

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Teori

2.1.1 Tinjauan Umum tentang Keselamatan Pasien

2.1.1.1 Definisi

Insiden keselamatan pasien merupakan suatu kejadian yang tidak disengaja ketika memberikan asuhan kepada pasien (care management problem (CMP) atau kondisi yang berhubungan dengan lingkungan di rumah sakit termasuk infrastruktur, sarana prasarana (service delivery problem (SDP), yang dapat berpotensi atau telah menyebabkan bahaya bagi pasien. Kejadian keselamatan pasien dapat namun tidak selalu merupakan hasil dari kecacatan pada sistem atau rancangan proses, kerusakan sistem, kegagalan alat, atau kesalahan manusia. (KEMENKES, 2022)

Keselamatan pasien (*Patient Safety*) merupakan sesuatu yang jauh lebih penting dari pada sekedar efisiensi pelayanan. Perilaku perawat dengan kemampuan perawat sangat berperan penting dalam pelaksanaan keselamatan pasien. Perilaku yang tidak aman, lupa, kurangnya perhatian/motivasi, kecerobohan, tidak teliti dan kemampuan yang tidak memperdulikan dan menjaga keselamatan pasien berisiko untuk terjadinya kesalahan dan akan mengakibatkan cedera pada pasien, berupa Near Miss (Kejadian Nyaris Cedera/ KNC) atau Adverse Event (Kejadian Tidak Diharapkan/ KTD) selanjutnya pengurangan kesalahan dapat dicapai dengan memodifikasi perilaku. (Kartika, 2019).

Patient safety rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman meliputi assesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan yang

berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil suatu tindakan yang tidak seharusnya di ambil. (Harigustian, 2019)

Keselamatan pasien menurut World Health Organization (WHO) adalah kerangka kegiatan terorganisir yang menciptakan budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi dan lingkungan dalam perawatan kesehatan yang secara konsisten dan berkelanjutan menurunkan risiko, mengurangi terjadinya bahaya ketika itu terjadi (Hadi, 2017).

2.1.1.2 Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan keselamatan pasien telah ditentukan secara internasional maupun nasional, dimana tujuan yang ditentukan secara internasional menurut joint commission internasional (JCI) 2017 yaitu sebagai berikut:

- a. Identify patient correctly (mengidentifikasi pasien secara benar)
- b. Improve effective communication (meningkatkan komunikasi yang efektif)
- c. Improve the *safety* of high-alert medications (meningkatkan keamanan dan pengobatan resiko tinggi)
- d. Eliminate wrong-site, wrong patient, wrong procedure surgery (mengeliminasi)
- e. asi kesalahan penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi)
- f. Reduce the Risk of health care-associated infections (mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan)

g. Reduce the Risk of patient harm from falls(mengurangi resiko pasien terluka karena jatuh)

Sedangkan menurut (Kementerian Kesehatan RI, 2017), Keselamatan pasien bertujuan dalam terciptanya budaya keselamatan pasien, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya angka insiden keselamatan pasien di rumah sakit, dan terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

2.1.1.3 Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien merupakan suatu kejadian yang tidak disengaja ketika memberikan asuhan kepada pasien (care management problem (CMP) atau kondisi yang berhubungan dengan lingkungan di rumah sakit termasuk infrastruktur, sarana prasarana (service delivery problem (SDP), yang dapat berpotensi atau telah menyebabkan bahaya bagi pasien. Kejadian keselamatan pasien dapat namun tidak selalu merupakan hasil dari kecacatan pada sistem atau rancangan proses, kerusakan sistem, kegagalan alat, atau kesalahan manusia. (KEMENKES, 2022)

Berikut beberapa insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit :

- a. Kejadian tidak diharapkan (KTD) adalah insiden keselamatan pasien yang menyebabkan cedera pada pasien.
- b. Kejadian tidak cedera (KTC) adalah insiden keselamatan pasien yang sudah terpapar pada pasien namun tidak menyebabkan cedera.
- c. Kejadian nyaris cedera (near-miss atau hampir cedera) atau KNC adanya insiden keselamatan pasien yang belum terpapar pada pasien.

d. Suatu kondisi potensial cedera signifikan (KPCS) adalah suatu kondisi (selain dari proses penyakit atau kondisi pasien itu sendiri) yang berpotensi menyebabkan kejadian sentinel

e. Kejadian Sentinel adalah suatu kejadian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau penyakit yang mendasarinya yang terjadi pada pasien. Kejadian sentinel merupakan salah satu jenis insiden keselamatan pasien yang harus dilaporkan yang menyebabkan terjadinya hal-hal berikut ini:

1) Kematian

2) Cedera permanen

Cedera permanen adalah dampak yang dialami pasien yang bersifat ireversibel akibat insiden yang dialaminya misalnya kecacadan, kelumpuhan, kebutaan, tuli, dan lain-lainnya.

3) Cedera berat yang bersifat sementara/reversible

Cedera berat yang bersifat sementara adalah cedera yang bersifat kritis dan dapat mengancam nyawa yang berlangsung dalam suatu kurun waktu tanpa terjadi cedera permanen/gejala sisa, namun kondisi tersebut mengharuskan pemindahan pasien ke tingkat perawatan yang lebih tinggi /pengawasan pasien untuk jangka waktu yang lama, pemindahan pasien ke tingkat perawatan yang lebih tinggi karena adanya kondisi yang mengancam nyawa, atau penambahan operasi besar, tindakan, atau tata laksana untuk menanggulangi kondisi tersebut. (KEMENKES, 2022).

2.1.1.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Keselamatan Pasien

Beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien meliputi (Hadi, 2017; Naderi, Zaboli, Khalesi, & Nasiripour, 2017):

a. Status Sumber Daya Manusia

Kerja sama dan partisipasi tenaga kesehatan merupakan hal yang penting dalam pelaksanaan program keselamatan pasien, begitupun dengan peningkatan kualitas pengajaran. Pengajaran yang dimaksud disini seperti adanya seminar dan pelatihan yang di rencanakan pihak rumah sakit atau pelayanan kesehatan dalam meningkatkan kualitas sumber daya tenaga kesehatan.

b. Organisasi dan Manajemen

Peran dan kedudukan manajer di rumah sakit sangat penting. Manajer adalah pembuat keputusan utama. Rumah sakit dapat berhasil dalam mencapai tujuan dan program peningkatan kualitas, jika manajer bertanggung jawab dalam menjalankan kebijakan sesuai prosedur yang telah dibuat dan disetujui bersama terkait keselamatan pasien.

c. Interaksi dan Kerja Tim

Interaksi dan kerja sama tim merupakan suatu keberhasilan implementasi dalam program peningkatan kualitas, salah satu contohnya adalah adanya kolaborasi multi rumah sakit untuk peningkatan kualitas keselamatan pasien. Maka dari itu, program yang telah dibuat oleh rumah sakit membutuhkan kerja tim.

d. Komunikasi

Terciptanya efisiensi dan koordinasi antara tenaga kesehatan dapat terwujud jika memiliki komunikasi yang baik. Komunikasi dapat dilakukan melalui instruksi secara tertulis, percakapan melalui telepon, maupun percakapan

bertatap muka atau secara langsung. Komunikasi melalui telepon dan bertatap muka secara langsung lebih efisien dilakukan karena dapat menghasilkan umpan balik yang baik dalam mengembangkan komunikasi yang efektif, dikatakan komunikasi yang efektif jika penyampaian informasinya lengkap, jelas, akurat, tepat waktu, dan mudah dipahami oleh tenaga kesehatan maupun pasien untuk menghindari terjadinya kesalahan.

e. Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien merupakan suatu sikap, kompetensi, persepsi, serta pola perilaku berkomitmen yang dilakukan oleh individu dan kelompok dalam mendukung manajemen dan program keselamatan pasien yang pada dasarnya hal tersebut berhubungan dengan pengelolaan manajemen dan risiko keselamatan. Diterapkannya budaya keselamatan akan membantu tenaga kesehatan dalam menghindari suatu kesalahan dan melakukan hal yang benar.

f. Obat, Peralatan dan Lingkungan Fisik

Memberikan pengobatan yang tepat, kondisi peralatan yang baik, dan lingkungan fisik yang aman serta nyaman terhadap pasien guna menghindari risiko yang akan terjadi. Tenaga kesehatan perlu mengidentifikasi penggunaan obat dengan kategori high alert medication dan obat yang mirip atau terdengar mirip. Tenaga kesehatan dapat memisahkan, mewarnai, dan memberi label pada obat untuk menghindari terjadinya hal yang tidak diinginkan. Selain itu, kondisi peralatan medis harus bekerja dengan baik. Hal ini dibutuhkan dalam penggunaan peralatan medis pada perawatan pasien yang membutuhkan waktu 24 jam. Lingkungan fisik pada area rumah sakit seperti koridor, tangga, toilet, jendela, tempat

tidur, bahkan lantai harus aman untuk menghindari kejadian risiko jatuh pada pasien.

g. Faktor yang Berhubungan dengan Pasien

Meningkatkan keselamatan pasien dibutuhkan peran pasien dan keluarganya. Maka dari itu penting bagi pasien mendapatkan pendidikan dari tenaga kesehatan, berinteraksi dengan tenaga kesehatan dan keterlibatan pasien dalam proses pengobatan. Dalam hal ini peningkatan keselamatan pasien sangat berhubungan erat dengan komunikasi yang baik antar tenaga kesehatan dengan pasien.

h. Peningkatan Kualitas dan Keselamatan Pasien

Peningkatan kualitas dan keselamatan pasien harus memiliki program keselamatan pasien yang komprehensif dan kompleks. Adanya implementasi yang tepat dari program keselamatan pasien membutuhkan perencanaan berkelanjutan jangka panjang. Perencanaan berkelanjutan ini harus tepat sasaran agar peningkatan kualitas terus meningkat.

i. Dokumentasi

Catatan medis pasien yang ditulis dengan akurat secara signifikan akan mengurangi risiko kesalahan. Mendaftarkan informasi pasien dalam rekam medis adalah masalah penting lainnya yang terkait dengan kehidupan pasien. Maka dari itu informasi dan biografi pasien, riwayat medis, dan pekerjaan yang dilakukan pasien harus dicatat dengan benar, karena pencatatan yang benar dan lengkap membantu dalam pengambilan keputusan dan perawatan pasien.

j. Mengevaluasi dan Memantau

Melakukan kunjungan secara terus menerus dan terarah berdasarkan standar keselamatan pasien untuk

meningkatkan keselamatan pasien. Adanya kunjungan yang dilakukan dari tenaga kesehatan kepada pasien memiliki dampak yang baik secara signifikan dalam menetapkan standar keselamatan pasien.

k. Kesalahan Medis

Kesalahan medis dianggap sebagai salah satu risiko utama bagi keselamatan pasien. Oleh karena itu, penting untuk menganalisis kesalahan untuk mencegah terjadinya kejadian berulang. Pada praktik lapangan di rumah sakit, masih ada anggota tenaga kesehatan yang tidak mau melaporkan kesalahan karena mengira akan dihukum dan dipecat jika melaporkannya.

1. Hambatan dan Tantangan

Hambatan dan tantangan yang berbeda pada setiap anggota kesehatan membuat penerapan standar keselamatan menjadi sulit, seperti contohnya seorang tenaga kesehatan harus terus menerus menjawab telepon dan hal ini akan membuat individu tersebut kehilangan fokus dalam bekerja. Jumlah beban kerja dan jumlah pasien mempengaruhi keselamatan pasien atau bahkan dapat menimbulkan kesalahan.

2.1.1.5 Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Sasaran Keselamatan Pasien wajib diterapkan di rumah sakit yang telah terakreditasi oleh Lembaga Independen Pelaksana Akreditasi (LIPA) untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan standar WHO *Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh pemerintah. Tujuan SKP adalah untuk mendorong rumah sakit melakukan perbaikan-perbaikan yang menunjang tercapainya keselamatan pasien. Sasaran sasaran dalam SKP menyoroti

bidang-bidang yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan nasihat para pakar serta penelitian berbasis bukti. Di Indonesia secara nasional untuk seluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan, diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional yang terdiri dari (KEMENKES, 2022) :

a. Sasaran 1 mengidentifikasi pasien dengan benar;

Kesalahan mengidentifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek pelayanan baik diagnosis, proses pengobatan serta tindakan. Misalnya saat keadaan pasien masih dibius, mengalami disorientasi atau belum sepenuhnya sadar; adanya kemungkinan pindah tempat tidur, pindah kamar, atau pindah lokasi di dalam rumah sakit; atau apabila pasien memiliki cacat indra atau rentan terhadap situasi berbeda. Adapun tujuan dari identifikasi pasien secara benar ini adalah:

- 1) Mengidentifikasi Pasien Sebagai Individu Yang Akan Diberi Layanan, Tindakan Atau Pengobatan Tertentu Secara Tepat.
- 2) Mencocokkan Layanan Atau Perawatan Yang Akan Diberikan Dengan Pasien Yang Akan Menerima Layanan.

Identifikasi pasien dilakukan setidaknya menggunakan minimal 2 (dua) identitas yaitu nama lengkap dan tanggal lahir/bar code, dan tidak termasuk nomor kamar atau lokasi pasien agar tepat pasien dan tepat pelayanan sesuai dengan regulasi rumah sakit. Pasien diidentifikasi menggunakan minimal dua jenis identitas pada saat:

- 1) Melakukan Tindakan Intervensi/Terapi (Misalnya Pemberian Obat, Pemberian Darah Atau Produk Darah, Melakukan Terapi Radiasi);

- 2) Melakukan Tindakan (Misalnya Memasang Jalur Intravena Atau Hemodialisis);
- 3) Sebelum Tindakan Diagnostik Apa Pun (Misalnya Mengambil Darah Dan Spesimen Lain Untuk Pemeriksaan Laboratorium Penunjang, Atau Sebelum Melakukan Kateterisasi Jantung Ataupun Tindakan Radiologi Diagnostik);
- 4) Menyajikan Makanan Pasien.

Rumah sakit memastikan pasien teridentifikasi dengan tepat pada situasi khusus, seperti pada pasien koma atau pada bayi baru lahir yang tidak segera diberi nama serta identifikasi pasien pada saat terjadi darurat bencana. Penggunaan dua identitas juga digunakan dalam pelabelan, misalnya, sampel darah dan sampel patologi, nampan makanan pasien, label ASI yang disimpan untuk bayi yang dirawat di rumah sakit.

b. Sasaran 2 meningkatkan komunikasi yang efektif

Rumah sakit menerapkan proses untuk meningkatkan efektivitas komunikasi lisan dan/atau telepon di antara para profesional pemberi asuhan (PPA), proses pelaporan hasil kritis pada pemeriksaan diagnostic termasuk POCT dan proses komunikasi saat serah terima (hand over) .

Komunikasi efektif adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh resipien/penerima pesan akan mengurangi potensi terjadinya kesalahan serta meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan, tertulis dan elektronik. Komunikasi yang paling banyak memiliki potensi terjadinya kesalahan adalah pemberian instruksi secara lisan atau melalui telpon, pelaporan hasil kritis dan saat serah terima.. Latar belakang suara, gangguan, nama

obat yang mirip dan istilah yang tidak umum sering kali menjadi masalah. Metode, formulir dan alat bantu ditetapkan sesuai dengan jenis komunikasi agar dapat dilakukan secara konsisten dan lengkap.

1) Metode komunikasi saat menerima instruksi melalui telpon adalah: “menulis/menginput ke komputer - membacakan - konfirmasi kembali” (writedown, read back, confirmation) kepada pemberi instruksi misalnya kepada DPJP. Konfirmasi harus dilakukan saat itu juga melalui telpon untuk menanyakan apakah “yang dibacakan” sudah sesuai dengan instruksi yang diberikan. Sedangkan metode komunikasi saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP dapat menggunakan metode misalnya Situation -background -assessment - recommendation (SBAR).

2) Metode komunikasi saat melaporkan nilai kritis pemeriksaan diagnostik melalui telpon juga dapat dengan: “menulis/menginput ke komputer - membacakan - konfirmasi kembali” (writedown, read back). Hasil kritis didefinisikan sebagai varian dari rentang normal yang menunjukkan adanya kondisi patofisiologis yang berisiko tinggi atau mengancam nyawa, yang dianggap gawat atau darurat, dan mungkin memerlukan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah kejadian yang tidak diinginkan. Hasil kritis dapat dijumpai pada pemeriksaan pasien rawat jalan maupun rawat inap. Rumah sakit menentukan mekanisme pelaporan hasil kritis di rawat jalan dan rawat inap. Pemeriksaan diagnostik mencakup semua pemeriksaan seperti laboratorium, pencitraan/radiologi, diagnostik jantung juga pada hasil pemeriksaan yang dilakukan di tempat

tidur pasien (point-of-care testing (POCT)). Pada pasien rawat inap pelaporan hasil kritis dapat dilaporkan melalui perawat yang akan meneruskan laporan kepada DPJP yang meminta pemeriksaan. Rentang waktu pelaporan hasil kritis ditentukan kurang dari 30 menit sejak hasil di verifikasi oleh PPA yang berwenang di unit pemeriksaan penunjang diagnostik.

- 3) Metode komunikasi saat serah terima distandardisasi pada jenis serah terima yang sama misalnya serah terima antar ruangan di rawat inap. Untuk jenis serah terima yang berbeda maka dapat menggunakan metode, formulir dan alat yang berbeda. Misalnya serah terima dari IGD ke ruang rawat inap dapat berbeda dengan serah terima dari kamar operasi ke unit intensif;

Jenis serah terima (handover) di dalam rumah sakit dapat mencakup:

- a) Antara PPA (Misalnya, Antar Dokter, Dari Dokter Ke Perawat, Antar Perawat, Dan Seterusnya);
- b) Antara Unit Perawatan Yang Berbeda Di Dalam Rumah Sakit (Misalnya Saat Pasien Dipindahkan Dari Ruang Perawatan Intensif Ke Ruang Perawatan Atau Dari Instalasi Gawat Darurat Ke Ruang Operasi)
- c) Dari Ruang perawatan pasien ke unit layanan diagnostik seperti radiologi atau fisioterapi. Formulir serah terima antara PPA, tidak perlu dimasukkan ke dalam rekam medis. Namun demikian, rumah sakit harus memastikan bahwa proses serah terima telah dilakukan. misalnya PPA mencatat serah terima telah dilakukan dan kepada siapa tanggung jawab pelayanan diserahkan, kemudian dapat

dibubuhkan tanda tangan, tanggal dan waktu pencatatan).

c. Sasaran 3 meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai;

Rumah sakit menerapkan proses untuk meningkatkan keamanan penggunaan obat yang memerlukan kewaspadaan tinggi (high alert medication) termasuk obat Look - Alike Sound Alike (LASA), meningkatkan keamanan penggunaan elektrolit konsentrat.

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (high-alert medications) adalah obat-obatan yang memiliki risiko menyebabkan cedera serius pada pasien jika digunakan dengan tidak tepat. Obat high alert mencakup:

- 1) Obat risiko tinggi, yaitu obat dengan zat aktif yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan bila terjadi kesalahan (error) dalam penggunaannya (contoh: insulin, heparin atau sitostatika).
- 2) Obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look Alike Sound Alike/LASA)
- 3) Elektrolit konsentrat contoh: kalium klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 1 mEq/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat injeksi dengan konsentrasi sama atau lebih dari 50%

Rumah sakit harus menetapkan dan menerapkan strategi untuk mengurangi risiko dan cedera akibat kesalahan penggunaan obat high alert, antara lain: penataan penyimpanan, pelabelan yang jelas, penerapan double checking, pembatasan akses, penerapan panduan penggunaan obat high alert. Rumah sakit perlu membuat daftar obat-obatan berisiko tinggi berdasarkan pola

penggunaan obat-obatan yang berisiko dari data internalnya sendiri tentang laporan insiden keselamatan pasien. Daftar ini sebaiknya diperbarui setiap tahun. Daftar ini dapat diperbarui secara sementara jika ada penambahan atau perubahan pada layanan rumah sakit. Obat dengan nama dan rupa yang mirip (look-alike/sound-alike, LASA) adalah obat yang memiliki tampilan dan nama yang serupa dengan obat lain, baik saat ditulis maupun diucapkan secara lisan. Obat dengan kemasan serupa (look-alike packaging) adalah obat dengan wadah atau kemasan yang mirip dengan obat lainnya. Obat-obatan yang berisiko terjadinya kesalahan terkait LASA, atau obat dengan kemasan produk yang serupa, dapat menyebabkan terjadinya kesalahan pengobatan yang berpotensi cedera. Terdapat banyak nama obat yang terdengar serupa dengan nama obat lainnya, sebagai contoh, dopamin dan dobutamin.

- d. Sasaran 4 memastikan sisi yang benar, prosedur yang benar, pasien

Rumah sakit menetapkan proses untuk melaksanakan verifikasi pra operasi, penandaan lokasi operasi dan proses time-out yang dilaksanakan sesaat sebelum tindakan pembedahan/invasif dimulai serta proses sign-out yang dilakukan setelah tindakan selesai.

Salah-sisi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan dapat terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini terjadi akibat adanya komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurangnya keterlibatan pasien di dalam penandaan lokasi (site marking), serta tidak adanya prosedur untuk memverifikasi sisi operasi. Rumah sakit memerlukan upaya kolaboratif untuk mengembangkan

proses dalam mengeliminasi masalah ini. Tindakan operasi dan invasif meliputi semua tindakan yang melibatkan insisi atau pungsi, termasuk, tetapi tidak terbatas pada, operasi terbuka, aspirasi perkutan, injeksi obat tertentu, biopsi, tindakan intervensi atau diagnostik vaskuler dan kardiak perkutan, laparoskopi, dan endoskopi. Rumah sakit perlu mengidentifikasi semua area di rumah sakit mana operasi dan tindakan invasif dilakukan. Protokol umum (universal protocol) untuk pencegahan salah sisi, salah prosedur dan salah pasien pembedahan meliputi:

1) Proses verifikasi sebelum operasi.

Verifikasi praoperasi merupakan proses pengumpulan informasi dan konfirmasi secara terus-menerus.

2) Penandaan sisi operasi.

Penandaan lokasi operasi harus melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang langsung dapat dikenali dan tidak bermakna ganda. Tanda “X” tidak digunakan sebagai penanda karena dapat diartikan sebagai “bukan di sini” atau “salah sisi” serta dapat berpotensi menyebabkan kesalahan dalam penandaan lokasi operasi. Tanda yang dibuat harus seragam dan konsisten digunakan di rumah sakit. Dalam semua kasus yang melibatkan lateralitas, struktur ganda (jari tangan, jari kaki, lesi), atau tingkatan berlapis (tulang belakang), lokasi operasi harus ditandai dan dilakukan oleh PPA yang akan melakukan tindakan tersebut.

3) Time-out dilakukan sesaat sebelum memulai tindakan.

Time-out dilakukan sesaat sebelum tindakan dimulai dan dihadiri semua anggota tim yang akan melaksanakan tindakan operasi. Selama time-out, tim menyetujui komponen sebagai berikut: benar identitas

pasien, benar prosedur yang akan dilakukan dan benar sisi operasi/tindakan invasif.

4) Sign-Out Sign out yang dilakukan di area tempat tindakan berlangsung sebelum pasien meninggalkan ruangan.

e. Sasaran 5 mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan;

Rumah sakit menerapkan kebersihan tangan (hand hygiene) untuk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan. Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan hal yang sangat membebani pasien serta profesional pemberi asuhan (PPA) pada pelayanan kesehatan.

Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (blood stream infections) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Kegiatan utama dari upaya eliminasi infeksi ini maupun infeksi lainnya adalah dengan melakukan tindakan cuci tangan (hand hygiene) yang tepat. Pedoman hand hygiene yang berlaku secara internasional dapat diperoleh di situs web WHO. Rumah sakit harus memiliki proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman hand hygiene yang diterima secara luas untuk implementasinya di rumah sakit.

f. Sasaran 6 mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh.

Rumah sakit menerapkan proses untuk mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh di rawat jalan dan rawat inap. Risiko jatuh pada pasien rawat jalan berhubungan dengan kondisi pasien, situasi, dan/atau lokasi di rumah sakit. Di unit rawat jalan, dilakukan skrining risiko jatuh pada pasien dengan kondisi, diagnosis, situasi, dan/atau lokasi yang menyebabkan risiko jatuh. Jika hasil skrining pasien berisiko jatuh, maka harus dilakukan intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pasien tersebut. Skrining risiko jatuh di rawat jalan meliputi:

- 1) Kondisi pasien misalnya pasien geriatri, dizziness, vertigo, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, penggunaan obat, sedasi, status kesadaran dan atau kejiwaan, konsumsi alkohol.
- 2) Diagnosis, misalnya pasien dengan diagnosis penyakit parkinson.
- 3) Situasi misalnya pasien Yang Mendapatkan Sedasi Atau Pasien Dengan Riwayat tirah baring/perawatan yang lama yang akan dipindahkan untuk pemeriksaan penunjang dari ambulans, perubahan posisi akan meningkatkan risiko jatuh.
- 4) Lokasi misalnya area-area yang berisiko pasien jatuh, yaitu tangga, area yang penerangannya kurang atau mempunyai unit pelayanan dengan peralatan parallel bars, freestanding staircases seperti unit rehabilitasi medis.

Ketika suatu lokasi tertentu diidentifikasi sebagai area risiko tinggi yang lebih rumah sakit dapat menentukan bahwa semua pasien yang mengunjungi lokasi tersebut akan dianggap berisiko jatuh dan

menerapkan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh yang berlaku untuk semua pasien.

2.1.1.6 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Sangat penting bagi staf fasilitas pelayanan kesehatan untuk dapat menilai kemajuan yang telah dicapai dalam memberikan asuhan yang lebih aman. Dengan tujuh langkah menuju keselamatan pasien Fasilitas pelayanan Kesehatan dapat memperbaiki keselamatan pasien, melalui perencanaan kegiatan dan pengukuran kinerjanya. Melaksanakan tujuh langkah ini akan membantu memastikan bahwa asuhan yang diberikan seaman mungkin, dan jika terjadi sesuatu hal yang tidak benar bisa segera diambil tindakan yang tepat. Tujuh langkah ini juga bisa membantu Fasilitas pelayanan Kesehatan mencapai sasaran-sasarannya untuk Tata Kelola Klinik, Manajemen Risiko, dan Pengendalian Mutu. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien terdiri dari :

- a) Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien.
Ciptakan budaya adil dan terbuka
- b) Memimpin dan mendukung staf.
Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien diseluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan anda.
- c) Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko.
Bangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan
- d) Mengembangkan sistem pelaporan
Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).
- e) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.
- f) Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien.

Dorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.

Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien Pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat kompleks seperti Fasilitas pelayanan Kesehatan untuk mencapai hal-hal diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama. (KEMENKES, 2022)

2.1.1.7 Sembilan Solusi Live Saving Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

WHO Collaborating Centre for Patient *Safety* (2007) dalam Tutiany, dkk (2017) menyatakan bahwa WHO resmi menerbitkan “Nine Life Saving Patient *Safety* Solutions” (Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit). Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) mendorong rumah sakit di Indonesia untuk menerapkan “Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit” secara langsung maupun bertahap sesuai dengan kemampuan. Solusi keselamatan pasien tersebut merupakan sebuah sistem atau intervensi yang dapat digunakan untuk mencegah atau mengurangi cedera pada pasien yang terjadi pada proses pemberian pelayanan kesehatan. Sembilan solusi tersebut berupa panduan yang sangat bermanfaat bagi rumah sakit yang menerapkannya dengan baik dalam memperbaiki proses asuhan pasien dan berguna untuk menghindari cedera maupun kematian yang dapat dicegah. Sembilan solusi tersebut adalah sebagai berikut:

- a) Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (look-A like, sound -A like, medications name)

Nama obat, rupa dan ucapan mirip (NORUM) yang membingungkan petugas kesehatan adalah satu penyebab tersering dalam kesalahan obat (medications error) dan hal ini merupakan suatu keprihatinan di seluruh dunia. Dengan puluhan ribu obat yang beredar di pasaran saat ini, maka sangat signifikan potensi terjadinya kesalahan akibat kebingungan terhadap nama merek atau generik serta kemasan. Solusi NORUM ditekankan pada penggunaan protokol untuk pengurangan risiko dan memastikan terbacanya resep, label atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dahulu maupun pembuatan resep elektronik.

- b) Memastikan identifikasi pasien

Kegagalan yang meluas dan terus menerus untuk mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah kepada kesalahan pengobatan, transfusi maupun pemeriksaan, pelaksanaan prosedur yang keliru orang, penyerahan bayi kepada bukan keluarganya dan sebagainya. Rekomendasi ditekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses identifikasi. Standarisasi dalam metode untuk identifikasi di semua rumah sakit dalam konfirmasi serta penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

- c) Komunikasi secara benar saat serah terima atau pengoperan pasien.

Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima atau pengoperan pasien antara unit-unit pelayanan, didalam unit pelayanan serta antar tim pelayanan, bisa mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat dan potensial dapat mengakibatkan cedera

terhadap pasien. Rekomendasi ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan protokol untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis, memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan pada saat serah terima dan melibatkan para pasien serta keluarga dalam proses serah terima.

- d) Memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar

Faktor yang paling banyak berkontribusi terhadap kesalahan-kesalahan macam ini adalah tidak ada atau kurangnya proses Pra-Bedah yang distandarisasi, hal yang direkomendasikan yaitu untuk mencegah jenis-jenis kekeliruan tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi Pra-Pembedahan, pemberian tanda pada sisi yang terlibat dalam proses time out sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur dan sisi yang akan dibedah

- e) Mengendalikan cairan elektrolit pekat (concentrated)

Semua obat-obatan, biologis, vaksin dan media kontras Memiliki profil resiko. Disamping itu cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi termasuk kategori berbahaya. Hal yang direkomendasikan yaitu membuat standarisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah serta pencegahan atas campur aduk atau bingung tentang cairan elektrolit pekat yang spesifik.

- f) Memastikan ukuran pemberian obat pada pengalihan pelayanan

Kesalahan media terjadi paling sering pada saat transisi atau pengalihan. Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang di desain untuk mencegah salah obat (medications error) pada titik transisi

pasien. Rekomendasinya adalah menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh medikasi yang sedang di terima pasien juga disebut "homemedication list", sebagai perbandingan dengan daftar saat administrasi, penyerahan dan/atau perintah pemulangan bilamana menuliskan perintah medikasi dan komunikasikan daftar tersebut kepada petugas layanan yang berikut dimana pasien akan ditransfer atau dilepaskan.

g) Hindari salah kateter dan salah sambung selang(tube), selang dan spuit(syringe) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang bisa menyebabkan cedera pasien melalui penyambungan spuit dan selang yang salah, memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Hal yang direkomendasikan yaitu menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara pemberian makna(misalnya selang yang benar) dan ketika menyambung alat-alat kepada pasien(misalnya menggunakan sambungan selang yang benar).

h) Menggunakan alat injeksi hanya untuk sekali pakai

Salah satu keprihatinan global terbesar adalah penyebaran HIV, HBV dan HCV yang diakibatkan oleh pemakaian ulang(reuse) jarum suntik. Hal yang direkomendasikan adalah perlunya larangan pakai ulang jarum suntik di fasilitas layanan kesehatan, pelatihan periodik para petugas di lembaga-lembaga pelayanan kesehatan khususnya tentang prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mereka mengenai penularan infeksi melalui darah dan penggunaan jarum sekali pakai yang aman.

- i) Tingkatan kebersihan tangan(hand hygiene) untuk pencegahan infeksi nosokomial

Diperkirakan bahwa pada saat lebih dari 1.4juta orang diseluruh dunia menderita infeksi yang diperoleh di rumah-rumah sakit. Kebersihan tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang primer untuk menghindarkan masalah ini. Rekomendasi nya adalah mendorong implementasi penggunaan cairan seperti alkohol,hand rubah dsb, yang disediakan pada titik-titik pelayanan tersedia nya sumber air pada semua kran, pendidikan staff mengenai teknik kebersihan tangan yang benar mengingatkan penggunaan tangan bersih ditempat kerja dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan atau observasi dan teknik-teknik yang lain.

2.1.2 Tinjauan Umum tentang Budaya Keselamatan Pasien

2.1.2.1 Definisi Budaya Keselamatan Pasien

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, budaya atau culture dapat diartikan pikiran, akal budi, hasil. Sedangkan membudayakan berarti mengajarkan supaya mempunyai budaya, mendidik supaya berbudaya, membiasakan sesuatu yang baik sehingga berbudaya.

Dalam bahasa Sanskerta kata kebudayaan berasal dari kata budh yang berarti akal, yang kemudian menjadi kata budhi atau bhudaya sehingga kebudayaan diartikan sebagai hasil pemikiran atau akal manusia. Pendapat lain mengatakan bahwa budaya berasal dari kata budi dan daya. Budi adalah akal yang merupakan unsur rohani dalam kebudayaan, sedangkan daya adalah perbuatan atau ikhtiar sebagai unsur jasmani. Sehingga kebudayaan diartikan sebagai hasil dari akal dan ikhtiar manusia.

Budaya keselamatan juga merupakan hasil dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu maupun kelompok yang menentukan komitmen terhadap, serta kemampuan mengelola pelayanan kesehatan maupun keselamatan. (KEMENKES, 2022) Budaya keselamatan muncul dari asumsi bersama (keyakinan dan harapan yang tidak terucapkan), nilai-nilai (cita-cita dan keyakinan yang penting dan bertahan lama) dan norma (keyakinan tentang bagaimana anggota kelompok harus berperilaku dalam konteks tertentu) di antara anggota organisasi, unit atau tim terkait dengan praktik yang secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi keselamatan pasien (Danielsson, 2018).

Budaya keselamatan di rumah sakit merupakan suatu lingkungan kolaboratif di mana para dokter saling menghargai satu sama lain, para pimpinan mendorong kerja sama tim yang efektif dan menciptakan rasa aman secara psikologis serta anggota tim dapat belajar dari insiden keselamatan pasien, para pemberi layanan menyadari bahwa ada keterbatasan manusia yang bekerja dalam suatu sistem yang kompleks dan terdapat suatu proses pembelajaran serta upaya untuk mendorong perbaikan. (KEMENKES, 2022)

Komponen budaya keselamatan pasien terdiri dari Empat Komponen (subculture) yaitu:

a. Informed culture

Budaya dimana pihak yang mengatur dan mengoperasikan sistem memiliki pengetahuan terkini tentang faktor-faktor yang menjelaskan keselamatan dalam suatu sistem.

b. Reporting culture

Budaya dimana anggota didalamnya siap untuk melaporkan kesalahan atau near Miss. Pada budaya ini organisasi dapat belajar dari pengalaman sebelumnya. Konsekuensinya

makin baik reporting culture maka laporan kejadian akan semakin meningkat

c. Just culture

Budaya membawa atmosfer trust sehingga anggota bersedia dan memiliki motivasi untuk memberikan data dan informasi serta sensitif terhadap perilaku yang dapat diterima dan tidak dapat diterima. Termasuk didalamnya lingkungan non punitive(no Blame culture) bila staf melakukan kesalahan. Penting bagi setiap level di organisasi untuk bersikap jujur dan terbuka.

d. Learning culture

Budaya dimana setiap anggota mampu dan bersedia untuk menggali pengetahuan dari pengalaman dan data yang diperoleh serta kesediaan untuk mengimplementasikan perubahan dan perbaikan yang berkesinambungan (continous improvement). Learning culture merupakan budaya belajar dari insiden dan near Miss. (Rosyada,2014)

Sehingga dapat disimpulkan bahwa budaya keselamatan pasien perlu diapresiasi, dinilai, dan diprioritaskan. Jika suatu organisasi memiliki budaya keselamatan pasien yang positif itu berarti prosesnya telah dilakukan dengan baik untuk membuat pasien tetap aman dan para staf atau tenaga kesehatan memahami organisasi sudah berjalan dengan lancar untuk mengembangkan atau meningkatkan budaya keselamatan pasien.

2.1.2.2 Program Budaya Keselamatan Di Rumah Sakit menurut (KEMENKES, 2022) Mencakup :

- a) Perilaku memberikan pelayanan yang aman secara konsisten untuk mencegah terjadinya kesalahan pada pelayanan berisiko tinggi.

- b) Perilaku di mana para individu dapat melaporkan kesalahan dan insiden tanpa takut dikenakan sanksi atau teguran dan diperlakukan secara adil (just culture)
- c) Kerja sama tim dan koordinasi untuk menyelesaikan masalah keselamatan pasien.
- d) Komitmen pimpinan rumah sakit dalam mendukung staf seperti waktu kerja para staf, pendidikan, metode yang aman untuk melaporkan masalah dan hal lainnya untuk menyelesaikan masalah keselamatan.
- e) Identifikasi dan mengenali masalah akibat perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono).
- f) Evaluasi budaya secara berkala dengan metode seperti kelompok fokus diskusi (FGD), wawancara dengan staf, dan analisis data. g) Mendorong kerja sama dan membangun sistem, dalam mengembangkan budaya perilaku yang aman.
- g) Menanggapi perilaku yang tidak diinginkan pada semua staf pada semua jenjang di rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis dan nonklinis, dokter praktisi mandiri, representasi pemilik dan anggota Dewan pengawas.

2.1.2.3 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Dimensi Budaya Keselamatan Pasien menurut (Hadi, 2017) terdiri dari:

a. Open Culture

Komunikasi terbuka dapat dilaksanakan ketika serah terima, briefing, dan ronde keperawatan. Penerapan komunikasi terbuka ketika serah terima dapat dilakukan oleh perawat dengan mengkomunikasikan kepada perawat lain mengenai risiko terjadinya insiden. Briefing digunakan untuk memberikan informasi terkait keselamatan pasien yang

potensial timbul dalam kegiatan sehari-hari. Ronde keperawatan berpusat hanya pada keselamatan pasien dan dapat dilaksanakan setiap minggu.

b. Just Culture

Kebiasaan menyalahkan individu dapat mempengaruhi kondisi psikologis dan akan berdampak pada penurunan kinerja. Maka dari itu perlu perlakuan yang adil antar tenaga kesehatan ketika terjadi insiden. Pengembangan budaya dalam bersikap adil dan tidak menyalahkan perlu ditingkatkan untuk mencapai budaya keselamatan pasien yang baik.

c. Reporting Culture

Pelaporan kejadian adalah sistem yang dapat membantu dalam mengidentifikasi masalah keselamatan pasien, menyediakan informasi, dan sistem pembelajaran. Informasi yang jelas dan akurat akan digunakan sebagai bahan pembelajaran oleh organisasi.

d. Learning Culture

Setiap bagian dalam organisasi baik tenaga kesehatan maupun manajemen harus menerapkan budaya pembelajaran dalam menangani suatu insiden. Tenaga kesehatan menjadikan suatu insiden sebagai proses pembelajaran, sedangkan manajemen berkomitmen untuk mempelajari dan membuat kebijakan terkait insiden yang telah terjadi agar tidak terulang kembali.

2.1.2.4 Manfaat Budaya Keselamatan Pasien

Penerapan budaya keselamatan yang baik dan efektif akan memberikan banyak manfaat terhadap individu di dalam organisasi yang ada di rumah sakit maupun pada pelayanan kesehatan. Manfaat budaya keselamatan pasien meliputi (Hadi, 2017) :

- a. Organisasi akan lebih mudah mengetahui kesalahan yang akan terjadi ataupun telah terjadi.
- b. Terjadi peningkatan pelaporan kejadian.
- c. Individu pelapor umpan balik yang konstruktif tanpa khawatir disalahkan.
- d. Pembelajaran dari kesalahan yang terjadi dapat berpotensi pada penurunan kejadian yang berulang pada suatu insiden.
- e. Menumbuhkan kesadaran terhadap keselamatan pasien pada saat bekerja untuk mencegah error dan melakukan pelaporan jika terjadi kesalahan.
- f. Setiap anggota cenderung berkomunikasi berdasarkan rasa saling percaya.
- g. Memiliki persepsi yang sama tentang pentingnya budaya keselamatan.
- h. Memiliki keyakinan dalam melakukan keefektifan tindakan pencegahan.
- i. Kondisi psikologis tenaga kesehatan menjadi lebih baik karena berkurangnya perasaan bersalah akibat kesalahan yang telah dilakukan.
- j. Berkurangnya turn over pasien, karena pada umumnya pasien yang mengalami insiden akibat kesalahan akan mendapatkan perawatan dan pengobatan yang lebih lama dari yang seharusnya diterima.
- k. Mengurangi biaya yang disebabkan oleh kesalahan dan penambahan penanganan terapi.
- l. Mengurangi sumber daya yang diperlukan dalam mengatasi keluhan pasien.

2.1.2.5 Faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien

Faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien menurut penelitian dari (Kumbi et al., 2020) yaitu posisi staf di bidang dokter, unit kerja utama di bagian pembedahan dan farmasi, jam kerja per minggu, partisipasi tenaga kesehatan dalam program keselamatan pasien yang dilakukan setidaknya sekali setahun dan pelaporan pada kejadian buruk. Menurut penelitian dari (Wami, Demssie, Wassie, & Ahmed, 2016) faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien terdiri dari tiga item yaitu:

a. Faktor Sistem

Sistem pelaporan kejadian secara positif mempengaruhi budaya keselamatan pasien. Pelaporan kejadian digambarkan sebagai salah satu jenis sistem informasi keselamatan yang mengandalkan laporan staf tentang kesalahan, masalah keselamatan, kejadian buruk dan kejadian nyaris celaka yang terjadi dalam situasi rutin dan belajar dari kesalahan tersebut. Pelaporan kejadian disebutkan sebagai komponen penting oleh tenaga kesehatan untuk meningkatkan budaya belajar dalam mengembangkan budaya keselamatan pasien. Beberapa kasus menyoroti bahwa rumah sakit tidak membuat sistem pelaporan kejadian, karena sebagian besar professional atau tenaga kesehatan di rumah sakit tidak pernah melaporkan kejadian tersebut.

Masalah lain yang terjadi dalam faktor sistem yaitu kurangnya ketersediaan peralatan seperti handscoen, jarum suntik, dan obat-obatan darurat yang sangat mempengaruhi budaya keselamatan pasien. Terjadi ketidakseimbangan infrastruktur di rumah sakit terkait kurangnya staf dan beban kerja yang tinggi pada tenaga kesehatan, maka dari itu rumah sakit harus menyeimbangkan jumlah staf dengan

pasien yang akan dilayani untuk memberikan perawatan yang aman.

b. Faktor Professional Perawatan Kesehatan

Konflik antara professional (tenaga kesehatan) dan kerja tim yang buruk dapat berdampak negatif pada budaya keselamatan pasien. Beberapa perawat melaporkan kurangnya kolaborasi antara dokter dan non-dokter tampak sebagai penghalang untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien karena perbedaan tingkatan. Kolaborasi para professional kesehatan harus memiliki rasa saling menghormati.

Rendahnya sikap tenaga kesehatan terhadap keselamatan pasien dilaporkan akan berdampak negatif pada budaya keselamatan pasien. Hal ini dapat disebabkan dari kurangnya pelatihan yang diberikan kepada tenaga kesehatan untuk mengatasi keselamatan pasien yang buruk.

c. Faktor Pasien

Persepsi pasien tentang pelayanan kesehatan yang diberikan dapat mempengaruhi budaya keselamatan pasien. Keterlibatan pasien sangat penting untuk mencapai budaya keselamatan pasien yang positif. Mayoritas pasien tidak tahu siapa yang harus dihubungi untuk mendapatkan layanan yang mereka butuhkan dan pasien tidak berinteraksi kepada tenaga kesehatan ketika merasa tidak aman dalam suatu situasi, hal ini sangat berhubungan dengan kurangnya kesadaran tenaga kesehatan akan keselamatan pasien.

Peningkatan kesadaran pasien tentang layanan, sikap positif tenaga kesehatan tentang keselamatan pasien, komunikasi yang lebih baik antara tenaga kesehatan, peningkatan kerja tim dan rantai ketersediaan peralatan yang memadai merupakan faktor penting untuk mencapai budaya keselamatan pasien yang lebih baik.

2.1.2.6 Instrumen Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien

Pengukuran budaya keselamatan pasien dapat dilaksanakan berdasarkan elemen yang melandasinya dan tingkat maturitas dari organisasi ketika menerapkan budaya keselamatan pasien. Sejumlah perangkat telah tersedia untuk mengukur budaya keselamatan pasien. Organisasi yang mengembangkan standar dalam mengukur budaya keselamatan pasien adalah AHRQ, Stanford, dan MaPSaF (Hadi, 2017).

Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), mengembangkan *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) sebagai alat untuk mengukur budaya keselamatan pasien yang memiliki 12 elemen meliputi keterbukaan komunikasi, umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, frekuensi peristiwa yang dilaporkan, handsoff dan transisi, dukungan manajemen untuk keselamatan pasien, respon tanpa hukuman terhadap kesalahan, pembelajaran organisasi dengan peningkatan berkesinambungan, persepsi keseluruhan tentang keselamatan pasien, staffing, ekspektasi supervisor atau manajer dan tindakan promosi keselamatan pasien, kerja tim di seluruh unit, dan kerja tim di dalam unit. Stanford mengembangkan 3 alat pengukuran budaya keselamatan pasien yang terdiri dari *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), *Stanford Instrument* (SI), dan pengembangan dari *Stanford Instrument* (SI) yaitu *Modified Stanford Instrument* (MSI). *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) mengidentifikasi 6 elemen yang meliputi iklim kerja tim, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi stres, persepsi manajemen, dan kondisi kerja (AHRQ, 2018)..

Stanford Instrument (SI) mengidentifikasi 5 elemen yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien yaitu organisasi,

departemen, produksi, pelaporan, dan kesadaran diri (Hadi, 2017).

Manchester Patient Survey Assesment Framework (MaPSaF) mengukur tingkat kematangan (maturity) dalam menerapkan budaya keselamatan pasien dan memiliki 5 elemen yaitu (Hadi, 2017):

a. Patologis

Organisasi yang belum memiliki sistem dalam mendukung budaya keselamatan pasien.

b. Reaktif

Organisasi hanya berfikir keselamatan setelah terjadi insiden. Sistem ini dikembangkan hanya pada saat dilakukannya akreditasi dan reaktif terhadap insiden yang terjadi.

c. Kalkulatif

Sistem sudah terbuka tetapi implementasinya hanya pada kejadian tertentu.

d. Proaktif

Organisasi aktif dalam meningkatkan persepsi tentang keselamatan pasien dan memberikan reward atas peningkatan keselamatan pasien. Sistem ini bersifat komprehensif dan melibatkan stakeholder dengan pendekatan berbasis evidence based.

e. Generatif

Budaya keselamatan pasien telah terintegrasi dan rumah sakit memiliki tujuan untuk mengevaluasi efektivitas intervensi dalam organisasi dan belajar dari kegagalan sebelumnya. Elemen tersebut dikembangkan menjadi pedoman bagi organisasi dalam mengembangkan budaya keselamatan pasien.

2.1.3 Tinjauan Umum tentang Persepsi Perawat tentang Keselamatan Pasien

2.1.3.1 Definisi Persepsi

Persepsi adalah suatu proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indra atau juga disebut proses sensoris. Stimulus tersebut akan diteruskan dan proses selanjutnya merupakan proses persepsi. (Walgito, 2017).

persepsi merupakan suatu proses yang didahului oleh proses penginderaan, yaitu merupakan proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indera atau juga disebut proses sensoris". Kemampuan individu dalam memproses stimulus dari lingkungannya berbeda-beda hal ini sesuai dengan keadaan individu tersebut.

Menurut Robbins dan Timothy (2017:103)

Persepsi adalah proses kognitif yang dialami seseorang dalam menerima data/segala sesuatu (obyek, benda, kejadian, manusia) yang berasal dari lingkungan melalui indra, kemudian diseleksi, diorganisasikan, dan diinterpretasikan sehingga memperoleh gambaran tertentu, persepsi dapat mempengaruhi individu dalam sikap dan perilakunya. Setiap individu mengartikan adanya stimulus, individu yang berbeda akan melihat stimulus yang sama dengan cara yang berbeda-beda (Fahmi, 2020).

2.1.3.2 Jenis-jenis Persepsi

Menurut Jalaludin Rakhmat (Rakhmat, 2015), persepsi ditinjau dari proses analisisnya ada 2, yaitu:

- a. Persepsi interpersonal, yaitu persepsi kita tentang orang lain.
 - 1) Stimulus yang diterima reseptor berbentuk lambang-lambang verbal, atau grafis yang

disampaikan oleh pihak ketiga (bukan bersumber dari stimulus secara langsung).

- 2) Menganalisis yang tidak tampak pada indra, misalkan alasan sesuatu terjadi, akibat sesuatu tidak dilakukan.
- 3) Dipengaruhi oleh reaksi emosional, misal faktor personal kita sebagai reseptor stimulus, dan gambaran/karakter orang yang ditanggapi sebagai stimulus, dan bagaimana kita berhubungan dengan orang tersebut secara personal, hal ini menyebabkan ketika seseorang melakukan persepsi secara interpersonal cenderung untuk keliru, karena reaksi emosional sangat berperan dalam persepsi ini.
- 4) Seringkali berubah sesuai keadaan emosional antara stimulus dan reseptornya.

b. Persepsi Objek yaitu Persepsi pada objek selain manusia

- 1) Stimulus yang ditangkap oleh reseptor indra adalah berupa benda fisik, gelombang, cahaya, suara, temperatur.
- 2) Hanya menganalisa yang tampak dari stimulus.
- 3) Tidak terpengaruh secara emosional.
- 4) Menetap.

2.1.3.3 Proses Terjadinya Persepsi

Proses terjadinya persepsi dimulai dari adanya objek yang menimbulkan stimulus, dan stimulus mengenai alat indra. Stimulus yang diterima alat indra diteruskan oleh saraf sensoris ke otak. Kemudian terjadilah proses di otak sebagai pusat kesadaran sehingga individu menyadari apa yang dilihat, atau apa yang didengar atau apa yang dirasa. Respon sebagai akibat dari persepsi dapat diambil oleh individu dalam berbagai macam bentuk (Walgito, 2017).

2.1.3.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persepsi

Bimo Walgito dalam bukunya psikologi umum menyebutkan ada tiga faktor yang diyakini mempengaruhi persepsi (Walgito, 2017) yaitu :

a. Objek yang dipersepsi

Objek dapat berasal dari luar dan dari dalam individu, objek ini menimbulkan suatu stimulus dan ditangkap oleh indra atau reseptor. Objek yang sama bisa di persepsikan berbeda oleh individu lain yang berbeda.

b. Alat indra, syaraf, dan susunan syaraf pusat

Alat indra berperan sebagai reseptor atau alat yang menerima adanya stimulus, selain indra ada juga syaraf sensori yang berperan sebagai alat untuk meneruskan stimulus yang diterima reseptor ke pusat susunan syaraf, yaitu otak sebagai pusat kesadaran yang sering disebut sebagai susunan syaraf pusat.

c. Perhatian

Perhatian disebut juga dengan konsentrasi atau pemusatan aktivitas individu yang ditujukan kepada sesuatu stimulus bisa berupa objek, sekumpulan obyek atau suatu peristiwa. Menurut Jalaludin Rahmat dalam bukunya (psikologi komunikasi 2011), ada beberapa faktor yang mempengaruhi perhatian individu faktor – faktor itu adalah:

- 1) Biologis
- 2) Pengalaman dan ingatan
- 3) Pengetahuan/pendidikan
- 4) Sosiopsikologis
- 5) Gerakan
- 6) Intensitas stimuli
- 7) Kebaruan (novelty)

2.1.3.5 Komponen-komponen Persepsi

Pada dasarnya, persepsi adalah suatu hubungan dari berbagai komponen, komponen tersebut menurut Bimo Walgito (Walgito, 2017) adalah:

a. Komponen kognitif.

Adalah komponen yang dibentuk berdasarkan atas dasar informasi atau pengetahuan yang dimiliki seseorang tentang obyek yang dipersepsikan (stimulus), dari pengetahuan dan informasi tentang stimulus membentuk keyakinan tertentu tentang keberadaan obyek persepsi tersebut.

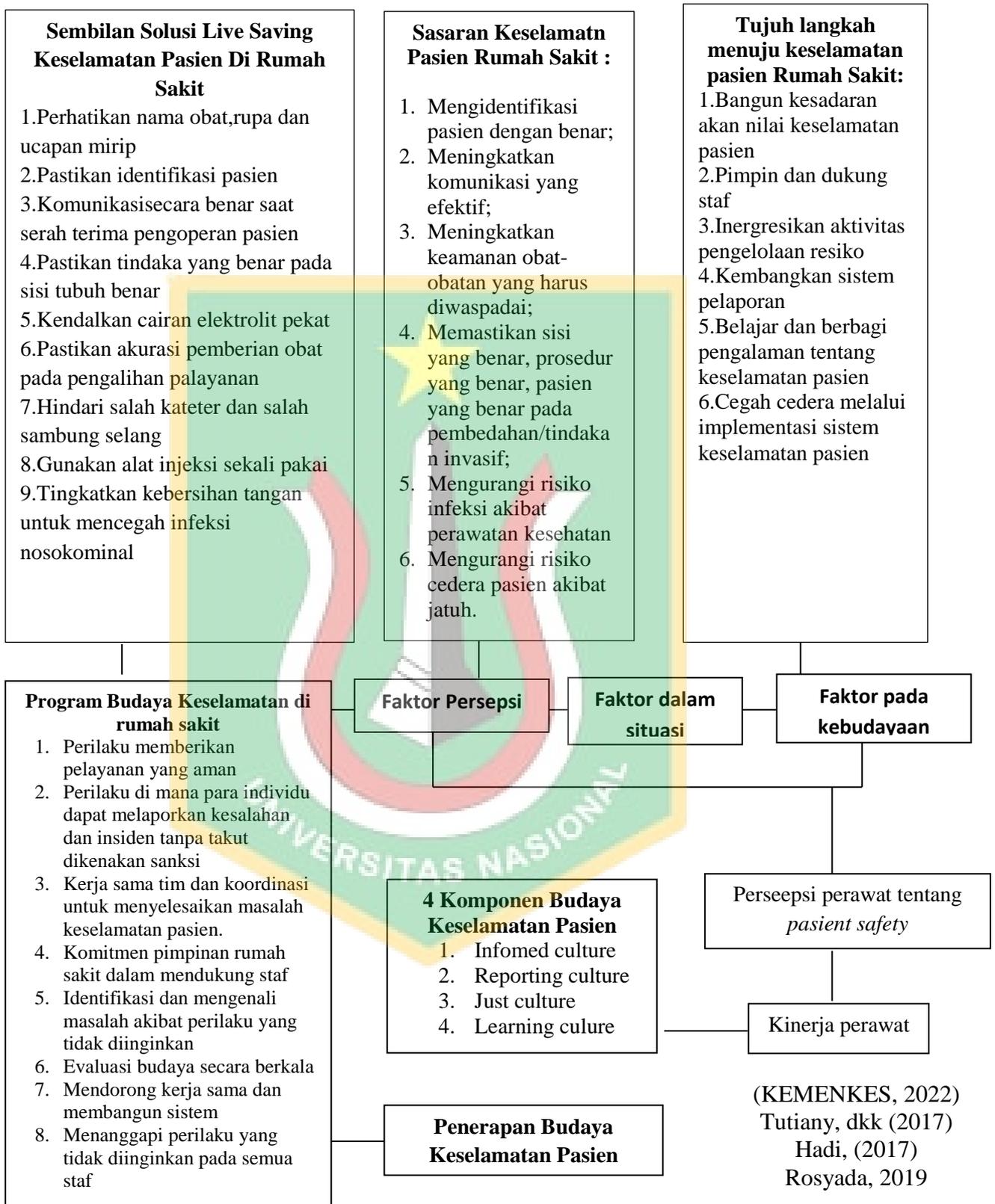
b. Komponen afektif

Adalah komponen ini berhubungan dengan perasaan, menggambarkan rasa senang dan tidak senang terhadap stimulus, sifatnya lebih kepada evaluative terhadap stimulus yang berhubungan dengan nilai kebudayaan yang diyakini atau sistem nilai yang telah dimilikinya.

c. Komponen konatif

Adalah komponen yang menggambarkan bahwa seseorang siap untuk berperilaku yang berkaitan dengan obyek sikapnya. Perilaku bisa positif dengan siap melakukan ataupun perilaku negatif siap meninggalkannya.

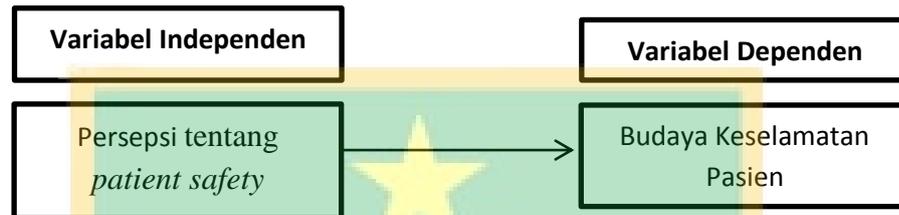
2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.1
Kerangka Teori

2.3 Kerangka Konsep

Kerangka konsep menggambarkan variabel independent yaitu persepsi perawat tentang *patient safety* dan variabel dependen yaitu penerapan budaya keselamatan pasien. Melalui kerangka konsep ini diharapkan pembaca dengan mudah memahami apa yang menjadi fokus utama penelitian dan variabel-variabel yang diteliti.



Gambar 2.2
Kerangka Konsep

2.4 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah asumsi atau dugaan mengenai sesuatu hal yang dibuat untuk menjelaskan hal itu yang sering dituntut untuk melakukan pengecekannya (Sugiyono, 2020). Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H₀ : Tidak adanya hubungan antara persepsi perawat tentang *patient safety* dengan Budaya Keselamatan Pasien

H₁ : Ada hubungan antara persepsi perawat tentang *patient safety* dengan Budaya Keselamatan Pasien.