

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

A.1 Kejadian Tidak Diharapkan

Ketika pasien sakit dan datang ke rumah sakit untuk membutuhkan bantuan, maka pihak rumah sakit berusaha untuk membantu. Kedua hubungan timbal balik ini pada dasarnya saling menguntungkan. Keberhasilan usaha dimana pasien berakhir sembuh adalah menjadi harapan kita semua. Namun apa jadinya jika terjadi suatu kegagalan. Pada prinsipnya rumah sakit sebagai pihak menolong pastinya melakukan usaha seoptimal mungkin demi kesembuhan pasien. Namun hal-hal tidak diharapkan dapat saja terjadi tanpa dapat diduga sebelumnya. Risiko terjadinya KTD yang dialami pasien di rumah sakit sangat besar. KTD yang terjadi tidak melulu disebabkan oleh *medical error* sebagaimana marak akhir-akhir ini. Banyak faktor yang terlibat yang dapat menyebabkan timbulnya KTD. Misalnya saja *underlying disease* atau perjalanan alamiah penyakit itu sendiri memungkinkan terjadinya suatu KTD.

Fakta menunjukkan angka kemungkinan terjadinya kecelakaan di penerbangan adalah 1:3.000.000, sedangkan di rumah sakit kemungkinan terjadinya kecelakaan adalah 1:300 (WHO, 2005). Berarti kemungkinan kecelakaan di rumah sakit jauh lebih besar dari kemungkinan kecelakaan pesawat terbang. Angka ini menunjukkan adanya masalah besar yang terjadi di rumah sakit bukan hanya di Indonesia tetapi di seluruh dunia. Di New York ditemukan bahwa diantara 30.121 pasien yang dirawat di 51

rumah sakit, sekitar 3.7% mengalami kecacatan akibat efek samping selama terapi. Bahkan lebih lanjut menunjukkan bahwa 69% dari efek samping tersebut terjadi karena *medical error* (Breman, 1991). Di Australia ditemukan bahwa efek samping akibat *medical error* terjadi pada 16.6% pasien dengan dampak berupa kecacatan tetap (*permanent disability*) pada 13.7% pasien dan 4.9% bahkan berakhir dengan kematian (Wilson, 1995). Telaah lebih lanjut menunjukkan bahwa lebih dari separuh efek samping tersebut sebetulnya dapat dicegah atau dihindari. Di samping memberi dampak klinis maupun sosial, *medical error* ternyata memberikan dampak ekonomi yang sangat besar. Di Salt Lake City biaya ekstra yang harus dikeluarkan akibat efek samping pengobatan mencapai lebih dari US\$2250 per pasien, sedangkan studi di Harvard melaporkan angka yang lebih tinggi, yaitu US\$2595 per pasien. Selain efek pembengkakan biaya, lama perawatan pasien (*length of stay*) juga meningkat hingga rata-rata 2,2 hari yang berarti juga pemborosan rumah sakit (Classen, 2001).

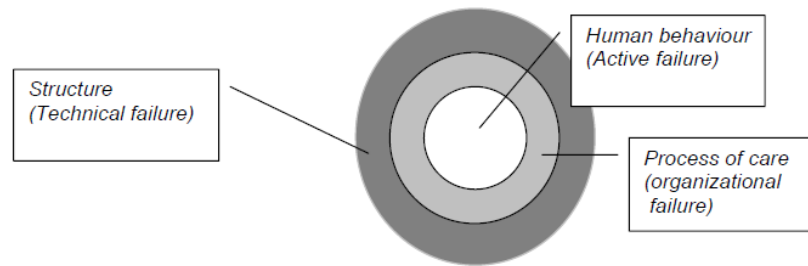
Bidang spesialisasi bedah diasumsikan memiliki risiko KTD yang lebih tinggi dari bidang kedokteran lainnya. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) melaporkan dari 150 kasus bedah yang dilakukan root analysis, terdapat 75% kasus kesalahan tempat atau organ, 13% kesalahan pasien yang akan dioperasi dan 11% kesalahan prosedur operasi (Bann, 2004). Padahal diperkirakan bidang bedah akan paling banyak dibutuhkan masyarakat (63 juta orang) dalam satu tahun untuk menangani kasus trauma, cacat bawaan, kanker dan hernia. (WHO, 2006) WHO (2006) mendokumentasikan dari 178 aktifitas per pasien perhari di unit Bedah terdapat 1,2 *error* aktifitas per pasien perhari. Melalui studi observasi di

unit perawatan intensif disimpulkan bahwa *medical error* terjadi pada 1.7 pasien per hari. Ini mengandung arti bahwa paling tidak dalam sehari seorang pasien akan memiliki risiko akibat *medical error* hampir 2 kali (Donchin ,1995)

Sejalan dengan waktu, semakin sering kita mendengar gugatan pasien yang ditujukan pada dokter ataupun pihak rumah sakit. Hal ini dikarenakan kepercayaan yang kurang pada pelayanan kesehatan di Indonesia. Disini telah terjadi pergeseran kebutuhan pasien akan suatu pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit. Bukan hanya suatu tempat yang didatangi dalam rangka pengobatan dan perawatan atas penyakit yang dideritanya serta memberikan kepuasan pada diri pasien dan keluarganya saja. Namun juga sebagai tempat yang aman dalam pengobatan dan perawatannya tersebut. Sebelum melangkah lebih lanjut marilah kita melihat terlebih dahulu perbedaan *medical error* dan *adverse event*. *Medical Error* atau Kesalahan medis merupakan defisiensi dari suatu proses pelayanan. *Institute of Medicine* (1999) dalam buku "*To Err is Human*" mendefinisikan *medical error* adalah kegagalan dari suatu tindakan yang direncanakan, untuk diselesaikan sesuai yang diharapkan (kesalahan pelaksanaan-tindakan), atau penggunaan suatu rencana yang salah untuk mencapai suatu tujuan (kesalahan perencanaan). *Medical error* sendiri secara harfiah sering disalahartikan sebagai kesalahan dokter. Namun sebenarnya *medical* di sini berarti medis atau proses pengobatan. Leape (1994) mendefinisikan *medical error* suatu tindakan yang tidak diharapkan, baik berupa kelalaian pencantuman (*omission*), atau kekeliruan tindakan (*commission*), atau pelaksanaan tindakan yang tidak mencapai hasil sesuai yang seharusnya diharapkan.

Dalam praktek sehari-hari *adverse events* tidak jarang terjadi. Beberapa bentuk *adverse event* relatif mudah dikenali sedangkan sebagian lagi sulit dideteksi atau bahkan tidak dapat dihindari sama sekali. Contoh untuk ini adalah *adverse event* yang terjadi akibat pemberian obat pada seorang pasien. *Adverse event* ini bisa saja dalam bentuk efek samping obat yang biasa, tetapi dapat pula dalam bentuk kejadian yang sangat tidak biasa atau jarang terjadi. Akhir-akhir ini masalah *adverse event* banyak dikaitkan dengan *medical error*, suatu *error* yang terjadi akibat tindakan medik, meskipun sebenarnya tidak setiap *adverse event* dapat dianggap sebagai *medical error*. *Adverse events* yang bersifat *delayed effect* tidak dapat dikategorikan *medical error*.

Faktor yang melatar belakangi terjadinya *medical error* dan *adverse event* sangatlah kompleks. Masalah bukan hanya tertuju pada para pekerja garis depan yang langsung berhubungan dengan pasien atau kesalahan orang per orang. Kegagalan sistemlah yang paling berperan terhadap mutu pelayanan kesehatan yang berbasis pada keselamatan pasien ini. Telaah terhadap terjadinya *adverse event* menurut Reason (1995) dapat dilakukan melalui 2 pendekatan seperti yang terlihat pada gambar 1, yaitu: (1) Pendekatan dari faktor manusia (*human factor approach*); dan (2) Pendekatan dari sisi sistem (*system factor approach*). Di tingkat individual, masalah *adverse event* ataupun *medical error* biasanya dipengaruhi oleh keadaan psikologis petugas kesehatan, sedangkan di tingkat sistem biasanya akibat lingkungan kerja dan fasilitas yang buruk atau tidak siap secara prosedural. Dalam pendekatan dari faktor manusia (*human factors approach*) terdapat 2 faktor utama, yaitu (a) *active failures*; dan (b) *latent failures*.



Gambar 1. Faktor terjadinya *adverse event*, pendekatan faktor manusia, Reason (1995)

a. *Active failures*

Active failures menggambarkan suatu tindakan yang dapat membahayakan pasien, atau setiap bentuk tindakan medik yang langsung berisiko untuk terjadinya efek samping, antara lain:

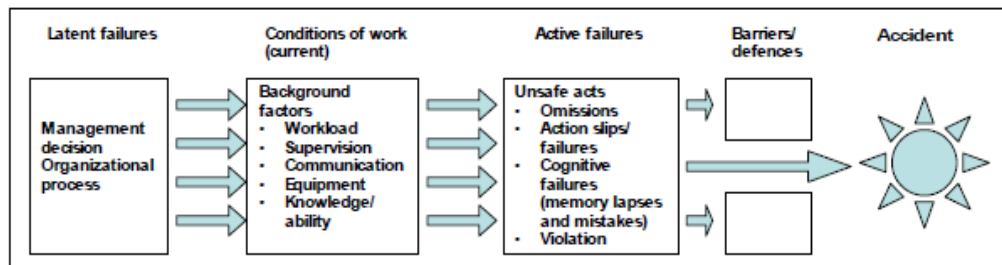
- (1) *action slips*, seperti misalnya mengambil syringe injeksi yang salah
- (2) *cognitive failures*, misalnya karena lupa, atau kekeliruan dalam membaca suatu hasil pemeriksaan
- (3) *violations* yaitu jika tindakan medik yang pelaksanaannya menyimpang dari prosedur standard atau tidak sesuai dengan *standard operating procedure*. Berbeda dengan *error*, *violations* ini lebih berkaitan dengan motivasi, moralitas, atau contoh yang buruk dari staf senior.

b. *latent failure*

Disebut *latent failure* apabila kesalahan terjadi akibat sistem yang keliru, atau tidak langsung diakibatkan oleh petugas yang bersangkutan. Dalam sistem pelayanan kesehatan, *latent failure* ini bisa terjadi akibat beban kerja yang tinggi, terbatasnya pengetahuan dan pengalaman, lingkungan yang tidak nyaman (*stressful*), sistem komunikasi yang tidak berjalan, dan pemeliharaan alat dan fasilitas secara tidak memadai.

Akar penyebab dari *Medical Errors* menurut AHRQ terdiri dari masalah komunikasi, informasi yg tidak adekuat, masalah SDM, hubungan dengan pasien, *organizational transfer of knowledge*, pola kerja staf / *work flow*, kegagalan teknik dan kebijakan dan prosedur yg tidak adekuat. Sedikit berbeda Dwiprahasto (2006,a) mengemukakan *error* terjadi dikarenakan (1) menggunakan prasat medik yang yang sudah sudah *obsolete/abandoned*; (2) tidak menyadari atau merasa bahwa ada masalah; (3) kebudayaan tradisional mengenai tanggungjawab petugas kesehatan; (4) lemahnya sistem pengamanan hukum bagi konsumen; (5) status sistem informasi kesehatan yang primitif, (6) lokasi sumberdaya yang buruk, (7) kurangnya pengetahuan petugas tentang kejadian *error*.

Anatomi kecelakaan dalam bidang medik (*medical error*) digambarkan secara skematik oleh Reason seperti yang terlihat pada gambar 2.



Gambar 2. Model organisasi kecelakaan dalam bidang medik Reason (1995)

Kecelakaan dalam bidang medik dapat berawal dari buruknya sistem manajemen dan proses dalam organisasi pelayanan kesehatan yang selanjutnya disebut sebagai *latent failures* yang dapat diakibatkan oleh berbagai faktor seperti (1) beban kerja petugas yang terlalu tinggi (*workload*); (2) tidak adanya mekanisme supervisi; (3) buruknya sistem komunikasi antar petugas; (4) peralatan medik yang tidak adekuat, serta (5) keterbatasan pengetahuan dan kemampuan petugas. Dari berbagai faktor tersebut kemudian dapat memunculkan berbagai *active failures* berupa tindakan yang membahayakan pasien yang antara lain diakibatkan oleh (1) kesalahan dalam menetapkan suatu tindakan; (2) gagal melakukan tindakan medik yang memadai; (3) *action slips/failures*; (4) *cognitive failures*; dan (5) kesengajaan. Jika telah terjadi kecelakaan medik maka biasanya muncul mekanisme defensif atau selalu ada upaya untuk menutupi bahwa kesalahan yang terjadi bukanlah akibat kekeliruan petugas.

Faktor-faktor yang berpengaruh dalam terjadinya *medical error* dipraktek klinik menurut Reason (1995) cukup beragam dan disajikan dalam Tabel 1.

Tabel 2.1. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya *medical error*

Faktor	Komponen yang berperan
Organisasi & manajemen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sumber & keterbatasan keuangan 2. Struktur organisasi 3. Standar & tujuan kebijakan 4. Safety culture
Lingkungan pekerjaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kualifikasi staf & tingkat keahlian 2. Beban kerja dan pola shift 3. Desain, ketersediaan & pemeliharaan alkes 4. Dukungan administratif & manajerial
Tim	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi verbal 2. Komunikasi tulisan 3. Supervisi dan pemanduan 4. Struktur tim
Individu (staf)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan dan ketrampilan 2. Motivasi 3. Kesehatan mental dan fisik
Penugasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Design penugasan dan kejelasan struktur penugasan 2. Ketersediaan dan pemanfaatan prosedur yang ada 3. Ketersediaan dan akurasi hasil tes
Karakteristik pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi (keparahan dan kegawatan) 2. Bahasa dan komunikasi 3. Faktor sosial dan personal

Faktor organisasi dan manajemen yang kurang mendukung akan sangat berperan untuk terjadinya *medical error*. Sebagai contoh keterbatasan kemampuan keuangan yang berdampak pada tidak terpeliharanya beberapa jenis alat diagnostik akan sangat berisiko untuk terjadinya *diagnostic error*, yaitu kesalahan pembacaan hasil diagnosis karena distorsi alat diagnostik. Faktor lingkungan pekerjaan juga berpotensi untuk terjadinya *medical error*. *Shift* jaga yang terlalu panjang, beban kerja yang tidak seimbang serta keterbatasan kemampuan dan ketrampilan staf menjadi salah satu faktor penyebab *medical error*. Beberapa studi menemukan bahwa risiko terjadinya *medical error* meningkat pada akhir minggu (*week end*),

pada *shift* malam hari, dan pada hari-hari libur umum. Buruknya komunikasi verbal maupun tulisan antar petugas (dokter, perawat, apoteker) juga memberi andil untuk terjadinya *medical error*. Tulisan resep yang sulit dibaca sehingga keliru diinterpretasikan oleh petugas apotek, perintah dokter yang tidak jelas sehingga tidak dilaksanakan secara benar oleh perawat dan masih banyak lagi contoh *medical error*.

A.2 Patient Safety

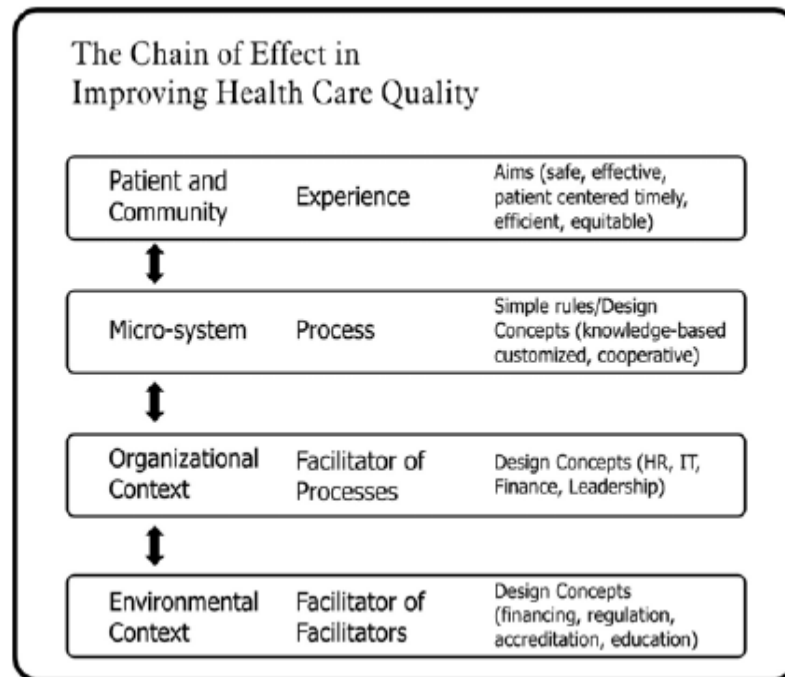
Salah satu cara untuk melindungi pasien dan mencegah terjadinya kesalahan medis adalah dengan menerapkan *patient safety* di rumah sakit. *Patient safety* adalah sebuah konsep pendekatan sistematis pada mutu pelayanan kesehatan. Penerapan *patient safety* di rumah sakit berdampak pada pasien, pengunjung, petugas rumah sakit termasuk klinisi, kebijakan dan profit rumah sakit.

Secara garis besar *Patient safety* adalah tidak terdapatnya *medical error* atau *adverse events*. Keselamatan pasien merupakan salah satu isu utama dalam pelayanan kesehatan saat ini. Isu ini mulai muncul pada tahun 1950 dan berkembang luas sampai sekarang. Keselamatan pasien saat ini ditempatkan sebagai tujuan utama pada pelayanan kesehatan di rumah sakit baik oleh para pengambil kebijakan, pemberi pelayanan dan konsumen.

AHRQ melalui buku *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (2001) mengemukakan *six aims for improvement*— *Healthcare should be safe, effective, patient-centered, timely, efficient and equitable*. Dimana salah satu tujuannya haruslah *safety* atau aman. Definisi *safety* sendiri menurut Webster

dictionary adalah bebas dari bahaya, kecelakaan dan kerusakan. Sedangkan menurut *World Alliance for Patient Safety Forward Programme WHO (2004)*, "*Safety is a fundamental principle of patient care and a critical component of hospital quality management.*" *Patient safety* menurut DEPKES (2006) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Patient safety adalah bebas dari cedera aksidental atau terhindar dari cedera akibat perawatan medis dan kesalahan (IOM, 1999) Definisi lain *patient safety* adalah sebuah tipe dari struktur dan proses pelayanan kesehatan dimana penerapannya akan mengurangi *adverse event* (Shojania, 2002). Tujuan penerapan keselamatan pasien di rumah sakit adalah mengurangi risiko cedera atau *harm* pada pasien akibat struktur dan proses pelayanan kesehatan (Battles, 2003). Hal ini dapat dilakukan dengan mengeliminasi atau meminimalkan risiko dan hazard yang terakait dengan struktur dan proses pelayanan. Akhirnya visi "*zero health care associated injuries or harm*" akan tercapai. Dengan melihat kerangka konsep Berwick (1990) pada gambar 3, maka usaha-usaha peningkatan mutu pelayanan melalui penerapan *patientsafety* dapat dirinci secara sistematis.



Gambar 3. Kerangka Konsep Berwick

(1) Usaha pasien dan masyarakat.

Hal ini dapat dilakukan dengan mengembangkan hubungan yang baik antara pasien dan klinisi serta melibatkan dan memberdayakan pasien dalam pelayanan kesehatan.

(2) Perbaikan proses mikro.

Berbagai kegiatan antara lain integrasi praktik, penetapan *clinical pathways* dalam sistem pelayanan kesehatan. Semua ini nantinya sebagai alat pengambil keputusan bagi para klinisi.

(3) Usaha perbaikan lingkungan organisasi pelayanan kesehatan.

Usaha ini berada pada lingkungan luar organisasi pemberi pelayanan kesehatan. Usaha yang dilakukan antara lain pengembangan kebijakan lisensi dan sertifikasi,

memberikan materi dan motivasi *patient safety* dalam pendidikan tenaga kesehatan. Peningkatan peran lembaga atau institusi penilai mutu eksternal dari sarana pelayanan kesehatan serta adanya kontrol oleh lembaga pembiayaan pelayanan kesehatan.

Gerakan Nasional Keselamatan Pasien (GNKP) yang dicanangkan Departemen kesehatan pada tahun 2005 disosialisasikan secara nasional dan motivasi penerapan program tersebut di setiap rumah sakit. Khusus dalam hal program keselamatan pasien ada dua panduan program pokok yaitu "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit", yaitu sosialisasi sistem keselamatan pasien, pengkajian (riset, analisa, belajar), pengembangan dan publikasi, pembentukan sistem laporan insiden di rumah sakit, implementasi standar dan indikator keselamatan pasien serta pengembangan kerja sama dan pengembangan taksonomi. Ketujuh langkah ini dimaksudkan agar tidak terjadi kecelakakan pasien di rumah sakit.

(4) Usaha perbaikan mutu pada tingkat organisasi pelayanan kesehatan.

Upaya yang dapat dilakukan dengan (a) pengembangan sistem untuk identifikasi dan pelaporan risiko, *error*, atau *adverse event*, (b) penggunaan teknologi informasi, dan (c) upaya perubahan budaya *patient safety*.

(a) pengembangan sistem untuk identifikasi dan pelaporan risiko, *error*, atau *adverse event*.

Para klinisi di garis depan dituntut untuk mempunyai ketrampilan, pengetahuan terkini, kewaspadaan serta kepedulian terhadap hal hal yang menyangkut terapi kepada pasien. Namun bagaimana dengan sistem dimana para

klinisi itu bernaung. Pelayanan kesehatan harus mempunyai sistem manajemen dimana mutu pelayanan kesehatan dapat terus dikendalikan dan ditingkatkan dari waktu ke waktu.

Sistem adalah sekumpulan dari komponen serta hubungan antar komponen, baik manusia atau bukan, demi mencapai tujuan bersama (Leape,1994). Sistem pelayanan dalam suatu RS yang memberikan asuhan pasien menjadi lebih aman. Termasuk di dalamnya mengukur risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko terhadap pasien, analisa insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden serta menerapkan solusi untuk mengurangi risiko. Untuk lebih memahami istilah keselamatan pasien perlu memahami dulu keadaan risiko kalau pasien tidak aman itu seperti apa saja.

(b) Penggunaan Teknologi Informasi.

Kegiatan yang dilakukan dalam rangka meningkatkan peran paraklinisi termasuk *clinical leadership* dalam *patient safety*; memberdayakan danmendukung staf sarana pelayanan kesehatan untuk menerapkan *patient safety* dalam area kerja mereka; mengidentifikasi dan mengurangi risiko pelayanan kesehatan melalui sistem koordinasi, pelaporan dan *feedback* yang efektif; mengatasi berbagai hambatan yang timbul dalam penerapan *patient safety*; mengembangkan diklat sarana pelayanan kesehatan dengan fokus kepada *patient safety* dan peningkatan kinerja pelayanan klinik; menetapkan mekanisme untuk mengadopsi secara cepat dari hasil penelitian ke praktik sehari-hari; melakukan

komputerisasi instruksi pelayanan klinik untuk mengingatkan dan memberikan sinyal; menggunakan teknologi informasi termasuk *e-health*.

(c) upaya perubahan budaya *patient safety*.

A.3 Budaya *Patient Safety*

Perkataan "budaya" (*culture*) berasal dari bahasa Latin "*colere*" yang berarti mendiami, mengerjakan, menghormati. Budaya diambil dari kata budi dan daya. Budi merupakan aspek dalam diri manusia sedangkan daya merupakan aspek lahiriah manusia. Maka budaya diartikan sebagai cara hidup manusia yang berasal dari gerak, perasaan dan akal pikiran manusia. Di kelompok masyarakat atau tempat yang berbeda akan memiliki budaya yang berbeda. Ciri-ciri Budaya adalah budaya merupakan perkumpulan suatu masyarakat, tidak dapat berpisah dengan bahasa dan diperoleh melalui proses pembelajaran.

Budaya suatu organisasi merupakan manifestasi internal yang diasumsikan sebagai sudah ada dari sebelumnya. Interaksi antar anggota diorganisasi seperti manusia, institusi dan lingkungan. Situasi ini dapat diekspresikan dalam berbagai cara seperti sikap, kebiasaan, bahasa, tujuan, kebijakan dan operasional organisasi. Budaya menciptakan identitas dan keberadaan penting antara anggota organisasi dengan visi misinya. Budaya juga menentukan keberhasilan dan kegagalan dari suatu organisasi. Budaya merupakan komitmen yang kuat organisasi untuk mencapai tujuan organisasi. Budaya tidaklah statis tetapi dinamis, produk interaksi antara anggota organisasi.

Budaya menurut *American Heritage Dictionary* adalah suatu totalitas pola perilaku, kesenian, kepercayaan, kelembagaan dan semua produk lain dari karya dan pemikiran manusia yang mencirikan suatu masyarakat atau penduduk, yang ditransmisikan bersama budaya dalam suatu organisasi tidak sama dengan strategi atau struktur organisasi. Namun budaya organisasi sering dihubungkan dengan pendiri awal yang mengartikulasikan visi, strategi bisnis, filosofi dan ketiganya.

“*Safety*” culture atau budaya “Keselamatan” adalah misi yang prioritas dan utama suatu organisasi pelayanan kesehatan. Dimana mengutamakan sumpah Hipokraties “*First do no harm*” dalam identitas terdalamnya dan menerapkannya di seluruh lingkup organisasi. Misi ini dikemukakan secara jelas dalam pernyataan formal misi organisai, dijadikan petunjuk organisasi sehari-hari yang menggambarkan anggota, sistem dan kinerja organisasi (*Health System Patient Safety Toolkit* University ofMichigan, 2007). Budaya keselamatan adalah sebuah atmosfer saling percaya dimana para staf bebas berbicara mengenai keselamatan dan bagaimana memecahkannya tanpa merasa takut untuk disalahkan atau dihukum.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2004) mengutipdefinisi budaya *patient safety* dari ACSNI (*Advisory Committee on the Safetyof Nuclear Installations, 1993*) bahwa *patient safety* pada suatu organisasimerupakan produk dari individu dan kelompok yang merupakan nilai daritingkah laku, persepsi, kompetensi dan kebiasaan yang menimbulkan komitmen dan pola dari suatu manajemen kesehatan mengenai keselamatanpasien. Organisasi dengan budaya keselamatan yang positif mempunyaikarakteristik komunikasi saling terbuka dan

percaya, persepsi yang sama mengenai pentingnya keselamatan pasien dan kenyamanan dalam pengukuran guna pencegahan.

AHRQ (2004) melalui instrumen HSOPSC mengemukakan *patient safety* terdiri atas 12 dimensi yaitu persepsi, supervisi, frekuensi pelaporan, pembelajaran organisasi, kerjasama intra bagian, keterbukaan komunikasi, timbal balik kesalahan, sangsi kesalahan, staf, dukungan manajemen RS, kerjasama antara bagian dan pemindahan pergantian. Dimensi persepsi pada hakikatnya adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang didalam memahami tentang lingkungannya, baik lewat penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan dan penciuman. Persepsi merupakan suatu penafsiran yang unik terhadap situasi dan bukanlah pencatatan terhadap situasi (Robbins, 1996). Persepsi yang dimiliki oleh para petugas mengenai budaya *patient safety* saat ini merupakan hasil dari proses kognitif yang telah lama. Hal-hal yang berkaitan dengan dimensi persepsi yang meliputi sikap, motif, *interest*, pengalaman masa lalu dan ekspektasi (Muchlas, 2005).

Dimensi pelaporan insiden keselamatan pasien rumah sakit (DEPKES, 2006) adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan insiden yang tidak disengaja dan tidak diharapkan yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pasien. Sistem ini juga mendokumentasikan kejadian-kejadian yang tidak konsisten dengan operasional rutin rumah sakit atau asuhan pasien. Pelaporan frekuensi kejadian kesalahan, potensial kesalahan dan KTD hendaknya tidak dianggap sebagai pendekatan untuk mencari kesalahan, tetapi memanfaatkan pengalaman buruk yang ada sebagai dasar untuk perbaikan budaya *patient safety* yang

berdampak bagi mutu klinik. Sistem pelaporan yang baik merupakan pendekatan tim dan bukan perorangan yang didalamnya mencakup informasi mengenai *near miss*, potential kesalahan, *adverse event*, efek samping, keluhan pasien dan keluarga, komplain, data efektifitas pelayanan dan indikator-indikator klinik.

Dimensi supervisi dalam suatu budaya organisasi berupa peran kepemimpinan sangat strategik dalam menentukan kegagalan dan keberhasilan dari suatu organisasi. Supervisi atau kepemimpinan merupakan kemampuan seseorang untuk mempengaruhi sebuah kelompok menuju pencapaian kelompok (Robbins, 1996). Salah satu fungsi dan peran manajer adalah melaksanakan fungsi *controlling* dan *evaluating* melalui kegiatan supervisi yaitu mengawasi apakah segala sesuatunya sudah sesuai dengan aturan (*standard*) yang berlaku, dan untuk mengetahui permasalahan yang ada serta mencari jalan keluarnya.

Dimensi pembelajaran organisasi merupakan perubahan perilaku yang relatif permanen yang terjadi sebagai hasil dari pengalaman hidup. Dengan adanya perubahan perilaku maka telah terjadi proses belajar. (Muchlas, 2005).

Dimensi Kerjasama yang juga mempunyai kata lain partisipatif atau gotong royong merupakan dasar karakteristik suatu manajemen dalam pengambilan keputusan dan salah satu faktor terciptanya budaya *patient safety* yang baik.

Dimensi keterbukaan atau rasa saling percaya adalah hal yang sensitif yang membutuhkan waktu lama untuk membangunnya. Rasa saling percaya adalah syarat untuk menumbuhkan kerja sama dan komunikasi yang baik. Komunikasi adalah pemindahan informasi yang bisa dimengerti dari satu orang atau kelompok kepada

orang atau kelompok lainnya. Dimensi sangsi terhadap kesalahan merupakan bagian tersulit dalam pelaksanaan karena kita harus secara jujur menunjukkan bahwa kinerja seseorang atau sekelompok adalah buruk dan perlu untuk dikoreksi. Kejadian atau kesalahan yang terjadi harus digunakan sebagai pelajaran berharga, dan jika perlu disertai dengan sangsi untuk mencegah terulangnya kekeliruan yang sama. Ini bukan merupakan *blamed culture*, melainkan suatu perbaikan guna peningkatan keselamatan pasien.

Dimensi timbal balik kesalahan, kesalahan yang ada perlu ditelaah lebih lanjut dimana letak kesalahan tersebut untuk menghindari bias yang menyebabkan kesalahan penilaian. Menurut Reason selain faktor sistem dan organisasi juga terdapat faktor individu yang dipengaruhi kemampuan dan ketrampilan, motivasi serta kesehatan mental dan fisik juga faktor pasien yang dipengaruhi kondisi (keparahan dan kegawatan), bahasa dan komunikasi serta faktor sosial dan personal.

Budaya *patient safety* pada rumah sakit khususnya di Indonesia terlihat sangat kurang. Paradigma pada masyarakat dan rumah sakit terkadang masih menganggap bahwa pasien yang datang ke rumah sakit adalah dalam rangka meminta pertolongan akan penyakit yang dideritanya. Sedangkan rumah sakit sebagai pihak yang dimintai pertolongan adalah suatu kesukarelaan untuk menolong pasien. Jadi apapun yang dilakukan pada pasien dan apapun hasilnya, dianggap merupakan hasil suatu usaha terapi yang maksimal dan benar. Paradigma salah tersebut menyebabkan pasien sering mendapatkan perlakuan yang tidak pantas di rumah sakit. Masih banyak para dokter dan perawat yang menganggap pasien tidak perlu mengetahui tentang

penyakitnya dan tidak perlu mengetahui apa yang sedang dilakukan pada diri pasien. Sehingga sering kita jumpai tidak dilakukannya *informed consent* pada setiap tindakan-tindakan kepada pasien. Paradigma yang ada dahulunya membuat pasien menjadi objek yang cukup menunggu, berdoa untuk kesembuhan dan membayar apapun hasil yang akan ia dapatkan. Budaya tersebut kemudian tertanam pada setiap individu di rumah sakit dan butuh waktu lama untuk melakukan perubahan tersebut.

A.4 Pengukuran Budaya *Patient Safety*

Perubahan iklim dan budaya *patient safety* di rumah sakit merupakan tantangan untuk pemerintah dan manajemen rumah sakit. Langkah awal yang dilakukan adalah melakukan penilaian melalui survei iklim keselamatan pasien di rumah sakit. Kemudian dilakukan analisis terhadap hasil penilaian tersebut. Sehingga nantinya menjadi tolak ukur keberhasilan penerapan *patient safety* di rumah sakit. Penilaian budaya keselamatan pasien ini perlu dilakukan secara berkelanjutan guna melihat perubahan budaya yang terjadi di rumah sakit dan mengevaluasi setiap perubahan tersebut. Sejauh manapengaruh perubahan yang dilakukan terhadap keselamatan pasien. Penilaian ini akan memberikan informasi yang dapat menjelaskan kebijakan dan pelayanan RS Queen Latifa mengenai keselamatan pasien. (AHRQ,2004)

The Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice merupakan sentra *patient safety* yang terdiri dari gabungan beberapa fakultas kedokteran di Amerika juga memperkenalkan suatu survei yang berjudul SCS "*Safety Climate*

Survey". SCS telah beberapa kali mengalami revisi yang terakhir pada tahun 2004. AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) sebagai salah satu asosiasi mutu pelayanan kesehatan berkerja sama dengan *American Hospital Association* juga memperkenalkan suatu survei HSOPSC "*Hospital survey on patient safety culture*" untuk menilai budaya *patient safety* rumah sakit. HSOPSC diperkenalkan pada September 2004, dan instrumen ini merupakan pengembangan terakhir dari instrumen sebelumnya. Telah dilakukan *benchmarking* terhadap instrumen HSOPSC, yaitu dilakukan pada 20 rumah sakit di Amerika Serikat dan lebih dari 1400 staf. Dengan adanya data *benchmarking* maka akan lebih mempermudah untuk menganalisa dan membandingkannya.

Sebelum HSOPSC diperkenalkan banyak penelitian penilaian budaya *patient safety* menggunakan SCS. Namun menurut peneliti perbedaan kedua instrumen tersebut adalah HSOPSC terbagi berdasarkan dimensi-dimensi budaya *patient safety* sedangkan SCS tidak terbagi dan menyeluruh (Colle, 2005). Penilaian yang dilakukan berulang-ulang menjadikan tolak ukur perubahan yang terjadi sehingga memungkinkan para pemberi kebijakan mengevaluasi efektifitas kebijakan yang ada apakah telah memenuhi kebutuhan pasien khususnya dalam hal keselamatan pasien pada akhirnya mengubah budaya dan citra RS dari *blaming culture* ke arah *safety culture* adalah tidak mudah. Itu semua akan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit.

B. Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian tentang budaya *patient safety* telah dilakukan sebelumnya antara lain :

1. Castle *et al* (2006) dalam penelitian yang berjudul “*Nurse Aides’ ratings of the resident safety culture in nursing homes*”. Penilaian budaya *patient safety* sama-sama menggunakan HSOPSC dari AHRQ sebagai instrumen penelitiannya, kemudian dibandingkan 12 dimensi budaya pasien dengan *benchmarking*. Perbedaannya bahwa penelitian ini lebih berfokus pada *nursing home*.
2. Kho *et al* (2005) dalam penelitian yang berjudul “*Safety Climate Survey: reliability of results from a Multicenter ICU survey*”. Penelitian dilakukan pada empat sentra ICU di Canada. Persamaannya adalah bertujuan menilai budaya *patient safety* di suatu unit di rumah sakit.

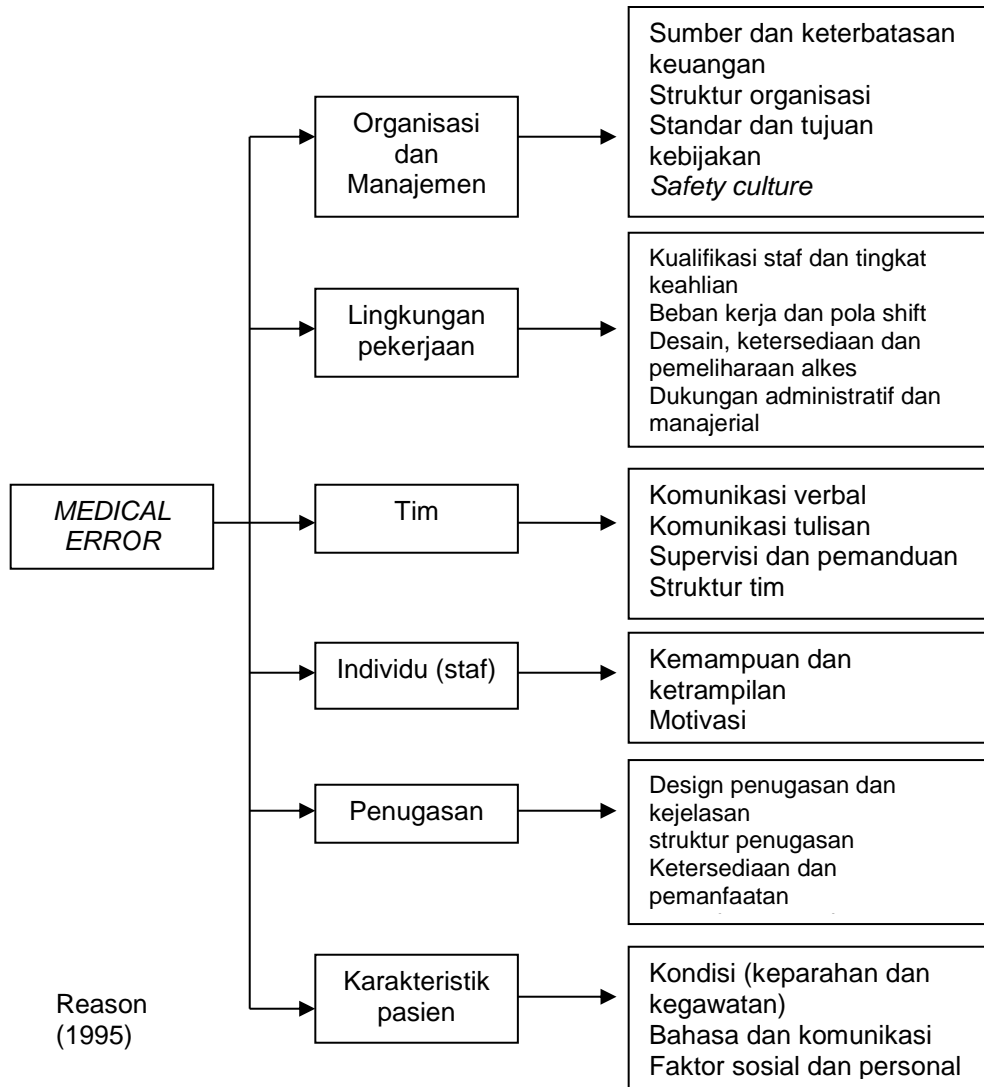
Letak perbedaannya pada instrumen penelitian yang digunakan yaitu *Safety Climate Survey* (SCS) dan dilakukan pada unit ICU di beberapa rumah sakit. Selain itu penelitian ini juga bertujuan menilai reabilitas dari instrumen SCS.

3. Pronovost *et al* (2003) dalam penelitian berjudul “*Evaluation of culture of safety: survey clinician and manager in an academic medical center*”. Penelitian ini juga bertujuan menilai budaya *patient safety* namun dengan instrumen yang berbeda yaitu SCS dan lebih menitikberatkan pada individu yaitu klinisi dan manajerial.
4. Sabila Diena R, (2014) *Gambaran Budaya Keselamatan Pasien pada Perawat Unit Rawat Inap kelas III RSUD Pasar Rebo Bulan Juni 2014*. Penelitian ini sama-sama menggunakan HSOPSC dari AHRQ sebagai instrumen penelitiannya,. Namun

Perbedaannya adalah penelitian ini hanya mengkaji Budaya Patient Safety pada Perawat saja, dan hanya di bangsal kelas III.

5. Diandra Azalea, *et.al.* 2014. *Gambaran budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit Tenggarong*,Manajemen Rumah Sakit FKM UNHAS. Penelitian ini sama-sama menggunakan HSOPSC dari AHRQ sebagai instrumen penelitiannya,. Namun perbedaannya adalah pada penelitian ini tidak digambarkan budaya patient safety berdasarkan karakteristik respondennya.

C. Kerangka Teori



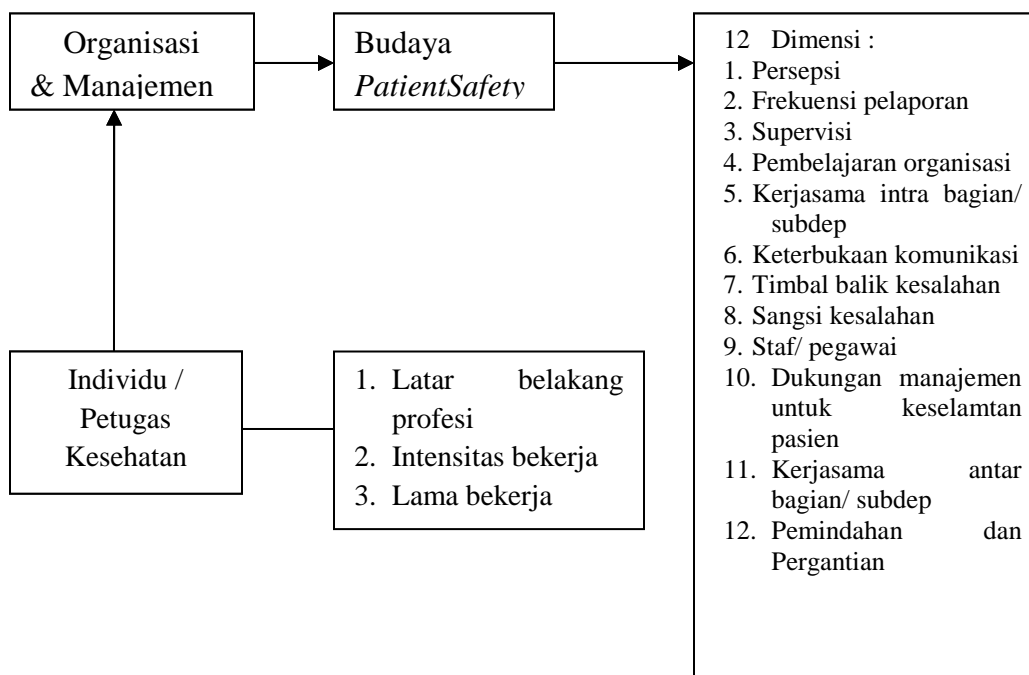
D. Landasan Teori

Reason (1995) mengemukakan terjadinya *adverse event* dapat dilakukan melalui 2 pendekatan, yaitu (1) Pendekatan dari faktor manusia (*human factor approach*); dan (2) Pendekatan dari sisi sistem (*system factor approach*). Budaya keselamatan pasien pada dasarnya tidak dapat dipisahkan dengan faktor-faktor

penyebab *medical error*. Reason (1995) juga menyimpulkan ada 6 faktor yang berpengaruh dalam terjadinya *medical error* di rumah sakit. Keenam faktor tersebut adalah organisasi dan manajemen, lingkungan pekerjaan, tim, individu, penugasan, dan karakteristik pasien. Organisasi sangat dipengaruhi individu-individu yang berada didalamnya. Budaya dari individu di bidang kesehatan dipengaruhi banyak oleh Jenis profesi, Intensitas kerja, dan lamanya kerja. (Prahasto, 2003)

Usaha-usaha peningkatan mutu pelayanan melalui penerapan *patient safety* menurut Berwick (1990) antara lain usaha pasien dan masyarakat, usaha perbaikan lingkungan organisasi pelayanan kesehatan dan terakhir usaha perbaikan mutu pada tingkat organisasi pelayanan kesehatan. Pada tingkat organisasi upaya yang dilakukan adalah upaya yang dapat dilakukan dengan pengembangan sistem untuk identifikasi dan pelaporan risiko, *error*, atau *adverse event*, penggunaan teknologi informasi, dan upaya perubahan budaya *patient safety*.

E. Kerangka Konsep



F. Pertanyaan penelitian

1. Bagaimana 12 dimensi budaya *patient safety* di RS Queen Latifa Yogyakarta?
2. Bagaimana deskripsi budaya *patient safety* pada petugas kesehatan di RS Queen Latifa berdasarkan karakteristik latar belakang profesi, intensitas bekerja dan lamanya bekerja di rumah sakit ?
3. Apakah terdapat perbedaan antar kelompok karakteristik individu dalam 12 dimensi *patient safety*.