

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. *Patient Safety*

a. Pengertian *Patient Safety*

Menurut *Institute of Medicine (IOM) patient safety* memiliki pengertian bebas dari kejadian cedera. Selain itu, *patient safety* dapat diartikan sebagai *the prevention of harm patient* penekanan ditempatkan pada pemberi perawatan yang mencegah kesalahan, belajar dari kesalahan yang terjadi dan dibangun di atas sebuah budaya *patient safety* yang melibatkan tenaga medis profesional, organisasi dan pasien. lebih lanjut, AHRQ (2008) dalam (Rosyada, 2014) menjelaskan bahwa *patient safety* diartikan sebagai keadaan bebas dari cedera yang sengaja atau cedera yang dicegah yang dihasilkan oleh petugas medis.

Dalam Permenkes Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 disebutkan bahwa *patient safety* merupakan sebuah sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi: asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan resiko, 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 melaksanakan sebuah tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Terciptanya keselamatan pasien merupakan hasil dari interaksi komponen struktur dan proses, artinya proses pelayanan yang diberikan telah sesuai standar dan didukung dengan struktur yang terstandarisasi serta kondisi lingkungan yang optimal dalam upaya mencapai pelayanan yang aman bagi pasien (Cahyono, 2008).

Pelaksanaan *patient safety* di Indonesia telah diatur dalam UU No. 44 tahun 2009 pasal 29 dan pasal 43. UU No. 44 tahun 2009 pasal 29 ayat 1 poin b menyebutkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan sesuai dengan standard pelayanan rumah sakit. UU No. 44 tahun 2009 pasal 43 ayat 1 tentang rumah sakit menyebutkan bahwa rumah sakit wajib menerapkan standard keselamatan pasien. Lebih lanjut, pada pasal 43 ayat 2 menjelaskan bahwa standard keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.

b. Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan keselamatan pasien menurut Depkes RI (2006) dalam Panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit, antara lain:

- 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 KTD.

c. Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien rumah sakit menurut Depkes RI (2006) yang disusun mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” meliputi:

- 1) Hak pasien
- 2) Mendidik pasien dan keluarga

- 3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
 - 4) Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
 - 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
 - 6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien
 - 7) Komunikasi merupakan kunci staf untuk mencapai keselamatan pasien
- d. Sasaran Keselamatan Pasien, PMK No. 1691/2011

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan diseluruh rumah sakit yang terakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit yang mengacu pada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* (WHO, 2007). Adapun maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah untuk mendorong perbaikan spesifik dalam tercapainya keselamatan pasien.

Terdapat enam sasaran keselamatan pasien antara lain:

- Sasaran I: Ketepatan identifikasi pasien
- Sasaran II: Peningkatan komunikasi yang efektif
- Sasaran III: Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert medications)
- Sasaran IV: Kepastian tepat-lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.
- Sasaran V: Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- Sasaran VI: Pengurangan risiko pasien jatuh

Rumah sakit perlu untuk mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki atau meningkatkan ketelitian dalam melakukan identifikasi pasien yang menjadi pusat perhatian utama dalam 6 sasaran keselamatan pasien.

- e. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit

Tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif untuk menuju keselamatan pasien, sehingga 7 langkah tersebut secara menyeluruh harus dilaksanakan oleh setiap rumah sakit. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit menurut PMK No. 1691/2011 meliputi:

- 1) Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
- 2) Memimpin dan mendukung staf
- 3) Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko
- 4) Mengembangkan system pelaporan
- 5) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- 6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
- 7) Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

Reason (2005) menyatakan bahwa hampir semua kejadian kesalahan melibatkan kombinasi dari 2 faktor yaitu kegagalan aktif dan kondisi laten. Kegagalan aktif adalah tindakan tidak aman yang dilakukan oleh petugas yang memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien maupun berhubungan langsung dengan system. Tindakan tidak aman tersebut dapat berupa lupa maupun salah dalam melakukan prosedur. Sementara kondisi laten merupakan kondisi yang berada dalam organisasi dan keberadaanya telah berlangsung lama. Kondisi tersebut disebabkan oleh keputusan yang dibuat oleh para penyusun kebijakan atau manajemen puncak. Kondisi laten dapat berupa kondisi yang memudahkan terjadinya kesalahan (*error producing condition*), kondisi yang memudahkan pelanggaran (*violation producing condition*) dan keputusan manajemen dan proses organisasi yang tidak mendukung system

keselamatan. Kondisi yang memudahkan terjadi kesalahan misalnya: tekanan waktu, jumlah staf yang tidak mencukupi, lingkungan kerja yang tidak nyaman, suasana yang gaduh dan lain sebagainya. Sedangkan kondisi yang memudahkan pelanggaran misalnya, tidak ada aturan dan tidak ada supervisi.

Kesalahan yang dilakukan oleh petugas kesehatan dapat mengakibatkan kejadian yang tidak diharapkan (KTD) maupun kejadian nyaris cedera (KNC) pada pasien. Menurut KKP-RS (2008), faktor kontributor yang mempengaruhi dan berperan dalam mengembangkan dan atau meningkatkan resiko suatu kejadian kesalahan terdiri dari: Faktor kontributor luar (*eksternal*); Faktor dalam organisasi (*internal*); Faktor yang berhubungan dengan keadaan pasien; Faktor yang berhubungan dengan petugas, seperti: kognitif atau perilaku petugas yang kurang, lemahnya supervisi, kurangnya *team work* atau komunikasi.

2. Budaya *Patient Safety*

a. Pengertian Budaya *Patient Safety*

Industri kesehatan merupakan industri yang penuh risiko, ditambah dengan semakin tingginya tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan dengan jaminan keamanan yang tinggi, menuntut para ahli mengkolaborasikan konsep budaya keselamatan dari dunia industri yang dijadikan sebagai dasar pengembangan konsep *safety culture* di organisasi kesehatan. Budaya keselamatan pasien yang dimaksud dalam penelitian ini adalah perilaku dan kebiasaan pemberi layanan kesehatan yang berlandaskan keyakinan, nilai dan asumsi dalam memberikan pelayanan yang aman dan bebas dari kesalahan, baik pada aspek kerja sama, komunikasi terbuka, respon tidak menghukum dan pelaporan setiap kejadian. Rumah sakit yang berfokus pada keselamatan pasien dalam memberikan layanan kesehatan akan menciptakan budaya keselamatan

pasien yang tinggi (Jianhong, 2004 dalam Mira, 2015).

Pengertian budaya *patient safety* hampir sama dengan budaya organisasi secara umum, yaitu : nilai-nilai/*values* yang dianut bersama antar anggota organisasi tentang apa yang penting, keyakinan/*beliefs* tentang bagaimana melakukan sesuatu di dalam organisasi dan interaksi nilai dan keyakinan tersebut dengan unit kerja dan struktur serta sistem organisasi, yang secara bersama-sama menghasilkan norma perilaku dalam organisasi (Schein, 2004). Budaya keselamatan pasien lebih spesifik terhadap keselamatan (untuk mempromosikan keselamatan) serta menekankan peran interpersonal, unit kerja dan kontribusi organisasi dalam membentuk asumsi-asumsi dasar bahwa kerja individu dalam organisasi berkembang sepanjang waktu (Singer et al., 2009).

b. Dimensi budaya *patient safety*

Dimensi budaya *patient safety* menurut AHRQ (2012), antara lain:

1) Dimensi Keterbukaan komunikasi

Keterbukaan komunikasi harus dilakukan antara manajer dengan staf selain diantara sesama staf untuk peningkatan keselamatan pasien. Dengan adanya keterbukaan komunikasi diharapkan staf medis dapat berkomunikasi dengan baik dan benar pada saat serah terima/pengoperan pasien, meliputi: keluhan pasien, terapi yang sudah maupun akan diberikan dan insiden terkait keselamatan pasien serta staf merasa bebas untuk bertanya kepada yang lebih berwenang.

2) Kerjasama dalam unit

Diartikan sejauh mana staf saling mendukung satu sama lain dan bekerjasama sebagai sebuah tim untuk ketepatan keselamatan pasien.

3) Kerjasama antar unit

Diartikan sejauh mana setiap unit dalam rumah sakit saling bekerjasama dan berkoordinasi antar unit dengan tujuan yang sama yaitu memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien.

4) Persepsi keseluruhan tentang keselamatan pasien

Diartikan persepsi dari seluruh staf berkaitan dengan keselamatan pasien termasuk pemahaman tentang prosedur dan sistem yang baik untuk mencegah kesalahan.

5) Dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien

Diartikan sejauh mana manajemen rumah sakit menyediakan budaya kerja yang mempromosikan keselamatan pasien dan berpedoman bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama.

6) *Staffing*

Prinsip dalam mengimplementasikan *patient safety* di rumah sakit adalah mendesain pekerjaan dengan memperhatikan *human factor*. Hal ini berarti perlu memperhatikan beban kerja, jam kerja, rasio *staffing* dan sistem *shift* dengan memperhatikan faktor kelelahan, siklus tidur dan lain sebagainya. Mendesain pekerjaan yang berorientasi pada *safety* juga termasuk melakukan *training*, memberikan tugas pada orang yang tepat dan memposisikan seseorang pada posisi yang tepat.

7) Respons *non-punitive* terhadap kesalahan

Organisasi kesehatan harus mampu menciptakan lingkungan yang bertujuan agar setiap elemen staf tidak takut untuk melaporkan kejadian. Ketika sistem *punishment* dijalankan, maka staf akan cenderung takut untuk melaporkan insiden. Kejadian yang tidak

dilaporkan membuat organisasi tidak belajar dari kesalahan dan kurang peduli terhadap pelayanan.

8) Frekuensi pelaporan kejadian

Diartikan sejauh mana kesalahan berikut dilaporkan:

- Kesalahan yang diketahui dan dikoreksi sebelum mempengaruhi pasien
- Kesalahan yang tidak berpotensi membahayakan pasien
- Kesalahan yang dapat merugikan pasien tetapi tidak terjadi

9) Pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan

Organizational learning adalah kegiatan proaktif yang dapat menciptakan serta mentransfer pengetahuan dalam nilai-nilai organisasi (Kreitner at al., 2007). Diartikan sejauh mana kesalahan akan membawa

perubahan positif yang selalu dievaluasi efektifitasnya sehingga menghasilkan perbaikan yang berkelanjutan.

- 10) Harapan staf terhadap sikap dan tindakan supervisor/manajer dalam promosi keselamatan
Diartikan sejauh mana supervisor/manajer mempertimbangkan saran staf untuk peningkatan keselamatan pasien, tidak mengabaikan masalah keselamatan dan memberi penghargaan pada staf yang menerapkan ketepatan keselamatan pasien.
- 11) Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan
Diartikan sebagai sejauh mana staf diberitahu tentang kesalahan yang dilakukan, menerima umpan balik masukan dari staf dan mendiskusikan upaya untuk mencegah kesalahan tidak terulang kembali.

12) Serah terima dan transisi

Diartikan sejauh mana proses serah terima berjalan baik yang memuat penyampaian informasi penting berkaitan dengan keselamatan pasien kepada staf lain.

c. Manfaat Penerapan Budaya *Patient Safety*

Manfaat utama dalam menerapkan budaya keselamatan pasien adalah organisasi menyadari apa yang salah dan pembelajaran terhadap kesalahan tersebut (Reason, 2000 dalam Cahyono, 2008). Fleming (2006) juga mengatakan bahwa fokus keseluruhan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien dengan melibatkan seluruh komponen yang terlibat dalam organisasi akan lebih membangun budaya keselamatan pasien dibandingkan apabila hanya fokus terhadap programnya saja.

Adapun manfaat dalam penerapan budaya keselamatan pasien secara rinci antara lain (NPSA, 2004):

- 1) Membuat organisasi kesehatan lebih tahu jika ada kesalahan yang akan terjadi atau jika kesalahan terjadi.
- 2) Meningkatnya laporan kejadian yang dibuat dan belajar dari kesalahan yang terjadi akan berpotensi menurunkan kejadian yang sama berulang kembali dan keparahan dari insiden keselamatan pasien.
- 3) Kesadaran akan keselamatan pasien, yaitu bekerja untuk mencegah *error* dan melaporkan jika ada kesalahan.
- 4) Berkurangnya perawat yang merasa tertekan, bersalah, malu karena kesalahan yang telah diperbuat.
- 5) Berkurangnya *turn over* pasien, karena pasien yang pernah mengalami insiden, pada

umumnya akan mengalami perpanjangan hari perawatan dan pengobatan yang diberikan lebih dari pengobatan yang seharusnya diterima pasien.

- 6) Mengurangi biaya yang diakibatkan oleh kesalahan dan penambahan terapi.
- 7) Mengurangi sumber daya yang dibutuhkan untuk mengatasi keluhan pasien.

Penerapan budaya *patient safety* di rumah sakit merupakan sesuatu yang mutlak harus diaplikasikan karena sejalan dengan sistem *safety* agar mampu menurunkan kejadian kesalahan medis secara signifikan. Membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara dalam membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan, karena fokus pada upaya membangun budaya keselamatan pasien akan berdampak signifikan dibandingkan dengan hanya memfokuskan pada programnya saja.

Terciptanya budaya *patient safety* di rumah sakit akan secara bersamaan tercapainya proses-proses dalam upaya membangun keselamatan pasien itu sendiri (Flemming, 2006) dalam (Sabila, 2014). Kesalahan medis lebih banyak disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit yang mengakibatkan rantai-rantai sistem terputus (Walse dan Boalden, 2006) dalam (Sabila, 2014).

Deal dan Kennedy (2000) dalam Budihaardjo (2008) mengemukakan bahwa Rumah sakit seyogyanya mengaplikasi budaya yang hidup (*das sein*) dalam lingkungannya sesuai dengan budaya yang diinginkan (*das sollen*) dengan tepat (*patient-safety culture*). *Safety culture* merupakan perilaku individu dan organisasi yang berorientasi pada nilai-nilai dan asumsi dasar yang secara terus menerus berupaya meminimalkan kejadian-kejadian yang tidak diharapkan karena dapat membahayakan pasien.

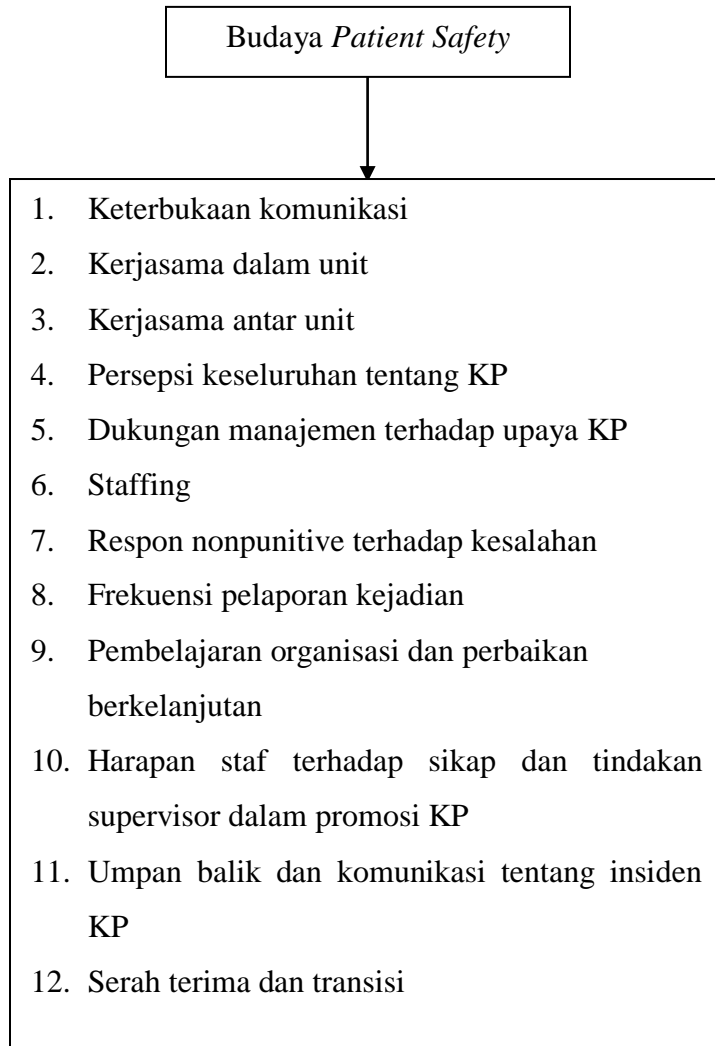
B. Penelitian Terdahulu

No	Peneliti	Metode	Hasil Penelitian	Perbedaan
1	Nursya'baniah Wardhani, Noer Bahry Noor dan Syahrir A. Pasinringi. (2013) Hubungan Kepemimpinan Efektif Kepala Ruangan Dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap Rs Unhas	<ul style="list-style-type: none"> - Jenis penelitian: Kuantitatif, dengan rancangan desain penelitian <i>cross sectional</i> - Alat ukur: kuesioner dan observasi dokumen 	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepemimpinan efektif kepala ruang tidak berhubungan dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Hal ini terjadi karena diketahui diskusi tentang keselamatan pasien antara kepala ruang dengan perawat pelaksana tidak menjadi rutinitas, sementara data penelitian menunjukkan bahwa penerepan budaya keselamatan pasien sudah cukup baik.	<ul style="list-style-type: none"> - Tujuan penelitian yaitu ingin menganalisis budaya keselamatan pasien - Tempat penelitian yang akan dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta
2	Donna Dwi Yudhawati (2013) Evaluasi Penerapan Identifikasi Pasien di Bangsal Rawat Inap RSI Siti Aisyah Madiun	<ul style="list-style-type: none"> - Jenis penelitian: Kualitatif - Alat ukur: wawancara, studi kasus dan FGD 	<ul style="list-style-type: none"> - Pelaksanaan identifikasi pasien belum optimal meskipun pengetahuan perawat tentang identifikasi pasien sangat baik. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempat penelitian yang akan dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta - Tahun pelaksanaan penelitian yang berbeda

3	<p>Dewi Anggraeni, Lukman Hakim dan Cecilia Widjiati I.</p> <p>Evaluasi Pelaksanaan Sistem Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit X Malang</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jenis penelitian: Kualitatif - Alat ukur: Wawancara, FGD, observasi dan studi dokumen 	<ul style="list-style-type: none"> - Secara struktur sistem identifikasi pasien cukup lengkap - Pengetahuan perawat tentang sistem identifikasi pasien cukup baik tetapi tidak selalu melakukan prosedur identifikasi sesuai ketentuan terutama pada tindakan yang menurut perawat tidak beresiko. - Keterbukaan untuk melaporkan insiden pada petugas masih belum optimal. - Sistem supervisi terhadap pelaksanaan prosedur identifikasi belum optimal 	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak diberikan perlakuan pada responden - Perbedaan penggunaan alat ukur - Waktu, tempat dan tahun pelaksanaan penelitian
---	---	--	---	--

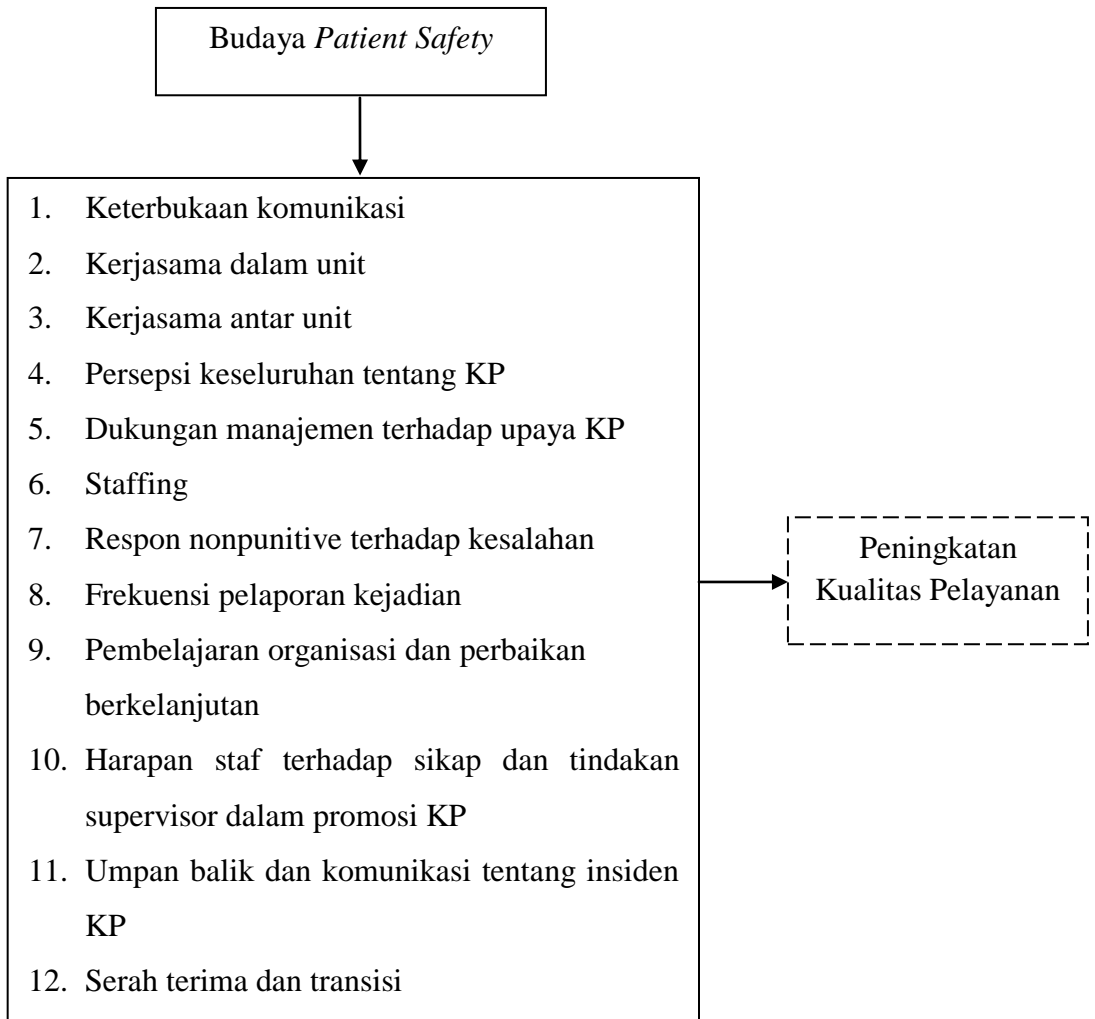
Tabel 2.1. Penelitian Terdahulu

C. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori Budaya *Patient Safety*

D. Kerangka Konsep



Keterangan:

Diteliti : _____

Tidak Diteliti : - - - - -

Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian

E. Hipotesis

Budaya *patient safety* di RS PKU Muhammadiyah
Gamping Yogyakarta baik.