara berkelanjutan	95,8%	4,2%	Baik	100%	0%	Baik
5. Kerjasama Tim dalam unit	100%	0%	Baik	93,8%	6,2%	Baik
6. Komunikasi Terbuka	87,5%	12,5%	Baik	91,7%	8,3%	Baik
7. Umpan balik & Komunikasi tentang kesalahan	91,7%	8,3%	Baik	100%	0%	Baik
8. Respon tidak menghukum terhadap kesalahan	50%	50%	Kurang	66,7%	33,3%	Cukup
9. Staffing	83,3%	16,7%	Baik	91,7%	8,3%	Baik
10. Dukungan manajemen RS terhadap Program Keselamatan Pasien	79,2%	20,8%	Baik	83,3%	16,7%	Baik
11. Kerjasama Tim antar unit	68,8%	31,2%	Cukup	93,8%	6,2%	Baik
12. Overan dan Transisi	56,3%	43,7%	Cukup	87,5%	12,5%	Baik
Rerata total	76,7%	23,3%	Baik	88,6%	11,4	Baik

Pada tabel 2, nilai rata-rata respon positif terhadap 12 dimensi yang diberikan oleh kelompok kepala ruangan (88,6%) lebih tinggi dibandingkan head nurse (76,7%), namun keduanya masih dalam kategori baik. Pada posisi head nurse ada tujuh dimensi dalam kategori baik, empat dimensi dalam kategori cukup dan satu dimensi dalam kategori kurang. Pada posisi kepala ruangan ada sebelas dimensi dalam kategori baik dan satu dimensi dalam kategori cukup.

Frekuensi pelaporan insiden dari head nurse (79,2%) lebih rendah dari kepala ruangan (91,7%) namun masih dalam kategori baik. Persepsi tentang keselamatan pasien secara menyeluruh pada head nurse lebih

rendah (62,5%) dalam kategori cukup dibandingkan kepala ruangan (75%) dalam kategori baik. Penerapan dimensi harapan dan tindakan manejer dalam meningkatkan keselamatan pasien pada kepala ruangan lebih tinggi (87,5%) dalam kategori baik dibandingkan head nurse (65,6%) dalam kategori cukup. Dimensi pembelajaran organisasi serta perbaikan secara berkelanjutan pada head nurse (95,8%) sedangkan kepala ruangan (100%) kedua kelompok dalam kategori baik. Kerjasama tim dalam unit pada head nurse (100%) sedangkan pada kepala ruangan (93,8%) keduanya dalam kategori baik. Penerapan komunikasi terbuka lebih tinggi kepala ruangan (91,7%) dibandingkan head nurse

(87,5%) namun keduanya dalam kategori baik. Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan pada head nurse (91,7%) lebih rendah dibandingkan kepala ruangan (100%) namun keduanya dalam kategori baik. Respon tidak menghukum terhadap kesalahan pada head nurse (50%) kategori kurang sedangkan kepala ruangan (66,7%) dalam kategori cukup. Dimensi staffing pada head nurse (83,3%) dan kepala ruangan (91,7%) keduanya dalam kategori baik.

Dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien keduanya dalam kategori baik dimana head nurse (79,2%) sedangkan kepala ruangan (83,3%). Penerapan kerjasama tim antar unit pada head nurse lebih rendah (68,8%) dalam kategori cukup dibandingkan kepala ruangan (93,8%) dalam kategori baik. Overan dan transisi pada head nurse (56,3%) kategori cukup lebih rendah dibandingkan kepala ruangan (87,5%) dalam kategori baik.

Tabel 3. Perbedaan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Antara Tanggungjawab

Profesi	Mean	Median	Std. Deviasi	Range	95 % CI	P. Value
Staff Perawat	26,05	28,00	6,954	6-35(29)	23,83-28,27	0,000
<i>Incharge</i>	2,50	3,00	0,688	1-3 (2)	2,27-2,73	
<i>Head Nurse</i>	6,26	7,00	1,634	3 - 8 (5)	5.73 - 6.79	0.000
Kepala ruangan	3,55	4,00	0,714	1 - 4 (3)	3.32 - 3.78	

Pada tabel 3, nilai p value berdasarkan berdasarkan posisi sebesar 0.000 ($p>0.05$) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara posisi staff pelaksana dan *incharge* dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Pada tabel yang sama, hasil yang diperoleh adalah terdapat perbedaan yang signifikan antara head nurse dengan kepala ruangan dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Hal ini berdasarkan p value sebesar 0,000 ($p>0.05$)

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan staff pelaksana (91,4%) mempunyai penerapan paling baik pada dimensi pembelajaran organisasi serta perbaikan secara berkelanjutan, sedangkan pada *incharge* penerapan yang paling baik pada kerjasama tim dalam unit (100%), komunikasi terbuka (100%) dan umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan (100%). Dimensi yang mendapat penerapan paling buruk pada staf pelaksana adalah respon tidak menghukum (48,6%). Sedangkan pada *incharge* adalah

dimensi harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien (41,7%). Pada head nurse mempunyai penerapan yang paling baik pada dimensi kerjasama tim dalam unit (100%). Sedangkan pada kepala ruangan dimensi yang paling baik pada pembelajaran organisasi serta perbaikan secara berkelanjutan (100%) dan dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan (100%). Dimensi yang mendapat penerapan paling buruk pada head nurse (50%) dan kepala ruangan (66,7%) adalah respon tidak menghukum terhadap kesalahan.

Penelitian Brown & Wolosin (2013) hubungan antara tindakan keperawatan, kinerja rumah sakit dan budaya keselamatan dieksplorasi di 9 rumah sakit California dan 37 unit keperawatan. Persepsi budaya keselamatan diukur 6 bulan sebelum pengumpulan metrik keperawatan dan hubungan antara kedua data yang dieksplorasi menggunakan hubungan korelasional dan analisis regresi. Hubungan signifikan ditemukan adalah langkah-langkah proses untuk pencegahan jatuh.

Beberapa asosiasi diidentifikasi dari budaya keselamatan dan struktur pemberian perawatan, seperti campuran keterampilan, pergantian staf, dan intensitas beban kerja menunjukkan yang signifikan dengan budaya keselamatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Kim dkk (2013) penelitian ini dilakukan pada 280 karyawan direkrut dari 3 rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang mempengaruhi persepsi pentingnya manajemen keselamatan pasien adalah apakah karyawan rumah sakit kontak dengan pasien saat bertugas, jam kerja mingguan, pendidikan manajemen keselamatan pasien, dan sistem konstruksi manajemen keselamatan pasien. Faktor yang mempengaruhi praktek manajemen keselamatan pasien adalah beban kerja, dan sistem konstruksi manajemen keselamatan pasien (Kim, Park, Park, Yoo, and Choi, 2013).

Harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien merupakan penilaian tentang bagaimana tindakan kepala ruangan atau manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien, apakah kepala ruangan atau manajer memperhatikan saran dari staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, memberikan pujian kepada staf yang mengikuti prosedur keselamatan pasien dan tidak mengabaikan masalah keselamatan pasien. Hal ini akan mendorong mereka untuk semakin terlibat dalam mendukung program keselamatan pasien. Thomas, Sexton, Neilands, Frankel & Helmreich, (2005) menyatakan bahwa manajer perlu melakukan executive walkround yaitu mengunjungi unit-unit pelayanan secara rutin untuk mencari tahu permasalahan yang ada di unit-unit tersebut sambil mendengar masukan dari bawahan. Hal ini akan mempengaruhi budaya keselamatan pasien. Dalam penelitian Charles, McKee & McCann (2011) para staf beranggapan bahwa perilaku pemimpin mempunyai pengaruh dalam membangkitkan semangat bagi perawat.

Pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Pelaporan insiden keselamatan pasien, menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2015) dilakukan secara internal dan eksternal. Pelaporan internal yaitu adanya laporan tentang insiden yang terjadi di lingkungan rumah sakit. Pelaporan eksternal dilakukan dengan pelaporan dari rumah sakit ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) Nasional. Hasil dari pelaporan insiden keselamatan digunakan untuk pengambilan keputusan dan dijadikan sebagai pembelajaran. Pengambilan keputusan tersebut agar dapat tepat sasaran, maka diperlukan evaluasi pelaporan insiden keselamatan pasien. Penelitian oleh Yilmaz dan Goris (2014) pada 316 perawat yang bekerja di Intensive Care Unit (ICU) di Praktik Kesehatan dan Pusat Penelitian Universitas Erciyes dan Rumah Sakit Pendidikan Kayseri Turki. Di dapat hasil bahwa 13.6% perawat yang bekerja di ICU menghadapi potensi ancaman terhadap insiden keselamatan pasien, dimana 48.8% dari insiden tersebut adalah jatuh dan sebagian besar perawat yaitu 88% tidak pernah mendokumentasikan insiden tersebut. Kesadaran perawat tentang keselamatan pasien harus ditingkatkan dan pengetahuan yang terkait harus terus di Update dengan sering memberikan pelatihan kepada perawat (Yilmaz & Goris, 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Hawkins & Flynn (2015) bertujuan untuk menguji hubungan antara budaya keselamatan pasien dan kejadian merugikan pasien yang dilaporkan perawat dalam fasilitas rawat jalan hemodialisis pada 422 perawat yang bekerja di fasilitas dialisis rawat jalan di Amerika Serikat. Hasil penelitian menunjukkan semua hubungan antara item budaya keselamatan pasien dan kejadian yang merugikan pasien berada di arah yang

diharapkan. Hasil temuan dari analisis ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien yang positif merupakan variabel penting bagi hasil pasien yang optimal dalam pengaturan rawat jalan .

Kerjasama tim yang baik pada perawat ditunjukkan dengan cara saling membantu untuk menyelesaikan tugas dan tanggung jawab dalam setiap shift. Walaupun ada pembagian tugas dan tanggung jawab, namun apabila ada seseorang perawat yang membutuhkan bantuan atau sedang sibuk maka perawat yang lain di dalam tim tersebut akan membantu. Kerjasama tim yang baik dapat membantu mengurangi masalah keselamatan pasien (Bower, Campbell, Bojke and Sibbald, 2003).

Respon tidak menghukum terhadap kesalahan adalah kondisi dimana staf merasa bahwa kesalahan yang mereka buat dan laporan tidak akan menjadi boomerang bagi mereka oleh karena ada banyak komponen dan proses yang terjadi di organisasi kesehatan yang dapat menciptakan situasi yang menyebabkan terjadinya kesalahan dilingkungan kerja (Carthney and Clarke, 2010) hasil penelitian yang dilakukan El-Jardali (2011) menunjukkan bahwa lebih banyak dukungan yang diberikan oleh manajemen rumah sakit akan meningkatkan frekuensi pelaporan insiden.

Beban kerja yang tinggi dan rasio staf yang kurang dapat mengancam keselamatan pasien. Penelitian yang dilakukan Kane, Robert, et al., (2007) semakin banyak jumlah perawat di suatu unit kerja akan mengurangi tingkat mortalitas, kegagalan untuk melakukan rescue, cardiac arrest, pneumonia akibat hospitalisasi serta kejadian tidak diharapkan lainnya. Efek dari meningkatnya jumlah staf perawat memberikan dampak yang kuat terhadap pasien di intensive care unit dan juga pasien bedah. Semakin banyak waktu yang

digunakan untuk memberikan perawatan langsung kepada pasien akan mengurangi resiko kematian serta lama rawat pasien. Semakin banyak perawat yang bekerja overtime dihubungkan dengan meningkatnya angka mortalitas, infeksi nasokomial, syok serta infeksi aliran darah. Stress berhubungan dengan beban kerja, waktu istirahat yang tidak mencukupi, otonomi yang terbatas dapat menyebabkan kelelahan secara psikologi (Biaggi, Peter & Ulich, 2003) pada saat seseorang mempersepsikan tuntutan melebihi sumber daya yang mereka miliki maka individu tersebut akan mengalami perasaan tidak menyenangkan seperti cemas, rasa tidak nyaman, kurang konsentrasi atau gelisah. Jika seseorang merasa stress dan bermasalah dalam konsentrasi maka akan beresiko tinggi melakukan kesalahan. Stress ditrmpat kerja juha dihubungkan dengan keselamatan kerja, seperti angka kecelakaan (Cooper and Clarke, 2003)

KESIMPULAN

Perawat sebagai profesi tenaga kesehatan dengan jumlah paling besar diantara tenaga kesehatan lainnya dan paling lama kontak dengan pasien, dianggap mempunyai peran penting dalam mengukur, memonitor serta memperbaiki kualitas asuhan serta keamanan pasien. Seberapa baik seorang pasien dirawat oleh perawat akan mempengaruhi kesehatan pasien. Peran perawat juga penting dalam mencegah dan menemukan kesalahan medis yang dapat menyebabkan kematian dan ancaman serius. Dengan meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien diharapkan perawat dapat memberikan perawatan yang komprehensif, berbasis evidence dan berpusat pada kebutuhan pasien sehingga keselamatan pasien dirumah sakit dapat tercapai. Upaya tersebut dapat dilakukan dengan adanya sosialisasi atau pelatihan terkait keselamatan pasien yang dapat dilakukan secara rutin.

DAFTAR PUSTAKA

- Undang Undang Republik Indonesia no 44 tahun 2009 tentang rumah sakit
- Charles, K, McKee, L., & McCann, S. (2011), April 16). A Quest For Patient Safety Culture: Contextual Influences on Patient safety Performance, *J Health Serve Res Policy*, 57-64
- Carthney, J., & Clarke, J. (2010). Implementing Human Factors in Healthcare. How to Guide
- Cooper, C., & Clarke, S. (2003). Managing the Risk of Workplace Stress. London: Routledge
- CAHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: user guide, 2016
- Bates DWI, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. relationship Between Medication Errors and Adverse Drug Event. *J Gen Intern Med*. 1995 April; 10(4):199-205.s.
- Biaggi, P., Peter, S., & Ulich, E. (2003). Stressor, Emotional Exhaustion, and Aversion to Patients in Residents and Chief Resident, *Swiss Medical Weekly*, pp.339-346
- Bower,P., Campbell, S., Bojke, C., & Sibbald, B. (2003). Team Structure, Team Climate and Quality of Care in Primary Care an Observational Study. *Quality and Safety in Health care*, 273-279
- Brown, D. S., & Wolosin, R. (2013). Safety Culture Relationships with Hospital Nursing Sensitive Metrics. *Journal for Healthcare Quality*, 61-74.
- Depkes RI. (2008). Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety): Utamakan Keselamatan Pasien. Jakarta: Depkes RI.
- El-jardarli, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M., & Hemadeh, N. (2011). Predictors and Outcomes of Patient Safety Culture in Hoepital. *BMC Health service Researsh*,9
- Hawkins, C. T., & Flynn, L. (2015). Patient Safety Culture and Nurse-Reported Adverse Events in Outpatient Hemodialysis Units. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 53-65.
- Indonesia, M. K. R. (2017) Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Dengan. Indonesia. Available at: jdih.baliprov.go.id/produkhukum/download/12274
- Kane, Robert,L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval & Wilt, T.J. nurse Staffing and Quality of Patient Care: Evidence Report/Technology Assessment, no 151. Prepared for Agency for Health care Research and Quality (AHRQ). Rockville, MD: March, 2007; Pub no 07-E005;p.6. <http://www.ncbl.nlm.nih.gov/pubmed/1776420>
- Kim, I. S., Park, M. J., Park, M. Y., Yoo, H., & Choi, J. (2013). Factors Affecting the Perception of Importance and Practice of Patient Safety Management among Hospital Employees in Korea. *Asian Nursing Research*, 26-32.
- KKP RS. (2011). Laporan Insiden Keselamatan Pasien. Jakarta: KKP RS.
- Kemenkes RI. (2011). Permenkes RI No.1691/Menkes/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Retrieved 11 23, 2015, from

<http://202.70.136.86/bprs/uploads/pdf/Files/21%20PMK%20No.%201691%20Otto%20Keselamatan%20Pasien%20Rumah%20Sakit.pdf>

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2015) Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Jakarta. Available at: www.pdpersi.co.id.

Sora, J., & Nieva, V. (2003). Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Quality and safe Health care. Hospital*

Thomas, E., Sexton, J., Neilands, T., Frankel, A., & Helmreich, R. (2002). The effect of Executive Walk Rounds on Nurse Safety Climate Attitude: A randomized Trial of Clinical Units. *BMC Health Serv Res*

Yilmaz, Z., & Goris, S. (2015). Determination of the patient safety culture among nurses working at intensive care units. *Pakistan Journal Of Medical Science*, 597-601.

WHO, (2014, June) 10 Fact On Patient Safety.