

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keselamatan Pasien (*Patient safety*)

2.1.1 Definisi *Patient safety*

Kata *patient* berarti pasien atau seseorang yang sedang sakit, sedangkan *safety* berasal dari kata *safe* yang berarti aman atau berkaitan dengan keselamatan (Hartono, 2002). Pasien adalah individu yang menerima layanan kesehatan di rumah sakit, baik dalam kondisi sakit maupun sehat. Undang-Undang Dasar 1945 dalam pasal 28 H yang telah mengalami amandemen secara tegas menyatakan bahwa setiap warga negara memiliki hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Hak-hak pasien sudah diatur dalam beberapa peraturan perundang-undangan, antara lain UU No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, UU Perlindungan Konsumen, UU, No. 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran, UU No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, serta UU No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit (Priyoto, 2014).

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015), keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan suatu sistem yang disusun untuk menjamin bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien berlangsung dengan aman. Sistem ini meliputi berbagai langkah, seperti penilaian terhadap potensi risiko, identifikasi dan penanganan insiden, pelaporan serta analisis insiden, hingga penerapan dan evaluasi tindakan lanjutan guna mengurangi kemungkinan terjadinya risiko.

Tujuan dari sistem ini adalah untuk mencegah terjadinya kejadian yang timbul akibat kesalahan dalam tindakan medis (Muhdar et al.).

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem yang bertujuan untuk memastikan pelayanan kesehatan diberikan secara aman kepada pasien dengan cara mencegah terjadinya cedera atau insiden akibat kesalahan medis melalui penilaian risiko, identifikasi dan penanganan insiden, serta pelaporan dan tindak lanjut. Konsep ini didasarkan pada hak pasien untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak, sebagaimana diatur dalam berbagai peraturan perundang-undangan di Indonesia.

2.1.2 Tujuan *Patient safety*

Tujuan dari keselamatan pasien (*patient safety*) adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan di fasilitas kesehatan dengan mengimplementasikan manajemen risiko dalam setiap aspek pelayanan. Selain itu, keselamatan pasien (*patient safety*) juga bertujuan untuk mengurangi Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) yang merupakan bagian dari insiden keselamatan pasien. Dalam mencapai tujuan tersebut, disusunlah enam sasaran keselamatan pasien yang menjadi pedoman bagi fasilitas Kesehatan untuk melakukan perbaikan secara spesifik pada aspek-aspek yang berkaitan dengan keselamatan pasien. (Amanah & Kesehatan Universitas Mega Buana Palopo, 2023).

2.1.3 Prinsip *Patient safety*

Adapun tujuh prinsip yang harus dicapai oleh fasilitas kesehatan untuk mencapai keselamatan pasien (*patient safety*), terdiri dari:

1. Memiliki pemahaman dan kesadaran yang tinggi terkait pentingnya nilai keselamatan pasien (*patient safety*) setiap melakukan tindakan pelayanan kesehatan.
2. Menunjukkan komitmen untuk memberikan pelayanan yang berfokus pada implementasi prinsip-prinsip keselamatan pasien (*patient safety*).
3. Kemampuan dalam menganalisis berbagai faktor resiko yang berpotensi menyebabkan insiden terkait keselamatan pasien (*patient safety*).
4. Patuh dalam melaporkan insiden keselamatan pasien (*patient safety*) secara tertib dan sesuai dengan standar prosedur yang telah ditetapkan.
5. Memiliki kemampuan berkomunikasi secara efektif dengan pasien maupun tenaga kesehatan lainnya terkait Risiko yang dapat berpengaruh pada keselamatan pasien (*patient safety*) selama proses pelayanan kesehatan.
6. Mampu mengidentifikasi dan menganalisis penyebab terjadinya masalah yang berkaitan dengan keselamatan pasien (*patient safety*).
7. Mampu menggunakan informasi tentang kejadian yang sudah terjadi untuk meminimalkan kejadian berulang di masa yang akan datang (Muhdar et al.).

2.1.4 Sasaran Keselamatan Pasien (*Patient safety*)

Standar keselamatan pasien merupakan suatu ketentuan yang wajib diterapkan di semua Rumah Sakit yang telah memperoleh akreditasi paripurna dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Sasaran ini dibuat berdasarkan pedoman dari WHO, KKPRS, PERSI, dan *Joint Commission International* (JCI). Tujuan dari standar keselamatan pasien (*patient safety*) adalah untuk mendorong perbaikan di area tertentu yang berisiko menimbulkan insiden atau kesalahan dalam pelayanan kesehatan. Sasaran ini menyoroti masalah-masalah umum serta menawarkan solusi yang didasarkan pada bukti dan keahlian. Secara umum, sasaran ini fokus pada perbaikan sistem pelayanan agar lebih aman dan bermutu. Berikut ini enam sasaran keselamatan pasien.

1. Ketepatan melakukan identifikasi pasien

Identifikasi pasien adalah langkah dasar yang wajib dilakukan oleh tenaga kesehatan. Tujuannya adalah untuk memastikan pasien menerima pelayanan dan pengobatan yang tepat sesuai dengan kondisi medisnya. Selain itu, identifikasi pasien juga berperan penting dalam mencegah kesalahan medis atau kejadian tidak diinginkan yang bisa membahayakan pasien. Identifikasi tersebut dapat dilakukan dengan cara bertanya nama lengkap dan tanggal lahir pasien kemudian dicocokkan dengan label identitas pasien sebelum memberikan perawatan atau melakukan tindakan medis.

Identifikasi pasien dilakukan pada saat:

- a. Identifikasi pasien harus dilakukan menggunakan dua dari empat identitas pasien dan tidak diperbolehkan menggunakan nomor kamar atau bed pasien saja saat melakukan identifikasi.
 - b. Identifikasi pasien wajib dilakukan sebelum melakukan tindakan, memberikan obat, memasukkan transfusi darah dan mengambil darah atau sampel lainnya untuk pemeriksaan laboratorium.
 - c. Pasien harus diidentifikasi terlebih dahulu sebelum pengambilan darah atau spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium.
 - d. Identifikasi juga dilakukan sebelum memberikan pengobatan atau melakukan tindakan medis maupun prosedur lain.
 - e. Diperlukan kebijakan dan prosedur agar proses identifikasi pasien dilakukan secara tepat dan seragam di semua situasi serta lokasi pelayanan (Muhdar et al).
2. Peningkatan komunikasi efektif

Pelaksanaan keselamatan pasien di fasilitas kesehatan dilakukan melalui beberapa metode. Salah satunya yaitu penerapan komunikasi yang efektif sebagai strategi untuk mengoptimalkan upaya keselamatan pasien. Komunikasi efektif merupakan salah satu elemen mendasar dalam menjamin keselamatan pasien (*patient safety*), mengingat sebagian besar permasalahan yang berkaitan dengan keselamatan pasien adalah bersumber dari komunikasi yang tidak efektif. Ketepatan informasi yang disampaikan melalui

komunikasi merupakan hal penting karena ketidaktepatan informasi dapat menimbulkan resiko yang serius terhadap kondisi pasien.

Pendekatan komunikasi efektif yang dapat diterapkan yaitu SBAR (*Situation, Background, Assessment, dan Recommendation*). Metode ini merupakan suatu sistem yang dirancang secara sistematis dan mudah diingat, khususnya dalam menyampaikan informasi mengenai kondisi pasien kritis yang memerlukan penanganan segera. Rincian metode SBAR, meliputi S (*Situation*) yang menjelaskan identitas pasien, permasalahan yang dihadapi, serta hasil diagnosis medis; B (*Background*) memuat informasi latar belakang seperti riwayat penyakit pasien. A (*Assessment*) yaitu kesimpulan berdasarkan hasil analisis terhadap kondisi pasien saat ini; serta R (*Recommendation*) yaitu usulan tindakan atau permintaan saran terkait langkah penanganan yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah (Shafira & Dhamanti, 2023).

3. Ketepatan terhadap peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*High alert*)

Perawat memegang peranan yang penting dalam proses penyiapan dan pemberian obat kepada pasien, sehingga dituntut untuk senantiasa berhati-hati guna menghindari terjadinya kesalahan dalam pemberian obat (Potter & Perry, 2010). Penerapan sasaran tersebut dilakukan sebagai upaya pencegahan kesalahan yang berpotensi membahayakan pasien, sekaligus meningkatkan kualitas dan keamanan dalam pelayanan kesehatan. Upaya yang dapat

dilakukan untuk meningkatkan keamanan dalam pemberian obat adalah dengan menerapkan prinsip sepuluh benar sebagaimana dikemukakan oleh Kozier, Erb, Berman, & Snyder (2012), di antaranya:

- a. Benar obat, yaitu memastikan kesesuaian obat dengan instruksi dari dokter, memeriksa riwayat alergi pasien, memverifikasi label obat, serta hanya memberikan obat yang telah disiapkan sendiri oleh perawat.
- b. Benar dosis yang dilakukan dengan meninjau secara cermat instruksi dari dokter dan memastikan perhitungan dosis tepat sebelum pencampuran atau pengenceran dilakukan.
- c. Benar waktu, yaitu memastikan obat diberikan sesuai jadwal yang telah ditetapkan dan memastikan obat belum melewati tanggal kadaluarsa.
- d. Benar pasien dilakukan dengan memverifikasi identitas pasien menggunakan minimal dua metode serta mencocokkan dengan program pengobatan dari dokter.
- e. Benar cara pemberian atau rute, yaitu memastikan rute pemberian obat sesuai instruksi, seperti intravena (IV), intramuscular (IM), subkutan (SC), atau per oral, serta memeriksa label dan kemasan obat.
- f. Benar dokumentasi yang berarti setiap tindakan pemberian obat harus dicatat secara segera dan akurat untuk menghindari kelalaian atau duplikasi. (Fanny & Liss Dyah Dewi Arini).

4. Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien Operasi

Penandaan lokasi operasi atau pembedahan harus dilakukan dengan melibatkan partisipasi pasien dan menggunakan satu jenis tanda yang mudah dikenali. Proses penandaan harus dilakukan secara konsisten oleh dokter operator atau tenaga kesehatan yang bertanggung jawab melaksanakan prosedur tersebut. Penandaan dilakukan ketika pasien dalam keadaan sadar dan dapat diajak komunikasi, sehingga dapat berpartisipasi dalam proses verifikasi.

Selain itu, tanda yang telah dibuat harus tetap terlihat hingga tindakan insisi dilakukan. Penerapan penandaan lokasi operasi berlaku pada seluruh kasus pembedahan, terutama yang berkaitan dengan sisi tubuh tertentu, organ atau struktur yang berjumlah lebih dari satu seperti jari tangan, jari kaki atau *lesi multiple*, serta tindakan pada tingkat anatomi yang berbeda seperti pada vertebra tulang belakang. Tujuan dari proses verifikasi sebelum pasien di operasi, antara lain:

- a. Memastikan keakuratan identifikasi lokasi, jenis prosedur, dan identitas pasien.
- b. Menjamin bahwa seluruh dokumen, hasil pencitraan, dan pemeriksaan penunjang telah diberi label dengan benar, dan mudah diakses.
- c. Memastikan ketersediaan alat khusus dan/atau implan yang diperlukan untuk prosedur.

Tahap time out yang dilakukan sebelum insisi berperan sebagai kesempatan terakhir untuk memastikan seluruh informasi sudah diverifikasi serta untuk mengidentifikasi kemungkinan kesalahan sebelum operasi atau tindakan invasive. Rumah Sakit perlu menetapkan mekanisme dokumentasi pelaksanaan time out secara ringkas dan terstandar, misalnya melalui penggunaan daftar periksa (*checklist*) yang telah ditetapkan, guna menjamin konsistensi dan keamanan pelaksanaan prosedur keselamatan pasien (*patient safety*) (Muhdar et al).

5. Pengurangan risiko infeksi terhadap pelayanan kesehatan

Infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan *Healthcare Associated Infections* atau HAIs dapat dicegah dan dikendalikan melalui penerapan langkah-langkah pencegahan dan pengendalian infeksi yang efektif. Beberapa jenis infeksi yang paling sering terjadi di lingkungan rumah sakit meliputi Infeksi Daerah Operasi (IDO), Infeksi Aliran Darah (IAD), *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP), dan Infeksi Saluran Kemih (ISK) (Sitorus, 2020). Tujuan dari dilakukannya sasaran ini adalah untuk menurunkan kejadian infeksi dan mengurangi biaya yang timbul akibat infeksi yang disebabkan oleh pelayanan medis. Menurut pedoman dari WHO (2007), kebijakan dan prosedur yang perlu diterapkan meliputi:

- a. Kebersihan tangan (*hand hygiene*) menjadi elemen sentral dalam pencegahan infeksi dengan pedoman lima momen cuci tangan

yang telah ditetapkan WHO, yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, sesudah terkena cairan tubuh pasien, sesudah kontak dengan pasien, dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien.

- b. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) oleh tenaga kesehatan guna mencegah kontak langsung dengan darah, cairan tubuh, sekret, maupun membran mukosa pasien. APD yang dimaksud, meliputi *handscoon* atau sarung tangan medis, masker medis, penutup kepala atau *nurse cap*, kacamata *goggles* atau *face shield*, gaun medis (*gown*) atau *hazmat*, serta sepatu boot medis.
 - c. Penyediaan cairan pembersih tangan berbasis alkohol di area pelayanan kesehatan untuk memudahkan pelaksanaan kebersihan tangan.
 - d. Penyediaan fasilitas pencuci tangan seperti keran ari di lokasi-lokasi strategis yang dibutuhkan.
 - e. Pembudayaan praktik cuci tangan yang benar melalui edukasi dan penyuluhan berkelanjutan kepada seluruh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan.
 - f. Evaluasi rutin terhadap kepatuhan tenaga kesehatan dalam menerapkan kebersihan tangan sebagai bagian dari pemantauan mutu dan keselamatan pasien (Fanny & Liss Dyah Dewi Arini).
6. Pengurangan risiko jatuh

Pasien dengan resiko jatuh masih banyak terjadi di beberapa rumah sakit. Banyaknya pasien lansia, anak, dan pasien gelisah

menjadi penyebab pasien tersebut memiliki resiko jatuh yang tinggi. Insiden pasien jatuh dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti pelaksanaan pengkajian risiko yang kurang optimal, komunikasi yang tidak efektif antar tenaga kesehatan, rendahnya kepatuhan terhadap prosedur keselamatan pasien, orientasi staf yang belum memadai, kurangnya supervisi, kondisi lingkungan fisik yang tidak mendukung keselamatan, serta fungsi kepemimpinan yang belum berjalan secara optimal (*The Joint Commission*, 2015). Beberapa langkah yang dapat diambil oleh perawat untuk mencegah insiden jatuh pada pasien, antara lain:

- a. Melakukan *assessment* terhadap risiko jatuh pada pasien serta melakukan pengkajian ulang apabila terdapat perubahan kondisi klinis atau pengobatan.
- b. Menempelkan stiker segitiga kuning pada bed pasien dan gelang warna kuning sebagai penanda bahwa pasien memiliki risiko jatuh.
- c. Memberikan orientasi kepada pasien pada saat pertama kali dirawat inap termasuk menjelaskan prosedur komunikasi dan fasilitas ruang perawatan.
- d. Melakukan pengawasan secara intensif terutama pada hari pertama pasien dirawat.
- e. Mengamati dan menilai kemungkinan efek samping dari obat-obatan yang dapat meningkatkan risiko jatuh.

- f. Menyediakan alat bantu visual seperti kacamata bila diperlukan agar pasien dapat bergerak lebih aman, khususnya pada malam hari.
- g. Menata ruang perawatan dengan meminimalkan jumlah perabot untuk menciptakan lingkungan yang aman dan bebas hambatan.
- h. Memastikan pasien memperoleh asupan cairan yang cukup guna menjaga kondisi tubuh tetap optimal.
- i. Menyediakan bel panggil yang berfungsi baik dalam jangkauan pasien untuk meminta bantuan saat dibutuhkan.
- j. Menganjurkan penggunaan alas kaki yang tidak licin guna mengurangi risiko tergelincir.
- k. Menyediakan pencahayaan yang memadai di ruang perawatan agar visibilitas tetap terjaga.
- l. Memasang pengaman atau pagar tempat tidur bagi pasien dengan kesadaran menurun untuk mencegah jatuh dari tempat tidur.
- m. Memastikan kondisi lantai kamar mandi agar tetap kering dan tidak licin.
- n. Menggunakan alat pembatas gerak *restraints*, baik secara manual maupun mekanis bila diperlukan untuk mencegah gerakan yang membahayakan pasien (Fanny & Liss Dyah Dewi Arini).

2.1.5 Standar Keselamatan Pasien (*Patient safety*)

Mengacu pada urgensi permasalahan keselamatan pasien yang memerlukan penanganan segera di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia, maka diperlukan adanya standar keselamatan pasien sebagai pedoman yang wajib diikuti oleh setiap fasilitas pelayanan kesehatan dalam menjalankan operasionalnya. Penerapan standar keselamatan pasien tersebut bersifat wajib dan pelaksanaannya akan dievaluasi melalui instrumen akreditasi. Berikut ini uraian tujuh standar keselamatan pasien.

1. Hak Pasien

Baik pasien maupun keluarga memiliki hak untuk mendapatkan informasi yang jelas terkait perencanaan dan hasil dari layanan yang diberikan, termasuk kemungkinan akan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Berikut ini beberapa kriteria yang harus dipenuhi, di antaranya:

- a. Tersedianya dokter yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien
- b. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) yang ditunjuk memiliki kewajiban untuk menyusun rencana pelayanan
- c. Rencana dan hasil pelayanan, tindakan medis, program pengobatan yang akan dijalani, serta risiko terjadinya KTD pada rencana yang telah disusun oleh DPJP tersebut wajib disampaikan secara akurat dengan bahasa yang sederhana agar mudah dipahami oleh pasien beserta keluarga.

2. Mendidik pasien dan keluarga

Pemberian edukasi pada pasien beserta keluarga mengenai kewajiban dan tanggung jawab pasien selama masa asuhan keperawatan menjadi kewajiban rumah sakit. Hal ini didasarkan pada prinsip bahwa keterlibatan pasien sebagai mitra dalam pelayanan kesehatan dapat meningkatkan tingkat keselamatan dalam pemberian asuhan. Maka dari itu, rumah sakit harus mempunyai sistem dan mekanisme yang struktur sebagai dasar pelaksanaan edukasi tersebut. Melalui edukasi ini, pasien juga keluarga diharapkan mampu:

- a. Menyampaikan informasi secara jelas, benar, lengkap, dan jujur
- b. Memahami kewajiban beserta tanggung jawab
- c. Memberikan pertanyaan terkait perihal yang belum dipahami
- d. Mengerti serta menerima konsekuensi dari tindakan pelayanan yang diberikan
- e. Menaati instruksi tenaga kesehatan dan mematuhi aturan yang diberlakukan di lingkungan rumah sakit
- f. Menunjukkan sikap saling menghargai dan rendah hati
- g. Menuntaskan kewajiban administrasi dan pembayaran sesuai dengan kesepakatan yang sudah ditetapkan

3. Keselamatan dan kesinambungan pelayanan

Fasilitas layanan kesehatan termasuk rumah sakit memiliki tanggung jawab yang berkelanjutan untuk memastikan pelayanan berjalan dengan baik sehingga koordinasi harus berlaku secara

efektif di antara para tenaga kesehatan maupun unit pelayanan lainnya. Kriteria yang wajib dipenuhi, meliputi:

- a. Adanya kolaborasi layanan secara komprehensif dimulai sejak pasien masuk ke rumah sakit, melalui proses pemeriksaan, penegakan diagnosis, penyusunan rencana pelayanan, pelaksanaan prosedur medis, rujukan, hingga ketika pasien dipulangkan
 - b. Layanan dilajukan secara berkesinambungan dan disesuaikan dengan kondisi pasien juga kompetensi tenaga layanan sehingga kerja sama antara unit layanan dapat berlangsung secara optimal serta minim hambatan
 - c. Integrasi layanan meliputi penguatan komunikasi untuk mendukung keterlibatan keluarga, layanan asuhan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi juga rujukan, layanan kesehatan utama, serta prosedur lanjutan lainnya
 - d. Terjalin pertukaran informasi dan interaksi secara efektif antar unit layanan lintas profesi guna menjamin proses koordinasi yang aman, lancar, serta efisien
4. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Fasilitas kesehatan dalam hal ini rumah sakit, wajib menyusun rancangan proses baru atau menyempurnakan prosedur yang telah ditetapkan sebelumnya, serta melaksanakan pemantauan juga evaluasi efektivitas kerja secara sistematis dengan metode

mengumpulkan dan menganalisis data secara mendalam. Langkah ini bertujuan sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan juga sebagai bentuk jaminan keselamatan pasien. Adapun tolak ukur yang harus dipenuhi, antara lain:

- a. Setiap fasilitas layanan kesehatan wajib merancang proses secara tepat dan sejalan dengan prinsip “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”
 - b. Kewajiban mengumpulkan data efektivitas pelayanan bagi seluruh rumah sakit
 - c. Evaluasi secara menyeluruh terhadap data yang diperoleh harus dilakukan di setiap rumah sakit
 - d. Hasil analisis dan data informasi yang tersedia harus dimanfaatkan secara optimal untuk mendukung perbaikan kinerja dan meningkatkan kepatuhan penerapan keselamatan pasien
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- Kepemimpinan rumah sakit memegang peranan vital dalam peningkatan keselamatan pasien. Peran ini mencakup beberapa fungsi utama, seperti:
- a. Mendorong dan memastikan pelaksanaan program keselamatan pasien yang mengadopsi inisiatif “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”
 - b. Memastikan adanya program inisiatif guna menganalisis risiko dan meminimalisir Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

- c. Memfasilitasi interaksi dan kolaborasi yang efektif juga berkesinambungan lintas unit dan staf saat penentuan keputusan terkait keselamatan
- d. Menyediakan dan mendistribusikan sumber daya yang kompeten untuk menelaah, menganalisis, serta memperbaiki efektivitas kerja rumah sakit beserta keselamatan pasien
- e. Melakukan audit terhadap kontribusi dan efektivitas setiap individu dalam upaya peningkatan kinerja dan keamanan pasien

6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Rumah sakit wajib menetapkan standar edukasi dan pengembangan staf yang ketat untuk menjamin keselamatan pasien. Standar ini harus mencakup proses edukasi, latihan, dan pengenalan yang terstruktur bagi seluruh posisi yang secara eksplisit menjelaskan keterkaitan tugas dan jabatan dengan keselamatan pasien. Berikutnya, wajib diadakan pelatihan khusus mengenai kerja sama tim untuk mendukung kedekatan pelayanan pasien yang kolaboratif interdisipliner. Selain itu, rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan dan pendidikan berkelanjutan demi mempertahankan dan meningkatkan kompetensi staf yang didalamnya harus memenuhi kriteria sebagai berikut.

- a. Mencakup topik keselamatan pasien dalam proses pengenalan dan edukasi bagi pekerja baru.
- b. Mengadaptasi materi keselamatan pasien di seluruh tindakan melalui pelatihan internal atau *in house training*

- c. Menyediakan panduan yang terstruktur dan rinci mengenai prosedur cara melaporkan kasus/temuan
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Pencapaian keselamatan kerja mensyaratkan tersedianya tolak ukur interaksi yang efektif di kalangan staf. Standar ini mengharuskan rumah sakit untuk membangun tata kelola pengelolaan informasi keselamatan pasien yang dapat mengakomodasi tuntutan internal juga eksternal. Kualitas penyebaran informasi dan data menjadi kunci, yaitu wajib disampaikan dalam kurun waktu yang tepat dan akurat. Dukungan terhadap sistem ini harus dipastikan dengan pengadaan anggaran untuk pengembangan proses manajemen data dan tersedianya mekanisme untuk mendeteksi dan memperbaiki masalah komunikasi yang ada sehingga informasi dapat terus diperbarui (Salawati, 2020).

2.1.6 Faktor yang Memengaruhi *Patient safety*

Budaya keselamatan pasien merupakan hasil dari nilai-nilai, sikap, kompetensi, dan pola perilaku individu maupun kolektif yang secara keseluruhan membentuk komitmen, gaya, dan kapasitas sebuah organisasi pelayanan kesehatan dalam mengimplementasikan program keselamatan pasien (Mandias et al., 2021). Selain itu, terdapat sejumlah faktor yang tidak hanya *memengaruhi* budaya keselamatan pasien tetapi

juga berfungsi sebagai indikator untuk mengukur tingkat budaya keselamatan pasien. Faktor-faktor diuraikan sebagai berikut.

1. Kepemimpinan

Mewujudkan budaya keselamatan pasien di fasilitas kesehatan merupakan mandat dan tanggung jawab seluruh petugas rumah sakit, khususnya para tenaga medis yang berinteraksi langsung dengan pasien, seperti dokter dan staf medis lain yang bertanggung jawab atas perawatan pasien. Kepemimpinan yang tangguh sangat penting dalam mendorong peningkatan implementasi budaya keselamatan pasien oleh tim pemberi layanan. Salah satu lingkup kepemimpinan yang signifikan adalah kepemimpinan kepala ruangan yang berfungsi sebagai coordinator utama untuk mengarahkan pelaksanaan budaya keselamatan pasien. Kepala ruangan memiliki kapabilitas untuk memengaruhi strategi dan upaya mobilisasi perawat dalam lingkup otoritasnya agar secara kolektif menginternalisasi budaya keselamatan pasien. Dikarenakan seorang pemimpin yang efektif adalah individu yang mampu menganalisis dan mengidentifikasi kondisi-kondisi yang akan berdampak terhadap budaya keselamatan pasien.

2. Kerja sama

Tim dalam konteks kerja sama didefinisikan sebagai gabungan individu yang memiliki keahlian spesifik, berkolaborasi, dan berinteraksi untuk mencapai sasaran secara menyeluruh. Namun, kerja sama tim terkadang menjadi salah satu hambatan utama yang

harus dihadapi perawat saat memberikan pelayanan ke pasien. Situasi ini muncul dikarenakan terdapat beberapa faktor yang secara tidak langsung dilakukan oleh perawat atau profesional kesehatan lainnya, di mana hal ini dapat berpotensi menghambat efektivitas kerja sama. Hambatan terkait komunikasi dan pembagian tugas yang tidak proporsional seringkali menjadi pemicu utama buruknya kolaborasi. Padahal efektivitas kerja sama tim yang terganggu dapat meningkatkan risiko insiden keselamatan pasien (Wibowo, 2018).

Implementasi budaya keselamatan pasien yang baik memerlukan dukungan komprehensif dari seluruh unit di rumah sakit. Unit-unit ini diharapkan dapat berkolaborasi untuk membentuk sebuah sistem kerja yang saling berkesinambungan sehingga proses pelayanan kesehatan dapat berjalan secara lancar dan optimal. Kualitas dan keamanan pelayanan kesehatan sangat bergantung pada integrasi sistem yang dibangun dari sinergi unit-unit yang tersedia di fasilitas layanan kesehatan tersebut.

3. Komunikasi

Komunikasi terbuka diterapkan melalui mekanisme serah terima tugas (operan), pengarahan singkat (briefing), dan ronde keperawatan. Sejak tahun 2010, komunikasi dalam konteks keselamatan pasien telah ditetapkan sebagai standar oleh *Joint Commission Accreditation of Health Organization* (Wibowo, 2018). Studi oleh Heriyati et al. (2019), menyatakan bahwa peningkatan keselamatan pasien dapat dicapai melalui komunikasi efektif, tepat

waktu, akurat, lengkap, dan jelas. Maka dari itu, komunikasi antar penyedia layanan kesehatan perlu ditingkatkan. Komunikasi dalam pelayanan kesehatan melibatkan seluruh tim yang menangani proses pengobatan dan perawatan pasien. Informasi mengenai kondisi kesehatan pasien yang berisiko atau membahayakan dari berbagai pemeriksaan termasuk pemeriksaan penunjang harus dikomunikasikan secara lengkap dan tepat waktu (Siregar, 2020).

4. *Staffing*

Penempatan staf atau *staffing* didefinisikan sebagai prosedur penugasan pekerja yang kompeten untuk mengisi struktur organisasi melalui proses seleksi dan pelatihan (Lubis, 2020). Tujuan dari adanya penempatan staf, yaitu diharapkan dapat memenuhi kecukupan kuantitas dan kualifikasi perawat yang sesuai dengan kebutuhan spesifik di setiap unit. Jumlah perawat yang memadai di rumah sakit memiliki dampak langsung pada kualitas layanan yang diterima oleh pasien. Hal ini disebabkan karena ketersediaan staf yang cukup merupakan standar dasar bagi perawatan yang bermutu (Mutrika, 2021). Upaya untuk meningkatkan produktivitas perawat dapat dilakukan melalui pelatihan profesional dan pengembangan pengetahuan. Beberapa upaya tersebut juga penting untuk dilakukan guna menciptakan lingkungan kerja yang kondusif dan positif sehingga perawat dapat memberikan asuhan yang aman dalam kondisi yang prima (Heriyati et al., 2019).

5. Respon tidak menyenangkan

Terdapat hubungan yang signifikan antara budaya tanpa menyalahkan atau *no blaming culture* dengan peningkatan budaya keselamatan pasien. Budaya ini sangat esensial karena semua pihak memiliki tanggung jawab yang sama atas keselamatan pasien. Dengan menghilangkan kebiasaan saling menyalahkan, individu termotivasi untuk melaporkan dan mendiskusikan insiden yang tidak diinginkan tanpa takut akan sanksi sambil memastikan kembali akuntabilitas setiap individu dalam implementasi keselamatan pasien (Pujilestari et al., 2014). Faktanya, saat ini di lapangan masih banyak staf yang merasa khawatir bahwa pelaporan insiden akan berfokus pada pelaku dan berpotensi memengaruhi penilaian kinerja mereka. Sayangnya, budaya yang cenderung menuduh (*accuse*), menyalahkan (*blame*), dan mengkritik (*criticize*) masih sangat umum di banyak organisasi rumah sakit sehingga pengembangan program keselamatan pasien terhambat karena staf enggan melaporkan kesalahan pelayanan.

6. Pelaporan insiden

Pelaporan insiden merupakan salah satu unsur terpenting dalam keselamatan pasien. Adanya informasi yang memadai dari proses pelaporan dapat dipergunakan sebagai materi pembelajaran oleh organisasi. Berbagai kendala dalam pelaporan yang telah teridentifikasi dan pilihan upaya untuk mempermudah proses ini juga telah tersedia. Beberapa hambatan yang sering terjadi dalam

pelaporan insiden, yakni takut akan disalahkan, perasaan gagal, khawatir akan sanksi, kebingungan akan alur atau format pelaporan, minimnya kepercayaan terhadap organisasi, dan kurangnya kesadaran akan manfaat dari pelaporan itu sendiri. Perawat akan bersedia untuk melakukan pelaporan jika mereka merasa aman dari risiko hukuman. Perawat yang terlibat perlu diberi kebebasan untuk bercerita atau bersikap terbuka mengenai insiden yang terjadi (Suryanto, 2018). Meskipun demikian, masih ditemukan banyak tantangan lain sehingga masih banyak kejadian yang belum tercatat dengan baik, formular yang belum terisi lengkap, dan sosialisasi mengenai prosedur pelaporan yang minim (Wahyuda et al.)

7. Budaya organisasi

Budaya organisasi didefinisikan sebagai serangkaian nilai yang dipercayai bersama oleh seluruh anggota organisasi. Budaya memiliki peran penting dalam menciptakan lingkungan kerja yang produktif, kolaboratif, dan harmonis (Ikhsan, 2016). Budaya organisasi yang baik di lingkungan rumah sakit akan sangat mendukung koordinasi dan kerja sama lintas departemen. Hal ini penting untuk mengurangi angka kesalahan dan meningkatkan efisiensi pelayanan. Lebih lanjut, disiplin kerja yang baik juga menjadi syarat utama untuk menjamin kepatuhan staf terhadap prosedur medis yang secara langsung memengaruhi kualitas dan keselamatan pasien (Ariesni & Asnur, 2020).

Pemahaman budaya organisasi yang baik bagi rumah sakit merupakan hal penting karena budaya yang positif dapat meningkatkan kinerja karyawan, menciptakan lingkungan kerja yang kondusif, dan secara langsung menjamin kualitas pelayanan kesehatan (Mardiana dkk., 2023). Terdapat dua kerangka teoritis utama yang dapat diterapkan untuk mengembangkan budaya organisasi, yakni Model Schien dan Dimensi Kebudayaan Hofstede. Model Schien membagi budaya menjadi tiga tingkatan, mulai dari elemen yang terlihat (seperti prosedur pelayanan), prinsip yang dijunjung tinggi (seperti komitmen pelayanan), hingga keyakinan terdalam yang memengaruhi perilaku (seperti asumsi dasar tentang keselamatan pasien).

Sementara itu, dimensi Hofstede seperti kebersamaan dan jarak kekuasaan (power distance) membantu menganalisis mengenai jalannya kerja sama tim dan hierarki kekuasaan di rumah sakit yang memengaruhi kinerja staf. Dengan menerapkan kedua model ini, rumah sakit diharapkan dapat mengembangkan budaya yang mendorong kolaborasi dan disiplin kerja yang tinggi sehingga pada tingkat tertentu akan dapat meningkatkan motivasi, kepuasan karyawan, dan memungkinkan pencapaian tujuan pelayanan kesehatan yang bermutu.

8. Fasilitas rumah sakit

Fasilitas merupakan sarana dan prasarana yang memiliki fungsi sebagai media untuk mempermudah pelaksanaan pekerjaan.

Fasilitas dianggap sebagai unsur individual dalam suatu penawaran yang dapat ditambah maupun dikurangi tanpa memengaruhi kualitas layanan yang diberikan. Ketersediaan fasilitas kerja yang baik dapat menumbuhkan semangat dan motivasi karyawan karena kebutuhan mereka terhadap sarana dan prasarana dapat terpenuhi. Selain itu, fasilitas kerja juga menjadi faktor penting untuk menunjang pelaksanaan tugas sehingga pekerjaan dapat diselesaikan sesuai dengan harapan.

Untuk mencapai tujuan organisasi, dibutuhkan berbagai sarana dan prasarana yang mendukung guna menunjang aktivitas di dalamnya. Jenis, bentuk, dan manfaat fasilitas yang digunakan perlu disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan organisasi. Fasilitas kerja yang memadai serta dalam kondisi layak juga terawat akan sangat membantu kelancaran proses kerja. Selain itu, ketersediaan fasilitas yang lengkap dan dalam kondisi baik dapat meningkatkan motivasi dan produktivitas karyawan.

2.2 Konsep Kepatuhan

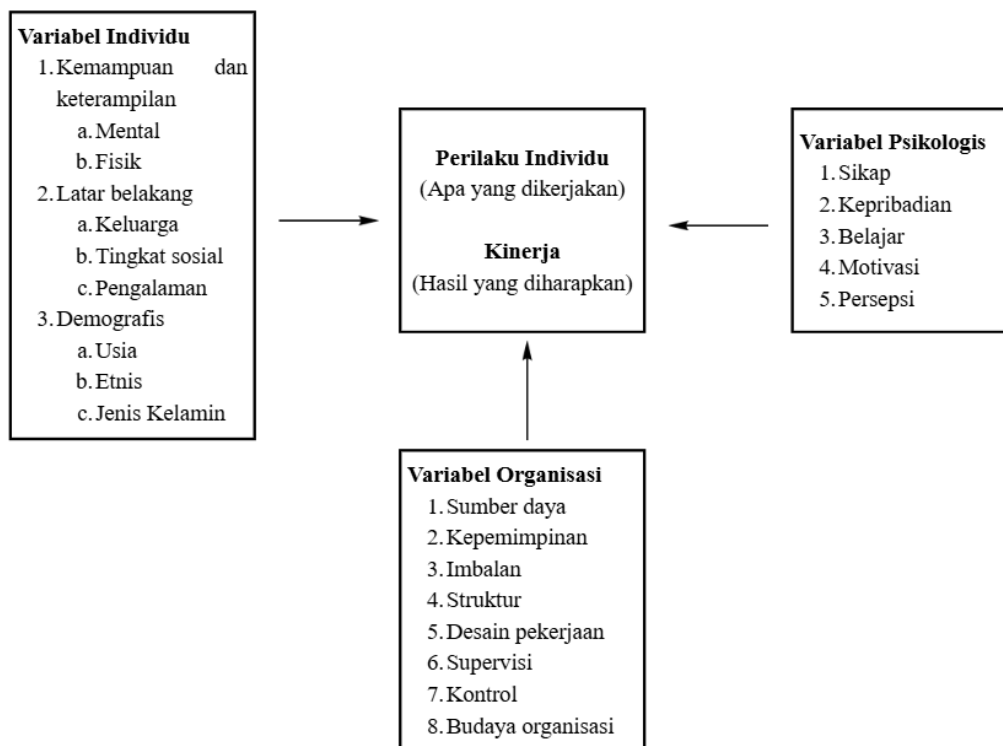
Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), kata patuh mempunyai arti suka menurut pada perintah dan aturan dan berdisiplin dan istilah kepatuhan mengacu pada ketaatan pada tujuan yang telah ditentukan. Kepatuhan pada program kesehatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi dan diukur. Menurut Sackett, kepatuhan didefinisikan sebagai sejauh mana perilaku perawat sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan.

Kepatuhan merupakan tahap awal dalam perilaku sehingga faktor yang mendukung atau *memengaruhi* perilaku juga akan memengaruhi kepatuhan. Dalam hal ini, kepatuhan pelaksanaan prinsip keselamatan pasien berarti selalu melaksanakan tindakan sesuai prosedur yang berlaku. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2011) menyatakan bahwa kepatuhan adalah perilaku yang dihasilkan dari interaksi petugas kesehatan dan pasien sehingga pasien dapat memahami rencana beserta segala konsekuensinya sebelum menyetujui rencana tersebut.

2.3 Konsep Teori Kinerja Gibson

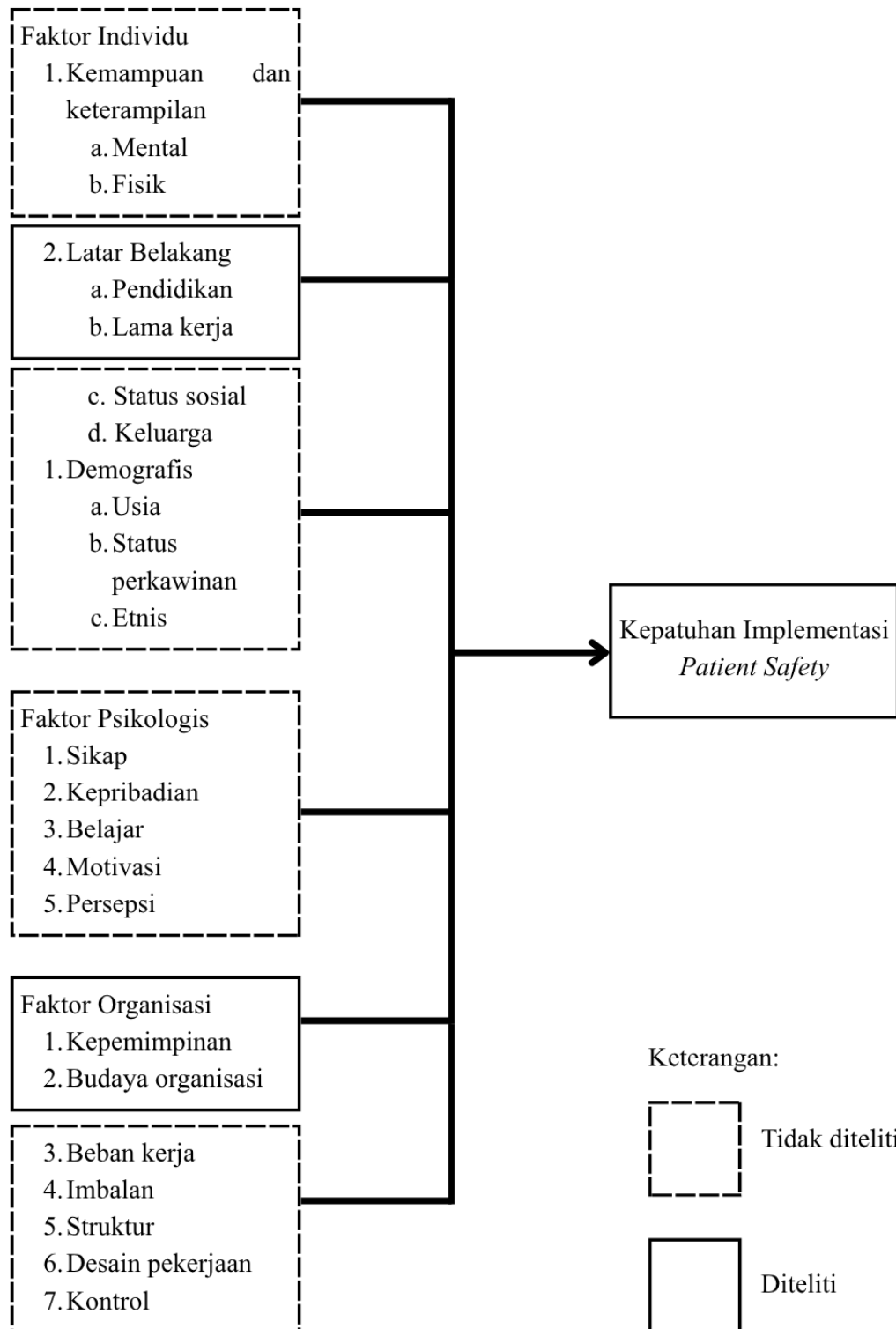
Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan faktor penentu utama dalam mewujudkan visi organisasi. Kinerja individu adalah salah satu tolak ukur kualitas SDM tersebut. Dengan kata lain, SDM yang berkualitas tinggi akan cenderung mencapai kinerja yang tinggi dan hal yang sama berlaku sebaliknya. Teori Gibson (1997) dikenal dengan teori kinerja yang menyatakan bahwa kinerja pegawai dipengaruhi oleh tiga variabel, yaitu variabel individu, organisasi, dan psikologis. Semua variabel memiliki sub variabel yang terikat satu sama lain sehingga dapat menjadi indikator kinerja individu dalam mencapai hasil yang diharapkan berupa prestasi kerja di sebuah perusahaan. Dalam penelitian ini, yang dimaksud pekerja adalah perawat dan perusahaan tempat kerja perawat adalah rumah sakit. Menurut Gibson (1997), variabel individu yang dapat *memengaruhi* perilaku kerja adalah kemampuan dan keterampilan serta latar belakang pegawai dan demografis pegawai.

Variabel psikologis terdiri dari persepsi dan sikap pegawai, kepribadian, motivasi, serta pola belajar. Keberadaan motivasi akan menimbulkan perilaku sesuai tujuan yang diinginkan dan motivasi lain dapat muncul lagi apabila terdapat kebutuhan individu yang belum terpenuhi (Robbins, 2006). Variabel lain yang dapat *memengaruhi* kinerja perawat adalah variabel organisasi yang, meliputi sumber daya manusia, kepemimpinan, budaya organisasi, fasilitas, dan beban kerja.



Gambar 2.1 Model Teori Perilaku dan Kinerja (Gibson, 1997)

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka konsep analisis faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan implementasi *patient safety* di RS Siti Khodijah Muhammadiyah Sepanjang

Kerangka konsep pada penelitian ini disusun berdasarkan teori kinerja Gibson yang menyatakan bahwa perilaku dan kinerja individu dalam organisasi dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu faktor individu, faktor psikologis, dan faktor organisasi. Faktor individu mencakup karakteristik personal, seperti kemampuan, keterampilan, pendidikan, dan pengalaman kerja yang *memengaruhi* individu melaksanakan tugas. Faktor psikologis, meliputi sikap, motivasi, persepsi, kepribadian, dan proses belajar yang menentukan bagaimana individu memaknai aturan dan tanggung jawab pekerjaannya. Sementara itu, faktor organisasi mencakup kepemimpinan, budaya organisasi, sumber daya, sistem imbalan, dan beban kerja yang membentuk lingkungan kerja serta memfasilitasi perilaku karyawan. Ketiga faktor tersebut saling berinteraksi dan berpengaruh terhadap perilaku kerja, termasuk kepatuhan perawat dalam mengimplementasikan keselamatan pasien (*patient safety*) sehingga kepatuhan terhadap sasaran keselamatan pasien merupakan hasil dari kombinasi karakteristik individu, kondisi psikologis, dan dukungan organisasi sebagaimana dijelaskan dalam teori Gibson (Gibson, Ivancevich, Donnelly, & Konopaske, 2012).

2.5 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian (H1) pada penelitian ini menyatakan bahwa faktor individu dan faktor organisasi berpengaruh secara signifikan terhadap kepatuhan implementasi *patient safety* pada perawat. Faktor individu dalam penelitian ini meliputi tingkat pendidikan dan pengalaman kerja, sedangkan faktor organisasi meliputi budaya organisasi dan kepemimpinan. Hipotesis ini

didasarkan pada asumsi bahwa perawat dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dan pengalaman kerja yang lebih lama memiliki pemahaman serta kemampuan yang lebih baik dalam menerapkan prinsip-prinsip *patient safety*. Selain itu, budaya organisasi yang mendukung keselamatan pasien serta kepemimpinan yang efektif dapat meningkatkan kepatuhan perawat dalam melaksanakan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP). Dengan demikian, semakin baik faktor individu dan faktor organisasi, maka semakin tinggi tingkat kepatuhan implementasi *patient safety*. Berdasarkan uraian tersebut, hipotesis yang akan diuji dalam penelitian ini adalah:

H0: Tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara faktor individu dan faktor organisasi terhadap kepatuhan implementasi *patient safety*

H1: Terdapat pengaruh yang signifikan antara faktor individu dan faktor organisasi terhadap kepatuhan implementasi *patient safety*

