

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Rumah Sakit**

RS Queen Latifa merupakan rumah sakit tipe D berlokasi di Jl Ringroad Barat Nogotirto Gamping Sleman. Berdiri sejak tahun 2001 berawal sebagai BPRB (Balai Pengobatan dan Rumah Bersalin) , kemudian berkembang dan mendapat ijin Operasional sebagai Rumah Sakit tahun 2009. Memiliki 41 ruang rawat inap dengan tingkat hunian rawat inap (BOR) pada tahun 2013 sebesar 58% dan tahun 2014 lalu sebesar 52,13%, dan terdapat 6 poliklinik rawat jalan .Jumlah personil berjumlah 147 orang, terdiri 14 orang dokter spesialis, 11 orang dokter umum, 50 orang paramedis dan 63 orang unit non medis.

#### **B. Hasil**

Penelitian dilakukan di RS Queen Latifa Yogyakarta. Respon *rate* dalam penelitian ini sebesar 74,46%. Dimana dari 94 buah kuesioner yang disebarikan kepada petugas kesehatan di RS Queen Latifa yang memenuhi kriteria inklusi, terdapat 24 buah (25,54%) kuesioner tidak kembali terdiri dari. 8 buah (8,5%) kuesioner dikeluarkan karena tidak lengkap. 4 dokter (1,4%) tidak dapat ditemui, karena sudah jarang praktek di RS Queen Latifa. Total kuesioner yang akan dianalisa 70 buah dengan karakteristik responden seperti yang terlihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1. Karakteristik responden di RS Queen Latifa 2015.

No	Profesi	Jumlah	%
1	Dokter (Umum dan Spesialis)	11	15,7
2	Paramedis		
	- Perawat	29	41,3
	- Bidan	7	10,0
	- Apoteker dan AA	5	7,2
3	Non Medis		
	- Laboran	5	7,2
	- Fisioterapi	3	4,3
	- Radiologi	2	2,8
	- Customer Service dan Rekam Medik	5	7,2
	- Pramusaji	3	4,3
4	Intensitas Kerja		
	a. < 20 jam/ minggu	3	4,3
	b. 20-40 jam/ minggu	17	24,3
	c. > 40 jam/ minggu	50	71,4
5	Lamanya Kerja		
	a. < 1 tahun	3	4,3
	b. 1-5 tahun	45	64,3
	c. > 5 tahun	22	31,4
TOTAL		70	100

### 1. Gambaran budaya *Patient safety* di RS Queen Latifa

Gambaran 12 dimensi budaya *patient safety* di RS Queen Latifa terlihat pada tabel 4.2. Budaya *Patient Safety* RS Queen Latifa masuk dalam kategori Baik dinilai dari dimensi Timbal Balik Kesalahan , Kerjasama Intrabagian , Pembelajaran Organisasi , dan Kerjasama antar bagian . Dimensi yang lainnya masuk dalam kategori cukup. Namun skor prosentase terkecil didapatkan pada 2 dimensi yaitu Staff/pegawai (52%) dan sangsi kesalahan (56%).

Tabel 4.2. Tabel 12 Dimensi Patient Safety RS Queen Latifa.

No	Dimensi	%	Kategori
1	Persepsi	73%	Cukup
2	Frekuensi Pelaporan	62%	Cukup
3	Supervisi	69%	Cukup
4	Pembelajaran Organisasi	83%	Baik
5	Kerjasama Intrabagian	81%	Baik
6	Keterbukaan dan Komunikasi	74%	Cukup
7	Timbal Balik Kesalahan	81%	Baik
8	Sangsi Kesalahan	56%	Cukup
9	Staf/Pegawai	52%	Cukup
10	Dukungan Manajemen	73%	Cukup
11	Kerjasama antarbagian	76%	Baik
12	Pemindahan & Pergantian	68%	Cukup

## 2. Gambaran 12 Dimensi budaya patient safety berdasarkan Profesi

Gambaran budaya *patient safety* di RS Queen Latifa berdasarkan latar belakang profesi dokter, paramedis dan non medis secara keseluruhan seperti yang terlihat pada Tabel 4.3 termasuk dalam kategori cukup. Secara praktis tidak ada perbedaan diantara ketiganya. Meskipun begitu secara prosentase profesi paramedis lebih tinggi di tiga dimensi yaitu kerjasama antar bagian, timbal balik kesalahan dan pembelajaran organisasi.

Namun dari ketiga profesi tersebut hampir semuanya mempunyai prosentasi nilai terendah pada 2 Dimensi yaitu Staff/pegawai dan sangsi kesalahan.

Tabel 4.3. Tabel 12 Dimensi budaya Patient safety berdasarkan Kriteria Profesi

No	Dimensi	Profesi			p value
		Dokter	Paramedis	Non Medis	
1	Persepsi	70%	72%	76%	0,103
2	Frekuensi Pelaporan	64%	61%	63%	0,920
3	Supervisi	66%	70%	69%	0,185
4	Pembelajaran Organisasi	76%	84%	85%	0,004
5	Kerjasama Intrabagian	82%	83%	76%	0,017
6	Keterbukaan dan Komunikasi	68%	76%	72%	0,157
7	Timbal Balik Kesalahan	74%	83%	83%	0,034
8	Sangsi Kesalahan	57%	53%	60%	0,004
9	Staf/Pegawai	46%	48%	64%	0,000
10	Dukungan Manajemen	70%	74%	73%	0,468
11	Kerjasama antarbagian	71%	77%	75%	0,222
12	Pemindahan & Pergantian	61%	71%	67%	0,063

Setelah dilakukan uji statistik Anova pada karakteristik Profesi ini didapatkan  $p$  value  $< 0,05$  pada 5 dimensi budaya pasien safety. Sehingga terdapat perbedaan yang bermakna antara Profesi Dokter, Paramedis dan Non medis dalam hal Pembelajaran Organisasi, Kerjasama Intrabagian, Timbal balik kesalahan, sangsi kesalahan dan staff.

### 3. Gambaran 12 Dimensi budaya patient safety berdasarkan kriteria Intensitas Kerja

Tabel 4.4 menggambarkan budaya *patient safety* secara keseluruhan petugas dengan intensitas kerja kurang 20 jam perminggu, 20-40 jam perminggu dan lebih 40 jam perminggu di RS Queen Latifa dimana keseluruhannya masuk dalam kategori cukup dan secara praktis tidak ada perbedaan diantara ketiganya.

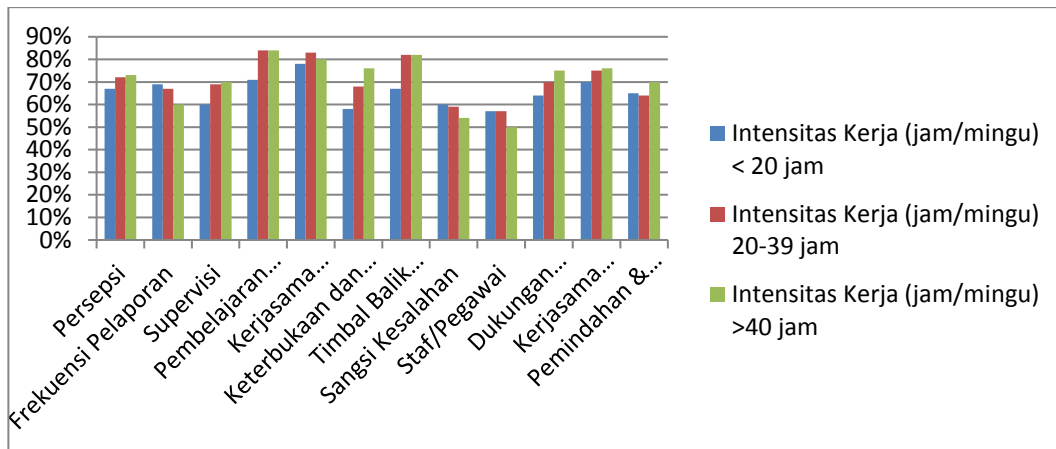
Namun keterbalikannya intensitas kerja lebih 40 jam per minggu semakin meningkat pada tiga dimensi yaitu Pembelajaran Organisasi, Kerjasama Intrabagian dan Timbal Balik Kesalahan. Pada intensitas kerja kurang dari 40 jam/minggu hanya pada dimensi kerjasama intrabagian yang masuk kategori baik. Pada intensitas 20-40 jam/minggu secara statistik hanya pada dimensi Pembelajaran Organisasi, Kerjasama Intrabagian yang masuk kategori baik. Dan seperti dalam kategori sebelumnya pada Intensitas kerja inipun ketiga kelompok tersebut mempunyai nilai prosentasi terendah pada dimensi Staff/pegawai dan sangsi kesalahan.

Tabel 4.4. Tabel 12 Dimensi budaya Patient safety berdasarkan Kriteria Intensitas kerja

No	Dimensi	Intensitas Kerja (jam/minggu)			P value
		< 20 jam	20-40 jam	>40 jam	
1	Persepsi	67%	72%	73%	0,309
2	Frekuensi Pelaporan	69%	67%	60%	0,867
3	Supervisi	60%	69%	70%	0,070
4	Pembelajaran Organisasi	71%	84%	84%	0,132
5	Kerjasama Intrabagian	78%	83%	80%	0,633
6	Keterbukaan dan Komunikasi	58%	68%	76%	0,260
7	Timbal Balik Kesalahan	67%	82%	82%	0,107
8	Sangsi Kesalahan	60%	59%	54%	0,425
9	Staf/Pegawai	57%	57%	50%	0,428
10	Dukungan Manajemen	64%	70%	75%	0,146
11	Kerjasama antarbagian	70%	75%	76%	0,665
12	Pemindahan & Pergantian	65%	64%	70%	0,312

Dari hasil uji statistik Anova didapatkan  $p$  value < 0,05 pada dimensi Keterbukaan dan komunikasi. Hal ini menggambarkan adanya perbedaan yang bermakna pada

karyawan yang bekerja dengan intensitas kerja antara < 20 jam, 20-40 jam dan > 40 jam perminggunya.



Gambar 4. Grafik 12 Dimensi budaya Patient safety berdasarkan Kriteria Intensitas kerja

Dari grafik diatas bisa dilihat kecenderungan penurunan budaya patient safety pada intensitas kerja yang semakin meningkat yaitu pada dimensi frekuensi pelaporan, sangsi kesalahan, dan staff.

#### 4. Gambaran 12 Dimensi budaya patient safety berdasarkan kriteria

##### Lamanya Kerja

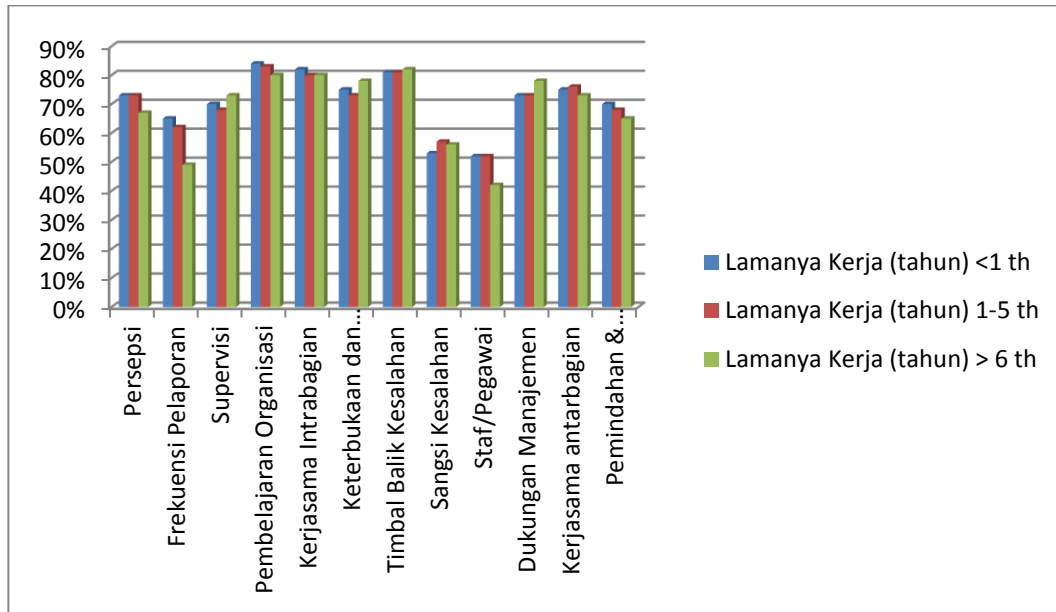
Tabel 4.5. Tabel 12 Dimensi budaya Patient safety berdasarkan Kriteria Lama Kerja

No	Dimensi	Lamanya Kerja (tahun)			P value
		<1 th	1-5 th	> 6 th	
1	Persepsi	73%	73%	67%	0,658
2	Frekuensi Pelaporan	65%	62%	49%	0,862
3	Supervisi	70%	68%	73%	0,103
4	Pembelajaran Organisasi	84%	83%	80%	0,718
5	Kerjasama Intrabagian	82%	80%	80%	0,814

6	Keterbukaan dan Komunikasi	75%	73%	78%	0,631
7	Timbal Balik Kesalahan	81%	81%	82%	0,892
8	Sangsi Kesalahan	53%	57%	56%	0,681
9	Staf/Pegawai	52%	52%	42%	0,409
10	Dukungan Manajemen	73%	73%	78%	0,638
11	Kerjasama antarbagian	75%	76%	73%	0,851
12	Pemindahan & Pergantian	70%	68%	65%	0,923

Gambaran budaya *patient safety* secara keseluruhan pada petugas dengan lama kerja di rumah sakit kurang dari 5 tahun, 5-15 tahun dan lebih dari 15 tahun seperti yang terlihat pada tabel 4.5, masuk dalam kategori cukup. Lama kerja di RS semua kelompok unggul di tiga dimensi Dimensi tersebut Pembelajaran Organisasi , Kerjasama Intrabagian, Timbal Balik Kesalahan. Namun Kecenderungan semakin lama kerja lebih 15 tahun terjadi penurunan budaya patient safety terutama pada 2 dimensi, yang masuk dalam kategori Kurang, yaitu dimensi Frekuensi Pelaporan dan Staf/Pegawai. Namun seiring dengan kategori lain pun pada kategori lamanya kerja juga secara keseluruhan mempunyai nilai prosentase yang rendah pada dimensi Staff/pegawai dan sangsi kesalahan.

Dalam Uji statistik Anova pada karakteristik Lama Kerja 12 dimensi budaya pasien safety *p value* nya seluruhnya  $> 0,05$ . Sehingga tidak didapatkan perbedaan bermakna.



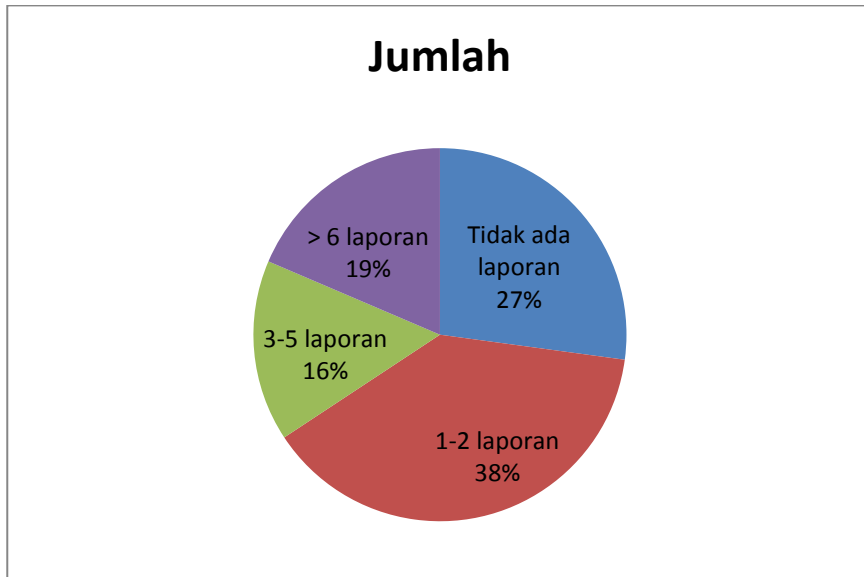
Gambar 5. Grafik 12 Dimensi budaya Patient safety berdasarkan Kriteria Lama Kerja

Dari grafik diatas tampak gambaran penurunan budaya patient safety dimana semakin lama pegawai bekerja di RS Queen Latifa justru semakin menurun budayanya. Hal ini terjadi pada dimensi persepsi, frekuensi pelaporan, staff, dan pemindahan dan pergantian.

### 5. Gambaran jumlah kejadian dilaporkan menurut responden

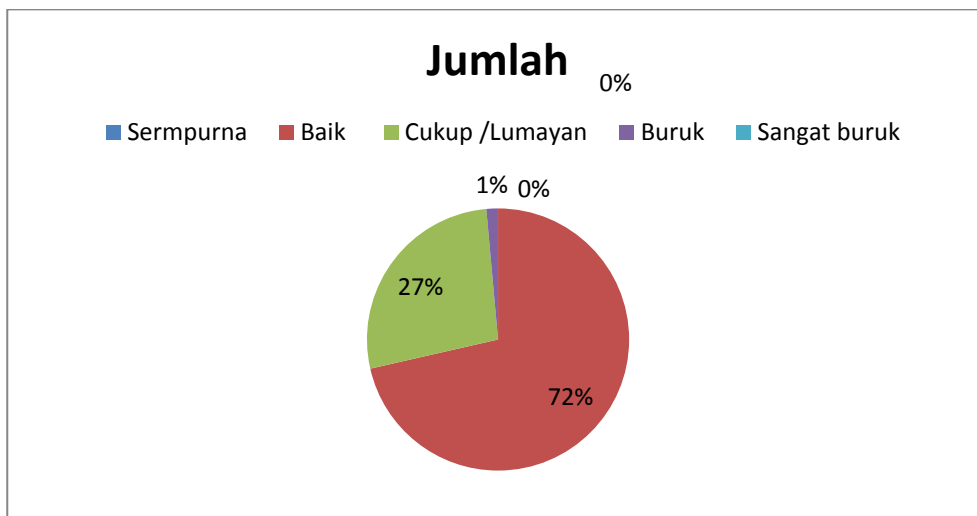
Kejadian yang dilaporkan menurut responden di RS Queen Latifa terlihat seperti pada gambar 8. Rata-rata responden menjawab jumlah pelaporan kasus atau kejadian pertahunnya sangat sedikit sekali yaitu dibawah 2 laporan pertahun.





Gambar 6. Grafik Banyaknya jumlah laporan KTD dalam 12 bulan terakhir

**6. Gambaran penilaian budaya patient safety di RS Queen Latifa secara umum menurut para responden**



Gambar 7. Grafik penilaian secara umum terhadap budaya patient safety di RS Queen Latifa

Terlihat mayoritas pada gambar 5, responden memberikan penilaian baik mengenai budaya *patient safety* didepartemen mereka masing-masing. Hal ini tidak sesuai dengan hasil penilaian budaya *patient safety* RS Queen Latifa yang hasilnya hampir mayoritas 12 dimensi dalam kategori cukup. Terlihat juga tidak satupun responden memberikan penilaian sempurna ataupun sangat buruk mengenai budaya *patient safety* di departemen mereka bekerja.

### **C. Pembahasan**

Mutu pelayanan yang ada sekarang bukan lagi hanya dinilai dari tingkat kepuasan pasien dan pengadaan fasilitas rumah sakit saja tetapi lebih berfokus pada keselamatan pasien. *Patient safety* lahir dari tuntutan eksternal baik dari masyarakat maupun rumah sakit lainnya sehingga penerapannya saat ini merupakan keharusan bagi setiap pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Penerapan *patient safety* adalah untuk menjaga agar pelayanan kesehatan baik medis, paramedis dan non medis pada semua unit rumah sakit dapat terselenggara dengan baik berdasarkan standar pelayanan yang bermutu. Diperlukan adanya suatu standard baku yang dapat menjadi acuan rumah sakit dalam menerapkan *patient safety* sehingga terdapat kesamaan penerapannya antar rumah sakit yang satu dengan yang lainnya. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) mengakreditasi setiap rumah sakit di Amerika Serikat dengan mengacu pada *new Patient Safety standards* yang efektif sejak Juli 2001. Di Indonesia sendiri KARS (Komisi Akredita Rumah Sakit, DepKes) menyusun standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit melalui Tim terdiri dari PERSI dan Depkes

pada Maret 2006 berbentuk "Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit".

Penelitian ini dilakukan di RS Queen Latifa dengan menggunakan instrumen penelitian dari AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) tahun 2004 berjudul HSOPSC "*Hospital survey on patient safety culture*" dengan keusioner yang telah dilakukan terjemah oleh Tim Patient Safety Nasional . Hasil berupa persentase rata-rata yang kemudian dianalisis secara deskriptif. Instrumen ini selain untuk mengukur budaya keselamatan pasien juga dapat digunakan untuk membangkitkan kesadaran petugas mengenai keselamatan pasien di RS.

Pada bab pendahuluan dikemukakan pemilihan lokasi penelitian berdasarkan pada asumsi bahwasannya di RS Queen Latifa angka KTD masih terdapat insidensi yang bisa berakibat KTD dan sistem pelaporan yang belum sepenuhnya optimal. Dari data insidensi Keselamatan Kerja RS Queen Latifa tahun 2014 terdapat total 15 Insidensi dengan ketepatan waktu pelaporan 20,5 x 24 jam, dan meningkat kejadiannya pada tahun 2015 dengan total insidensi 66 dengan ketepatan waktu pelaporan 12,5 x 24 jam. (SPI RS Queen Latifa, 2015) Sehingga diperlukan kajian tentang bagaimana budaya patient safety di RS ini.

Budaya *patient safety* di RS Queen Latifa terdapat 8 dimensi dalam kategori cukup, dan ada 4 dimensi yang masuk kategori baik .Kategori cukup ini di RS Queen Latifa ini menunjukkan penerapan budaya *patient safety* masih perlu ditingkatkan. *Patient safety* merupakan hal yang utama dalam suatu pelayanan kesehatan, tentunya diharapkan budaya *patient safety* yang baik guna menghasilkan pelayanan yang baik

pula. Perbedaan persepsi penilaian budaya keselamatan pasien di tempat mereka bekerja merupakan gambaran bahwa keselamatan pasien belum menjadi prioritas utama di RS Queen Latifa . Seperti yang dikemukakan oleh Berwick (2007) bahwa *“Improved safety must be our specific, declared, and serious aim, beginning at the top of our organizations.”* Karakteristik utama dari suatu budaya organisasi adalah persepsi para petugas betapa pentingnya keselamatan pasien dan hal tersebut menjadi komitmen serta prioritas organisasi.

Persepsi yang dimiliki oleh para petugas mengenai budaya *patient safety* saat ini merupakan hasil dari proses kognitif yang telah lama. Dengan dimensi persepsi yang dalam kategori cukup diasumsikan masih kurangnya pemahaman *patient safety* di dalam setiap departemen. Selain itu juga ditemukan perbedaan persepsi mengenai keselamatan pasien, prosedur dan sistem serta kesalahan diantara sesama pegawai. Hal ini juga tergambar pada hasil jawaban bebas responden mengenai *patient safety*. Bervariasinya jawaban petugas menandakan tidak sama rata nya pengetahuan dan informasi yang perawat dapatkan selama ini mengenai *patient safety*. Pronovost melakukan penelitian dengan instrumen SCS dan *Strategies for Leadership (SLS)* di Johns Hopkins Hospital, mendapatkan strategi utama dalam peningkatan budaya *patient safety* adalah persepsi yang kuat dan komitmen serta keaktifan organisasi untuk keselamatan pasien. Mereka mengusulkan dengan cara meningkatkan komunikasi menggunakan formulir target harian, serta rekonsiliasi medikasi (Pronovost *et.al*, 2003)

Setiap unit kerja memiliki kepala atau pimpinan bertugas melakukan supervisi terhadap bawahannya. Jika kita lihat pada dimensi supervisi secara khusus, terlihat hasil dari dimensi supervisi di RS Queen Latifa dalam kategori cukup dan hasil ini berbeda dengan rumah sakit *benchmarking* yang rata-rata dalam kategori baik. Diasumsikan bahwa dimensi supervisi merupakan permasalahan umum yang berdampak bagi keselamatan pasien di berbagai rumah sakit .

Dalam suatu budaya organisasi 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. Pada umumnya, setiap organisasi kesehatan merupakan suatu institusi dengan tingkat kerumitan dan kompleksitas masalah yang cukup padat, sehingga salah satu kunci sukses untuk pelaksanaan program keselamatan pasien adalah bagaimana pimpinan mampu menggalang budaya kerja yang mengarah pada kualitas dan keselamatan dalam aktifitas sehari-hari. Juga mampu menciptakan suasana kerja yang kondusif, terbuka dan adil dalam suatu sistem dan prosedur pelayanan serta keselamatan pasien terpadu yang disusun secara jelas, terukur dan praktis. Di RS Queen Latifa ini faktor supervisi ini mempunyai hubungan yang bermakna dengan Lama Kerja. Dengan semakin lama bekerja di RS Queen Latifa maka sistem supervisi semakin berjalan baik.

Dalam dimensi keterbukaan dan komunikasi. Definisi 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. Keterbukaan dan komunikasi yang tidak berjalan semestinya jika kita kaitkan dengan Reason (1993) kemungkinan disebabkan oleh sistem ataupun personal. Sistem misalnya bagaimana metode dan alur instruksi dokter kepada perawat ataupun antar sesama dokter dan sesama perawat, bagaimana beban kerja petugas yang memungkinkan kelelahan para operator sehingga memungkinkan terjadi kelalaian dalam menyampaikan informasi secara seksama, bagaimana pengaruh jenjang kemiliteran dalam keterbukaan dan komunikasi, dan lain-lainnya. Sedangkan dari personal seperti kondisi fisik, keterbatasan pengetahuan mengenai informasi yang diberikan, dan lainnya. Hal di atas sesuai dengan teori yang dikemukakan Reason (1995) bahwa terjadinya *human error* dapat disadari dan tidak disadari. Jika tidak disadari (*unconscious action slips, lapses or brief memory failure*) berhubungan dengan ketidak sengajaannya semisal lupa. Sedangkan *Conscious action – mistakes*, disebabkan karena kurangnya pengetahuan dan pengalaman, miskomunikasi, kelelahan, stress, bising, *training* yang tidak adekuat. Keunggulan beberapa dimensi di tiap departemen tidak luput dari kekurangan pada dimensi lainnya.

Pada dimensi pelaporan masih dalam kategori cukup, sedangkan kalau dikaji dari pertanyaan tentang banyaknya laporan yang dilakukan tentang KTD dalam 12 bulan terakhir menyatakan bahwa jumlah laporan sangat sedikit, sehingga sistem pelaporan ini sebenarnya menunjukkan sistem pelaporan di RS Queen Latifa masih belum berjalan dengan baik. Meskipun begitu hasil penelitian lebih baik dibandingkan

dengan penelitian yang dilakukan Castle (2006), dengan juga menggunakan 12 dimensi HSOPSC di 72 *nursing home*. Didapatkan hasil keseluruhan *nursing home* berada di bawah rumah sakit *benchmark* pada semua dimensi yang ada. Hasil dimensi frekuensi pelaporan yang dalam kategori buruk ini sejalan dengan hasil pertanyaan jumlah kejadian yang dilaporkan menurut pendapat responden. Dimana mayoritas responden di semua departemen menjawab hanya terdapat 0 kasus dan 1-2 kasus dalam setahun. Bias dalam hal ini kemungkinan dapat terjadi pada persepsi dan definisi kejadian yang bagaimana yang harus dilaporkan dan bagaimana pelaporan kejadian.

Pelaporan insiden keselamatan pasien (DEPKES RI, 2006) adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan insiden yang tidak disengaja dan tidak diharapkan, yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Sistem ini juga mendokumentasikan kejadian-kejadian yang tidak konsisten dengan operasional rutin rumah sakit atau asuhan pasien. Kembali lagi seperti yang diungkapkan Reason (1995) kesalahan terjadi dapat secara aktif melalui individu ataupun secara laten melalui sistem yang ada.

Skor dimensi kerjasama intrabagian dan antarbagian yang dalam kategori baik tidak sesuai dengan skor dimensi pemindahan dan pergantian budaya *patient safety* yang cukup. Hal ini serupa dengan rumah sakit *benchmarking* yang juga dalam kategori cukup. Padahal proses pemindahan pasien dari satu bagian ke bagian lainnya dan pergantian *shift* berhubungan erat dengan dimensi kerjasama. Apalagi kerjasama melibatkan latar belakang profesi dan latar belakang bidang yang berbeda.

Dari 12 dimensi budaya patient safety di RS Queen Latifa, terdapat 2 dimensi yang mempunyai skor prosentase yang paling rendah yaitu dimensi Sangsi kesalahan dan staff/pegawai. Di RS Queen Latifa sangsi kesalahan berupa kondite yang berkaitan dengan jenjang kenaikan pangkat. Umumnya petugas menyatakan kesalahan yang terjadi seringnya dilimpahkan pada individu sehingga para petugas takut melaporkan apabila terjadi suatu kasus atau kesalahan karena takut untuk disalahkan. Bagaimana sistem sangsi dan penghargaan yang diterapkan di RS ini perlu ditinjau kembali. Dengan tidak adanya pelaporan kasus dan takutnya para petugas melaporkan akan berdampak pada tidak adanya data awal dan evaluasi guna perbaikan di masa yang akan datang. Penghargaan berupa hadiah akan diberikan kepada petugas yang melakukan pelaporan kesalahan atau kasus. Diharapkan para petugas tidak lagi takut melakukan pelaporan kesalahan. Sulit untuk mengubah budaya yang telah ada sejak lama dan sampai saat ini belum ada pelaporan kasus yang masuk. Diasumsikan para petugas masih takut melakukan pelaporan kesalahan karena takut akan disalahkan, takut terlihat kinerjanya buruk dan takut akan sangsi yang mungkin akan diberikan. Hal ini sesuai dengan penelitian Singer (2003) dimana 33% responden mengatakan tidak menerima penghargaan ketika menginformasikan dan mengambil langkah ketika kesalahan serius terjadi, 28% yakin mereka akan dihukum jika kesalahan yang mereka lakukan diketahui. Tidaklah sepenuhnya salah jika suatu kesalahan dilimpahkan pada petugas atau individu karena menurut Reason (1995) selain faktor sistem dan organisasi juga terdapat faktor individu yang dipengaruhi kemampuan dan ketrampilan, motivasi serta kesehatan mental dan fisik yang memungkinkan terjadinya



kesalahan. Namun *To Err is Human, Building a Safer Health System* (2000) menyebutkan bahwa kesalahan yang terjadi sebagian besar atau hampir seluruhnya disebabkan karena kesalahan sistem, sehingga dibutuhkan pendekatan sistem yang komprehensif untuk menanganinya. Kesalahan yang ada perlu ditelaah lebih lanjut dimana letak kesalahan tersebut untuk menghindari bias yang menyebabkan kesalahan penilaian.

Skor budaya *patient safety* berdasarkan karakteristik intensitas kerja masuk dalam kategori cukup, budaya *patient safety* pada seluruh intensitas kerja kurang dari 20, 20-40 dan lebih 40 jam perminggu. Dan secara uji statistik tidak didapatkan perbedaan yang bermakna terhadap budaya *patient safety*. Namun dari grafik menunjukkan semakin tingginya intensitas kerja terjadi kecenderungan penurunan budaya, yaitu pada dimensi frekuensi pelaporan, sangsi kesalahan, dan staff. Intensitas kerja dikaitkan dengan *workflow/staffing pattern* yang merupakan salah satu penyebab terseringnya kasus KTD menurut AHRQ 2003. Selain itu Reason (1995) mengemukakan 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 salah satunya beban kerja petugas yang terlalu tinggi (*workload*) dan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan petugas. Hasil penelitian AHRQ yang berfokus pada perawat pada tahun 2002 menemukan terjadi peningkatan *error* dan *near miss* pada perawat yang bekerja lebih dari 12 jam sehari. Aiken (2005) mengemukakan pada setiap penambahan pasien

pada rumah sakit dengan beban kerja perawat sedang akan meningkatkan risiko kematian akibat prosedur bedah umum sebesar 7% dan pasien dengan komplikasi sebanyak 7%. Terdapat pula perbedaan sebanyak 30% kematian bedah lebih tinggi pada rumah sakit dengan beban kerja perawat 8 pasien dibandingkan beban kerja perawat 4 pasien.

Perhatian petugas yang kurang terhadap pasien juga berkaitan dengan intensitas kerja petugas. IOM (2004) membuat rekomendasi bahwa perawat yang langsung berhubungan dengan pasien tidak boleh melebihi 8 jam kerja sehari atau 40 jam per minggu. Cozen (1997) melakukan penelitian pada dokter yang dianggap mempunyai tingkat stres tinggi. Dari 225 dokter yang diteliti 82 dilaporkan stres menyebabkan dampak negatif bagi pasien mereka. Tipe gejala stres yang ditimbulkan oleh para dokter adalah 40% kemarahan, 7% terjadi kesalahan serius yang langsung berhubungan kematian. Stres tersebut disebabkan oleh kelelahan (57%) dan beban kerja (28%), depresi (8%), dan efek alkohol (5%).

Hasil skor budaya *patient safety* berdasarkan lama kerja petugas di rumah sakit seluruhnya masuk kategori cukup dan tidak ada perbedaan budaya *patient safety* pada lama kerja kurang 5 tahun, 5-15 tahun dan > 15 tahun. Lamanya bekerja tidak mempengaruhi budaya *patient safety* petugas. Dan secara statistik tidak didapatkan perbedaan yang bermakna antara lama kerja dengan budaya *patient safety*. Namun didapatkan kecenderungan penurunan budaya dengan semakin lama pegawai tersebut bekerja di RS Queen Latifa terutama pada dimensi persepsi, frekuensi pelaporan, staff, dan pemindahan dan pergantian. Hal ini menjadi pertanyaan besar bagi sistem

manajemen Rumah sakit. Lamanya petugas bekerja di rumah sakit selain berkaitan dengan pengalaman di lapangan. Menurut Selbst (1999) *medication errors* mempunyai korelasi positif dengan pengalaman yang kurang, stres dan kelelahan. Namun hasil penelitian di RS Queen Latifa pada semua kategori tidak berbeda. Petugas yang telah bekerja di rumah sakit lebih lama dengan pekerjaan yang sama biasanya menjadikan pekerjaannya tersebut menjadi kebiasaan. Padahal kebiasaan ini mungkin saja merupakan *human error* tanpa ia sadari. Apalagi jika petugas tersebut tidak memperbaharui keilmuannya, kebiasaannya tersebut bisa mendatangkan kesalahan medis. Tiga tipe perilaku yang berkaitan dengan *human error* (Reason,1995) adalah pertama perilaku *unintentional and unpredictable* baik disadari maupun tidak, kedua *at risk behavior* yaitu kebiasaan yang tidak aman dan *reckless behavior* yaitu mengetahui risikonya namun mengacuhkannya. Namun petugas yang belum lama bekerja di rumah dengan pengalaman kurangnya pun riskan menyebabkan kesalahan seperti yang dikemukakan Singer (2003) petugas dengan pengalaman kurang mempunyai hampir 52% dampak negatif untuk terciptanya kualitas pelayanan yang aman di rumah sakit. Hal ini bisa jadi yang menyebabkan tidak berbedanya budaya *patient safety* antar petugas dengan karakteristik lama kerja di rumah sakit yang berbeda-beda, dimana seluruhnya sama dalam kategori cukup. 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).

Setiap pegawai yang terlibat dengan pelayanan klinik pasien harus memahami prosedur yang dapat mencegah terjadinya risiko akibat penatalaksanaan klinik. Di sini harus dimulai dari timbulnya kesadaran dan pengakuan bahwa pegawai haruslah mengupayakan usaha medik yang terbaik kepada setiap pasien yang terbaik agar diperoleh hasil yang paling baik bagi penderita. Dalam konteks ini juga terkandung makna bahwa risiko akibat penetapan jenis upaya medik haruslah dipilih yang seminimal mungkin dengan penggunaan biaya yang seefektif mungkin dibandingkan dengan pendekatan lainnya. Oleh sebab itu dalam menetapkan jenis upaya medis dituntut rasa tanggung jawab yang besar dengan senantiasa meng*update* ilmu dan kemampuan kliniknya.

