

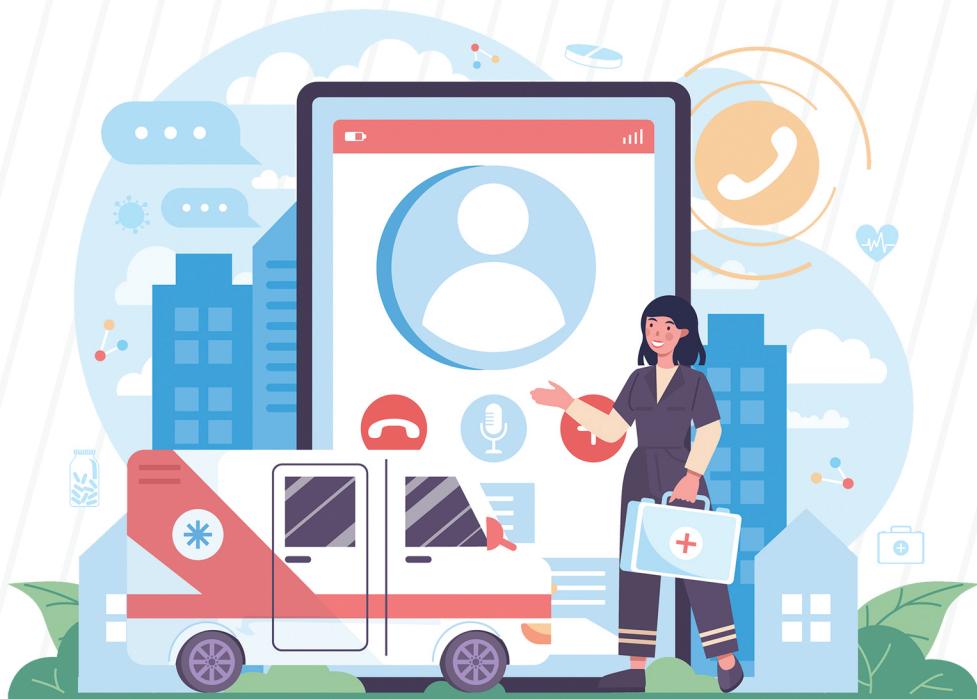


**IKAPI**  
IKATAN PENERBIT INDONESIA



Nuansa  
Fajar  
Cemerlang

# EVIDENCE BASED PRACTICE BUDAYA KESELAMATAN PASIEN



Ana Zakiyah.,S.Kep.Ns.M.Kep  
Lidya Maryani.,S.Kep., Ners., M.M., M.Kep  
Iswati.,S.Kep.Ns.,M.Kep  
Rosari Oktaviana Mahundingan.,S.Kep.,Ns.,M.Kep



# ***EVIDENCE BASED PRACTICE***

## **BUDAYA KESELAMATAN PASIEN**

**Ana Zakiyah.,S.Kep.Ns.M.Kep  
Lidya Maryani.,S.Kep., Ners., M.M., M.Kep  
Iswati.,S.Kep.Ns.,M.Kep  
Rosari Oktaviana Mahundingan.,S.Kep.,Ns.,M.Kep**



# **EVIDENCE BASED PRACTICE**

## **BUDAYA KESELAMATAN PASIEN**

### **Penulis:**

Ana Zakiyah.,S.Kep.Ns.M.Kep  
Lidya Maryani.,S.Kep., Ners., M.M., M.Kep  
Iswati.,S.Kep.Ns.,M.Kep  
Rosari Oktaviana Mahundingan.,S.Kep.,Ns.,M.Kep

### **Desain Cover:**

Aldian Shobari

### **Tata Letak:**

Siti Hartina Fatimah

### **Editor:**

Dr. Noer Saudah, S. Kep. Ns. M. Kes

ISBN: 978-623-09-1889-6

Cetakan Pertama: **Januari 2023**

Hak Cipta 2023

---

**Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang**

**Copyright © 2023**

**by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

### **PENERBIT:**

**Nuansa Fajar Cemerlang**  
**Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F**  
**Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah**  
**Jakarta Barat**  
Website: [www.nuansafajarcemerlang.com](http://www.nuansafajarcemerlang.com)  
Instagram: @bimbel.optimal

## KATA PENGANTAR

Fasilitas pelayanan Kesehatan berkewajiban dan bertanggung jawab mengupayakan keselamatan pasien dengan menyediakan asuhan pasien yang aman. Upaya ini perlu direncanakan, dilaksanakan, dimonitor, dievaluasi, dan disempurnakan secara berkesinambungan. Implementasi upaya tersebut juga memerlukan adanya praktisi Kesehatan yang memahami konsep keselamatan pasien dan mampu menerapkannya secara konsisten dalam penyelenggaraan pelayanan Kesehatan.

Implementasi sistem manajemen keselamatan pasien di rumah sakit merupakan tantangan besar terutama dalam membangun paradigma baru pelayanan yang berfokus pada pasien dan budaya keselamatan pasien. Para professional pemberi asuhan di rumah sakit harus bekerja secara kolaboratif sebagai satu tim yang merupakan bagian dari sistem pelayanan Kesehatan di rumah sakit. Budaya keselamatan pasien adalah budaya rumah sakit yang mendukung seluruh staf untuk memiliki kepedulian dalam upaya belajar dari insiden keselamatan pasien dan menerapkan komponen budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan sebagai hasil dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang dianut bersama oleh individual / kelompok yang menentukan komitmen organisasi terhadap mutu dan *patient safety* (*The Joint Commission*). Budaya keselamatan pasien terdiri dari komponen sistem pelaporan (*reporting system*), *just cultur* dan Peran Kepemimpinan (*leadership role*)

Komponen dari budaya keselamatan pasien yang pertama adalah *reporting system* yaitu budaya melaporkan setiap insiden, terutama kejadian nyaris cidera (*near miss event*) adalah fondasi budaya keselamatan yang baik. Kejadian Nyaris Cidera (*near miss event*) merupakan peristiwa yang memiliki konsekuensi merugikan tetapi belum sampai terpapar ke pasien / korban. *Near miss event* dapat menjadi pengingat yang efektif dan membantu mencegah kejadian tidak diharapkan. Sebagai contoh: data *near miss event* di

sektor penerbangan dapat dimanfaatkan untuk mendesain ulang pesawat, sistem kendali lalu lintas udara, bandara, dan program pelatihan pilot. Pada organisasi dengan budaya keselamatan yang baik, semua kesalahan dianggap sebagai peluang pembelajaran, oleh karena itu personil yang terlibat dalam kesalahan harus diberi peluang untuk mengajukan tindakan korektif dan preventif.

Komponen kedua dari budaya keselamatan pasien adalah penerapan *just cultur* berfokus pada identifikasi dan memperbaiki systems issues yang membuat individu melakukan *unsafe behaviors*, sambil tetap menjaga individual accountability dengan menerapkan *zero tolerance* untuk perilaku ceroboh (*reckless behavior*). *Just culture* membedakan antara: *human error*, *at-risk behavior* (misal ambil jalan pintas), *reckless behavior* (misal tidak melakukan prosedur keselamatan) ,

Komponen ketiga dari budaya keselamatan pasien adalah peran dari kepemimpinan (*leadership role*). Penelitian menunjukkan bahwa perilaku pemimpin yang suportif dan akomodatif akan mengurangi *medication error*, dan meningkatnya *patient satisfaction*, menurunkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), menurunkan biaya perawatan. Peranan lain dari *leadership* dalam menumbuhkan *culture of safety* dengan menyusun seperangkat kebijakan yang mendukung ke arah budaya keselamatan .

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh *Weaver SJ et al di Michigan US* dan di publish tahun 2013 berjudul “*Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy*” menyimpulkan bahwa cara terbaik sampai saat ini untuk membangun budaya keselamatan mencakup strategi yang terdiri dari beberapa komponen yang menggabungkan pelatihan tim, mekanisme untuk mendukung komunikasi dan kerja sama tim serta melibatkan pimpinan dalam ronde *patient safety*. Strategi melibatkan pimpinan dalam melaksanakan ronde *patient safety* akan menunjukkan komitmen kepemimpinan terhadap keselamatan, menumbuhkan kepercayaan dan keamanan psikologis, memberikan dukungan bagi penyedia layanan terdepan untuk dapat secara proaktif mengatasi ancaman terhadap keselamatan pasien.

Buku ini diawali dengan pemaparan pentingnya peran pimpinan dalam menerapkan pelaksanaan budaya keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan berorientasi pada keselamatan pasien dengan menjalankan peran dan fungsinya sebagai seorang pimpinan di setiap area pelayanan kerjanya. Salah satu faktor keberhasilan penerapan budaya keselamatan pasien diantaranya adalah peran kepemimpinan, dengan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi. Saya menyambut baik penulisan buku ini karena dapat menjadi salah satu rujukan yang kebutuhan mahasiswa ataupun profesi dan praktisi Kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dalam menjalankan program budaya keselamatan pasien dengan menerapkan peran pimpinan dalam membangun dan menerapkan prinsip dari manajemen keselamatan pasien.

Januari 2023

## PRAKATA

Segala puji bagi Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku referensi dengan judul “Evidence Based Practice Budaya keselamatan Pasien.” Sholawat serta salam semoga senantiasa tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW.

Tujuan penulisan buku referensi ini memberikan gambaran tentang budaya mutu dan layanan keperawatan yang aman bagi pasien dan perawat dalam menjalankan praktik professional, sekaligus menjadi *evidence based* terkait dengan pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit maupun di tatanan layanan kesehatan lainnya.

Kami ucapan terima kasih kami kepada pihak-pihak yang berkonstribusi sampai terselesaiannya buku ini, utamanya tim OPTIMAL yang menginisiasi dalam penyusunan buku ini dan semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu per satu yang turut membantu proses penyelesaian.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dan kekeliruan yang tentu saja jauh dari sempurna tentang buku ini. Tidak ada manusia yang sempurna, karena itu penulis senantiasa memohon maaf kepada pembaca apabila masih menemukan kesalahan dalam penulisan. Kami mengharapkan saran dan kritik yang bersifat positif terhadap karya buku referensi ini agar kami dapat terus meningkatkan kualitas isi buku.

Semoga buku referensi ini bermanfaat bagi siapa saja yang ingin belajar dan menambah wawasan.

Januari 2023

**Penulis**

# DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	iii
PRAKATA.....	vi
DAFTAR ISI .....	vii
<b>Kepemimpinan Kepala Ruang dan Kinerja Perawat Dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien .....</b>	<b>1</b>
BAB 1 PENDAHULUAN.....	3
BAB 2 METODOLOGI .....	9
BAB 3 TEORI MUTAKHIR.....	13
BAB 4 PEMBAHASAN.....	35
BAB 5 PENUTUP .....	49
DAFTAR PUSTAKA .....	51
GLOSARIUM.....	61
INDEKS.....	69
<b>Model Supervisi Keperawatan Dalam Penerapan Sasaran</b>	
<b>Keselamatan Pasien .....</b>	<b>71</b>
BAB 1 PENDAHULUAN.....	73
BAB 2 METODOLOGI .....	77
BAB 3 TEORI MUTAKHIR.....	92
BAB 4 PEMBAHASAN.....	112
BAB 5 PENUTUP .....	118
DAFTAR PUSTAKA .....	120
GLOSARIUM.....	126
INDEKS.....	130
<b>Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Di Indonesia .....</b>	<b>132</b>
BAB 1 PENDAHULUAN.....	134
BAB 2 METODOLOGI .....	138
BAB 3 TEORI MUTAKHIR.....	146
BAB 4 PEMBAHASAN.....	156
BAB 5 PENUTUP .....	168

DAFTAR PUSTAKA .....	170
GLOSARIUM.....	174
INDEKS.....	178
<b>Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit .....</b>	<b>180</b>
BAB 1 PENDAHULUAN.....	182
BAB 2 METODOLOGI .....	186
BAB 3 TEORI MUTAKHIR.....	198
BAB 4 PEMBAHASAN.....	218
BAB 5 PENUTUP.....	226
DAFTAR PUSTAKA .....	228
GLOSARIUM.....	232
INDEKS.....	236
<b>PROFIL PENULIS.....</b>	<b>238</b>

# **Kepemimpinan Kepala Ruang dan Kinerja Perawat Dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien**





# BAB 1

## PENDAHULUAN

---

### 1.1 Latar Belakang

Pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaranya baik perorangan, kelompok dan masyarakat memerlukan tata kelola yang baik agar dapat memberikan pelayanan yang bermutu. Kesinambungan dan keutuhan pelayanan merupakan prinsip yang harus diutamakan guna meningkatkan mutu pelayanan dalam lingkup pelayanan medik, pelayanan keperawatan maupun pelayanan penunjang di rumah sakit. Berbagai jenis peralatan, obat, pemeriksaan serta keberadaan bermacam tenaga kesehatan dan non kesehatan yang memberikan pelayanan terus-menerus apabila tidak dikelola dengan baik akan berpotensi mengalami Kejadian Tidak diharapkan (KTD)/ *adverse event* (Maryani, Susilaningsih & Yudianto, 2018).

Studi tentang frekuensi dan pencegahan KTD di 26 negara berpenghasilan rendah dan menengah didapatkan tingkat KTD sekitar 8%, dimana 83% dapat dicegah dan 30% menyebabkan kematian. Diperkirakan bahwa terdapat 421 juta pasien rawat inap di dunia setiap tahunnya dan sekitar 42,7 juta pasien mengalami KTD selama di rawat inap (WHO, 2017). Pelaporan insiden keselamatan pasien berdasarkan propinsi di Indonesia tahun 2010 ditemukan Jawa Barat 33,33%, Banten dan Jawa Tengah 20%, DKI 16,67%, Bali 6,67%, dan Jawa Timur 3,33%. Bidang spesialisasi unit kerja yang paling banyak ditemukan kesalahan adalah unit bedah, unit penyakit dalam dan unit anak dibandingkan unit kerja lainnya. Insiden yang paling umum terjadi berkaitan dengan prosedur pembedahan (27%), kesalahan pengobatan (18,3%) dan infeksi yang terkait perawatan kesehatan (12,2%) (KKP-RS, 2010; WHO, 2017).

Analisis akar penyebab Insiden keselamatan pasien (IKP) mencakup kategori: (1) kegagalan mengikuti Standar operasional prosedur, (2) kepemimpinan yang buruk, (3) gangguan dalam komunikasi atau kerjasama tim, (4) tidak memperhatikan atau mengabaikan falibilitas/ kesalahan individu dan (5) kehilangan arah dalam pencapaian tujuan (Wachter, 2018). IKP berdampak terhadap peningkatan biaya pelayanan, menimbulkan konflik antara petugas kesehatan dan pasien, menimbulkan sengketa medis, tuntutan dan proses hukum, tuduhan malpraktek, *blow-up* ke media masa yang akhirnya menimbulkan opini negatif terhadap pelayanan rumah sakit (Kemenkes RI, 2015). Penerapan keselamatan pasien (*Patient-safety*) diperlukan dalam rangka menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD) selama pasien dirawat di rumah sakit.

Salah satu faktor yang mempengaruhi berhasil atau tidaknya pelayanan di rumah sakit adalah sumber daya manusia yang dimiliki oleh rumah sakit. Perawat merupakan tenaga yang paling lama berhubungan dengan pasien dengan komposisi yang cukup besar dibandingkan tenaga kesehatan lainnya. Menurut Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (2017) perawat di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan jumlah terbanyak mencapai 49%. Perawat memiliki peran yang penting dalam mendukung penerapan keselamatan pasien. Peran perawat dalam melaksanakan keselamatan pasien di rumah sakit dapat dilakukan dengan melakukan hal yang berkaitan dengan tujuh standar keselamatan pasien (Kemenkes RI, 2015), salah satunya adalah menerapkan peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Peran perawat dalam melaksanakan keselamatan pasien di rumah sakit dapat dilakukan dengan melakukan hal yang berkaitan dengan tujuh standar keselamatan pasien (Kemenkes RI, 2015), salah satunya adalah menerapkan peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

diantaranya mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit serta menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien (Permenkes RI, 2011).

Kepemimpinan yang efektif adalah prasyarat untuk menentukan perawatan yang aman (WHO, 2019). Efektifitas pemimpin dalam menghadapi aktifitas organisasi sangat ditentukan oleh kualitas hubungan (relasi) antara pemimpin dan pengikutnya. Hubungan yang terjalin antara pemimpin dengan pengikut hendaknya terjalin secara luas dimana pemimpin berindak sebagai mitra bagi pengikutnya untuk mengatasi berbagai hambatan dan memotivasi bawahan agar berprestasi dalam pekerjannya (Priyono, 2010).

Perawat yang memiliki prestasi kerja (kinerja) baik dalam penerapan keselamatan menurut Christian, Bradley, Wallace & Burke (2009) harus menunjukkan dua perilaku keselamatan, yaitu *safety compliance* dan *safety participation*. Kepatuhan keselamatan mengacu pada aktivitas kerja yang perlu dilakukan individu untuk menciptakan keamanan di tempat kerja. Perilaku ini termasuk mematuhi standar operasional prosedur, mengenakan alat pelindung diri dan mempraktikkan pengurangan resiko. Partisipasi menggambarkan perilaku yang tidak secara langsung berkontribusi pada keselamatan pribadi individu, tetapi membantu mengembangkan lingkungan kerja yang mendukung proses keselamatan. Ini mencakup kegiatan seperti berpartisipasi dalam kegiatan keselamatan secara sukarela, membantu rekan kerja dalam masalah terkait keselamatan atau menghadiri pertemuan keselamatan. Kinerja perawat yang baik dalam upaya keselamatan pasien sangatlah diperlukan agar mencapai tujuan penerapan keselamatan pasien.

Penelitian Anugrahini (2010), menyatakan masih ditemukan 39,6% perawat mempersepsikan kepemimpinan kurang efektif. Perawat yang mempunyai persepsi baik terhadap kepemimpinan lebih patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* dari pada perawat yang mempunyai persepsi yang kurang terhadap kepemimpinan. Hal ini menunjukan bahwa perawat manajer mempunyai peran yang sangat penting dalam melaksanakan atau mengaplikasikan program keselamatan pasien. Karakteristik efektivitas kinerja tim harus memiliki prinsip kepemimpinan (Ismainar, Dahesihdewi & Dwiprahasto, 2012).

Fenomena kepemimpinan di lapangan diantaranya masih dijumpai kepala ruangan kurang mendorong partisipasi anggota tim selama pengarahan untuk mengekspresikan ide/ saran tentang keselamatan pasien. Saat memberikan umpan balik kurang memberikan saran spesifik dan konstruktif serta kurangnya pimpinan dalam memandu diskusi tentang proses kerjasama tim. Fenomena lain adalah Kurang tegasnya pimpinan dalam menegakkan peraturan dan aturan yang telah di tetapkan, seperti: kurangnya pemberian sangsi kepada pegawai yang tidak menegakkan aturan atau melanggar aturan kerja (Pratama, 2014). Salah satu akibat dari kurang berfungsinya kepemimpinan adalah kinerja bawahan yang kurang terpantau dengan baik. Hal ini karena penilaian kinerja tidak pernah dipantau dalam bentuk penilaian kinerja yang akurat.

Kepemimpinan yang efektif adalah prasyarat untuk menentukan perawatan yang aman. Efektifitas pemimpin sangat ditentukan oleh kualitas hubungan (relasi) antara pemimpin dan pengikutnya. Hubungan yang terjalin antara pemimpin dengan pengikut hendaknya berindak sebagai mitra untuk memotivasi pengikut mencapai kinerja yang baik berupa kepatuhan dan partisipasi dalam keselamatan pasien. Persepsi positif terhadap kepemimpinan kepala ruang merupakan hal yang harus dimiliki perawat dalam mencapai kinerja keselamatan.

Banyak faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit. Penulis hanya membatasi dan membahas mengenai faktor kepemimpinan yang memiliki tendensi berkontribusi besar terhadap kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit. Penelitian ini dilakukan berdasarkan adanya *research problem* yang ditemukan di lapangan yang berkaitan dengan kepemimpinan kepala ruang maupun kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana peran kepemimpinan dan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien?



## BAB 2

# METODOLOGI

---

Sesuai dengan maksud dan tujuan penelitian, peneliti menggunakan metode penelitian kuantitatif. Berdasarkan tingkat eksplanasi, desain utama yang digunakan adalah korelasional (hubungan/ asosiatif). Penelitian korelasional mengkaji hubungan variabel kepemimpinan kepala ruang dan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien.

Populasi dalam penelitian adalah perawat pelaksana yang telah menetap bekerja selama minimal satu tahun di satu Rumah Sakit swasta kota Bandung sejumlah 259 perawat pelaksana dari 18 ruang rawat inap. Teknik pengambilan sampel yaitu *proportional cluster sampling* dan didapat ukuran sampel adalah 157 perawat (respon rate 100%).

Instrumen yang digunakan dalam penelitian adalah “Kuesioner kepemimpinan kepala ruang terkait penerapan keselamatan pasien” dan “kuesioner kinerja perawat dalam keselamatan pasien”. Kuesioner berbentuk pernyataan secara tertulis dengan penilaian menggunakan skala likert. Instrumen dalam penelitian ini dikembangkan oleh peneliti.

Pengujian validitas instrumen dilakukan dengan menggunakan rumus korelasi *Pearson Product Moment*. Kuesioner kepemimpinan untuk 20 item didapatkan nilai  $r > 0.30$  dengan dengan  $\text{sig } (p \leq 0.05)$ :  $r_{xy} = 0.349 - 0.668$  dan  $p \leq 0.05$ , sehingga 20 item dapat dinyatakan Valid. Kuesioner kinerja untuk 24 item didapatkan nilai  $r > 0.30$  dengan dengan  $\text{sig } (p \leq 0.05)$ :  $r_{xy} = 0.313 - 0.778$  dan  $p \leq 0.05$ , sehingga seluruh item dapat dinyatakan Valid. Analisis item dilakukan untuk mencari daya beda item didapatkan keseluruhan item  $D \geq 0.3$  termasuk kategori item yang baik. Tingkat konsistensi kuesioner kepemimpinan menggunakan alpha cronbach dari keseluruhan item

diperoleh angka reliabilitas sebesar 0.829. Dapat disimpulkan bahwa alat ukur kepemimpinan kepala ruang adalah reliabel dan memiliki kecocokan untuk mengukur kepemimpinan kepala ruang. Tingkat konsistensi kuesioner kinerja menggunakan *alpha cronbach* dari keseluruhan item diperoleh angka reliabilitas sebesar 0.843. Dapat disimpulkan bahwa alat ukur kinerja perawat adalah reliabel dan memiliki kecocokan untuk mengukur kinerja perawat. Semua corrected item-total correlations adalah positif dan di atas 0.30.

Penelitian telah dilakukan dengan memperhatikan prinsip etika penelitian, sebagai berikut:

1. *Informed Consent* (Persetujuan)

Peneliti memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab terkait tujuan manfaat penelitian, prosedur penelitian dan hal-hal yang kurang dipahami responden.

2. *Anonymity* (Tanpa nama)

Peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar data untuk menjaga kerahasiaan responden, tetapi peneliti memberi kode pada tiap-tiap lembar data atau pada hasil penelitian yang disajikan.

3. *Confidentially* (Kerahasiaan)

Peneliti tidak menyebarluaskan data dan menyimpan data dengan baik. Hasil penelitian berupa data tertentu saja yang disajikan pada hasil riset.

4. *The Risk/Benefit Ratio* (Resiko dan manfaat)

Peneliti mencantumkan manfaat langsung untuk responden dan umum pada lembar informasi dan telah menjelaskannya dengan rinci.

Penelitian ini memiliki kekuatan, sebagai berikut:

1. Instrumen penelitian telah memenuhi kriteria penyusunan yang baik. Peneliti menyusun instrumen penelitian dengan mengembangkan dimensi dan indikator variabel yang berasal dari sintesa berbagai teori yang berkaitan dengan variabel. Peneliti melakukan validitas tes berupa validitas konstruk dan melakukan

reliabilitas tes.

2. Kuesioner dengan metode penilaian diri (*self-assessment*) pada penelitian ini dapat digunakan untuk pemetaan dan penilaian profesional kesehatan pada tingkat provinsi atau nasional dengan biaya murah dan pengumpulan cepat.
3. Penelitian ini menggunakan desain korelasional, dimana mampu untuk menyelidiki hubungan antara variabel secara parsial maupun simultan dan penelitian ini juga memberikan informasi tentang derajat (kekuatan) hubungan antara variabel yang diteliti.



# BAB 3

## TEORI MUTAKHIR

---

Bab ini menyajikan kajian literatur mengenai kepemimpinan kepala ruang dan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien. Kajian literatur disajikan dalam kajian: keselamatan Pasien, kepemimpinan dan kinerja perawat. Bab ini diakhiri dengan meninjau studi penelitian kuantitatif mengenai hubungan kepemimpinan kepala ruang dan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien.

### 3.1 Kajian tentang Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes RI, 2011). Keselamatan pasien adalah pasien bebas dari *harm* (cedera) yang termasuk didalamnya adalah penyakit, cedera fisik, psikologis, sosial, penderitaan, cacat, kematian, dan lain-lain yang seharusnya tidak seharusnya terjadi atau cedera yang potensial, terkait dengan pelayanan kesehatan (KKP-RS, 2015).

Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Menurut Permenkes RI (2011) Insiden keselamatan pasien terdiri dari:

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
- d. Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan dan penilaianya dilakukan dengan menggunakan instrumen akreditasi. Peran perawat dalam melaksanakan keselamatan pasien di rumah sakit dapat dilakukan dengan melakukan hal yang berkaitan dalam tujuh standar keselamatan pasien (Permenkes RI, 2017), antara lain:

- a. Hak pasien;
- b. Pendidikan bagi pasien dan keluarga;
- c. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan;
- d. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien;
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien;
- f. Pendidikan bagi staf tentang keselamatan pasien; dan
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Sasaran Keselamatan Pasien menurut Permenkes RI (2017), meliputi tercapainya hal-hal sebagai berikut:

- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar;
- b. Meningkatkan komunikasi yang efektif;
- c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai;
- d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar;

- e. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan; dan
- f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

Menurut Permenkes RI (2017) Tujuh langkah menuju keselamatan pasien, diantaranya:

- a. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- b. Pimpin dan dukung staf rumah sakit, bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit.
- c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan penilaian hal yang potensial bermasalah.
- d. Kembangkan sistem pelaporan, pastikan staf dapat dengan mudah melaporkan kejadian/ insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS).
- e. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, dorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.
- g. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien, gunakan informasi yang ada tentang kejadian/ masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

Masalah *medical error* dalam sistem pelayanan kesehatan mencerminkan fenomena gunung es, karena yang terdeteksi umumnya adalah KTD yang ditemukan secara kebetulan saja. Sebagian besar yang lain cenderung tidak dilaporkan, tidak dicatat, atau justru luput dari perhatian kita semua. Program keselamatan pasien diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan/error akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan dan meningkatkan

pertanggungjawaban rumah sakit terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien (Tutiany, Lindawati & Krisanti, 2017).

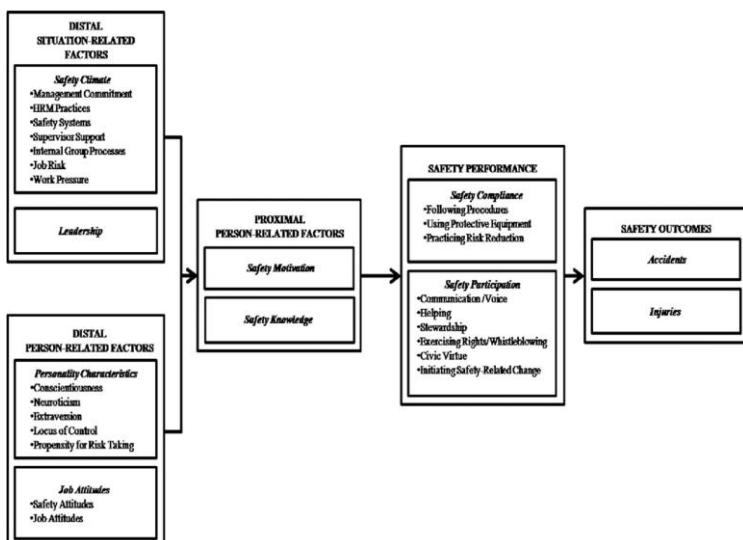
Faktor utama yang berkontribusi terhadap kesalahan medikasi adalah peningkatan beban kerja (26,2%) dan kegagalan untuk memeriksa dosis obat (12,24%). Hambatan melaporkan kesalahan pengobatan termasuk ketakutan akan hukuman karena melakukan kesalahan (11,22%), kurangnya standar sistem pelaporan (13,26%) dan takut akan hukuman karena melaporkan kesalahan (27%). Akibatnya, 34% kesalahan pengobatan tidak dilaporkan oleh perawat (Chu, 2016).

Ada tiga dimensi penting tenaga kesehatan professional yang harus dinilai dalam organisasi untuk meningkatkan keselamatan dan mutu. Pertama, pemimpin harus memastikan bahwa menempatkan pekerja dengan benar agar performa kerja yang dihasilkan sesuai dengan tujuan. Kedua, pemimpin harus memastikan pekerja yang dimiliki mempunyai keterampilan untuk menjalankan fungsinya sehingga pelayanan yang diberikan bermutu dan aman. Rumah sakit harus dapat mengadakan pendidikan berkelanjutan untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan para staf. Ketiga, rumah sakit membutuhkan tim yang dapat bekerja secara efektif. Kerjasama tim berarti setiap anggota mengetahui bahwa dirinya adalah tim, mengetahui tugas dan tanggungjawabnya dalam tim, dan dapat saling membantu dalam tim (McAlearney & Kovner, 2013).

Faktor-faktor yang mempengaruhi performa dan penerapan keselamatan pasien di rumah sakit menurut *The Comission on Patient Safety and Quality Assurance of Irlandia* tahun 2008 diantaranya: kepemimpinan, individu (pengetahuan dan sikap perawat tentang keselamatan pasien), budaya, infrastruktur dan lingkungan. Menurut Christian, Bradley, Wallace & Burke (2009) pengetahuan tentang keselamatan dan motivasi keselamatan adalah faktor yang paling kuat terkait dengan perilaku kinerja keselamatan, diikuti oleh iklim keselamatan psikologis dan iklim keselamatan kelompok. Terkait

dengan kecelakaan dan cedera, iklim keselamatan kelompok memiliki hubungan yang paling kuat. Selain itu, melalui *meta-analytic path model* didapatkan teori model integratif yang dapat dijadikan sebagai pendekatan dalam menganalisis keselamatan di tempat kerja, seperti pada gambar 1.

Domain yang mencakup faktor proksimal untuk faktor individu (misalnya: Pengetahuan keselamatan, motivasi keselamatan) dan faktor distal (misalnya: lima sifat kepribadian, *locus of control* internal, kecenderungan mengambil risiko dan sikap kerja). Untuk faktor situasi, kategori didasarkan pada apakah ukurannya adalah tingkat individu (misalnya iklim keselamatan psikologis atau kepemimpinan) atau tingkat kelompok (misalnya: Kelompok kerja atau iklim keselamatan organisasi).



**Gambar 3.1 Model integratif keselamatan di tempat kerja**

Sumber: Christian, Bradley, Wallace, & Burke (2009)

### **3.2 Kajian Tentang Kepemimpinan dalam Penerapan *Patient Safety***

Kepemimpinan merupakan suatu cara bagaimana seorang pemimpin menggunakan pengaruhnya untuk mencapai tujuan organisasi melalui hubungan yang baik dengan bawahan (Priyono, 2010). Kepemimpinan yaitu kegiatan atau seni mempengaruhi orang lain agar mau bekerja sama yang didasarkan pada kemampuan orang tersebut untuk membimbing orang lain dalam mencapai tujuan-tujuan yang diinginkan kelompok (Nursalam, 2014). Berdasarkan pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa kepemimpinan merupakan cara mempengaruhi orang lain untuk bekerjasama dalam mencapai tujuan bersama.

Menurut Dansereau, Graen, and Hage (1975) dalam Priyono (2010), fokus model *Leader–Member Exchange* (LMX) adalah pada proses saling mempengaruhi dalam hubungan antara pemimpin dan bawahan. Menurut teori ini, pemimpin tidak memperlakukan semua bawahannya secara sama. Pada waktu tertentu, pemimpin menciptakan hubungan interpersonal yang dekat dengan beberapa bawahannya (disebut “*in-group*” tetapi pada waktu yang sama membiarkan dirinya jauh dan bawahannya yang lain (disebut “*out-group*”). Para anggota *in-group* melakukan hubungan dengan atasannya didasari oleh rasa percaya, setia, dan senasib. Individu-individu ini berfungsi sebagai asisten atau penasehat pimpinannya. Para anggota *out-group* tidak memiliki hubungan seperti itu terhadap pemimpinnya. Teori ini menggambarkan spesifikasi tipe peran yang diambil dalam proses hubungan antara pemimpin dan bawahannya.

Pemimpin diikuti karena ada kecocokan antara nilai-nilai dan keyakinan pemimpin dengan tindakannya. Pengikut mengidentifikasi nilai-nilai pemimpin dan akan mengikutinya jika nilai tercermin dalam tindakan para pemimpin. Karakteristik pemimpin klinis adalah mampu melakukan pendekatan, memiliki kompetensi klinis, dapat memberi dukungan, bertindak sebagai

mentor atau panutan, yang hadir dalam praktik, mengarahkan dan membantu, memberi inspirasi peningkatan kepercayaan diri, memiliki keterampilan komunikasi yang efektif dan berperilaku dengan integritas (Stanley, 2014).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien menyatakan peran pemimpin dalam meningkatkan keselamatan pasien meliputi: (1) mendorong dan menjamin implementasi keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien; (2) menjamin berlangsungnya kegiatan identifikasi risiko keselamatan pasien dan menekan atau mengurangi insiden secara proaktif; (3) menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien; (4) mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien; dan (5) mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusi setiap unsur dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

Kepemimpinan keselamatan melibatkan perilaku yang memotivasi dan menginspirasi pekerja untuk mengadopsi tujuan keselamatan organisasi sebagai tujuan mereka. Kepemimpinan keselamatan mendorong pergeseran nilai dan sikap pekerja terhadap hal-hal yang lebih membantu keselamatan. Cara lain untuk menggambarkan kepemimpinan keselamatan adalah *soft skills* yang dibutuhkan untuk memimpin orang di tempat kerja yang mana ada bahaya terhadap kesehatan dan keselamatan fisik atau psikologis (WHSQ, 2017).

Dimensi kompetensi yang paling penting bagi para pemimpin dalam perawatan kesehatan (1) pada tingkat pimpinan puncak: pemikiran strategis, keterbukaan untuk perubahan dan tanggung jawab; (2) pada tingkat pimpinan menengah: hubungan dengan rekan kerja, animasi, ketahanan

terhadap stres; dan (3) pada tingkat kepemimpinan ketiga: keterampilan, pelaksanaan prosedur, komunikasi. Kebutuhan terbesar untuk pelatihan para pemimpin perawat dapat diamati pada tingkat kepemimpinan ketiga. Program pelatihan khusus harus diatur dalam bidang kompetensi keterampilan, pelaksanaan prosedur, komunikasi, pendidikan dan etika (Kvas, Seljak & Stare, 2014).

Kepemimpinan kepala ruang dalam penerapan budaya keselamatan pasien meliputi kepemimpinan dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien, membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, mengembangkan sistem pelaporan, melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman dengan pasien serta mengimplementasikan sistem keselamatan pasien. Semua peran kepemimpinan kepala ruang tersebut ada pada kepemimpinan transformasional, dimana kepala ruang dan staf berusaha untuk mencapai moralitas dan motivasi yang lebih tinggi dalam penerapan budaya keselamatan pasien (Hartanto & Warsito, 2017).

Menurut penelitian Stanley (2014) Karakteristik pemimpin klinis di tiga rumah sakit Kota Worcestershire Inggris diantaranya: mampu melakukan pendekatan, memiliki kompetensi klinis, dapat memberi dukungan, bertindak sebagai mentor atau *role model*, dapat hadir langsung dalam praktik, mengarahkan dan membantu, inspirasi kepercayaan diri, memiliki keterampilan komunikasi yang efektif dan berperilaku dengan integritas. Karakteristik yang dinilai tinggi pada perawat adalah mampu melakukan pendekatan (97.3%), memiliki kompetensi klinis (95.2%), memotivasi dan mendukung (94.1%). Pemimpin diikuti karena adanya kecocokan antara nilai dan keyakinan pemimpin dengan tindakannya. Perawat pelaksana akan mengidentifikasi nilai-nilai pemimpin dan mengikutinya jika nilai tercermin dalam tindakan pemimpin. Dalam hal ini memimpin dengan memberi

contoh.

Kepemimpinan dapat dianggap sebagai proses (tindakan) untuk mempengaruhi kegiatan kelompok yang terorganisir dalam upayanya menuju penetapan tujuan dan pencapaian tujuan: (1) Perilaku pemberdayaan, mengacu pada tindakan pemimpin yang menekankan pada pengembangan manajemen diri atau keterampilan kepemimpinan diri pengikut. (2) Perilaku yang menunjukkan gaya kepemimpinan ini terutama bersifat pengembangan atau berorientasi pada seseorang (Arnold, Arad, Rhoades & Dragsow, 2000).

Menurut Arnold, Arad, Rhoades & Dragsow (2000) seperangkat perilaku yang diidentifikasi menurut *empowering leadership behaviour* yang diperlukan untuk kepemimpinan efektif di lingkungan tim maupun individu meliputi:

1. *Leading by example* (memimpin dengan memberi contoh)

Memimpin dengan memberi contoh merujuk pada serangkaian perilaku yang menunjukkan komitmen pemimpin terhadap pekerjaannya dan juga pekerjaan anggota timnya. Kategori ini mencakup perilaku seperti bekerja sekemas yang ia bisa dan bekerja lebih keras daripada anggota tim. (Contoh perilaku: menetapkan standar kinerja yang tinggi berdasarkan perilakunya sendiri).

2. *Coaching* (membimbing/melatih)

*Coaching* mengacu pada serangkaian perilaku yang mendidik anggota tim dan membantu mereka untuk menjadi mandiri. Kategori ini mencakup perilaku seperti memberi saran tentang peningkatan kinerja dan membantu tim untuk mandiri. (Contoh perilaku: membantu kelompok kerja melihat area di mana membutuhkan lebih banyak pelatihan).

3. *Participative Decision-Making* (pengambilan keputusan partisipatif)

Pengambilan keputusan partisipatif mengacu pada penggunaan informasi dan masukan/ ide anggota tim dalam pengambilan keputusan. Kategori ini termasuk perilaku

seperti mendorong anggota tim untuk mengekspresikan ide dan pendapat mereka. (Contoh perilaku: menggunakan saran kelompok kerja untuk membuat keputusan yang mempengaruhi tim).

4. *Informing* (menginformasikan)

Memberi informasi mengacu pada penyebaran informasi ke seluruh tim kerja seperti informasi visi, misi dan filosofi serta informasi penting lainnya. Kategori ini termasuk perilaku seperti menjelaskan keputusan unit kepada tim dan menginformasikan tim tentang perkembangan baru dalam kebijakan organisasi. (Contoh perilaku: menjelaskan tujuan institusi dan unit).

5. *Showing concern/ interacting with employees* (menunjukkan kepedulian/ berinteraksi dengan tim)

Memperlihatkan kepedulian adalah kumpulan perilaku yang menunjukkan perhatian umum terhadap kesejahteraan anggota tim. Kategori ini mencakup perilaku seperti meluangkan waktu untuk membahas kekhawatiran anggota tim. (Contoh perilaku: memperlakukan anggota tim dengan hormat). Berinteraksi dengan tim termasuk perilaku seperti melacak apa yang terjadi di tim dan bekerja sama dengan tim secara keseluruhan. (Contoh perilaku: memngetahui pekerjaan apa yang sedang dilakukan dalam kelompok kerja).

Kepemimpinan yang efektif dan ketersediaan tenaga kerja kompeten dan memiliki perasaan empati adalah prasyarat untuk menentukan perawatan yang aman. Konsep dan prinsip keselamatan pasien harus menjadi bagian tak terpisahkan dari pelatihan klinis, pendidikan dan pengembangan profesional berkelanjutan untuk semua kategori profesional perawatan kesehatan. Keselamatan pasien membutuhkan proses perawatan untuk dirancang ulang dan standar operasional prosedur yang diimplementasikan di semua tingkat perawatan kesehatan untuk meminimalkan kesalahan manusia (WHO, 2019)

*“Error chain”* memiliki arti spesifik berkaitan dengan peran kepemimpinan dan komunikasi dalam serangkaian kejadian yang membahayakan pasien. Analisis akar penyebab kesalahan mencakup kategori: (1) kegagalan mengikuti Standar operasional prosedur, (2) kepemimpinan yang buruk, (3) gangguan dalam komunikasi atau kerjasama tim, (4) tidak memperhatikan atau mengabaikan falibilitas/ kesalahan individu dan (5) kehilangan arah dalam pencapaian tujuan (Wachter, 2018).

### **3.3 Kajian tentang Kinerja Perawat dalam Penerapan Keselamatan Pasien**

#### **a. Konsep Kinerja Perawat**

Kinerja berasal dari kata *to perform* artinya (1) melakukan, menjalankan, melaksanakan (2) memenuhi atau melaksanakan kewajiban suatu intese atau niat (3) melaksanakan atau menyempurnakan tanggung jawab (4) melakukan sesuatu yang diharapkan oleh seseorang atau mesin. Kinerja merupakan perilaku yang nyata yang ditampilkan setiap oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi baik secara kuantitas dan kualitas, sesuai dengan kewenangan dan tugas tanggung jawabnya, legal dan tidak melanggar hukum, etika dan moral. Kinerja sendiri merupakan penjabaran visi, misi, tujuan dan strategi organisasi (Nursalam, 2014). Kinerja adalah catatan tentang hasil-hasil yang diperoleh dari fungsi-fungsi pekerjaan atau kegiatan tertentu selama kurun waktu tertentu selama kurun waktu tertentu (Kemenkes RI, 2012).

Menurut Priyono (2010) kinerja merupakan hasil-hasil perilaku yang dinilai dengan kriteria atau standar mutu. Kinerja membahas tentang dimensi baik-buruk. Apabila seseorang memberikan hasil pekerjaan yang sesuai dengan standar atau kriteria, maka kinerja yang dimiliki orang tersebut tergolong baik. Penilaian kerja perawat harus menggunakan standar pelayanan keperawatan yang tepat

supaya mencapai tingkat penampilan yang diinginkan dan terarah. Implementasi keselamatan pasien adalah sesuai Permenkes nomor 1691 tahun 2011 tentang keselamatan pasien yang dipengaruhi oleh adanya standar akreditasi rumah sakit internasional yang mengedepankan keselamatan pasien sebagai konsep dasarnya.

Keberadaan perawat merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan, dalam hal ini harus benar-benar diperhatikan dan dikelola secara profesional. Perawat di Indonesia saat ini masih dalam tahap pengembangan agar mencapai kompetensi untuk melaksanakan tugas dan fungsinya secara baik dan benar. Berdasarkan Standar Kompetensi Perawat Indonesia tahun 2013, Praktik keperawatan profesional mencakup kegiatan-kegiatan mulai dari yang sangat sederhana hingga komplek. Praktik keperawatan dilakukan dengan mengutamakan kualitas, efektifitas dan efisiensi, agar tetap terjangkau oleh masyarakat serta berfokus pada keselamatan pasien (PPNI, AIPNI & AIPDikl, 2013).

b. Penilaian Kinerja

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2017, Penilaian kinerja adalah menilai seberapa baik kinerja tugas-tugas perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan seperti yang dijabarkan pada uraian tugas. Penilaian kinerja dilakukan secara berkala sesuai kebijakan internal rumah sakit. Penilaian minimal dilakukan oleh diri sendiri, atasan langsung dan *peer review*. Kinerja perawat dapat diukur melalui instrument *check list* observasi kinerja, kuisioner dan juga melalui dokumentasi asuhan keperawatan.

Tujuan penting dilakukannya penilaian kinerja adalah menghasilkan informasi yang akurat dan valid berkenaan dengan perilaku dan kinerja anggota organisasi. Semakin akurat informasi yang diperoleh semakin besar potensi

nilainya terhadap organisasi. Secara khusus tujuan penilaian kinerja ini tidak lain adalah untuk evaluasi dan pengembangan. Penilaian kinerja yang dilaksanakan dengan benar dan tepat dapat meningkatkan motivasi dan produktifitas kerja. (Priyono, 2010).

Menurut Anwaruddin (2006) penilaian kinerja pegawai kedalam tiga kelompok pegawai, yaitu (1) Kelompok pegawai biasa; (2) Kelompok pegawai madya; dan (3) Kelompok pejabat. Kelompok pegawai biasa memiliki tujuh unsur, yaitu (a) Kemampuan/ kecepatan kerja; (b) Kerajinan; (c) Kualitas pekerjaan; (d) Kepatuhan kerja; (e) Hubungan kerjasama; (f) Prakarsa/ inisiatif kerja; dan (g) Tanggung jawab.

Sementara kelompok pegawai madya memiliki dua belas unsur penilaian, yaitu (a) Pengetahuan/ pengertian pekerjaan; (b) Kemampuan mengatur pekerjaan; (c) Banyaknya pekerjaan yang diselesaikan; (d) Inisiatif dan akal; (e) Mutu pekerjaan; (f) Kepercayaan dalam pekerjaan; (g) Minat pada pekerjaan; (h) Memelihara alat-alat perlengkapan/ kebersihan; (i) Tanggung jawab terhadap pemeliharaan keselamatan kerja; (j) Hubungan/sikap terhadap sesama; (k) Hubungan/ sikap terhadap pegawai; dan (l) Kemampuan supervisi. Sedangkan kelompok pejabat dinilai berdasarkan tujuh kriteria, yaitu (a) Kesetiaan; (b) Disiplin; (c) Tanggung jawab; (d) Pengetahuan pekerjaan; (e) Prestasi kerja; (f) Kreativitas dan (g) Kepemimpinan (Anwaruddin, 2006).

Metode penilaian kinerja berorientasi ke masa depan berfokus pada potensi yang dimiliki pegawai untuk melaksanakan kinerja yang akan datang, atau pada arah kinerja yang perlu dicapai di masa mendatang. Metode *self-appraisals* merupakan teknik penilaian kinerja yang dilakukan sendiri oleh pegawai, terutama yang berkaitan dengan potensi yang dimiliki untuk pelaksanaan kerja di masa mendatang. Cara penilaian seperti ini sangat cocok apabila dimaksudkan untuk meningkatkan pengembangan diri

pegawai yang bersangkutan. Apabila pegawai menilai diri sendiri, sikap mempertahankan diri yang umumnya ditunjukkan pada saat penilaian dilakukan oleh atasan tidak akan muncul, dan sebaliknya upaya untuk menganalisis potensi diri dan mengembangkannya akan lebih terlihat. Di samping itu, hasil *self-appraisals* juga berguna bagi lembaga untuk mengetahui area kelemahan kompetensi pegawai dalam proses analisis kebutuhan Diklat. Manfaat paling menonjol dari metode ini adalah keterlibatan pegawai dalam proses penilaian dan komitmen mereka terhadap proses pengembangan (Anwaruddin, 2006).

Menurut Permenkes RI (2017) Faktor-faktor yang mempengaruhi efektivitas penilaian kinerja perawat antara lain:

- 1) Penilaian harus berdasarkan standar yaitu indikator kinerja individu perawat
- 2) Perawat harus memahami dan mengimplementasikan standar secara benar
- 3) Perawat harus mengetahui sumber data yang dikumpulkan untuk penilaian
- 4) Penilaian harus ditujukan kepada seseorang yang diobservasi terhadap pelaksanaan tugasnya
- 5) Penilaian akan lebih disenangi dan memperoleh hasil positif jika penilai meyakini dan respek terhadap profesi nya.

Penilaian kinerja berkenaan dengan seberapa baik seseorang melakukan pekerjaan yang ditugaskan. Program penilaian karyawan dapat menimbulkan kepercayaan moral yang baik dari karyawan terhadap perusahaan. Adanya kepercayaan dikalangan karyawan bahwa mereka akan menerima imbalan sesuai dengan prestasi yang dicapainya merupakan rangsangan bagi karyawan untuk memperbaiki prestasinya. Selanjutnya bila karyawan diberitahu kelemahan-kelelahannya, maka dengan bantuan pimpinan

mereka berusaha untuk memperbaiki diri masing-masing. Penilaian karyawan dapat menimbulkan loyalitas terhadap perusahaan bila pemimpin mengembangkan dan memajukan karyawannya melalui pemberian sarana pendidikan khusus bagi karyawan yang memerlukannya (Nursalam, 2014).

c. Kinerja keselamatan

Kinerja keselamatan didefinisikan sebagai tindakan atau perilaku yang ditunjukkan individu pada hampir semua pekerjaan untuk meningkatkan kesehatan dan keselamatan pekerja, klien, masyarakat, dan lingkungan. Perilaku mencakup empat faktor, diantaranya: (a) menggunakan alat pelindung diri, (b) terlibat dalam praktik kerja untuk mengurangi risiko, (c) mengkomunikasikan bahaya dan kecelakaan dan (d) menggunakan hak dan tanggung jawab pekerja (Christian, Bradley, Wallace & Burke, 2009).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja menurut Gibson (1996) dalam Hamid (2014) merupakan hasil dari ketiga faktor yaitu individu, psikologis dan organisasi. Variabel individu dikelompokan pada sub variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Variabel psikologis terdiri dari sub variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel organisasi digolongkan dalam sub variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan.

Kinerja keselamatan seringkali diukur secara tradisional menggunakan statistik kecelakaan yang dilaporkan sendiri dan/ atau secara resmi dicatat. Namun, kinerja keselamatan telah dikonseptualisasikan sebagai dua jenis perilaku keselamatan: kepatuhan keselamatan dan partisipasi keselamatan (Christian, Bradley, Wallace & Burke, 2009). Kepatuhan keselamatan mengacu pada aktivitas kerja yang perlu dilakukan individu untuk menciptakan keamanan di tempat kerja. Partisipasi keselamatan menggambarkan perilaku yang tidak secara langsung berkontribusi pada

keselamatan pribadi individu, tetapi membantu mengembangkan lingkungan kerja yang mendukung proses keselamatan.

Model integratif yang dikembangkan oleh Christian, Bradley, Wallace & Burke (2009) menjelaskan bahwa kinerja keselamatan terdiri dari dua aspek, yaitu "*safety compliance*" (kepatuhan keselamatan) dan "*safety participation*" (partisipasi keselamatan).

- a. Kepatuhan mengacu pada Perilaku keselamatan untuk suatu tugas khusus yang diperintahkan atau diarahkan. Kepatuhan keselamatan menggambarkan perilaku terkait keselamatan yang diperlukan oleh organisasi untuk dilakukan oleh individu agar tempat kerja tetap aman. Aspek kepatuhan keselamatan meliputi:
  - 1) Mengikuti prosedur keselamatan di tempat kerja
  - 2) Menggunakan alat pelindung diri
  - 3) Mempraktikkan pengurangan resiko
- b. Partisipasi mengacu pada perilaku keselamatan yang seringkali dilakukan secara sukarela. Partisipasi keselamatan menggambarkan perilaku kontekstual yang berhubungan dengan keselamatan secara sukarela yang mungkin tidak secara langsung bekerja pada keselamatan pribadi tetapi membantu mengembangkan konteks organisasi untuk mendukung keselamatan. Aspek Partisipasi keselamatan menurut Hofmann dkk (2003), meliputi:
  - 1) *Voice*: komunikasi dan berbicara; menyuarakan rekomendasi terkait keselamatan dan pendapat tentang masalah keselamatan bahkan jika orang lain mungkin tidak setuju.
  - 2) *Helping*: memberikan bantuan; membantu rekan kerja untuk memenuhi tanggung jawab keselamatan mereka; perilaku yang membantu organisasi dan anggotanya

- untuk memastikan bahwa semua orang bekerja dengan aman.
- 3) *Stewardship*: penatalayanan; mengambil tindakan untuk mencegah pelanggaran keselamatan dan melindungi kesejahteraan rekan kerja.
  - 4) *Whistleblowing*: Pelaporan pelanggaran; melaporkan mereka yang melanggar prosedur keselamatan; mirip dengan dimensi suara tetapi perilaku yang khusus untuk melaporkan dan memantau perilaku anggota lain yang tidak aman dan potensi pelanggaran keselamatan.
  - 5) *Civic virtue/ keeping informed*: menjaga informasi, perilaku, watak, komitmen, serta dedikasi yang harus dimiliki seseorang terkait keselamatan; nilai-nilai yang sangat penting ditanamkan dan diimplementasikan dalam keselamatan pasien; perilaku yang terkait dengan mempertahankan pengetahuan terbaru tentang masalah keselamatan dalam organisasi.
  - 6) *Initiating safety-related change*: menginisiasi/ memulai perubahan terkait keselamatan; mengajukan saran untuk perubahan; memprakarsai perubahan (mengambil tindakan untuk meningkatkan keselamatan); perilaku yang mencoba meningkatkan keselamatan keseluruhan organisasi yang dimulai sendiri.

Adapun hasil penelitian terdahulu yang relevan, digambarkan sebagai berikut:

**Tabel 3.1 Matriks Penelitian Terdahulu Yang Relevan**

Peneliti	Variabel Penelitian	Hasil	Tahun
Michael Christian, J. Craig Wallace,	S. <i>Workplace Safety: A Meta-Analysis of the Roles of Person and Situation</i>	Kepemimpinan hubungan dengan keselamatan memiliki moderat kinerja ( $M=0.31$ ).	2009

Jill C. Bradley, Michael J. Burke	<i>Factors</i>	Ada hubungan antara kepemimpinan dengan kepatuhan keselamatan ( $M=0.24$ ) dan partisipasi keselamatan ( $M=0.35$ ).	
Anugrahini, C., Sahar, J., & Mustikasari. (2010).	Kepatuhan perawat menerapkan pedoman patient safety berdasarkan faktor individu dan organisasi	Hasil analisis ditemukan 60,4% perawat mempersepsikan kepemimpinan baik. Ada hubungan yang bermakna antara kepemimpinan kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i> ( $p$ value = 0,000). Perawat yang mempunyai persepsi baik terhadap kepemimpinan lebih patuh dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i> dari pada perawat yang mempunyai persepsi yang kurang terhadap kepemimpinan. Hal ini menunjukan bahwa perawat manajer mempunyai peran yang sangat penting dalam melaksanakan atau mengaplikasikan program keselamatan pasien.	2010
Dhinamita Nivalinda, M.C. Inge Hartini, Agus Santoso	Pengaruh Motivasi Perawat dan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruang Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana pada Rumah Sakit pemerintah di	Sebagian besar responden yaitu sejumlah 57 responden (54,3%) mempunyai persepsi bahwa gaya kepemimpinan kepala ruang efektif. Ada Pengaruh Gaya Kepemimpinan Kepala Ruang Terhadap Penerapan Budaya	2013

	Semarang	Keselamatan Sebesar 36,8%. Ada Pengaruh Secara Bersama-Sama Antara Motivasi Perawat Dan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruang Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Sebesar 39,2%.	Pasien
Regina Angelia Suwignjo	Pengaruh Kepemimpinan Manajemen Rumah Sakit Dalam Iklim Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Sentra Medika Cibinong Tahun 2013	Hasil penelitian menunjukkan hubungan signifikan antara faktor kepemimpinan, yaitu motivasi inspirasional dan idealisasi pengaruh terhadap iklim keselamatan pasien di Rumah Sakit Sentra Medika Cibinong. Faktor kepemimpinan yang paling dominan dalam iklim keselamatan pasien adalah idealisasi pengaruh.	2013
Fridawaty Rivai, A.Indahwaty Sidin, Ita Kartika	Faktor yang Berhubungan dengan Implementasi Keselamatan Pasien di RSUD Soppeng	Hubungan kepemimpinan dengan implementasi keselamatan pasien menunjukkan: dari 103 responden yang memiliki kepemimpinan baik terdapat 63 (61,2%) responden yang memiliki implementasi baik. Dari 34 responden yang memiliki kepemimpinan kurang terdapat 12 (35,3%) responden yang memiliki implementasi baik Adanya Hubungan Kepemimpinan ( $P=0,015$ ),	2016

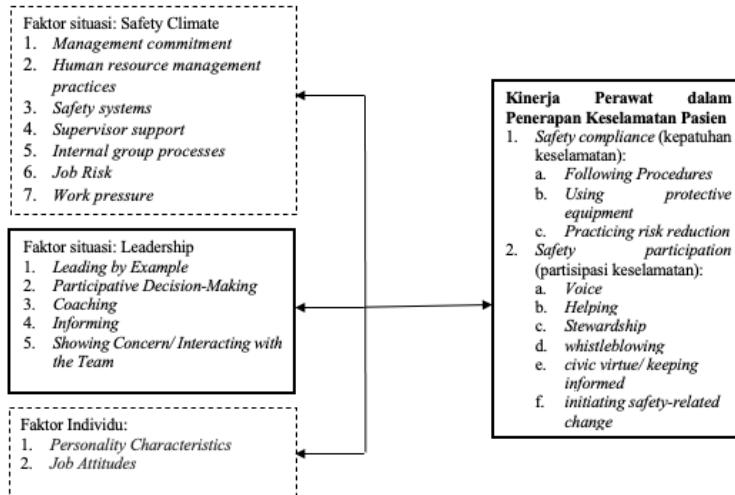
			Komunikasi ( $P=0,004$ ) Dan Supervisi ( $P=0,000$ ) Dengan Implementasi Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana.
Xeriny Lilian T. Hasan, A. Indahwaty Sidin, A. Arsunan A.	Hubungan Kepemimpinan Transformasional dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Labuang Baji	Secara keseluruhan kepemimpinan transformasional memiliki korelasi ( $p = 0.037 < 0.05$ ) dengan penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD Labuang Baji. Ada hubungan ( $p = 0.036 < 0.05$ ) antara pengaruh ideal dengan penerapan budaya keselamatan pasien, ada hubungan ( $p = 0.034 < 0.05$ ) antara pertimbangan individual dengan penerapan budaya keselamatan pasien, ada hubungan ( $p = 0.037 < 0.05$ ) antara stimulasi intelektual dengan penerapan budaya keselamatan pasien, ada hubungan ( $p = 0.038 < 0.05$ ) antara motivasi inspirasional dengan penerapan budaya keselamatan pasien.	2017
Tina Rahmawati, Arif Satria, and Ninuk Purnaningsih	The Effect of Leadership, Education and Communication Channel Factors on Patient Safety Culture in One Special Hospital (Hospital)	Kepemimpinan dan pendidikan berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien. Namun saluran komunikasi tidak berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien.	2018

X) In Jakarta	Budaya keselamatan pasien yang merata di seluruh unit keperawatan merupakan kekuatan bagi organisasi dan faktor yang berpengaruh terhadap pembentukan budaya keselamatan pasien pada perawat adalah kepemimpinan dan pendidikan.
Dian Rizeki Finarti, Ahmad Alim Bachri, dan Syamsul Arifin Inap RSUD Martapura	Sebagian besar (68,8%) gaya kepemimpinan yang di terapkan oleh kepala ruang responden adalah gaya kepemimpinan <i>Task Oriented</i> . Ada Hubungan yang signifikan antara gaya kepemimpinan dengan kinerja perawat (< 0,05 yakni 0,001). Ada hubungan yang signifikan antara gaya kepemimpinan, motivasi, stres kerja dengan kinerja perawat yaitu hubungan yang positif dengan hasil regresi sebesar 4.328.

Penerapan keselamatan pasien dapat mempengaruhi mutu pelayanan rumah sakit, hal ini dikarenakan keselamatan pasien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, karena pelayanan yang bermutu sudah pasti tidak akan menciderai pasien. Kinerja merupakan salah satu faktor yang sangat dominan dalam meningkatkan mutu pelayanan pasien. Karakteristik efektivitas kinerja tim harus memiliki prinsip leadership (Ismainar, Dahesihdewi & Dwiprahasto, 2012). Kepala ruang perlu memperhatikan faktor yang berhubungan terhadap pencapaian tujuan keselamatan

pasien. Faktor yang diduga berkontribusi terhadap kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien adalah kepemimpinan. Peran kepemimpinan diperlukan dalam mengembangkan budaya keselamatan pasien dan memastikan pelayanan kepada pasien sesuai standar. Penelitian ini hanya dibatasi pada fungsi kepemimpinan kepala ruang secara keseluruhan selama periode tertentu dimana kepala ruang mempengaruhi tim perawat guna peningkatan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien.

Dari uraian tersebut di atas yang merujuk kepada konsep teoritis sebagai acuan untuk menganalisis permasalahan, maka dapat digambarkan kerangka pemikiran sebagai berikut:



**Gambar 3.2 Kerangka Teori**

Sumber: Arnold, Arad, Rhoades & Drasgow (2000), Hofmann dkk (2003); Christian, Bradley, Wallace & Burke (2009)

# BAB 4

## PEMBAHASAN

---

Bab ini dimaksudkan untuk menyajikan pembahasan berdasarkan data hasil penelitian yang terkumpul dan diolah. Hasil data analisis deskriptif menguraikan dan menjelaskan tentang gambaran kepemimpinan kepala ruang dan gambaran kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien. Hasil analisis korelasi menguraikan hubungan kepemimpinan kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien.

### 4.1 Kepemimpinan Kepala Ruang dalam Penerapan Keselamatan Pasien

Peneliti memperoleh data skor kepemimpinan kepala ruang dalam penerapan keselamatan pasien, dijabarkan pada tabel berikut:

**Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Kepemimpinan Kepala Ruang Dalam Penerapan Keselamatan Pasien**

Skor kepemimpinan	Frekuensi (n)	Percentase (%)
Baik	121	77.1
Kurang	36	22.9
Jumlah	157	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan data pada tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar perawat pelaksana menilai kepemimpinan kepala ruang adalah baik dalam penerapan keselamatan pasien. Namun demikian, jumlah yang memiliki penilaian kurang juga masih ada, yaitu sebagian kecil. Secara umum Kepemimpinan kepala ruang paling banyak adalah Baik.

Hasil penelitian pada tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar (77.1%) 121 perawat pelaksana menilai kepemimpinan kepala ruang adalah baik. Namun masih terdapat sebagian kecil (22.9%) 36 perawat pelaksana menilai kepemimpinan kepala ruang adalah kurang. Perawat yang menilai kepemimpinan kepala ruang baik lebih banyak dibanding yang kepemimpinan kurang. Hasil penelitian ini menunjukkan meskipun kepemimpinan baik lebih banyak, namun kepemimpinan kepala ruang masih terdapat yang belum sesuai harapan.

Masih terdapatnya kepemimpinan kepala ruang yang kurang, memungkinkan kepala ruang memiliki kekuatan pendorong yang kecil bagi perawat pelaksana untuk menerapkan tujuan, yang memungkinkan menjadi tindakan tidak sesuai bagi perawatan pasien atau tidak mencapai kualitas yang tinggi dan aman. Penelitian Sudariani, Utomo & Fitryasari (2016) menunjukkan penerapan model kompetensi kepemimpinan kepala ruang mempengaruhi motivasi dan kinerja perawat pelaksana. Model kompetensi kepemimpinan kepala ruang dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal merupakan faktor yang ada dalam diri pemimpin yaitu pengetahuan, keterampilan dan nilai, sedangkan faktor eksternal terdiri dari faktor bawahannya (pendidikan) dan faktor organisasi (budaya organisasi).

Faktor eksternal pendidikan perawat pelaksana menjadi salah satu faktor yang memungkinkan perawat pelaksana menilai kepemimpinan kepala ruang dengan menggunakan kemampuan berpikir secara objektif. Dimana perawat pelaksana diharapkan menilai sesuai kondisi, berdasarkan acuan yang bisa dipertanggungjawabkan dan tidak terbelenggu pada sikap suka atau tidak suka. Reaksi negatif mungkin saja muncul dari kepala ruangan yang dinilai. Karakteristik perawat pelaksana dalam penelitian ini menunjukkan 79 perawat (50.3%) berpendidikan Ners, 70 perawat (44.6%) berendidikan D3 keperawatan, dan 8

perawat (5,1%) berpendidikan S1 keperawatan. Diharapkan dengan dominasi tingkat pendidikan Ners dapat membantu perawat pelaksana berpikir secara objektif sehingga mampu menilai kepemimpinan kepala ruang dengan sesuai.

Dugaan peneliti, seseorang dengan usia lebih tua akan semakin mampu menunjukkan kematangan proses berpikir, semakin mampu berfikir rasional, semakin mampu mengendalikan emosi, semakin toleran terhadap pandangan dan perilaku yang berbeda darinya dan semakin dapat menunjukkan kematangan intelektual dan psikologisnya. Kematangan tersebut sangat dibutuhkan dalam mencapai suatu keberhasilan proses penilaian kepemimpinan kepala ruang.

Penilaian kepemimpinan kepala ruang oleh perawat pelaksana merupakan umpan balik yang dibutuhkan untuk mengidentifikasi kepala ruangan yang kompeten. Selain itu, penilaian ini juga dapat membantu kepala ruang untuk lebih responsif terhadap perawat pelaksana dan dapat menjadi dasar untuk pembinaan sebagai bagian dari usaha pengembangan karier kepala ruangan. Harapannya adalah umpan balik akan membantu pengembangan manajerial kepala ruangan, terutama dalam pengelolaan program keselamatan pasien.

Pada penelitian ini seperangkat perilaku yang dijadikan ukuran penilaian untuk kepemimpinan yang baik di lingkungan tim mengacu pada *empowering leadership* dengan dimensinya yaitu: pengambilan keputusan partisipatif, menunjukkan kepedulian/ interaksi tim, memimpin dengan memberi contoh, memberi informasi dan membimbing/ melatih tim (Arnold, Arad, Rhoades & Dragsgow, 2000). Peran tersebut sejalan dengan peran pemimpin dalam meningkatkan keselamatan pasien yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017, diantaranya mampu mendorong implementasi keselamatan pasien serta menumbuhkan komunikasi dan koordinasi berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.

Menurut penelitian Stanley (2014) Pemimpin diikuti karena adanya kecocokan antara nilai dan keyakinan pemimpin dengan tindakannya. Perawat pelaksana akan mengidentifikasi nilai-nilai pemimpin dan mengikutinya jika nilai tercermin dalam tindakan pemimpin. Karakteristik pemimpin klinis yang diteliti di tiga rumah sakit Kota Worcestershire Inggris dinilai tinggi pada perawat adalah mampu melakukan pendekatan (97.3%), memiliki kompetensi klinis (95.2%), memotivasi dan mendukung (94.1%). Penelitian Tau, Plessis, Koen, & Ellis (2018) pada perawat manajer yang terdaftar di *South African Nursing Council* menunjukkan Rata-rata kepemimpinan memberdayakan untuk dimensi memberi informasi adalah 3,95 (SD 0,854), yang merupakan dimensi tertinggi dan ini menunjukkan bahwa perawat manajer menyebarkan informasi seperti visi, misi dan filosofi serta informasi penting lainnya yang berkaitan dengan institusi/ unit kerja. Kelima dimensi kepemimpinan yang diukur memiliki skor dengan kategori positif.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kepemimpinan kepala ruang berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien dan kepemimpinan kepala ruang secara umum dalam kategori baik. Hasil Penelitian Rivai, Sidin & Kartika (2016) menyatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan implementasi keselamatan pasien di RSUD Ajjappanne Soppeng yaitu faktor kepemimpinan, komunikasi dan supervisi. Hal tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan kepemimpinan atasan terhadap implementasi keselamatan pasien oleh perawat pelaksana. Perawat yang memiliki persepsi kepemimpinan baik (75.2%) lebih banyak dibanding yang kepemimpinan kurang.

Hasil penelitian Anugrahini, Sahar & Mustikasari (2010) di RSAB Harapan Kita Jakarta juga ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara kepemimpinan, usia, tingkat pendidikan, masa kerja, struktur organisasi, desain kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman keselamatan pasien. Analisis persepsi perawat pelaksana tentang proses

kepemimpinan kepala ruang ditemukan 87 (60,4%) perawat mempersepsikan kepemimpinan baik.

Kepemimpinan kepala ruang yang baik diperlukan untuk memastikan bahwa pandangan perawat pelaksana terhadap masalah keselamatan pasien didengar. Kepemimpinan kepala ruang membawa perspektif unik pada dialog tentang keselamatan pasien karena menurut *Commission on Patient Safety and Quality Assurance* (2008) hanya sedikit pemimpin dalam perawatan kesehatan diperlengkapi dengan lebih baik atau lebih mengenal keseluruhan sistem dan bagaimana bagian-bagian bekerja dan berhubungan secara keseluruhan (Kemenkes RI, 2017). Maka dari itu diperlukan upaya untuk meningkatkan kualitas kepemimpinan kepala ruang agar mendukung pencapaian keselamatan pasien di rumah sakit.

Menurut penelitian Mbaloto (2018) kepemimpinan strategik diperlukan agar program keselamatan pasien dapat tercapai dengan baik. Kepemimpinan strategik sendiri didefinisikan oleh Hitt, Ireland & Hoskisson (2008) sebagai kemampuan untuk mengantisipasi, memandang jauh ke depan, bersikap fleksibel, dan memberdayakan orang lain dalam rangka membentuk perubahan strategis yang diperlukan. Menurut Pearce, Sims, Cox, Ball, Schnell, Smith, dkk, (2003) perilaku pemberdayaan, mengacu pada tindakan pemimpin yang menekankan pada pengembangan manajemen diri atau keterampilan kepemimpinan diri pengikut. Perilaku yang menunjukkan gaya kepemimpinan ini terutama bersifat pengembangan atau berorientasi pada pengikutnya.

Upaya menciptakan kepemimpinan yang baik merupakan suatu proses yang tidak singkat, tidak hanya berdasarkan paparan materi dan diskusi singkat tetapi harus melalui paparan terhadap berbagai permasalahan, sehingga akan ada proses pembelajaran dalam proses penyelesaian masalah, hal ini yang akan semakin meningkatkan kemampuan dalam kepemimpinan (Priyanto & Sakbani, 2019). Manajemen Rumah Sakit perlu

memperhatikan pola rekrutmen/ pengangkatan kepala ruangan, untuk menambahkan persyaratan telah mengikuti pelatihan kepemimpinan keperawatan.

#### **4.2 Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Penerapan Keselamatan Pasien**

Peneliti memperoleh data skor angket kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien, dijabarkan pada tabel berikut:

**Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Penerapan Keselamatan Pasien**

Skor Kinerja	Frekuensi (n)	Percentase (%)
Baik	81	51.6
Kurang	76	48.4
Jumlah	157	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan data pada tabel di atas dapat diketahui bahwa lebih dari setengah perawat memiliki kinerja yang baik dalam penerapan keselamatan pasien. Namun demikian jumlah perawat yang memiliki kinerja yang kurang juga cukup banyak, yaitu hampir setengahnya. Secara umum diketahui bahwa perawat paling banyak memiliki kinerja yang baik.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4 dapat diketahui bahwa lebih dari setengah (51.6%) 81 perawat memiliki kinerja yang baik dalam penerapan keselamatan pasien. Namun demikian jumlah perawat yang memiliki kinerja yang kurang juga cukup banyak, yaitu hampir setengahnya (48.4%) 76 perawat. Secara umum diketahui bahwa perawat paling banyak memiliki kinerja yang baik. Hasil tersebut merupakan gambaran harapan pekerjaan perawat untuk mengedepankan keselamatan pasien dalam melakukan tugas-tugasnya.

Secara umum hampir setengah perawat pelaksana memiliki kinerja kurang dalam menerapkan keselamatan pasien. Hasil tersebut dapat menunjukkan adanya suatu kendala dalam

mencapai kinerja keselamatan pasien. Hal yang berhubungan dengan kinerja perawat dalam menerapkan keselamatan pasien menurut penelitian Martyastuti (2016) yaitu faktor individu (masa kerja, status penikahan) dan faktor organisasi (kepemimpinan). Menurut Penelitian Didimus, Indar & Hamzah (2013) faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat diantaranya: kepemimpinan, pelatihan, rekan kerja, kondisi kerja, pengakuan dan sistem imbalan. Sedangkan faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat dalam menerapkan tujuan keselamatan pasien menurut penelitian Mappanganro (2015) yaitu pengetahuan, sikap, kecerdasan emosional dan motivasi perawat.

Hasil penelitian Mappanganro (2015) menunjukkan kinerja perawat pelaksana di rumah sakit Ibnu Sina YBW-UMI Makassar secara keseluruhan dalam menerapkan *patient safety goals* terlihat mayoritas sebanyak 67 orang (72,8%) perawat dalam kriteria tinggi. Menurut Morika, Suharizal & Yasmi (2019) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa lebih dari setengah (60,0%) kinerja perawat dalam menerapkan keselamatan pasien di unit rawat inap RSUD Dr. Rasidin Padang berada dalam kinerja yang baik. Menurut kuncoro (2012) dalam penelitiannya menunjukkan kinerja perawat baik jauh lebih banyak dibanding klasifikasi kurang.

Berbeda dengan Muthmainnah, Noor & Kapalawi (2014) dalam penelitiannya menunjukkan kinerja perawat pelaksana dalam penerapan program keselamatan pasien lebih banyak yang kurang dibandingkan yang memiliki kinerja baik yaitu 40 orang (32,3%). Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara pengetahuan ( $p=0,030$ ), Supervisi ( $p=0,012$ ) dengan kinerja perawat pelaksana dalam penerapan program keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSUD Haji Makassar. Demikian pula dalam Penelitian Sukesi, Soeharto & Ahsan (2016) menyatakan skor variabel kinerja implementasi keselamatan pasien berkisar antara 60.6 – 78.8. Nilai mean

sebesar  $72.5 \pm 4.3$  menunjukkan bahwa rata-rata kinerja perawat dalam implementasi patient safety berada dalam kategori cukup.

Keselamatan pasien merupakan hal penting yang perlu diperhatikan oleh perawat yang terlibat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Kinerja perawat dalam konteks penerapan keselamatan pasien terkait erat dengan upaya untuk mencegah dampak kejadian tidak diharapkan pada pasien. Kinerja perawat yang baik akan berdampak terhadap kepuasan pasien (Hafid, 2014). Upaya keselamatan pasien tidak dapat dipisahkan dari peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.

Temuan Wong, Cummings & Ducharme (2013) mendokumentasikan bukti hubungan positif antara kepemimpinan dengan berbagai *outcome* pasien. Variabel *outcome* pasien dikelompokkan ke dalam lima kategori diantaranya: (1) kepuasan pasien, (2) mortalitas pasien (hasil keselamatan pasien), (3) efek samping, (4) komplikasi, dan (5) pemanfaatan layanan kesehatan pasien. Implikasi untuk manajemen keperawatan mengupayakan untuk mengembangkan kepemimpinan transformasional dan relasional agar memperkuat strategi organisasi untuk meningkatkan hasil pasien.

Standar Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada Permenkes RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang keselamatan Pasien, salah satunya meliputi penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien. Penggunaan metode peningkatan kinerja yang dimaksud merupakan kegiatan mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang telah ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk

menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

Tujuan sebenarnya dari setiap sistem penilaian kinerja adalah peningkatan kinerja. Sistem penilaian kinerja dalam hal *outcome* harus mengarah pada hasil organisasi yang positif. Penilaian kinerja efektif akan mencapai berbagai tujuan, diantaranya peningkatan kinerja, peningkatan komunikasi, memperkuat perilaku positif, memperbaiki perilaku negatif atau kurang optimal, memberikan dasar untuk penghargaan sebagai motivasi, memberikan dasar untuk penghentian jika diperlukan serta mengidentifikasi kebutuhan belajar dan kembangkan personel (Huber, 2010)

Penilaian kinerja merupakan komponen utama dari proses pengevaluasian atau pengontrolan fungsi dari manajemen keperawatan. Penilaian kinerja merupakan proses kontrol dimana kinerja perawat dievaluasi berdasarkan standar tertentu. Penilaian kinerja memerlukan perencanaan cermat dan pengumpulan informasi yang akurat (Kemenkes RI, 2012).

Penilaian kinerja sangat diperlukan dimana hasilnya merupakan umpan balik bagi manajemen untuk lebih meningkatkan rencana operasional serta mengambil langkah-langkah tindakan korektif. Oleh karena itu, manajer hendaknya memiliki sistem monitoring sehingga *feedback* atau penyimpangan yang terjadi akan dapat dikelola dengan cepat dan tepat serta dapat dilakukan upaya perbaikan dengan segera. Dengan melakukan monitoring secara periodik sesuai dengan kepentingannya, maka pelayanan keperawatan akan dapat ditingkatkan mutunya secara terus menerus (Kemenkes RI, 2012).

Metode Penilaian Kinerja dalam penelitian ini menggunakan penilaian mandiri (*self assesment*) merupakan penilaian diri sendiri yang bertujuan untuk mengembangkan diri individu itu sendiri dalam rangka pengembangan organisasi. Perawat dapat dilatih untuk menilai kerja sendiri dan lingkungan

kerja. Perawat dapat membuat penilaian diri terhadap tujuan dan harapan serta menganalisisnya. (Kemenkes RI, 2012).

Kinerja keselamatan dalam penelitian ini diukur menggunakan dua jenis perilaku keselamatan: kepatuhan keselamatan dan partisipasi keselamatan (Christian, Bradley, Wallace & Burke, 2009). Kepatuhan keselamatan mengacu pada aktivitas kerja yang perlu dilakukan individu untuk menciptakan keamanan di tempat kerja. Partisipasi keselamatan menggambarkan perilaku yang tidak secara langsung berkontribusi pada keselamatan pribadi individu, tetapi membantu mengembangkan lingkungan kerja yang mendukung proses keselamatan. Menurut penelitian Christian, Bradley, Wallace & Burke (2009) secara umum kinerja keselamatan sangat berhubungan dengan kepatuhan keselamatan ( $M = 0,63$ ) dan partisipasi keselamatan ( $M = 0,80$ ). Partisipasi keselamatan berhubungan moderat dengan kepatuhan keselamatan ( $M = 0,46$ ).

Pemimpin bertanggung jawab untuk memastikan kualitas perawatan dan layanan yang diberikan. Kegiatan pengukuran memberikan peluang untuk evaluasi layanan tersebut (Joint Commission International, 2017). Manajer bertanggung jawab untuk melakukan penilaian kinerja formal dari anggota staf mereka. Manajer yang efektif secara teratur memberi tahu staf mereka seberapa baik kinerjanya dan di mana mereka membutuhkan perbaikan (Whitehead, Weiss & Tappen, 2010). Tim yang mengambil waktu untuk meninjau kinerjanya/merefleksikan tugasnya berkaitan dengan hasil individu dan organisasi yang lebih baik (Salas, Tannenbaum, & Cohen, 2013).

#### **4.3 Hubungan Kepemimpinan Kepala Ruang dengan Kinerja Perawat dalam Penerapan Keselamatan Pasien**

Hasil penelitian hubungan antara kepemimpinan kepala ruang dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien, dijabarkan dalam tabel uji korelasi Spearman's berikut:

**Tabel 4.3 Hubungan kepemimpinan kepala ruang dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien**

Variabel		Kinerja				Total	Hasil uji statistik
		Baik	Kurang	n	%		
Kepemimpinan	Baik	69	43.9	52	33.1	121	p-value= 0.008 r hitung = 0.212
	Kurang	12	7.6	24	15.3	36	r tabel IK.95% =
	Total	81	51.6	76	48.4	157	0.1557

Sumber: Data Primer

Data variabel hubungan pada tabel di atas menunjukkan r hitung lebih besar r tabel. Terlihat pada tabel, variabel kepemimpinan kepala ruang dan kinerja perawat pelaksana memiliki nilai  $p < 0.05$ . Dapat disimpulkan  $H_0$  ditolak artinya terdapat hubungan yang positif dan signifikan antara kepemimpinan kepala ruang dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien. Kekuatan korelasi secara statistik dikategorikan lemah. Nilai r positif menunjukkan semakin baik kepemimpinan kepala ruang maka akan semakin baik pula kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien.

Hasil penelitian yang diperoleh bahwa ada hubungan yang signifikan antara kepemimpinan kepala ruang dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien. Hal ini berarti bahwa kepemimpinan kepala ruang berkontribusi terhadap kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien. Hal ini didukung dengan adanya skor kepemimpinan kepala ruang yang baik dan kinerja yang baik pula. Arah hubungan adalah positif, artinya semakin tinggi kepemimpinan kepala ruang maka akan semakin tinggi pula kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien. Berdasarkan hal tersebut maka salah satu upaya untuk meningkatkan kinerja dalam penerapan keselamatan pasien yaitu dengan meningkatkan kepemimpinan kepala ruang.

Hasil penelitian di atas sejalan dengan penelitian Martyastuti (2016) yang menyatakan ada hubungan antara

kepemimpinan dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap ( $p$ -value = 0,016). Didukung pula oleh penelitian Christian, Bradley, Wallace & Burke (2009) yang menyatakan kepemimpinan memiliki hubungan moderat dengan kinerja keselamatan ( $M=0.31$ ). Keberhasilan penerapan keselamatan pasien sangat ditentukan oleh orang-orang yang berada di dalam rumah sakit, salah satunya adalah perawat. Manajer keperawatan perlu memperhatikan faktor yang berhubungan terhadap pencapaian tujuan tersebut, salah satunya faktor organisasi (kepemimpinan). Peran kepemimpinan kepala ruang akan memastikan pelayanan pasien sesuai standar dan mengarahkan perawat melakukan pekerjaannya dengan tepat dan tuntas sehingga tingkat pencapaian kinerja akan optimal.

Menurut Putra, Syaifudin & Adinatha (2014) dalam penelitiannya menunjukkan adanya hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana ( $p$ -value = 0,012), mayoritas gaya kepemimpinan yang diterapkan yaitu demokratis. Penelitian Finarti, Bachri & Arifin (2016) menemukan adanya hubungan yang signifikan antara gaya kepemimpinan dengan kinerja perawat ( $p$ -value = 0,001), sebagian besar gaya kepemimpinan yang di terapkan oleh kepala ruang adalah Task Oriented. Penggunaan berbagai gaya dan perilaku kepemimpinan yang efektif dan seimbang membutuhkan pengetahuan, keterampilan dan komitmen dari pemimpin dan perawat. Diperlukan pendekatan kolaboratif untuk menggunakan gaya kepemimpinan paling efektif dalam situasi untuk mencapai hasil yang diinginkan (Aboshaiqah, Mansour, Sherrod, Alkhaibary, A & Alkhaibary, S, 2014).

Hasil Penelitian ini didukung juga oleh Rivai, Sidin & Kartika (2016) dalam penelitiannya menyatakan terdapat hubungan yang signifikan dengan kekuatan lemah antara kepemimpinan dengan implementasi keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap ( $p$ -value = 0,015).

Cavazotte, Duarte & Gobbo (2013) dalam penelitiannya menyatakan bahwa individu yang lebih berhati-hati dan cenderung lebih sedikit berperilaku berisiko adalah mereka yang lebih sering terlibat dalam perilaku aman di tempat kerja.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Mulyono, Hamzah & Abdullah (2013) memperlihatkan tidak ada hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja perawat (*p-value* = 0,946). Hal ini terjadi dimungkinkan karena indikator yang digunakan bersifat umum berupa karakteristik yang biasanya melekat pada diri seorang pemimpin. Perlu memfokuskan pada kelompok pendekatan tertentu. Menurut Huber (2010) pendekatan dalam mempelajari teori kepemimpinan yang dapat digunakan diantaranya pendekatan ciri/ sifat, pendekatan perilaku, pendekatan kekuasaan-pengaruh, pendekatan situasional dan pendekatan integratif.

Hasil tabulasi silang pada tabel 5 tentang kategori kepemimpinan kepala ruang dengan kinerja perawat didapatkan bahwa terdapat 33,1% menunjukkan kepemimpinan kepala ruang baik, namun kinerjanya kurang. Selain itu 6% menunjukkan kepemimpinan kepala ruang kurang, namun kinerjanya baik. Hal ini dapat disebabkan oleh adanya faktor lain di luar kepemimpinan yang berhubungan dengan pencapaian kinerja yang baik.

Dalam penelitian ini faktor yang dinilai adalah faktor dari luar diri perawat, yaitu menilai faktor organisasi (kepemimpinan kepala ruang), sedangkan dalam menentukan kinerja keselamatan pasien dapat dipengaruhi juga oleh faktor individu dan psikologis. Menurut Nursalam (2014) kinerja dipengaruhi oleh faktor individu (kemampuan, keterampilan, latar belakang keluarga, pengalaman kerja, tingkat sosial dan demografi seseorang), faktor psikologis (persepsi, peran, sikap, kepribadian, motivasi dan kepuasan kerja) dan faktor organisasi (struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan, sistem penghargaan/ *reward system*). Faktor-faktor tersebut

merupakan sesuatu yang dapat meningkatkan maupun menghambat pencapaian kinerja yang optimal. Adanya peranan faktor organisasi yang mempengaruhi kinerja merupakan faktor kunci. Sistem pengendalian organisasi dapat mempengaruhi perilaku para anggotanya dengan menggunakan berbagai teknik agar tercapai efektivitas organisasi.

Berkaitan dengan permasalahan masih terdapatnya kepemimpinan kepala ruang yang kurang, manajer keperawatan perlu melakukan peningkatan aspek kepemimpinan kepala ruang dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kepemimpinan tersebut. Salah satunya adalah melakukan program pelatihan kepemimpinan bagi kepala ruang. Permasalahan kinerja perawat yang masih kurang memerlukan perubahan dengan melakukan program peningkatan pengetahuan dan keterampilan melalui pengadaan pendidikan dan pelatihan berkala tentang keselamatan pasien supaya kinerja perawat meningkat. Sebagai umpan balik dari kinerja perawat, dapat diberi penghargaan setiap bulan bagi yang telah melakukan praktik baik terhadap sasaran keselamatan pasien.

Menurut Maher, Ayoubian, Rafiee, Tehrani, Mostofian & Mazyar (2019) strategi implementasi keselamatan pasien yang dapat dilakukan diantaranya penyediaan pendidikan bagi karyawan, mempromosikan budaya keselamatan di rumah sakit, dukungan manajerial dan akuntabilitas, menciptakan lingkungan pemberian asuhan yang aman dan berkualitas tinggi, mengembangkan undang-undang nasional bagi karyawan rumah sakit untuk mematuhi standar keselamatan pasien serta mengembangkan sistem pemantauan berkelanjutan untuk peningkatan kualitas dan kegiatan keselamatan pasien agar menjamin pencapaian tujuan yang telah ditentukan.

# BAB 5

## PENUTUP

---

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa kepemimpinan kepala ruang memiliki hubungan yang signifikan dengan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien dengan arah korelasi positif. Semakin baik kepemimpinan kepala ruang, maka semakin baik pula kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien.

Berdasarkan pada simpulan yang telah dikemukakan, maka rekomendasi atau saran bagi pihak-pihak terkait, diantaranya:

1. Penguatan kepemimpinan kepala ruang dengan melakukan program pelatihan secara periodik dan berkesinambungan tentang kepemimpinan *empowering behavior* dengan lebih menekankan pada diskusi dan paparan terhadap berbagai permasalahan terkait penerapan keselamatan pasien. Manajer keperawatan perlu memperhatikan pola rekrutmen/ pengangkatan kepala ruangan dengan menambahkan persyaratan telah mengikuti pelatihan kepemimpinan keperawatan.
2. Pihak manajemen perlu melakukan penilaian kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien secara berkala, agar diketahui tingkat keberhasilan upaya keselamatan pasien. Penilaian dapat dilakukan dengan penilaian yang melibatkan banyak pihak mulai dari atasan, mitra, rekan kerja, sampai dengan pasien, sehingga mendapatkan informasi yang lebih banyak tentang gambaran kinerja perawat.
3. Melakukan program peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat melalui pengadaan pendidikan dan pelatihan berkala tentang kemampuan penerapan sasaran keselamatan pasien.
4. Memberikan penghargaan setiap bulan bagi perawat yang telah melakukan praktik baik terhadap sasaran keselamatan pasien.

5. Melakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kepemimpinan kepala ruang dan menganalisis hubungan antar dimensi kinerja perawat.

Kajian deskriptif dan korelasi tentang variabel kepemimpinan dan kinerja berimplikasikan sebagai berikut:

1. Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini dapat menjadi bahan evaluasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Hasil penelitian ini menggambarkan pentingnya memiliki kepemimpinan yang baik dalam penerapan keselamatan pasien.

2. Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan bagi peserta didik mengenai perilaku kepemimpinan kepala ruang dan kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien, sehingga diharapkan dapat mengembangkan kajian lebih dalam dan lebih luas lagi terkait praktik baik keselamatan pasien.

3. Penelitian Keperawatan

Penelitian ini menjadi dasar bagi penelitian selanjutnya berkaitan dengan keselamatan pasien secara luas, terkait dengan faktor lain yang belum tergali dengan menggunakan rancangan penelitian dan instrumen yang lebih akurat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aboshaiqah, A. E., Mansour, A. M. H., Sherrod, D. R., Alkhaibary, A., & Alkhaibary, S. (2014). "Nurses' Perception of Managers' Leadership Styles and Its Associated Outcomes. *American Journal of Nursing Research*, 2(4), 57-62. <https://doi.org/10.12691/ajnr-2-4-1>
- Anugrahini, C., Sahar, J., & Mustikasari. (2010). Kepatuhan perawat menerapkan pedoman patient safety berdasarkan faktor individu dan organisasi. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13(3), 139-144. <https://doi.org/10.7454/jki.v13i3.244>
- Anwaruddin, A. (2006). Pengembangan model penilaian kinerja pegawai. *Jurnal Ilmu Administrasi*, 3(4), 257-269. <https://doi.org/10.31113/jia.v3i4.414>
- Arnold, J. A., Arad, S., Rhoades, J. A., & Drasgow, F. (2000). The empowering leadership questionnaire: the construction and validation of a new scale for measuring leader behaviors. *Journal of Organizational Behavior*, 21(3), 249-269. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1379\(200005\)21:3<249::aid-job10>3.0.co;2-%23](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1379(200005)21:3<249::aid-job10>3.0.co;2-%23)
- Azwar, S. (2015). *Sikap manusia teori dan pengukurannya*. Cetakan Ke 20. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Cavazotte, F. de S. C. N., Duarte, C. J. P., & Gobbo, A. M. C. (2013). Authentic leader, safe work: the influence of leadership on safety performance. *Brazilian Business Review*, 10(2), 95-119. <https://doi.org/10.15728/bbr.2013.10.2.5>
- Christian, M. S., Bradley, J. C., Wallace, J. C., & Burke, M. J. (2009). *Workplace safety: a meta-analysis of the roles of person and situation factors*. *Journal of Applied Psychology*, 94(5), 1103-1127. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016172>

- Chu, R. Z. (2016). Simple steps to reduce medication errors. *Nursing*, 46(8), 63-65.  
<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000484977.05034.9c>
- Classen, D. C., Resar, R., Griffin, F., Federico, F., Frankel, T., Kimmel, N., Whittington, J. C., Frankel, A., Seger, A., & James B. C. (2011). Global trigger tool shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Affairs*, 30(4), 581-589.  
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0190>
- Dahlan, S. (2014). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Edisi 6. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Didimus, I. S., Indar., & Hamzah, A. (2013). *Faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Ibnu Sina YBW-UMI Makassar*. Tesis. Fakultas kesehatan masyarakat universitas hasanuddin. Makasar. Diakses dari: <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/5747/JURNAL.pdf?sequence=1>
- Finarti, D. R., Bachri, A. A., & Arifin, S. (2016). Hubungan gaya kepemimpinan, motivasi, stres kerja dengan kinerja perawat: studi kasus ruang rawat inap RSUD Zalecha Martapura. *Jurnal Berkala Kesehatan*, 1(2), 115-120.  
<http://dx.doi.org/10.20527/jbk.v1i2.3150>
- Hafid, A. (2014). Hubungan kinerja perawat terhadap tingkat kepuasan pasien pengguna yankestis dalam pelayanan keperawatan di RSUD Syech Yusuf Kab. Gowa. *Jurnal Kesehatan*, 7(2), 368-375.  
<https://doi.org/10.24252/kesehatan.v7i2.56>
- Hamid, S. (2014). *Manajemen sumber daya manusia lanjutan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Hartanto, Y.D., Warsito, B. E. (2017). *Kepemimpinan Kepala Ruang dalam Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: Literature Review*. Seminar nasional keperawatan dan call for paper: pengembangan intervensi keperawatan berfokus kepada pasien, 25 November 2017, Fakultas Kedokteran

Universitas Diponegoro. Diakses dari  
<http://eprints.undip.ac.id/60837/1/4.pdf>

Hasan, X. L. T., Sidin, A. I., & A, Arsunan. A. (2017). Correlation between transformational leadership and the application of patient safety culture in labuang baji regional public hospital. *JST Kesehatan*, 7(2), 191 – 196. <http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/6695543c41e50817fc06934748ee7a4a.pdf>

Hendryadi. (2017). Validitas isi: tahap awal pengembangan kuesioner. *Jurnal riset manajemen dan bisnis*. 2(2), 169 – 178. <https://doi.org/10.36226/jrmb.v2i2.47>

Hitt, M.A., Ireland, R.D., & Hoskisson, R.E. (2008). *Concepts and Cases, Strategic Management: Competitiveness and Globalization*, Edisi 8. Mason: South-Western Cengage Learning.

Hofmann, D. A., Morgeson, F. P., & Gerras, S. J. (2003). Climate as a moderator of the relationship between leader-member exchange and content specific citizenship: Safety climate as an exemplar. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 170–178. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.170>

Huber, D. L. (2010). *Leadership and nursing care management*. Edisi 4. Missouri: Saunders, an imprint of Elsevier Inc.

Ismainar, H., Dahesihdewi, A., & Dwiprahasto, I. (2012). Leadership and communication effectiveness on patient safety teamwork Ibnu Sina Islamic Hospital Pekanbaru Riau. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(1), 2-8. <https://doi.org/10.25311/jkk.Vol2.Iss1.34>

Joint Commission International. (2017). *Accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals*. Edisi 6. Illinois. Joint Commission Resources, Inc.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2012). *Modul terintegrasi: SP2KP – PMK menuju world class hospital*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan keperawatan dan Keteknisian Medik Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Pedoman nasional keselamatan pasien rumah sakit (*patient safety*). Edisi 3. Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Infodatin: situasi tenaga keperawatan indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2017). *Standar nasional akreditasi rumah sakit*. Edisi 1. Jakarta: KARS

Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2012). *Instrumen akreditasi rumah sakit standar akreditasi versi 2012*. Edisi 1. Jakarta: KARS

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (2010). *Laporan insiden keselamatan pasien: periode Januari-Agustus 2010 (Kuartal I & II)*. Jakarta: KKP-RS

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (2015). Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP). Jakarta: KKP-RS

Kvas, A., Seljak, J., & Stare, J. (2014). Training Needs Assessment for Leaders in Nursing Based on Comparison of Competency Models, *Organizacija*, 47(1), 66-75. <https://doi.org/10.2478/orga-2014-0006>

Maher, A., Ayoubian, A., Rafiei, S., Sheibani Tehrani, D., Mostofian, F., & Mazyar, P. (2019). Developing strategies for patient safety implementation: a national study in Iran. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(8), 1113-1131. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-02-2019-0043>

Mappanganro, A. (2015). *Faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat dalam menerapkan patient safety goals di Rumah Sakit Ibnu Sina YBW-UMI Makassar*. Tesis. Fakultas kedokteran, universitas hasanuddin. Makasar. Diakses dari: <http://repository.unhas.ac.id:4001/digilib/files/disk1/441/--andimappan-22004-1-15-andi-.pdf>

Martyastuti, N. E. (2016). *Hubungan antara faktor individu dan persepsi organisasi dengan kinerja perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien di Ruang Rawat Inap Rsud*

*Bendan Kota Pekalongan.* Tesis. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Semarang.  
[http://eprints.undip.ac.id/51165/1/Proposal\\_Fix.pdf](http://eprints.undip.ac.id/51165/1/Proposal_Fix.pdf)

Maryani, L., Susilaningsih, F. S., & Yudianto, K. (2018). *Teamwork and patient safety in hospital settings: a literature review.* Conference: international conference on health care and management. Bandung.

Mbaloto, F. R. (2018). Strategic leadership kepala ruangan dalam penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUD Undata Palu. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9(1), 10-16. <https://ojs.unsiq.ac.id/index.php/jik/article/view/148>

McAlearney, A. S., & Kovner, A. R. (2013). *Health Services Management: Cases, Readings and Commentary.* Edisi 10. Chicago: Health Administration Press.

Morika, H. D., Suharizal & Yasmi (2019). Characteristics and motivation with nurse performance in applying patient safety in hospital. *International Journal of Community Medicine and Public Health.* 6(1). <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20185225>

Mulyono, M. H., Hamzah, A., & Abdullah, A. Z. (2013). Faktor yang Berpengaruh terhadap Kinerja Perawat di Rumah Sakit Tingkat III 16.06.01 Ambon. *Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 2(1), 18-26. <https://www.neliti.com/id/publications/8270/faktor-yang-berpengaruh-terhadap-kinerja-perawat-di-rumah-sakit-tingkat-iii-1606#cite>

Muthmainnah, H., Noor, B.N., Kapalawi, I. (2012). *Hubungan pengetahuan, motivasi dan supervisi dengan kinerja penerapan keselamatan pasien di RSUD Haji.* Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Makasar. Diakses dari:  
<http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/10636>

Nivalinda, D., Hartini, M. C. I., & Santoso, A. (2013). Pengaruh motivasi perawat dan gaya kepemimpinan kepala ruang

- terhadap penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana pada rumah sakit pemerintah di Semarang. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, 1(2), 138-145. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JMK/article/view/1010>
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nursalam. (2014). *Manajemen keperawatan dalam aplikasi praktik keperawatan Profesional*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2016). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan: pendekatan praktis*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika
- Pearce, C., Sims, H., Cox, J., Ball, G., Schnell, E., Smith, K., & Trevino, L. (2003). Transactors, transformers and beyond: a multi-method development of a theoretical typology of leadership. *Journal of Management Development*, 22(4), 273-307. <https://doi.org/10.1108/02621710310467587>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691 Tahun 2011. *Keselamatan pasien rumah sakit*. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017. *Keselamatan Pasien*. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2017. *Pengembangan jenjang karir profesional perawat klinik*. Jakarta
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI),, Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI),, & Asosiasi Institusi Pendidikan Diploma Keperawatan Indonesia (AIPDiKI). (2013). *Standar Kompetensi Perawat Indonesia*. Edisi IV. Jakarta.
- Priyanto., & Sakbani. (2019). Perbedaan kemampuan manajerial kepala ruang sebelum dan sesudah pelatihan manajemen bangsal. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 9(2), 79-84. <https://doi.org/10.32583/pskm.9.2.2019.79-84>

Priyono. (2010). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Cetakan kedua. Sidoarjo: Zifatama Publisher.

Putra, I K. A. A. A., Syaifudin, A., & Adinatha, Ni N. M. (2014). Hubungan gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di Rumah Sakit Umum Daerah Raa Soewondo Pati. *Prosiding Konferensi Nasional PPNI Jawa Tengah*, 2(1), 242-248. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/1149>

Rahmawati, T., Satria, A., & Purnaningsih, N. (2018). The effect of leadership, education and communication channel factors on patient safety culture. *Indonesian Journal of Business and Entrepreneurship (IJBE)*, 4(3), 227. <https://doi.org/10.17358/ijbe.4.3.227>

Rivai, F., Sidin, A., & Kartika, I. (2016). Faktor yang berhubungan dengan implementasi keselamatan pasien di RSUD Ajippannge Soppeng tahun 2015. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 5(4), 152-157. <https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/30527>

Stanley, D. (2014). Clinical leadership characteristics confirmed. *Journal of Research in Nursing*, 19(2), 118–128. <https://doi.org/10.1177/1744987112464630>

Sudariani, P. W., Utomo, B., & Fitryasari, R. (2016). Model kompetensi kepemimpinan kepala ruang meningkatkan motivasi dan kinerja perawat pelaksana. *Jurnal Ners*, 11(2), 176-185. <http://dx.doi.org/10.20473/jn.v11i2.1948>

Sudijono, A. (2010). *Pengantar Statistik Pendidikan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Alfabeta.

Sukesi, I., Soeharto, S., & Ahsan (2016). Analisis faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat melaksanakan keselamatan pasien. *Jurnal Keperawatan*, 7(1). 34-42.

<http://ejournal.umm.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/3926/4403>

Suwignjo, R.A. (2013). Pengaruh kepemimpinan manajemen rumah sakit dalam iklim keselamatan pasien di Rumah Sakit Sentra Medika Cibinong. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 1(3), 135-146. <http://dx.doi.org/10.7454/arsi.v1i3.2179>

Tannenbaum, S. I., Smith-Jentsch, K. A., & Behson, S. J. (1998). Training team leaders to facilitate team learning and performance. In J. A. Cannon-Bowers & E. Salas (Eds.), *Making decisions under stress: Implications for individual and team training* (p. 247–270). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/record/1998-06532-009?doi=1>

Tutiany., Lindawati., & Krisanti, P. (2017). *Manajemen keselamatan pasien*. Cetakan pertama. Jakarta: Kemenkes RI.

Wachter, R. M. (2018). *Understanding patient safety*, Edisi 3. United States: The McGraw-Hill Companies, Inc.

Whitehead, D. K., Weiss, S. A., & Tappin, R. M. (2010). *Essentials of nursing leadership and management*. Edisi 5. United States: F. A. Davis Company.

Salas, E., Tannenbaum, S. I., & Cohen, D. J. (2013). *Developing and enhancing teamwork in organizations: evidence-based best practices and guidelines*. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc

Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013) The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709–724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>

Workplace Health and Safety Queensland (WHSQ). (2017). *Leading for frontline safety workbook*. University of Western Australia. Office of Industrial Relations. Brisban: State of Queensland. Diakses dari <https://www.worksafe.qld.gov.au/whats->

[on/safety-leadership-at-work-workshops/slaw-events-calendar/2017/leading-for-frontline-safety-workshop-brisbane-city](http://on/safety-leadership-at-work-workshops/slaw-events-calendar/2017/leading-for-frontline-safety-workshop-brisbane-city)

World Health Organization. (2017). *Patient Safety: making health care safer*. Geneva: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. (2019). *Patient safety: global action on patient safety*. Seventy-Second World Health Assembly A72/26. Provisional agenda item 12.5, 25 March 2019. Geneva.

Zaccaro, S. J., Rittman, A. L., & Marks, M. A. (2001). Team leadership. *The Leadership Quarterly*, 12(4), 451-483.  
[http://dx.doi.org/10.1016/S1048-9843\(01\)00093-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1048-9843(01)00093-5)



# GLOSARIUM

## A

**Analisis Deskriptif**

: analisis statistik yang paling mendasar untuk menggambarkan keadaan data secara umum.

**Asesmen Risiko**

: metode sistematis untuk penilaian dan pengukuran tingkat risiko

## B

**Budaya Keselamatan Pasien**

: suatu jalan untuk menciptakan program keselamatan dengan cara fokus pada pelaksanaan programnya sehingga dapat menghasilkan keselamatan pasien.

## C

**Checklist**

: alat rekam observasi yang memuat sebuah daftar pernyataan tentang aspek-aspek yang mungkin terdapat dalam sebuah situasi, tingkah laku, dan kegiatan

## E

**Efektivitas**

: suatu ukuran yang menyatakan seberapa jauh target (kuantitas,kualitas dan waktu) yang telah dicapai oleh manajemen, yang mana target tersebut sudah ditentukan terlebih dahulu.

**Eksplanasi**

: uraian, deskripsi, eksplikasi, eksposisi, elaborasi.

<b>Empowering Leadership</b>	: kepemimpinan yang memberdayakan merupakan gaya kepemimpinan yang mengedepankan pemberdayaan bagi anggotanya.
<b>Error Chain</b>	: rantai peristiwa atau rantai kesalahan
<b>F</b>	
<b>Falibilitas</b>	: kesalahan
<b>I</b>	
<b>Identifikasi Risiko</b>	: usaha untuk menemukan atau mengetahui risiko – risiko yang mungkin timbul dalam kegiatan yang dilakukan.
<b>Iklim Keselamatan</b>	: persepsi terhadap nilai keselamatan dalam lingkungan kerja menggambarkan sikap, yaitu kepercayaan dan perasaan individu tentang obyek atau aktivitas tertentu
<b>Insiden Keselamatan Pasien</b>	: kejadian atau situasi yang berpotensi mengakibatkan harm (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang seharusnya tidak terjadi.
<b>Instrumen</b>	: alat bantu yang digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data
<b>Integratif</b>	: penyatuan atau penggabungan, pembaharuan hingga menjadi kesatuan yang utuh.

## K

- Kecerdasan Emosional** : kecerdasan yang erat kaitannya dengan kepedulian dan hati, baik antar sesama manusia, dengan makhluk lain, maupun alam sekitar.
- Kejadian Nyaris Cedera (KNC)** : Insiden yang tidak menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission), dapat terjadi karena “keberuntungan”, misalnya: Salah identitas pasien namun diketahui sebelum dilakukan tindakan.
- Kejadian Tidak Cedera (KTC)** : Suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera, misalnya: Pasien minum parasetamol & tidak ada reaksi apapun tetapi dokter tidak meresepkan parasetamol
- Kejadian Tidak diharapkan (KTD):** Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien.
- Kepala Ruang** : manajer tingkat bawah/ lini yang memegang peranan cukup penting dan strategis dalam manajemen di unit perawatan rawat inap
- Kepemimpinan Strategik** : kemampuan pemimpin untuk memvisualisasikan, merencanakan,

	memimpin, dan membuat yang terbaik dari sumber daya yang mereka miliki untuk menjalankan strategi secara efisien dan berhasil.
<b>Kepemimpinan</b>	: salah satu fungsi manajemen untuk memengaruhi, mengarahkan, memotivasi, dan mengawasi orang lain agar dapat melakukan tugas-tugas yang telah direncanakan, sehingga mencapai tujuan organisasinya.
<b>Kinerja Tim</b>	: tingkat pencapaian atau hasil kerja tim yang harus dicapai dalam kurun waktu tertentu, memiliki komitmen untuk mencapai suatu tujuan bersama dengan suatu proses kerja sama dimana mereka saling bertanggung jawab satu sama lain.
<b>Kinerja</b>	: Hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dapat dicapai oleh seorang pekerja dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya sebagai pegawai sesuai dengan tanggung jawab yang dibebankan atau diberikan kepadanya.
<b>Kondisi Potensial Cedera (KPC)</b>	: kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden, misalnya: Kerusakan alat ventilator
<b>Korelasional</b>	: jenis metode penelitian non-eksperimental di mana seorang peneliti mengukur dua variabel, memahami dan menilai hubungan

	statistik antara mereka tanpa pengaruh dari variabel asing.
<b>Kreativitas</b>	: kemampuan untuk menciptakan sesuatu yang baru, baik yang benar-benar merupakan hal baru atau sesuatu ide baru yang diperoleh dengan cara menghubungkan beberapa hal yang sudah ada dan menjadikannya suatu hal baru.
<b>L</b>	
<b><i>Locus of Control</i></b>	<b>I:</b> keyakinan individu mengenai sumber penyebab dari peristiwa-peristiwa yang dialami dalam hidupnya.
<b>M</b>	
<b><i>Medical Error</i></b>	: kesalahan medis
<b>Mentor</b>	: individu yang bertindak sebagai penasihat atau pelatih untuk orang yang memiliki pengalaman terbatas.
<b><i>Meta-Analytic Path Model</i></b>	: teknik yang digunakan untuk merangkum temuan dua penelitian atau lebih dengan tujuan untuk menggabungkan, meninjau dan meringkas penelitian sebelumnya. Pendekatan statistik yang digunakan dengan menggabungkan meta-analisis dan analisis jalur.
<b>Model Leader-Member Exchange (LMX)</b>	: pendekatan berbasis hubungan untuk kepemimpinan yang berfokus pada

<b>Monitoring</b>	hubungan dua arah (diadik) antara pemimpin dan pengikut
<b>Motivasi</b>	: pemantauan. : proses yang menjelaskan intensitas, arah, dan ketekunan seorang individu dalam mencapai tujuannya
 <b>O</b>	
<b>Outcome Pasien</b>	: gambaran respon pasien terkait keberhasilan terapi/ intervensi
 <b>P</b>	
<b>Peer Review</b>	: penilaian sejawat
<b>Pemimpin Klinis</b>	: orang yang ahli di bidangnya dalam berkomunikasi, menjadi role model, motivator dan menyakini serta mengaplikasikan nilai-nilai keperawatan dalam praktik keperawatan.
<b>Penilaian Kinerja</b>	: sistem formal yang digunakan untuk mengevaluasi kinerja karyawan agar sesuai dengan standar kerja yang telah ditetapkan.
<b>Perawat Manajer</b>	: seorang perawat yang memiliki keahlian dalam pengelolaan pelayanan keperawatan di bidang kesehatan, baik dalam pengelolaan tingkat bawah, menengah, dan atas.
<b>Produktifitas</b>	: kemampuan seseorang, sistem, atau perusahaan untuk menghasilkan sesuatu dengan memanfaatkan sumber daya yang ada secara efektif dan efisien.

**Proportional Cluster Sampling** : pengambilan sampel yang memperhatikan pertimbangan kategori wilayah atau lokasi di dalam populasi penelitian.

## R

<b>Rekrutmen</b>	: serangkaian aktivitas mencari pelamar kerja yang diidentifikasi dalam perencanaan kepegawaian.
<b>Relasional</b>	: kemampuan aktif terlibat dalam tim, memiliki ide-ide inovatif dan memiliki inisiatif untuk membuat perubahan positif.
<b>Reliabilitas</b>	: sejauh mana pengukuran dari suatu tes tetap konsisten setelah dilakukan berulang-ulang terhadap subjek dan dalam kondisi yang sama.
<b>Reward System</b>	: pemberian penghargaan kepada karyawan untuk memotivasi para karyawan agar mereka meningkatkan kinerja dan produktivitas.
<b>Role Model</b>	: teladan

## S

<b>Safety Compliance</b>	: perilaku patuh dalam menjalankan aturan keselamatan dalam bekerja di lingkungan kerja
<b>Safety Participation</b>	: perilaku berpartisipasi dalam membantu mengembangkan lingkungan kerja yang mendukung proses keselamatan.

<b>Sasaran Keselamatan Pasien</b>	: target yang mendorong peningkatan spesifik dalam keselamatan pasien, terdiri dari 6 indikator.
<b>Self-Appraisals</b>	: penilaian diri
<b>Soft Skills</b>	: karakter bawaan individu, kemampuan yang dimiliki oleh individu secara alami.
<b>Standar Keselamatan Pasien</b>	: persyaratan ukuran atau tingkatan tertentu yang dipakai sebagai patokan keselamatan pasien
<b>Supervisi</b>	: pengawasan

## T

<b>Task Oriented</b>	: Orientasi tugas, batasan dimana terdapat standar prosedur untuk menyelesaikan tugas dan bagaimana cara melaksakan tugas tersebut dengan sebaik- baiknya.
<b>Teori Model Integratif</b>	: teori model dalam upaya untuk mengintegrasikan sejumlah keunggulan dari berbagai model yang ada.
<b>Transformasional</b>	: jenis gaya kepemimpinan yang mengarah ke perubahan positif pada mereka yang mengikuti.

## V

<b>Validitas</b>	: suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen.
------------------	---

# INDEKS

<b>A</b>	
Analisis Deskriptif	Kejadian Tidak diharapkan (KTD)
Asesmen Risiko	Kepala Ruang
	Kepemimpinan Strategik
<b>B</b>	Kepemimpinan
Budaya Keselamatan Pasien	Kinerja Tim
	Kinerja
<b>C</b>	Kondisi Potensial Cedera (KPC)
<i>Checklist</i>	Korelasional
	Kreativitas
<b>E</b>	
Efektivitas	<b>L</b>
Eksplanasi	<i>Locus of Control</i>
<i>Empowering Leadership</i>	
<i>Error Chain</i>	<b>M</b>
	<i>Medical Error</i>
<b>F</b>	Mentor
Falibilitas	<i>Meta-Analytic Path Model</i>
	<i>Model Leader–Member</i>
<b>I</b>	<i>Exchange (LMX)</i>
Identifikasi Risiko	Monitoring
Iklim Keselamatan	Motivasi
Insiden Keselamatan Pasien	
Instrumen	<b>O</b>
Integratif	<i>Outcome Pasien</i>
<b>K</b>	
Kecerdasan Emosional	<b>P</b>
Kejadian Nyaris Cedera (KNC)	<i>Peer Review</i>
Kejadian Tidak Cedera (KTC)	Pemimpin Klinis
	Penilaian Kinerja

Perawat Manajer	<i>Reward System</i>
Perawat	<i>Role Model</i>
Populasi	
Produktivitas	<b>S</b>
<i>Proportional Cluster Sampling</i>	<i>Safety Compliance</i>
	<i>Safety Participation</i>
<b>R</b>	
Rekrutmen	<i>Sasaran Keselamatan Pasien</i>
Relasional	<i>Self-Appraisals</i>
Reliabilitas	<i>Soft Skills</i>
	Standar Keselamatan Pasien

# **Model Supervisi Keperawatan Dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien**





# BAB 1

## PENDAHULUAN

---

### 1.1 Latar Belakang

Keselamatan pasien masih menjadi masalah kesehatan masyarakat global yang serius. Hal tersebut dikarenakan masih banyaknya kejadian yang tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera yang sering terjadi di rumah sakit (WHO, 2019). Penerapan sistem keselamatan pasien yang baik di rumah sakit bertujuan untuk meminimalisir terjadinya insiden keselamatan pasien. Keselamatan pasien merupakan suatu bagian sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes, 2017).

WHO (2019), melaporkan bahwa 134 juta peristiwa merugikan terjadi setiap tahun karena perawatan yang tidak aman di rumah sakit yang ada di negara berpenghasilan rendah dan menengah (LMICs), mengakibatkan 2,6 juta kematian setiap tahun. Setiap 100 pasien rawat inap pada waktu tertentu, tujuh di negara berpenghasilan tinggi dan 10 di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah akan memperoleh satu atau lebih infeksi terkait perawatan kesehatan (HAIs) dan ratusan juta pasien di seluruh dunia terkena HAI setiap tahun.

Penerapan sasaran keselamatan pasien di Indonesia meskipun telah diterapkan selama lebih dari satu dekade, namun sistem pelaporan insiden keselamatan pasien belum sepenuhnya mengikuti pedoman WHO. Kurangnya pemahaman

dan adanya kebingungan ditemukan hampir di semua tingkat implementasinya (Dhamanti et al., 2019).

Hasil studi literatur tentang penerapan sasaran keselamatan pasien di Indonesia, diperoleh data bahwa perawat melakukan implementasi keselamatan dengan baik sebanyak 44,26%. Hal tersebut menunjukkan bahwa masih lebih dari 50% perawat belum melakukan implementasi keselamatan pasien sesuai dengan SOP. Rata-rata skor implementasi enam sasaran keselamatan pasien dari 4 rumah sakit Indonesia adalah 64,81%. Angka tersebut masih jauh dibawah target KARS yaitu pencapaian 100%. Jika perawat tidak melaksanakan implementasi keselamatan pasien dengan baik, dikhawatirkan dapat memicu insiden keselamatan pasien di rumah sakit (Galleryzki et al., 2021).

Kepatuhan petugas yang rendah, sarana dan prasana yang tidak mendukung, serta rendahnya komitmen manajemen merupakan beberapa faktor yang menyebabkan belum optimalnya pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit, oleh sebab itu perlu dilakukan pembinaan, supervisi, serta dukungan sarana dan prasarana yang memadai (Larasati & Inge Dhamanti, 2021). Rumah sakit dan manajer perawat memiliki peranan penting dalam meningkatkan keselamatan pasien untuk menghindari terjadinya insiden keselamatan dengan melakukan pemanfaatan sumber daya secara optimal (Galleryzki et al., 2021).

Strategi untuk meningkatkan kepatuhan terhadap pelaksanaan sasaran keselamatan pasien melalui kegiatan supervisi. Supervisi merupakan sumber penting untuk keperawatan dan terdapat basis bukti yang luas untuk mendukung pelaksanaan supervisi. Pemahaman yang baik tentang proses ini sangat penting untuk meningkatkan kualitas supervisi. Secara umum, ditemukan bahwa sebagian besar perawat menerima supervisi sesuai dengan kepercayaan dan mereka mengenalinya sebagai hal yang penting untuk

dilaksanakan. Hasil penelitian tersebut tersebut juga mengidentifikasi perlunya lebih banyak pelatihan dan dukungan untuk supervisor dan kebutuhan untuk memastikan bahwa supervisi tetap terfokus secara klinis daripada sekedar memantau kualitas dan tata kelola data (Tobis. C et al, 2016).

Supervisi yang dilakukan oleh kepala perawat merupakan faktor yang paling terkait. Peningkatan kualitas supervisi akan mempengaruhi penerapan tujuan keselamatan pasien sehingga budaya keselamatan pasien dapat diciptakan dan dicapai dengan baik (Suryani et al., 2021). Supervisi yang efektif tidak hanya mengawasi dan mengamati apakah seluruh staf keperawatan menjalankan tugas dengan sebaik-baiknya sesuai dengan instruksi atau standar yang ada, tetapi juga berusaha memfasilitasi atau memotivasi perawat pelaksana untuk meningkatkan profesionalisme (Lynch, L., 2008; Moxham & Gagan, 2015).

Kegiatan supervisi idealnya berakhir dengan baik ketika supervisor dan supervisi saling memahami fungsi masing-masing dan bisa saling berbagi pengalaman, namun pada umumnya supervisi hanya sebatas penilaian dan perawat sering mempunyai pengalaman yang kurang baik seperti adanya rasa malu, cemas, takut ketika ada kegiatan supervisi. Oleh karena itu diperlukan model supervisi yang menjadi acuan dalam pelaksanaan supervisi.

Menyadari pentingnya kajian tentang keselamatan pasien di rumah sakit dikaitkan dengan model supervisi, maka buku ini menyajikan hasil penelitian yang ditemukan penulis berdasarkan *literature review*.

## 1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh model supervisi dalam penerapan sasaran keselamatan pasien?



# BAB 2

## METODOLOGI

---

### 2.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dengan pendekatan literatur review. Suatu kerangka, konsep atau orientasi untuk melakukan analisis dan klasifikasi fakta yang dikumpulkan dari beberapa sumber rujukan (buku, majalah, dan jurnal penelitian). Tujuan literatur review untuk mendapatkan landasan teori yang bisa mendukung pemecahan masalah yang diteliti (Siregar, Amelia Z & Harahap, 2019). Penelitian ini menggunakan *literature review* untuk menelaah lebih terperinci tentang model supervisi terhadap penerapan keselamatan pasien.

### 2.2 Framework

Pendekatan yang digunakan terdiri atas *Population*, *Intervention*, *Comparison*, *Outcome*, dan *Study Design* (PICOS), sebagai kerangka kerja untuk mengembangkan strategi pencarian literatur dalam bidang kesehatan. Unsur-unsur pendekatan kelayakan artikel sebagai berikut:

- a. *Population/problem* merupakan populasi atau masalah yang akan dianalisis sesuai dengan tema yang telah ditentukan penulis yaitu model supervisi terhadap penerapan *patient safety*.
- b. *Intervention* yaitu suatu tindakan atau indikator dari masalah sesuai dengan tema yang diangkat dalam *literature review*.
- c. *Comparison* merupakan perbandingan tentang penatalaksanaan antara kelompok intervensi yang digunakan, jika tidak ada bisa menggunakan kelompok kontrol dalam studi yang terpilih.

- d. *Outcome* yaitu hasil atau luaran yang diperoleh pada penelitian sebelumnya sesuai dengan tema yang telah ditentukan penulis dalam literature *review* sehingga diperoleh gambaran mendalam tentang model supervisi terhadap penerapan keselamatan pasien.
- e. *Study design* merupakan desain penelitian yang digunakan dalam artikel yang akan direview yaitu penelitian kuantitatif (*cross sectional, control, quasy experiment, eksplanatory survei*, dll), penelitian kualitatif dan *mix method* (Siregar, Amelia Z & Harahap, 2019).

### **2.3 Penelusuran Literatur**

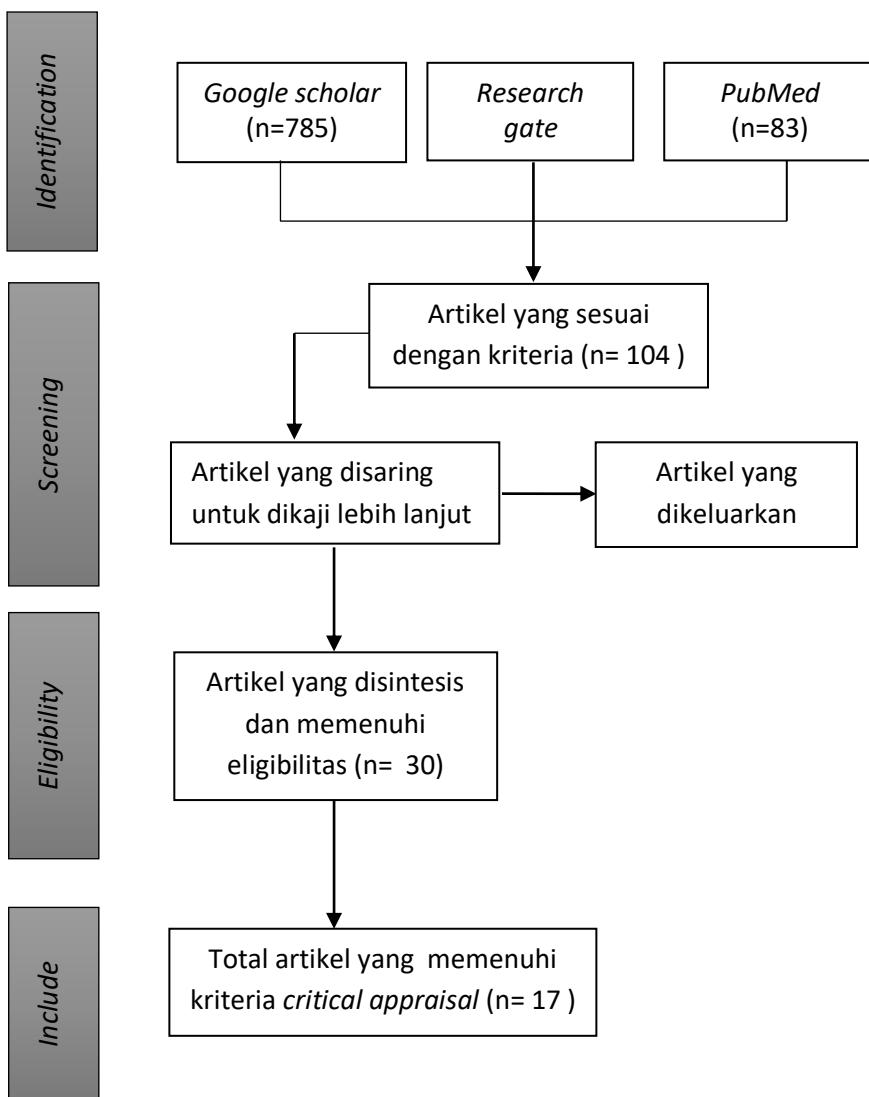
Artikel penelitian pada literature review ini ditelusuri melalui *google scholar*, *research gate*, *PubMed* dengan kata kunci “supervisi klinik (*clinical supervision*)”, “keselamatan patient (*patient savety*)”.

### **2.4 Seleksi Literatur**

Penelitian ini memiliki kriteria inklusi dan eksklusi dalam pemilihan artikel ilmiah yang digunakan sehingga dapat diperoleh subyek bahan kajian literatur yang tepat dan relevan.

Kriteria inklusi dalam studi *literature review* ini yaitu: artikel diterbitkan mulai tahun 2017 sampai tahun 2022, tersedia dalam bentuk *full text* dan *free access*, serta artikel yang menjelaskan tentang supervisi terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien.

Kriteria eksklusi yaitu mengeluarkan artikel penelitian yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab. Kriteria eksklusi dalam *literature review* ini meliputi: artikel hanya memuat abstrak saja dan *paper* dipublikasi pada prosiding.



Gambar 2.1 PRISMA *Flowchart diagram*

## 2.5 Abstraksi literatur

N o	Author & years	Title	Study design, sample, variable, instrument, analysis	Outcome	Summary of result
1	Ponco Nugroho & Sujianto, (2017)	Supervisi Kepala Ruang Model Proctor Untuk Meningkat- kan Pelaksanaan Keselamatan Pasien	Desain : Kuantitatif, <i>quasi eksperimen</i> <i>(pre and post test control group)</i> Sampel: 88 diperoleh melalui <i>proportional sampling</i>  Instrumen: Kuesioner supervisi model Proctor dan lembar observasi pelaksanaan keselamatan pasien  Analisis: <i>Wilcoxon,</i> <i>Dependent t-test,</i> <i>Independent t-test,</i> dan <i>Mann-Whitney.</i>	Mengetahui pengaruh supervisi kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien di instalasi rawat inap  rumah sakit di Kabupaten Lamongan ( $p= 0,000, p< 0,05$ )	Terdapat pengaruh supervisi kepala ruang model Proctor terhadap pelaksanaan keselamatan pasien di instalasi rawat inap sebuah rumah sakit di Kabupaten Lamongan ( $p= 0,000, p< 0,05$ )
2	Jølstad et al (2017)	Clinical Supervision and Non- Technical Professional	Desain: <i>Cross-sectional</i> Sampel:	1. Mengevaluasi persepsi mahasiswa perawat spesialis	Supervisi klinis sangat penting untuk pengembang

---

<i>Development Skills in the Context of Patient Safety—The Views of Nurse Specialist Students</i>	46	tentang mahasiswa spesialis perawat Instrumen: Kuesioner mencakup tiga instrumen yaitu <i>Manchester Clinical Supervision Scale (MCSS)</i> , <i>Effects of Supervision Scale (ESS)</i> untuk mengukur pandangan perawat tentang efektivitas supervisi dan <i>Focus on Empowerment Supervision Scale (FESS)</i> tentang keterlibatan pengguna, dokumentasi keperawatan dan pengaruh supervisi	an keterampilan non-teknis dan kompetensi keselamatan pasien.
		Analisis: <i>Alpha Cronbach</i> , Perbedaan antara kelompok diuji dengan	2. Menginterpretasikan hasil supervisi dengan keselamatan pasien (PS).

---

---

			uji <i>U Mann-Whitney</i> dan <i>Spearman</i> digunakan untuk menghitung korelasi antar faktor.	
<b>3</b>	Røsnæs et al (2017)	Reflection as a Skill – Clinical Supervision as a Prerequisite for Professional Development to Ensure Patient Safety	Desain: kualitatif Sampel: 56 mahasiswa spesialis perawat Instrumen: pedoman wawancara Analisis: analisis isi kualitatif Graneheim dan Lundman	Mengeksplorasi pengalaman supervisi klinis untuk memastikan keselamatan pasien (PS). Supervisi klinik memiliki potensi peningkatan kualitas melalui pengembangan kompetensi klinis dan berperan penting dalam penerapan keselamatan pasien serta kerja tim profesional dan interdisipliner.
<b>4</b>	Snowdon et al (2020)	<i>Effective clinical supervision of allied health professionals : a mixed methods study</i>	Desain: mix methods Sampel: purposive dari 38 profesional kesehatan. Instrumen: Kualitatif melalui wawancara semi-terstruktur. Kuantitatif	Mengeksplorasi persepsi tenaga profesional kesehatan terkait aspek supervisi aspek supervisi profesional perawat ; supervisor memiliki keterampilan dan atribut yang

---

---

menggunakan MCSS-26 Analisis: Kualitatatif menggunakan analisis tematik	diperlukan untuk memfasilitasi hubungan yang konstruktif; dan organisasi menyediakan lingkungan yang memfasilitasi hubungan ini dalam pengembangan professional. Dua puluh lima peserta (66%) skor MCSS-26 sebesar 73 yang menunjukkan supervisi klinis yang efektif.
---	---

---

<b>5</b>	Irawan, Yulia, dan Mulyadi (2017)	Hubungan Supervisi dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Xx	Desain: Kuantitatif dengan desain deskriptif korelatif dan pendekatan cross sectional.	Mengetahui hubungan supervisi dengan penerapan budaya keselamatan pasien	Terdapat hubungan supervisi dengan penerapan budaya keselamatan pasien (p value = 0,006). Peran supervisi sangat penting dalam membangun budaya keselamatan pasien
		Sampel: total sampling sebanyak 48 perawat.	Instrumen: kuesioner.	Analisis: <i>Chi Square</i>	
<b>6</b>	Silvia, Sandra et al in (2017)	<i>Clinical supervision in nursing: effective pathway to quality</i>	Desain: Penelitian eksplorasi, deskriptif dan longitudinal	Mengembangkan supervisi klinis dalam model keperawatan yang paling mendukung praktik profesional	Supervisi klinis dalam keperawatan harus dilaksanakan pada setiap perawat dalam praktik klinis karena memberikan efek positif.
		Sampel: 61 perawat	Instrumen: MCSS-36 versi Portugis.	Analisis: <i>Cronbach Alpha</i>	
<b>7</b>	Basri et al (2018)	Model supervisi Keperawatan terhadap Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat	Desain: <i>quasi eksperiment</i> dengan rancangan <i>pre-test post-test with control group design.</i>	Mengetahui adanya perbedaan pelaksanaan sasaran keselamatan pasien sebelum dan sesudah diberlakukan supervisi reflektif	Terdapat perbedaan yang signifikan pelaksanaan sasaran keselamatan pasien sesudah

	Inap Poso	Rsdud		interaktif	diberlakukan supervisi reflektif interaktif (0,000), pada kelompok intervensi & kelompok kontrol.
		Sampel: perawat di ruang rawat inap RSUD Poso 24 orang pada masing- masing kelompok.	Analisis: <i>Chi square,</i> <i>independent</i> <i>sample t test,</i> <i>paired</i> <i>sample t-</i> <i>test, korelasi</i> <i>pearson, dan</i> untuk analisis multivariat mengguna- kan <i>General</i> <i>Linear Model</i> <i>Repeated</i> <i>Measure</i> (GLM-RM).		
8	Siti Fatonah (2020)	Supervisi Kepala Ruangan dalam Menigkatkan Budaya Keselamatan Pasien	Desain: <i>Cross</i> <i>sectional.</i> Sampel: 156 perawat yang dipilih melalui <i>random</i> <i>sampling.</i>  Instrumen: Kuesioner <i>AHRQ (The</i> <i>Agency for</i> <i>Health Care</i> <i>Research and</i> <i>Quality)</i> dan	Mengetahui hubungan antara pengawasan kepala ruangan dengan budaya keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSUD Nganjuk	Terdapat hubungan yang signifikan antara supervisi kepala ruangan dengan budaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Nganjuk.

			kuesioner <i>Manchester Clinical Supervision Scale</i>		
9	Bernardi et al (2014)	<i>Patient Safety Culture: Evaluation By Nursing Professionals</i>	Desain: Studi kuantitatif <i>cross-sectional</i> Sampel: 437	Mengevaluasi penerapan budaya keselamatan pasien oleh tim keperawatan di rumah sakit.	Budaya keselamatan yang positif dapat dicapai melalui perbaikan yang melibatkan manajemen dan kepemimpinan, persepsi keamanan, harapan tentang supervisor saat supervisi dan tindakan yang mempromosikan keselamatan, komunikasi, dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien dan kerja tim antar unit
10	Hennus et al (2021)	Supervision, Interprofessi onal	Desain: <i>Cross-sectional</i>	Mengetahui pelaksanaan supervisi pada	Kegiatan supervisi yang

	Collaboration , and Patient Safety in Intensive Care Units during the COVID-19 Pandemic	Sampel: 349 Instrumen: Kuesioner dari survei versi Utrecht	tenaga kerja ICU, kolaborasi interprofesional,d an kualitas keselamatan pasien pada puncak gelombang pandemi.  Analisis: Data kuantitatif dengan statistik deskriptif, data kualitatif dianalisis secara tematis dan digabungkan untuk interpretasi umum	menurun memberikan dampak pada keamanan, keselamatan pasien dan kualitas perawatan.
pubmed				
11	David A Snowdon, Raphael Hau 2, Sandra G Leggat (2016)	<i>Does Clinical Supervision of Health Professionals Improve Patient Safety? A Systematic Review And Meta-Analysis</i>	Desain: Studi literatur Sumber data: Database MEDLINE, PsychINFO, CINAHL, EMBASE dan AMED  Ekstraksi data: Kualitas setiap studi menggunakan Instrumen Kualitas Studi Penelitian Pendidikan Kedokteran.	Menentukan apakah supervisi klinis profesional kesehatan meningkatkan keselamatan pasien.  Supervisi profesional medis dan paramedis dapat mengurangi risiko komplikasi

12	Maulidia wati & Nursalam (2017)	<i>Development of A Supervision Model Based on Experiential Learning for The Implementation of Patient Safety Goals at A Teaching Hospital in Surabaya</i>	Desain: Explanatory survey.  Sampel: 100 responden menggunakan teknik stratified random sampling.	Mengembangkan model supervisi berdasarkan pengalaman pembelajaran dalam implementasi keselamatan pasien.	Supervisi berbasis experiential learning menggunakan empat tahap: konkret pengalaman, observasi reflektif, konseptualisasi abstrak dan eksperimentasi aktif. Supervisi mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat di rumah sakit.
13	Amsrud (2015)	<i>The influence of clinical supervision and its potential for enhancing patient safety – Undergraduate nursing students' views</i>	Desain: deskriptif dan metode eksploratif.  Sampel: 66 mahasiswa keperawatan  Instrumen: kuesioner  Analisis : Cronbach's alpha, rank Spearman	1. Mengetahui pengaruh supervisi klinis terhadap mahasiswa keperawatan.  2. Mengetahui hubungan antara supervisi klinis dan keselamatan pasien.	Supervisi klinis berkontribusi pada pertumbuhan pribadi dan caring terhadap pasien, sehingga memperkuat pengembangan keterampilan untuk keselamatan pasien
14	Fattah (2021)	<i>The Influence of Supervision</i>	Desain: survei analitik	Mengetahui supervisi kepala ruangan dan	Supervisi kepala ruangan

		<i>of Heads of Rooms and Knowledge of Implementing Nurses on Patient Safety through the Quality of Nursing Services at the Regional Hospital</i>	dengan pendekatan kuantitatif. Sampel : 164 perawat	pengetahuan staf keperawatan tentang keselamatan pasien	berdampak positif terhadap keselamatan pasien
15	Hadi et al (2020)	<i>Nursing Supervision Model toward Patient Safety Goals on The Ward</i>	Desain: eksperimen semu dengan pretest-posttest with control group design. Sampel : 24 subjek kelompok intervensi dan 24 subjek kelompok kontrol.	Mengetahui pengaruh model supervisi interaktif reflektif terhadap implementasi pasien tujuan keselamatan.	Model reflektif interaktif supervisi klinis dibutuhkan oleh kepala ruangan sebagai pedoman dalam melakukan supervisi terhadap pelaksanaan asuhan pada pasien dan implementasi keselamatan pasien di rumah sakit.
16	Adriansyah et al (2022)	<i>Incident analysis of patient safety in hospital: Based on feedback and supervision</i>	Desain: deskriptif-analitik dengan desain cross sectional. Sampel:	Menganalisis pengaruh umpan balik dan supervisi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit.	Umpan balik dan supervisi berpengaruh terhadap kejadian insiden keselamatan pasien di

---

<i>concept</i>	Partisipan terdiri dari 21 kepala unit kerja, 51 orang penanggung jawab unit kerja dan 18 orang penanggung jawab mutu unit kerja.	rumah sakit.
	Instrumen: <i>Manchester Clinical Supervision Scale (MCSS)</i> 26	
	Analisis: Tabulasi silang kemudian diinterpretasi kan menggunakan konsep Pareto	

---

<b>17</b>	Oktariani et al (2020)	Supervisi Klinik Berbasis 4S ( <i>Structure, Skills, Support, and Sustainable</i> ) terhadap Penerapan Keselamatan Pasien	Desain: <i>quasy experiment</i> dengan pendekatan <i>pre-post test design with control group.</i> Sampel: Pasien perawat pelaksana berjumlah 66 orang (proportional random sampling)	Menganalisis pengaruh implementasi supervisi berbasis 4S terhadap penerapan keselamatan pasien oleh Perawat Pelaksana	Supervisi klinik berbasis 4S secara signifikan terhadap penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana pada kelompok intervensi
Instrumen: lembar observasi keselamatan pasien Analisis: Paired t-test					

# BAB 3

## TEORI MUTAKHIR

---

### 3.1 Keselamatan Pasien

#### A. Definisi

*Canadian Nursing Assiciation* (2004), mendefinisikan keselamatan pasien adalah bebas dari cidera fisik dan psikologi yang menjamin keselamatan pasien, melalui system operasional, meminimalisir terjadinya kesalahan, mengurangi rasa tidak aman pasien dalam sistem perawatan kesehatan dan meningkatkan pelayanan yang optimal (Hadi, 2016).

Keselamatan pasien rumah sakit merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes, 2017; KKPRS, 2018).

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Kejadian Potensial Cedera (KPC) (Permenkes, 2017).

## **B. Tujuan Keselamatan Pasien**

- 1) Akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat dapat meningkat melalui budaya keselamatan pasien.
- 2) Memberikan kepuasan bagi pasien maupun pihak internal rumah sakit
- 3) Sebagai arah dalam meningkatkan mutu pelayanan
- 4) Efisiensi dalam penggunaan sumber-sumber yang ada
- 5) Menurunnya KTD, KNC, kejadian sentinel

## **C. Standar Keselamatan Pasien**

Standar Keselamatan Pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan no 11 tahun 2017 meliputi:

- 1) Standar I. Hak pasien Standar  
Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.
- 2) Standar II. Mendidik pasien dan keluarga Standar  
Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.
- 3) Standar III. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan Standar  
Rumah Sakit menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
- 4) Standar IV. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien  
Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

- 5) Standar V. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
  - Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “ Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit ”.
  - Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi inseiden.
  - Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
  - Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
  - Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
- 6) Standar VI. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
  - Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
  - Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.
- 7) Standar VII. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
  - Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk

- memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
- Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

#### **D. Sasaran Keselamatan Pasien**

Sasaran Keselamatan Pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 11 tahun 2017 meliputi:

##### **1) Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien**

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbiasa/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/ lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan bar-code, dan lain-lain.

Elemen Penilaian Sasaran:

- Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
- Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

## 2) Sasaran II : Peningkatan Komunikasi Yang Efektif

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon.

Elemen Penilaian Sasaran II :

- Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
- Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
- Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan
- Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

## 3) Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (*High-Alert*)

Obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look Alike Sound Alike/LASA).

Elemen Penilaian Sasaran III :

- Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
  - Implementasi kebijakan dan prosedur.
  - Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.
  - Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).
- 4) Sasaran IV : Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat Pasien Operasi

Salah lokasi, salah-prosedur, pasien-salah pada operasi, adalah sesuatu yang menkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (site marking), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi.

Elemen Penilaian Sasaran:

- Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
- Rumah sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
- Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.

- Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

5) Sasaran V : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* bisa dibaca kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional.

Elemen Penilaian Sasaran:

- Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum
- Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif
- Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

6) Sasaran VI : Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh. Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab

cedera bagi pasien rawat inap. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien.

Elemen Penilaian Sasaran:

- a. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
- b. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.
- c. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
- d. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

**E. Dimensi Dalam Pelaksanaan Keselamatan Pasien**

1) Keterbukaan Komunikasi

Keterbukaan komunikasi ditandai dengan adanya kebebasan untuk menyampaikan pendapat atau menginformasikan sesuatu jika melihat pelaksanaan tidak sesuai dengan standar yang berpengaruh terhadap pasien dan staf merasa bebas untuk bertanya lebih dalam dengan menggunakan otoritas yang dimiliki.

2) *Feedback* dan komunikasi tentang kesalahan yang terjadi

Adanya umpan balik tentang perubahan yang akan diimplementasikan kepada seluruh staf dan mendiskusikan cara untuk mencegah kesalahan.

3) Frekuensi pelaporan kejadian

Kesalahan yang dilaporkan terdiri atas beberapa bentuk:

- a. Kesalahan yang diketahui dan diperbaiki karena menyangkut pasien
- b. Kesalahan yang tidak berpotensi membahayakan pasien
- c. Kesalahan yang dapat membahayakan pasien

4) *Handoff* dan transisi

Pertukaran informasi mengenai perawatan pasien diinformasikan antar unit dalam rumah sakit dan wajib disampaikan ketika pergantian shift jaga. Staf merasa yakin bahwa fokus utama adalah keterbukaan sebagai media pembelajaran dan bukan untuk mencari kesalahan ataupun menghukum. Komunikasi terbuka dapat juga diwujudkan pada saat serah terima pasien, *briefing staff* maupun *morning report*

5) Dukungan organisasi untuk keselamatan pasien

Manajemen rumah sakit menyediakan lingkungan kerja yang mempromosikan keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas dalam manajemen rumah sakit

6) *Nonpunitive respon to error*/ respon tidak menghakimi pada kesalahan yang dilakukan

Staff merasa bahwa kesalahan dan kejadian yang dilaporkan tidak ditujukan untuk menyalahkan dirinya, dan kesalahan tersebut tidak hanya menjadi masalah pribadinya. Perawat dan pasien diperlakukan secara adil saat terjadi insiden dan tidak berfokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan.

7) *Organizational learning*-pembelajaran berkelanjutan

Kesalahan akan mendorong perubahan positif dan perubahan tersebut akan dievaluasi untuk menilai keefektifannya

8) *Persepsi keseluruhan mengenai keselamatan pasien*

Sistem dan prosedur yang ada sudah bagus untuk

pencegahan kesalahan dan hanya terdapat sedikit masalah mengenai keselamatan pasien

9) *Staffing*

Staff yang ada di rumah sakit sudah cukup untuk mengatasi beban kerja yang tinggi dan jam kerja sudah sesuai untuk melakukan perawatan dan pelayanan terbaik untuk pasien.

10) *Supervisi*

Kegiatan supervisi menjadi sebuah sarana untuk mengevaluasi sejauh mana kepatuhan staff dalam melaksanakan budaya keselamatan pasien. *Supervisor*/manajer mempertimbangkan saran dari staff untuk meningkatkan keamanan pasien, memberikan respon positif terhadap staff yang mengikuti prosedur keselamatan pasien dengan benar dan tidak berlebihan dalam melakukan pembahasan mengenai masalah keselamatan pasien

11) *Kerjasama lintas unit*

Unit-unit dalam rumah sakit bekerja sama dan berkordinasi satu sama lain untuk menyediakan pelayanan terbaik untuk pasien

12) *Kerjasama antar unit atau dalam unit*

Staf dalam unit saling mendukung satu sama lain, saling menghargai satu sama lain dan bekerja sama sebagai satu tim (Famolara T, Yount N D, Willow B & , Liu H, 2016).

## 3.2 SUPERVISI

### A. Definisi

Supervisi merupakan hubungan kerja antara supervisor dan staf di mana staf menyampaikan laporan pekerjaan mereka, merefleksikannya, menerima umpan balik dan bimbingan. Tujuan hubungan untuk memperoleh kompetensi

etis, kepercayaan diri, dan kreativitas dalam memberikan layanan terbaik kepada klien (Inskip, F & Proctor, 1995).

Supervisi merupakan sebuah kolaborasi yang bersifat formal antara dua orang atau lebih yang difokuskan pada pemberian dukungan untuk staf yang disupervisi dalam rangka meningkatkan kesadaran diri, dan pengembangan profesionalisme (Lynch, L., Hancox, K., & Happel, B., 2008). Pendapat lain lain diungkapkan oleh Harris (2018), bahwa supervisi merupakan proses refleksi yang lebih mendalam dari peran yang sudah dijalankan. Refleksi ini memungkinkan staf mengembangkan dan menjaga profesionalisme dan pengambilan keputusan.

Supervisi juga diartikan sebagai suatu proses kegiatan untuk memfasilitasi refleksi yang lebih mendalam dari praktek profesionalisme yang sudah dilakukan, refleksi ini memungkinkan staf mencapai, mempertahankan dan kreatif dalam meningkatkan kualitas pemberian asuhan keperawatan melalui sarana pendukung yang ada (Pitman, S.2011).

Supervisi keperawatan sebagai suatu proses berkesinambungan yang dilakukan oleh seorang manajer keperawatan atau pimpinan melalui refleksi dan pengarahan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan seseorang, sehingga hal ini dapat meningkatkan kualitas kinerja yang pada akhirnya dapat meningkatkan mutu layanan pada klien.

## B. Fungsi Supervisi

### 1) Manajemen (Pengelolaan)

Kegiatan supervisi berfungsi memastikan adanya akuntabilitas dalam melakukan pekerjaan dan adanya pertanggungjawaban dari supervisi bahwa pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan standar serta dapat meningkatkan kualitas layanan.

**2) Fungsi edukatif/formatif**

Fungsi edukatif berfokus pada pengembangan keterampilan, pemahaman dan kemampuan supervisi. Supervisor akan mendukung orang yang disupervisi untuk melakukan hal-hal sebagai berikut:

- Memahami bagaimana proses belajar.
- Mengidentifikasi kebutuhan pengembangan praktik professional.
- Mengidentifikasi nilai dan sikap yang dapat berdampak pada pekerjaan.
- Mengidentifikasi dan mendukung individu untuk lebih mengembangkan keterampilan dan pengetahuan yang terkait dengan praktik professional.
- Mempelajari latar belakang budaya dan mendiskusikan dampaknya terhadap kinerja.
- Mengembangkan keterampilan refleksi diri.
- Mendukung dan mengembangkan praktik inovatif dan kreatif.
- Mendiskusikan dan memecahkan masalah aspek-aspek tertentu dari pekerjaan.

**3) Fungsi administratif/ normatif**

Fungsi ini berfokus pada pengembangan pemahaman tentang persyaratan profesional dan etika praktik. Pada fungsi ini, supervisor akan mendukung staf yang disupervisi untuk

- Memahami peran dan tanggung jawab dalam menjalankan pekerjaan.
- Membuat komitmen dalam bekerja.

**4) Fungsi restoratif/ dukungan**

Fungsi ini berfokus pada pengembangan emosional diri. Supervisi dapat meningkatkan peran staf dari waktu ke

waktu sehingga dapat menciptakan persepsi positif yang mempengaruhi capaian kinerja individu.

5) Negoisasi (memberikan kesempatan)

Fungsi ini dapat meningkatkan hubungan antara staf yang disupervisi, tim, organisasi dan lembaga lain dengan siapa mereka bekerja (Allen, A., 2010; Scott & Spouse, 2013; Manu, 2017).

### C. Manfaat Supervisi

Manfaat utama bagi perawat pelaksana sebagai berikut:

- Timbul perasaan dihargai dan dapat meningkatkan rasa percaya diri.
- Mendorong praktik keperawatan yang aman dan mencerminkan pelayanan perawatan pada pasien.
- Meningkatkan pengembangan pribadi dan profesional.
- Perasaan diberdayakan dan difasilitasi untuk bertanggung jawab atas pekerjaan mereka dan keputusan-keputusan yang diambil.

Manfaat bagi manajer

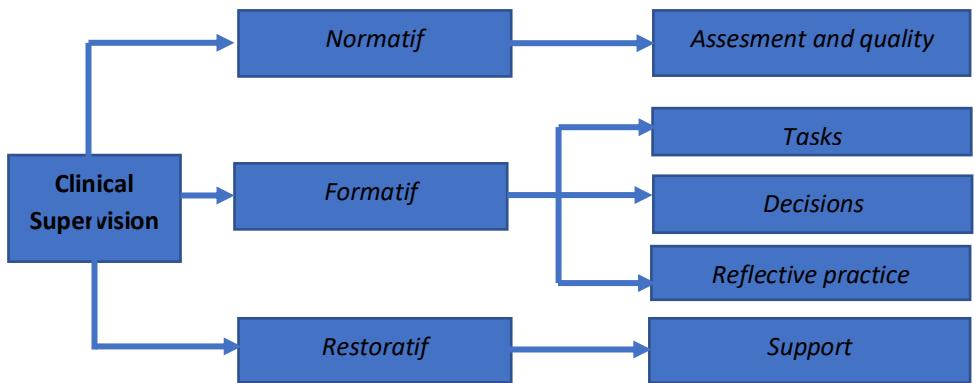
Tantangan bagi manajer untuk memfasilitasi staf dalam mengembangkan diri dan meningkatkan profesionalisme.

### D. Model Supervisi

Supervisi sebagai suatu proses yang bersifat formal melibatkan interaksi antara 2 atau lebih individu untuk mencapai tujuan yang spesifik, sehingga diperlukan suatu model supervisi yang menggambarkan pelaksanaan kegiatan supervisi. Beberapa model supervisi telah berkembang sehingga supervisi klinis menjadi bagian dari praktik profesionalisme perawat.

#### 1) Model Proctor (1987)

Model supervisi Proctor dikembangkan oleh Brigid Proctor, model ini merupakan model yang paling popular dalam supervisi (Lynch, L., Hancox, K., Happel, B., & Parker, 2008).



**Gambar 3.1 The Proctor Model of Supervision**

### ***Normative***

Komponen ini dapat dicapai oleh supervisor yang memiliki persepsi positif untuk staf yang disupervisi, dihubungkan dengan kemampuan supervisor untuk mempertahankan kinerja staf yang baik dengan cara menciptakan lingkungan kerja yang kondusif, membuat suatu perencanaan, mengidentifikasi kebutuhan dan permasalahan yang diperlukan untuk memberikan dukungan lebih lanjut, menciptakan keselamatan pasien.

### ***Formative***

Komponen ini berfokus pada pengembangan pengetahuan dan keterampilan staf. Kondisi ini dapat dicapai melalui refleksi pada kinerja yang sudah dilakukan dengan mendukung dan menciptakan lingkungan yang kondusif.

### ***Restorative***

Komponen ini berhubungan dengan kemampuan refleksi diri, memberikan rasa aman bagi staf untuk terbuka dalam mengungkapkan perasaan dan permasalahan yang dihadapi, pengalaman dalam praktik dan pembelajaran, mencegah stres, mengatasi konflik,

pemberian dukungan pada staf, proses interaksi, serta meningkatkan kesadaran diri.

## **2) Model Psychoanalitik**

Teori ini secara signifikan mempengaruhi perkembangan pendekatan terapeutik dan menekankan bagaimana menghubungkan individu satu dengan individu lainnya. Model ini berfokus pada proses kejiwaan dan menjelaskan tentang pemahaman yang dapat dikaji melalui interpretasi, misalnya simbol-simbol atau kebebasan dalam berinteraksi.

## **3) Model Hubungan Interpersonal “Peplau”**

Pandangan teoritis dari teori keperawatan Hildegard E. Peplau adalah tentang kemampuan memahami diri sendiri dan orang lain dengan menggunakan dasar hubungan antar manusia. Teori ini berfokus membangun kesadaran pada hubungan yang penting di semua fase.

### **Fase teori hubungan interpersonal**

#### **a. Fase Orientasi**

Fase ini mengacu pada hubungan awal dalam membangun hubungan interpersonal. Supervisor dan supervisi membangun pemahaman tentang supervisi beserta harapan masing-masing. Pada fase ini juga memberikan peluang untuk:

- (1) Negosiasi kenyamanan dalam hubungan.
- (2) Frekuensi dan durasi tiap sesi dalam supervisi.
- (3) Mengeksplorasi tujuan yang ingin dicapai supervisi dan kebutuhan pembelajaran.
- (4) Diskusi dan kesepakatan tentang penyelesaian permasalahan yang ditemukan saat supervisi klinik.

#### **b. Fase Identifikasi**

Supervisor mengkaji kesiapan supervisi, menfasilitasi ekspresi perasaan dan tetap mampu memberikan asuhan keperawatan yang diperlukan. Ekspresi perasaan tanpa penolakan diri memungkinkan menjadi

sebuah kesempatan untuk mengorientasikan kembali perasaan dan menguatkan bagian yang positif dari kepribadian supervisi.

Fase identifikasi terdiri atas beberapa komponen:

- a. Mendukung supervisi untuk mengidentifikasi dan mengartikulasi pembelajaran melalui supervisi klinik
- b. Klarifikasi dan memberikan umpan balik.
- c. Berbagi pengalaman dengan supervisi.
- d. Mengidentifikasi kesesuaian standar dan proses.
- e. Meningkatkan pemahaman supervisi, mengajarkan strategi mengatasi kecemasan dalam bekerja karena ketidakpastian.

**c. Fase Eksploitasi**

Fase ini merupakan inti hubungan dalam proses interpersonal. *Supervisi* mengungkapkan proses pembelajaran yang terbaik selama supervisi dan bagaimana mereka mendukung pencapaian target dari organisasi.

Aktivitas *supervisi*:

- (1) Mengidentifikasi dan menggunakan sumber untuk mengkaji ketercapaian tujuan.
- (2) Mengidentifikasi peningkatan pengetahuan dan keterampilan supervisi.

Aktivitas *supervisor*:

- (1) *Literature review* dan sumber yang relevan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan.
- (2) Menggunakan supervisi sebagai wahana meningkatkan pengetahuan dan keterampilan *supervisi*.
- (3) Memberikan umpan balik dari aspek praktik supervisi sehingga bisa melakukan refleksi.

**d. Fase Resolusi**

Resolusi ini memungkinkan penguatan kemampuan untuk memenuhi kebutuhannya sendiri dan menyalurkan energi ke arah realisasi potensi. Fase ini terdapat 2 hal yang bisa dilakukan, pertama adalah simpulan dari masing-masing fase dan yang kedua simpulan dari hubungan antara supervisor dan *supervisi*.

Keempat fase tersebut merupakan rangkaian proses pengembangan dimana supervisor membimbing supervisi dari rasa ketergantungan yang tinggi menjadi interaksi yang saling tergantung dengan lingkungan social. Pada sistem diri dengan kepribadian yang berkembang ditandai dengan ansietas yang berkurang karena kebutuhan yang terpenuhi dan fasilitas pemenuhan kebutuhan yang lebih tinggi.

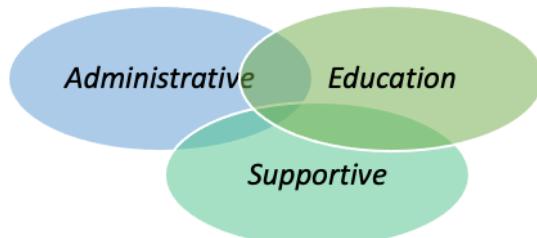
#### **4) Model Reflektif**

Penggunaan sebuah model reflektif memberikan suatu cara untuk merefleksi secara intensif praktik professional yang sudah dilakukan. Refleksi mengacu pada suatu proses mendukung perawat dengan kemampuan yang dimilikinya untuk memahami praktik keperawatan dan bagaimana hal tersebut mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kemampuan yang ada pada masing-masing perawat. Hal ini memberikan kesempatan bagi perawat untuk memberikan informasi dan mentransfer perbedaan pengetahuan.

#### **5) Kadushin's Model**

Model ini terdiri atas tiga fungsi yaitu administratif, edukasi, dan supportif. Fungsi *administrative* berfokus pada peran manajer dalam membuat dan menjalankan kebijakan organisasi terkait dengan petunjuk atau standar yang harus dipatuhi oleh staf. Fungsi *education* berfokus pada pengembangan pengetahuan dan kemampuan staf, menghubungkan praktik dengan teori, meningkatkan

kompetensi dan kepuasan kerja. Fungsi yang terakhir adalah *supportif* berfokus pada hubungan interpersonal, pemenuhan kebutuhan emosional dalam lingkungan kerja, mencegah kebosanan, dan stres, serta meningkatkan kinerja staf.



Gambar 3.2 Model supervisi Kadushin's

#### 6) Model pertumbuhan dan dukungan (Faugier 1992)

Supervisor berperan memfasilitasi pertumbuhan baik melalui pendidikan maupun pribadi untuk mengembangkan otonomi. Supervisi mengalami pertumbuhan pribadi melalui hubungan berbasis kepercayaan dengan pimpinan. Komponen utama dari model pertumbuhan dan dukungan supervisi klinis meliputi:

- Kemurahan hati
- Kepuasan
- Keterbukaan dan kemauan untuk belajar
- Perhatian
- Kemanusiaan
- Sensitivitas tanpa kompromi
- Individualism
- Kepraktisan
- Orientasi
- Kepercayaan

#### 7) Model pendekatan integratif (Hawkins & Shohet 1989)

Model ini berfokus pada proses hubungan hubungan supervisi dan membagi supervisi menjadi empat komponen utama, yaitu:

- Supervisor
- *Supervisi*
- Klien
- Konteks kerja.

Hawkins dan Shohet (1989), memisahkan proses menjadi dua sistem yang saling terkait, yaitu:

- Sistem terapi, menghubungkan klien dengan supervisi dan sistem supervisi, melibatkan supervisi dan supervisor.
- Sistem didasarkan pada jenis kontrak waktu yang disepakati bersama melalui tugas dan tujuan bersama (Lynch, L., Hancox, K., Happel, B., & Parker, 2008; Victoria State Government, 2018).



# BAB 4

## PEMBAHASAN

---

### 4.1 Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien merupakan fenomena yang kompleks dan menjadi isu global dalam pelayanan kesehatan baik di tatanan rumah sakit, komunitas maupun perawatan di rumah. Hal tersebut dikarenakan adanya perubahan paradigma pelayanan yang semula hanya pada “*Quality*” beralih pada paradigma baru yaitu “*Quality-Savety*”. Fokus utama bukan hanya sekedar mutu layanan secara umum, namun bagaimana menjaga keselamatan pasien secara konsisten dan terus menerus (Ismainar, 2012; Stavrianopoulos, 2012; Hadi, 2017).

Asesmen budaya keselamatan pasien yang disyaratkan oleh organisasi akreditasi internasional memungkinkan organisasi kesehatan memperoleh pandangan yang jelas tentang aspek keselamatan pasien yang memerlukan perhatian segera, mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan budaya keselamatan, membantu unit pemberi perawatan mengidentifikasi masalah keselamatan pasien yang ada.

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan secara paripurna, harus memperhatikan aspek keselamatan pasien pada setiap pelayanan yang diberikan. Pelaksanaan keselamatan pasien harus menjadi prioritas utama dalam setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien demi menjaga citra dan mutu rumah sakit (Junjarti, N.H., & Mudayana, A, 2017). Penerapan sistem keselamatan pasien menjadi salah satu indikasi bahwa suatu rumah sakit menyelenggarakan pelayanan yang aman kepada pasien.

Faktor-faktor yang terlibat dalam budaya keselamatan pasien diantaranya kepemimpinan, komunikasi, kerja tim, perawatan berbasis bukti, komunikasi, pembelajaran, adil, perawatan yang berpusat pada pasien, supervisi (Stavrianopoulos, 2012; Hadi, 2017).

Kegiatan supervisi melekat pada fungsi manajerial/ fungsi pemimpin, menjadi sebuah sarana untuk pembelajaran dan mengevaluasi sejauh mana kepatuhan staf dalam melaksanakan budaya keselamatan pasien.

#### **4.2 Model Supervisi Keperawatan Dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien**

Hasil *review* dan analisis dari beberapa artikel yang didapat menunjukkan bahwa supervisi memberikan kontribusi dalam penerapan sasaran keselamatan pasien. Supervisi dapat meningkatkan pertumbuhan pribadi dan *caring* terhadap pasien, sehingga memperkuat pengembangan keterampilan, dan kompetensi perawat dalam penerapan sasaran keselamatan pasien.

Budaya keselamatan yang positif dapat dicapai melalui perbaikan yang melibatkan manajemen dan kepemimpinan, harapan supervisor saat supervisi dan tindakan yang mempromosikan keselamatan pasien, komunikasi, dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien dan kerja tim antar unit (Bernardi et al., 2014). Supervisi memberikan kesempatan bagi perawat kesehatan untuk meningkatkan keterampilan reflektif dalam mencapai profesionalitas sebagai pemberi layanan dan berkontribusi pada peningkatan keselamatan pasien.

Penelitian Mandriani, Hardisman, & Yetti (2018) tentang analisis budaya keselamatan pasien, menunjukkan dimensi yang paling tinggi respon positifnya adalah dimensi supervisi (78%) dan dimensi yang paling rendah adalah frekuensi pelaporan (31%).

Beberapa model digunakan dalam kegiatan supervisi penerapan sasaran keselamatan pasien. Pendekatan terhadap pekerjaan, hubungan antara pimpinan dan staf dipengaruhi oleh sikap, pandangan, dan opini yang melekat. Oleh karena itu diperlukan model dalam melaksanakan supervisi sebagai bentuk pendekatan pemecahan masalah dan pencarian solusi.

**a. Model Proctor**

Merupakan model yang paling sering digunakan dalam supervisi. Tiga komponen diterapkan pada saat melakukan pengarahan pada perawat yang disupervisi, yaitu: normatif, formatif dan restoratif

Implikasi dari komponen normatif dapat meningkatkan pengembangan perawatan pasien berkaitan dengan praktik keperawatan profesional. Peningkatan profesionalisme dan capaian kualitas layanan keperawatan yang bermutu dapat terwujud jika supervisor memiliki persepsi positif pada supervisi. Supervisor mempunyai kemampuan untuk mempertahankan kinerja staf yang baik melalui lingkungan kerja yang kondusif, menyusun perencanaan dan mensosialisasikannya, identifikasi kebutuhan dan permasalahan sebagai dasar untuk memberikan dukungan lebih lanjut, mempertahankan dan meningkatkan standar yang ada, serta memberikan kepercayaan pada staf.

Implikasi dari komponen formatif dapat mewujudkan kesadaran diri dalam menjalankan peran edukatif sehingga dapat memberikan layanan keperawatan dengan memperhatikan keselamatan pasien. Adanya peningkatan pemahaman dan keterampilan staf, memungkinkan staf bekerja sesuai dengan standar yang berlaku sebagai bentuk tanggung jawab dalam melakukan praktik profesional.

Implikasi dari komponen restoratif melalui komunikasi efektif, pemberian dukungan sehingga perawat dapat termotivasi untuk melaksanakan layanan keperawatan sesuai dengan standar. Komponen ini juga berhubungan dengan

kemampuan melakukan refleksi diri, memberikan rasa aman bagi staf untuk terbuka dalam mengungkapkan perasaan dan permasalahan yang dihadapi, pengalaman dalam praktik dan pembelajaran, mencegah stres, mengatasi konflik, pemberian dukungan pada staf, proses interaksi, serta meningkatkan kesadaran diri.

Hasil penelitian Nugroho & Sujianto (2017), supervisi model Proctor efektif untuk meningkatkan penerapan keselamatan pasien. Fungsi manajemen yang menjadi faktor paling berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien adalah fungsi pengarahan melalui kegiatan supervisi yang dilakukan oleh kepala ruangan.

### **b. Model Reflektif**

Penggunaan model reflektif memberikan suatu cara untuk merefleksi secara intensif praktik professional yang sudah dilakukan. Refleksi mengacu pada suatu proses mendukung perawat dengan kemampuan yang dimilikinya untuk memahami praktik keperawatan dan bagaimana hal tersebut mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kemampuan yang ada pada masing-masing perawat. Hal ini memberikan kesempatan bagi perawat untuk memberikan informasi dan mentransfer perbedaan pengetahuan.

Penelitian (Basri et al., 2018), menunjukkan model supervisi reflektif interaktif memberikan dampak yang signifikan terhadap pelaksanaan sasaran keselamatan pasien. Model reflektif supervisi klinis dibutuhkan oleh kepala ruangan sebagai pedoman dalam melakukan supervisi terhadap pelaksanaan asuhan pada pasien dan implementasi keselamatan pasien di rumah sakit (Hadi et al., 2020).

Refleksi merupakan bagian penting dari supervisi. Kemampuan supervisor untuk mengkonfirmasi, menciptakan rasa saling percaya dan rasa aman dalam hubungan dengan supervisor menjadi hal yang sangat penting. Supervisor diharapkan memiliki kerja sama yang baik dengan tim

professional dan interdisipliner serta kemampuan reflektif dalam menerapkan keselamatan pasien (Røsnæs et al., 2017).

**c. Supervisi berbasis *experiential learning***

Supervisi berbasis *experiential learning* menggunakan empat tahap: pengalaman konkret, observasi reflektif, konseptualisasi abstrak dan eksperimentasi aktif. Supervisi berbasis *experiential learning* meningkatkan implementasi tujuan keselamatan pasien oleh perawat termasuk mengidentifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi efektif, meningkatkan keamanan obat kewaspadaan tinggi, memastikan operasi yang aman, mengurangi risiko infeksi terkait perawatan kesehatan, dan mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh (Maulidiawati & Nursalam, 2017).

Model supervisi ini difokuskan pada personal dan pengembangan profesional. Hal ini membutuhkan perspektif kolaboratif untuk memfasilitasi refleksi dan konseptualisasi, mempercayai kekuatan dan sumber daya internal staf yang disupervisi. Tujuan supervisi dapat tercapai melalui sebuah hubungan dan proses pengalaman. Model ini ditandai dengan tingkat *non directivity* yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan model edukatif (Callifronas & Brock, 2017).

Supervisor dalam kegiatan mentoring, mirip seorang penasihat sehingga kegiatan supervisi ini menekankan pada aspek kegiatan supportif seperti yang ada pada model akademik. Supervisor memberikan nasihat terkait dengan permasalahan yang sering ditemukan selama memberikan layanan keperawatan, diantaranya: bagaimana mengurus asuransi pasien, membuat jadual dinas, mengatasi konflik, pengambilan keputusan secara cepat, tepat dan etis dan sebagainya.

**d. Supervisi klinik berbasis Structure, Skills, Support and Sustainable (4S).**

Supervisi klinik berbasis 4S berpengaruh secara signifikan terhadap penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana pada kelompok intervensi (Oktariani et al., 2020).

Model ini merupakan model supervisi klinis non-manajerial yang bertujuan melatih perawat profesional untuk pertama kali menjadi seorang supervisor. Tahun 2010, Waskett mengembangkan model 4S menjadi supervisi klinis yang efektif untuk keperawatan dalam tim (Mustikaningsih, 2014).

Supervisi 4S merupakan strategi supervisi yang efektif bagi supervisor untuk memotivasi dan meningkatkan kinerja staf perawat melalui strategi struktur, keterampilan, dukungan dan keberlanjutan dari supervisi. Supervisi 4S memiliki tahap-tahapan yang membuat proses supervisi lebih tersusun dari awal sampai akhir proses supervisi dan supervisi dilakukan secara berkelanjutan sehingga proses pembelajaran dan pengembangan pengetahuan sikap dan keterampilan staf.

Kegiatan *structure* dilakukan oleh perawat yang sudah teregistrasi, seorang supervisor melakukan pembinaan terhadap 6-8 perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien. Pengembangan pengalaman perawat dapat dicapai melalui kegiatan konsultasi, fasilitasi dan asistensi. Kegiatan *skills* dilakukan supervisor untuk meningkatkan ketrampilan perawat. Kegiatan *support* dilakukan melalui proses aktif transfer *knowledge*, melatih, mengembangkan sehingga kemampuan perawat pelaksana dapat meningkat. Kegiatan *sustainability* dilakukan secara terus menerus dengan cara mentransfer pengalaman supervisor kepada perawat pelaksana supaya tetap dapat mempertahankan pengalaman, keterampilan, nilai-nilai yang telah dianut perawat.

# BAB 5

## PENUTUP

---

Keselamatan pasien merupakan komponen utama dalam mutu pelayanan kesehatan dan keperawatan. Terciptanya budaya keselamatan pasien dapat dicapai melalui supervisi keperawatan. Kegiatan supervisi dapat membangun kesadaran akan pentingnya budaya mutu. Pengembangan dari supervisi menjadi fokus dalam pengembangan mutu pelayanan keperawatan, dibutuhkan suatu kerjasama yang baik antara supervisor, *supervisi*, manajemen, organisasi dan kebijakan. Efektifitas supervisi keperawatan melalui *evidence based literature review* didapatkan bahwa penggunaan model supervisi memberikan dampak positif terhadap keselamatan pasien.



## DAFTAR PUSTAKA

- Adriansyah, A. A., Setianto, B., Lestari, I., Ayu, P., & Arindis, M. (2022). *Incident analysis of patient safety in hospital: Based on feedback and supervision concept.* 11(2), 665–670. <https://doi.org/10.15562/bmj.v11i2.3137>
- Allen, A., et al. (2010). *Profesional/ clinical supervision handbook for allied health profesionals.*
- Amsrud, K. E. (2015). *The influence of clinical supervision and its potential for enhancing patient safety – Undergraduate nursing students' views.* March. <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n6p87>
- Basri, B., Test, I. S. T., Pasien, K., & Safety, P. (2018). *Model supervisi keperawatan terhadap pelaksanaan.* 44, 97–105.
- Bernardi, D., Ramos, D., Gabriel, C. S., & Bernardes, A. (2014). *Patient safety culture : evaluation by nursing cultura de segurança do paciente : avaliação pelos.* 27(3), 1–9.
- Callifronas, M. &, & Brock, S. (2017). A Person-centred View of the Aim , Goals and Tasks in Clinical Supervision : Proposals on Topics for Experiential Learning A Person-centred View of the Aim , Goals and Tasks in Clinical Supervision : Proposals on Topics for Experiential Learning. *British Journal of Medicine and Medical Research,* 19(8), 1–12. <https://doi.org/10.9734/BJMMR/2017/29507>
- David A Snowdon, Raphael Hau 2, Sandra G Leggat, N. F. T. (2016). Does clinical supervision of health professionals improve patient safety? A systematic review and meta-analysis. *Int J Qual Health Care,* 28(4), 447–455.
- Dhamanti, I., Leggat, S., & Barraclough, Si.,& tjahjono, B. (2019). *Patient Safety Incident Reporting In Indonesia : An Analysis Using World Health Organization Characteristics For Successful Reporting.* 331–338.

- Famolara T, Yount N D, Willow B, F. E., & , Liu H, S. J. (2016). *Hospital Survey on Patient Safety Culture.U.S. Department of Health and Human Service.*
- Fattah, M. N. (2021). *The Influence of Supervision of Heads of Rooms and Knowledge of Implementing Nurses on Patient Safety through the Quality of Nursing Services at the Regional Hospital.* 3214–3222.
- Galleryzki, A. R., Sikap, H., Hariyati, T. R. R., Afriani, T., Rahman, L. O. (2021). Hubungan Sikap Keselamatan dengan Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat di Rumah Sakit. *Jurnal Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan*, 4(1), 2021. <http://dx.doi.org/10.32584/jkmk.v4i1.855>
- Goverment, V. S. (2018). *Clinical supervision for mental health nurses.* State of Victoria, Department of Health and Human Services.
- Hadi, I. (2016). *Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien.* Deepublish. <https://books.google.co.id/books?id=nV7MDwAAQBAJ>
- Hadi, Irwan. (2017). *Manajemen Keselamatan Pasien (Teori dan Aplikasi).* Deepublish Publisher.
- Hadi, M., Turyatiningsih, T. T., Arofiati, F., Efendi, F., & Nursalam. (2020). Nursing supervision model toward patient safety goals on the ward. *Journal of Global Pharma Technology*, 12(1), 287–292.
- Harris, T. (2018). *Developing Leadership Excellence. A Practice Guide for The New Professional Supervisor.* Routledge Taylor and Francis Group.
- Hennus, M. P., Young, J. Q., Hennessy, M., Friedman, K. A., Vries, B. De, & Hoff, R. G. (2021). *Supervision , Interprofessional Collaboration , and Patient Safety in Intensive Care Units during the COVID-19 Pandemic.* 2(3), 397–414. <https://doi.org/10.34197/ats-scholar.2020-0165OC>
- Inskip, F & Proctor, B. (1995). *The art craft and tasks of counselling*

*supervision, Part 2 Becoming a supervisor.* Cascade publications.

Jølstad, A. L., Røsnæs, E. R., Lyberg, A., & Severinsson, E. (2017). *Clinical Supervision and Non-Technical Professional Development Skills in the Context of Patient Safety — The Views of Nurse Specialist Students.* 253–267. <https://doi.org/10.4236/ojn.2017.72021>

Juniarti, N.H., & Mudayana, A. A. (2017). Penerapan Standar Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat. *Jurnal Kesehatan Poltekkes Ternate*, 11(11), 93–108.

Larasati, A., & Inge Dhamanti. (2021). Studi Literatur : Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit di Indonesia. *Media Gizi Kesmas*, 10, 1–6. <https://ejournal.unair.ac.id/MGK/article/view/23327/14243>

Lynch, L., Hancox, K., Happel, B., & Parker, J. (2008). *Clinical Supervision for Nurses.* Blackwell Publishing.

Manu, T. T. a te. (2017). *Professional supervision guide for nursing supervisor.* Te Pou Limited.

Maulidiawati, I & Nursalam, H. E. N. (2017). Development of a supervision model based on experiential learning for the implementation of patient safety goals. *Jurnal Ners*, 12(2), 158–163.

Moxham, L., & Gagan, A. (2015). Clinical supervision as a means of professional development in nursing. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 23(2), 37.

Mustikaningsih, D. (2014). Pengaruh supervisi klinik ketua tim model 4S terhadap kinerja perawat pelaksana dalam metode asuhan keperawatan tim. *Jurnal Keperawatan ‘Aisyiyah. Jurnal Keperawatan ‘Aisyiyah*, 1(1), 47–55.

Oktariani, T. A., Arif, Y., & Murni, D. (2020). Supervisi Klinik Berbasis 4S (Structure, Skills, Support, and Sustainable) terhadap. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 20(2), 556–559.

<https://doi.org/10.33087/jiubj.v20i2.991>

Permenkes. (2017). *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 11 TAHUN 2017 TENTANG KESELAMATAN PASIEN*

Ponco Nugroho, S. H., & Sujianto, U. (2017). Supervisi Kepala Ruang Model Proctor untuk Meningkatkan Pelaksanaan Keselamatan Pasien. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 20(1), 56–64.  
<https://doi.org/10.7454/jki.v20i1.348>

Røsnæs, E. R., Jølstad, A. L., Severinsson, E., & Lyberg, A. (2017). *Reflection as a Skill-Clinical Supervision as a Prerequisite for Professional Development to Ensure Patient Safety*. 979–992.  
<https://doi.org/10.4236/ojn.2017.79072>

Scott, I., & Spouse, J. (2013). *Practice-based learning in nursing, health and social care: mentorship, facilitation and supervision*. USA: Blackwell Publishing.

Sílvia, S., Monteiro, S., & Cruz, S. (2011). Clinical supervision in nursing : effective pathway to quality. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29(Iceepsy), 286–291.  
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.240>

Siregar, Amelia Z & Harahap, N. (2019). *Strategi Dan Teknik Penulisan Karya Ilmiah Dan Publikasi*. Deepublish.

Siti Fatonah, T. Y. (2020). Supervisi kepala ruangan dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(2016), 151–161.

Snowdon, D. A., Sargent, M., Williams, C. M., Maloney, S., Caspers, K., & Taylor, N. F. (2020). *Effective clinical supervision of allied health professionals : a mixed methods study*. 8, 1–11.

Stavrianopoulos, T. (2012). The Development of Patient Savety Culture. *Health Science Journal*, 6(2).

Suryani, L., Kurniawan, R., & Perdani, A. L. (2021). Factors Associated with the Implementation of Patient Safety at X Hospital,

Karawang, Indonesia. *KnE Life Sciences*, 2021, 624–629.  
<https://doi.org/10.18502/kls.v6i1.8660>

Tobis. C et al. (2016). Nursing supervision: challenges and opportunities for success. *Learning Disability Practice*, 19(6), 33–38. <https://doi.org/10.7748/ldp.2016.e1734>

WHO. (2019). Patient Safety Fact File: Patient Safety and Risk Management Service Delivery and Safety. *World Health Organization, REPORT*, 10. [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/patient\\_safety\\_facts/en/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/)



# GLOSARIUM

## A

### **Artikel**

: suatu karangan ilmiah yang merupakan hasil penelitian.

### **Akuntabilitas**

: sebuah tuntutan untuk dapat melaksanakan tanggung jawab sesuai dengan norma dan nilai-nilai yang dianut serta mampu mengakomodasi berbagai kebutuhan masyarakat yang sesungguhnya

## E

### **Edukatif**

: suatu kegiatan yang bersifat mendidik, membina, memberikan latihan, dan pengajaran

## F

### **Feedback**

: memberikan umpan balik

### **Full text**

: teks sepenuhnya

### **Free access**

: akses terbuka, tersedia gratis untuk dibaca

### **Flowchart diagram**

: suatu bagan yang berfungsi menjelaskan atau menggambarkan setiap proses

## H

### **Handoff**

: transfer informasi (bersama dengan otoritas dan tanggungjawab) selama proses transisi dalam perawatan. Hand off juga disebut sebagai mekanisme transfer informasi, tanggungjawab dan otoritas

dari dokter, perawat sebagai pemberi pelayanan atau staf yang lain

## I

### Interaksi

: suatu hubungan saling mempengaruhi, saling menarik, saling meminta, dan memberi.

## K

### Konseptualisasi

: proses pembentukan dengan bertitik tolak pada gejala-gejala pengamatan.

: kondisi potensial cedera

: terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

: insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

: insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien

: suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

### Kejadian Tidak Cedera (KTC)

### Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

### Kejadian Sentinel

## M

### Mentoring

: suatu kegiatan yang didalamnya terdapat hubungan timbal balik dan kolaboratif antara supervisor dan *supervisi*, bertujuan untuk pertumbuhan, pembelajaran, dan peningkatan kapasitas individu.

## O

<b>Otoritas</b>	: kekuasaan yang terlegitimasi dan terlindungi secara hukum untuk menjalankan kekuasaan atas diri orang lain.
<b>Q</b>	
<b><i>Quality-Savety</i></b>	: suatu tingkat layanan di rumah sakit terkait dengan keamanan selama perawatan yang berhubungan dengan terpenuhinya harapan dan kebutuhan pelanggan atau penggunanya
<b>R</b>	
<b>Refleksi</b>	: sebuah proses melihat kembali pengalaman yang telah dijalani untuk dapat menarik <i>lessons learned</i> bagi diri sendiri dan dilanjutkan dengan penyusunan sebuah <i>action plan</i> untuk mengurangi kesenjangan ( <i>gap</i> ) yang masih ada antara harapan dan kenyataan.
<b>S</b>	
<b>Supervisor</b>	: orang yang memiliki otoritas untuk melakukan kegiatan supervisi/ pengarahan pada staf dibawahnya.
<b><i>Supervisi</i></b>	: orang yang disupervisi
<b>Skills</b>	: keterampilan
<b>Support</b>	: memberikan dukungan, semangat

**Sustainable**

: berkelanjutan

# INDEKS

A	G
Akuntabilitas	Global
Akurat	Google scholar
Analisis insiden	
Artikel	
Asesmen risiko	Hand hygiene
Asuhan	Handoff
B	H
Briefing staff	
Budaya	
C	I
Caring	Identifikasi pasien
Cedera	Insiden
Comparison	Interpersonal
	Intervention
E	K
Edukatif	Kejadian Nyaris Cedera (KNC)
Efektif	Kejadian Potensial Cedera
Efektifitas	(KPC)
Efisiensi	Kejadian Tidak Cedera (KTC)
Eksplorasi	Kejadian Tidak Diharapkan
Experiential learning	(KTD)
F	
Feedback	Kepemimpinan
Formatif	Kepercayaan diri
Free access	Kepuasan
Full text	Kerja tim
	Keselamatan pasien
	Keterampilan
	Kinerja staf
	Knowledge
	Kolaboratif

Kompetensi	Profesional
Komunikasi efektif	PubMed
Kreativitas	
Kualitas	<b>Q</b>
	Quality-Savety
	<b>L</b>
Literature review	<b>R</b>
	Reflektif
	Research gate
	<b>M</b>
Manajer	Resolusi
Mentoring	Restoratif
Model akademik	Review
Model psychoanalitik	Risiko jatuh
Model supervisi	
Morning report	<b>S</b>
	Sensitivitas
	Skills
	<b>N</b>
Negoisasi	Staffing
Nonpunitive respon to error	Standar
Normatif	Structure, Skills, Support and Sustainable (4S)
	<b>O</b>
Orientasi	Study Design
Outcome	Supervisi
	Supervisi
	Supervisor
	<b>P</b>
Pengalaman	Support
Perawat	Supportif
Perawatan	Sustainability
Population	
Praktek keperawatan	<b>U</b>
Proctor	Umpan balik

# **Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Di Indonesia**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**



# BAB 1

## PENDAHULUAN

---

### 1.1 Latar Belakang

*Semua jenis pelayanan kesehatan di Indonesia wajib menjamin Keselamatan pasien. Keselamatan pasien merupakan upaya mencegah kejadian yang tidak diinginkan selama memberikan asuhan kepada pasien (Kemenkes RI, 2022). Banyaknya jumlah pasien dan staf di Rumah Sakit dengan berbagai macam pemeriksaan, prosedur, serta beraneka ragam obat yang harus diberikan, merupakan faktor yang memberikan kontribusi untuk terjadinya insiden keselamatan pasien. Berbagai macam insiden keselamatan pasien yang dapat terjadi antara lain salah mendiagnosis, tidak tepat dalam mengidentifikasi pasien, salah memberi obat dan cairan, komunikasi yang tidak tepat, terjadinya infeksi nosokomial serta pasien jatuh selama menjalani perawatan.*

Data tentang insiden keselamatan pasien baik KTD dan KNC di Indonesia masih langka, tapi dilain pihak terdapat peningkatan tuduhan mal-praktik yang belum tentu sesuai dengan pembuktian akhir. Hasil penelitian di Rumah Sakit Tipe B Pendidikan di Daerah Istimewa Yogyakarta menunjukkan jumlah kejadian insiden yang dilaporkan pada tim mutu dan keselamatan pasien dalam kurun waktu tahun 2017 adalah 138 insiden. Berdasarkan studi dokumentasi laporan insiden yang diarsip oleh tim keselamatan pasien rumah sakit terdapat 136 insiden (9,86%) terkait sasaran keselamatan pasien yang pertama yaitu ketepatan identifikasi pasien sampai pencegahan jatuh dan dua insiden (0,14%) terkait fasilitas yang kurang memadai (Citra Budi et al., 2019). Insiden keselamatan pasien ini tidak hanya terjadi di Rumah Sakit namun terjadi juga di

Puskesmas. Berdasarkan data Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP) UPT Puskesmas Rawat Inap Sukoharjo tahun 2017, masih terdapat insiden keselamatan pasien dan belum tercapainya target enam sasaran keselamatan pasien. Puskesmas diharapkan membuat komitmen, kebijakan yang diperbarui, melaksanakan pelatihan dan sosialisasi ulang, menyiapkan sarana dan prasarana yang dibutuhkan, menjalankan kebijakan yang ditetapkan, melaksanakan supervisi oleh tim PMKP secara berkala, serta Kepala UPT melakukan pembinaan dan pengawasan tentang keselamatan pasien (Hadiarto et al., 2021).

Terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan belum terpenuhinya target implementasi enam sasaran keselamatan pasien. Hasil penelitian (Mukhlis & Isnaini Nadya, 2021) menyatakan ada hubungan antara supervisi, sikap, dan beban kerja dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Langsa. Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan supervisi kepada perawat pelaksana sehingga memicu timbulnya sikap positif serta menganalisis kembali beban kerja yang diterima oleh perawat pelaksana dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien.

Selain faktor diatas, penelitian lainnya menunjukkan ada hubungan antara usia, lama kerja dan sikap dengan implementasi enam sasaran keselamatan pasien di RSUD Raden Mattaher Jambi, dan tidak ada hubungan antara jenis kelamin, pendidikan dan pengetahuan dengan penerapan enam sasaran keselamatan pasien (Putri et al., 2022). Penelitian ini agak berbeda dengan yang dilakukan oleh (Pambudi Yohanes David Wahyu, Sutriningsih Ani, Yasin Dudella Desnani, 2018), dimana terdapat faktor lain yang mempengaruhi perawat dalam penerapan enam sasaran keselamatan pasien, hasil analisa multivariat menunjukkan faktor yang paling dominan adalah pengetahuan dengan ( $OR=17,299$ ), sehingga dapat diasumsikan bahwa seseorang yang memiliki pengetahuan baik cenderung

lebih baik dalam melakukan penerapan enam sasaran keselamatan pasien dibandingkan dengan perawat yang memiliki pengetahuan rendah.

Berdasarkan hal ini maka diperlukan berbagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan utamanya perawat agar dapat menerapkan enam sasaran keselamatan pasien yang terdiri dari memastikan ketepatan identifikasi pasien; mengkomunikasikan secara benar saat serah terima pasien; memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*); memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar; meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi; dan menurunkan risiko cidera akibat jatuh.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian tersebut, maka penulis tertarik untuk mengidentifikasi bagaimana implementasi sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Di Indonesia?



# BAB 2

## METODOLOGI

---

### 2.1 STRATEGIS PENCARIAN LITERATUR

#### A. *Framework*

*Framework* yang digunakan terdiri dari *Population, Intervention, Comparison, Outcome and Study Design* (PICOS). Strategi yang digunakan untuk mencari artikel atau jurnal menggunakan PICOS *Framework*, yang terdiri dari: Population/problem, Intervention, Comparison, Outcome, Study design (Methley et al., 2014).

#### B. *Kata Kunci Dan Strategi Pencarian*

Pencarian *literature review* menggunakan beberapa *database* di google scholar, PubMed, *Research Gate*, dan *Crossref*. *Keyword* atau kata kunci yang digunakan dalam mencarian artikel atau jurnal yang dipakai dalam *literature review* yaitu “implementasi”, “sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit”, “Indonesia”.

#### C. *Kriteria Inklusi*

Penulis menetapkan kriteria inklusi dalam memilih artikel atau jurnal ilmiah yang digunakan agar memperoleh bahan kajian literature yang tepat. Adapun kriteria inklusinya antara lain: artikel atau jurnal merupakan publikasi Nasional, terbit tahun 2017-2022, *free access* dan *full text*, mendeskripsikan tentang implementasi keenam sasaran keselamatan pasien atau salah satunya.

#### D. *Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas*

Berdasarkan hasil pencarian pada *database* maka didapatkan hasil dalam tabel dibawah ini.

**Tabel 2.1 Daftar Artikel atau Jurnal Hasil Pencarian *Literature Review***

No	Author & years	Title	Study design, sample, variabel, instrument, analysis	Outcome	Summary of result
1.	(Machelia Champaca, 2018)	Pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien oleh perawat dalam mencegah adverse event di Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin	<b>Desain:</b> <i>Explanatory design &amp; Focus Group Discussion (FGD).</i> <b>Sampel:</b> 107 perawat & 7 orang peserta FGD, teknik sampling cluster sampling dan simple random sampling. <b>Instrumen:</b> Kuesioner sebanyak 32 pernyataan yang diadopsi dari enam sasaran keselamatan pasien menurut Joint Comission International Accreditation (2012), dengan menggunakan skala likert yang telah dilakukan uji validitas dengan Pearson Product Moment dan	Evaluasi pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien di RS	Implementasi enam sasaran keselamatan pasien oleh perawat di Rumah Sakit berada dalam kategori baik. Rumah sakit harus melengkapi standar prosedur operasional mengenai komunikasi efektif saat melaporkan dan menerima instruksi dari dokter, adanya tanda dan label untuk keamanan obat, dan peningkatan supervisi agar pelaksanaan teknik aseptik menjadi lebih baik.

			uji reliabilitas dengan Alpha Cronbach. <b>Analisis:</b> Deskriptif	
2.	(Harsiwi et al., 2018)	Analisis Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat	<b>Desain:</b> <i>Mixed Method.</i> <b>Sampel:</b> 32 perawat untuk quantitatif dan 4 perawat untuk kualitatif. <b>Instrumen:</b> Observasi, wawancara. <b>Analisis:</b> Meta Analisis Deskriptif	Mengidentifikasi Pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat di RSU Queen Latifa Yogyakarta.
3.	(Soru Akwilina Ritarni Anseli & Wahyuningsih Aries, 2018)	Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien	<b>Desain:</b> Deskriptif. <b>Sampel:</b> 16 perawat dalam total sampling. <b>Instrumen:</b> Lembar observasi. <b>Analisis:</b> Deskriptif	Evaluasi kepatuhan perawat dalam penerapan sasaran keselamatan pasien. Responden (100%) patuh dalam menerapkan ketepatan identifikasi pasien, menerapkan peningkatan komunikasi yang efektif, meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi tidak

					dilakukan, pengurangan resiko pasien jatuh terutama asesmen awal resiko jatuh dan asesmen ulang bila terjadi perubahan kondisi. Sedangkan kepatuhan penerapan pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan baru mencapai (68,8%) dalam hal melaksanakan lima moment cuci tangan.
4.	(Wahid & Mudayana Ahmad Ahid, 2020)	Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Berdasarkan Standar Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) di RSUD Wonosari Yogyakarta	<b>Desain:</b> Analisis Deskriptif Sampel: Data Berdasarkan dikumpulkan dengan wawancara 5 Komisi informan Akreditasi Rumah Sakit lembar observasi Deskriptif	Menilai 5 Instrumen: Kuesioner dan Standar Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) di RSUD Wonosari Yogyakarta	Implementasi enam sasaran keselamatan pasien telah berjalan dengan maksimal kecuali pada sasaran kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi dan pengurangan risiko pasien jatuh.
5.	(Neri Reno Afrizai, Lestari Yuniar, Yetti Husna, 2018)	Analisis pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Padang	<b>Desain:</b> Kualitatif melalui wawancara mendalam, mendalam, Focus Group Discussion, observasi dan telaah dokumen. <b>Sampel:</b> 15 informan.	Evaluasi input, proses dan output penerapan sasaran keselamatan pasien	Pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di Rawat Inap RSUD Padang Pariaman belum maksimal dan hasil belum mencapai target. Kepatuhan petugas dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien belum optimal, nilai rata-rata capaian

		Pariaman	<b>Instrumen:</b> Pedoman wawancara, pedoman FGD, lembar observasi, telaah dokumen, <i>tape recorder</i> dan kamera. <b>Analisis:</b> Deskriptif	73,4% (standar 100%). Belum semua pasien memakai gelang tangan, Perintah lisan melalui telepon ditulis oleh penerima pesan belum dikonfirmasi oleh pemberi perintah, tempat penyimpanan obat belum sesuai standar, proses penandaan lokasi operasi tidak selalu dilaksanakan di Ruang Rawat Inap Bedah, Kepatuhan petugas dalam mencuci tangan masih kurang, Form asesmen risiko jatuh tidak pernah diisi oleh perawat di rawat Inap Bedah Dan Non Bedah
6.	(Nurani S & Sudiro, 2019)	Analisis Efektivitas Komunika si Tulis Baca Konfirmasi dalam Sasaran Keselamat an Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jepara	<b>Desain:</b> Kualitatif observasional analitik <b>Sampel:</b> 3 orang dokter dan 3 orang perawat. <b>Instrumen:</b> Pedoman wawancara. <b>Analisis:</b> Data kualitatif menggunakan <i>content analysis</i>	Menilai efektifitas komunika si tulis baca konfirmasi dalam sasaran keselamat an pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jepara.
7.	(Sakinah Syifa, Wigati Putri Asmita, Arso Septo	Analisis Sasaran Keselamat an Pasien Dilihat Dari Aspek	<b>Desain:</b> <i>Exploratory Research</i> dengan pendeketan kualitatif.	Menunjukkan penerapan enam sasaran keselamatan pasien sudah diterapkan namun belum optimal. Komunikasi masih singkat dan kurang detail serta serah terima pasien hanya dilakukan di ruang perawat tanpa melihat langsung kondisi pasien karena beban kerja tinggi.

Pawelas, 2017)	Pelaksana an Identifikas i Pasien Dan Keamanan Obat Di RS Kepreside nan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta	<b>Sampel:</b> 6 perawat rawat inap yang terdapat KNC, Perawat rawat inap yang tidak terdapat KNC dan salah satu anggota keselamatan pasien. <b>Instrumen:</b> Pedoman wawancara dan observasi <b>Analisis:</b> Deskriptif	Dan Keamanan Obat Di RS Kepreside nan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta	Pasien dan Keamanan Obat <i>High Alert</i> telah tersedia. Sarana dan prasana identifikasi pasien tersedia gelang identitas berwarna merah muda, biru, kuning dan merah, rekam medik dan form pelaporan. Dalam menjaga keamanan obat tersedia label obat, lemari obat terpisah dan form pelaporan. Dalam melakukan identifikasi pasien, masih belum sesuai dengan PMK 1691/MENKES/PER/VI II/2011 dan surat keputusan Kepala RS, komitmen perawat pelaksana dan TKPRS terhadap kebijakan dan SOP serta dalam melaksanakan tugasnya masih kurang berkomitmen, penyerahan laporan bulanan kepada KMKP sering mengalami keterlambatan, serta pembuatan laporan yang seharusnya dilakukan oleh kepala ruangan dilakukan oleh perawat pelaksana, telah tersedia struktur organisasi dan <i>job description</i> namun belum
-------------------	---	---	--	--

					memiliki pedoman terkait standar jumlah perawat di unit rawat inap.
8.	(Mulyadi, Yulia Sri, 2022)	Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di Pelayanan Rumah Sakit	<b>Desain:</b> Deskriptif analitik <b>Sampel:</b> 139 perawat total sampling. <b>Instrumen:</b> Kuesioner. <b>Analisis:</b> univariat dengan uji proporsi dan sentral tendensi, bivariat dengan uji T independent dan regresi linier.	Menilai Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di Pelayanan Rumah Sakit	Penerapan keselamatan pasien di Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit di empat Rumah Sakit di Kota Palembang baik (92,43%) dengan sasaran keselamatan yang memerlukan penguatan adalah pencegahan jatuh (86,82%) dan pengelolaan risiko infeksi (91,97%). Karakteristik perawat (umur, pendikan, jenis kelamin dan masa kerja) tidak berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien.
9.	(Falizi Anna, Machmud Rizanda, Arif Yulastri., 2018)	Analisis Upaya Pencapaiaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien Bagi Profesional Pemberi Asuhan Dalam Peningkatkan Mutu Pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr. M. Djamil Padang	<b>Desain:</b> Kualitatif <b>Sampel:</b> 17 orang informan yaitu, direktur medik, komite KPRS, pengelola perawatan, kepala ruangan, dokter, perawat, apoteker, ahli gizi <b>Instrumen:</b> Wawancara dan FGD <b>Analisis:</b> Deskriptif	Mengevaluasi Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Bagi Profesional Pemberi Asuhan Dalam Peningkatkan Mutu Pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr. M. Djamil	Upaya pencapaian enam sasaran keselamatan pasien di Ruang Rawat Inap belum keseluruhan terlaksana dengan baik dan maksimal baik dari segi input, proses, output. Dari keenam sasaran yang sangat menjadi perhatian utama adalah kepatuhan petugas terhadap pelaksanaan identifikasi pasien dan pencegahan kejadian pasien jatuh serta kepatuhan <i>hand hygiene</i> karena masih ada profesi yang belum konsisten

				Padang	dalam implementasinya.
10.	(Kartika I melda Rahmayuni a & Stenalia Yelpio, 2019)	Deskripsi penerapa n patient safety pada pasien di Bangsal Bedah	<b>Desain:</b> Deskriptif analitik <b>Sampel:</b> 167 perawat dengan <i>accidental</i> <i>sampling</i> <b>Instrumen:</b> kuesioner tentang penerapan manajemen patient safety berisi 15 item pernyataan <b>Analisis:</b> analisis univariat dan analisis bivariate menggunakan uji chi-square.	Menilai penerapa n patient <i>safety</i> pada pasien di Bangsal Bedah	Penerapan <i>patient safety</i> oleh perawat di ruang bedah pada bagian kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi terutama bagian persetujuan sebelum melakukan tindakan operasi sebagai bentuk <i>inform concent</i> .
11.	(Harwati Emi Tri, Asda Patria, Khristiani Eva Runi., 2021)	Pelaksana an Sasaran Keselamat an Pasien Risiko Jatuh Di Ruang Rawat Bedah RSUD Panembah an Senopati Bantul	<b>Desain:</b> Deskriptif kuantitatif <b>Sampel:</b> Total sampling 32 perawat di ruang bedah Ruang Bougenvil dan Ruang Melati <b>Instrumen:</b> Kuesioner <b>Analisis:</b> deskriptif	Mengevaluasi pelaksanaan sasaran sasaran keselamatan pasien (risiko jatuh) dengan hasil yang baik	Sebagian besar perawat ruang bedah melaksanakan sasaran keselamatan pasien (risiko jatuh) dengan hasil yang baik

# BAB 3

## TEORI MUTAKHIR

---

### 3.1 Konsep Keselamatan Pasien

Bab ini akan menguraikan konsep keselamatan pasien yang terdiri dari pengertian keselamatan pasien, tujuan sasaran keselamatan pasien, jenis sasaran keselamatan pasien, serta penjelasan tentang enam sasaran keselamatan pasien.

#### A. Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien rumah sakit merupakan usaha mencegah, menghindarkan, membebaskan pasien dari cidera yang tidak seharusnya atau potensial terjadi selama menjalani pelayanan kesehatan sehingga pasien menjadi lebih aman(Depkes RI., 2011).

#### B. Tujuan Sasaran Keselamatan Pasien

Tujuan sasaran keselamatan pasien mendorong rumah sakit melakukan perbaikan yang perbaikan-perbaikan yang menunjang tercapainya keselamatan pasien (Kepmenkes RI, 2022).

#### C. Jenis Sasaran Keselamatan Pasien

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. Semua Jenis Pelayanan Kesehatan Di Indonesia harus menerapkan 6 Sasaran Keselamatan Pasien antara Lain :

Sasaran 1 mengidentifikasi pasien dengan benar;

Sasaran 2 meningkatkan komunikasi yang efektif;

Sasaran 3 meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai;

Sasaran 4 memastikan sisi yang benar, prosedur yang benar, pasien yang benar pada pembedahan/tindakan invasif;

Sasaran 5 mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan; dan

Sasaran 6 mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh.

#### **D. Sasaran Keselamatan Pasien**

##### **1. Ketepatan Identifikasi Pasien**

Kegagalan mengidentifikasi pasien dapat terjadi dalam beberapa aspek/ tahapan diagnosis dan pengobatan ketika pemberian obat dan darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis serta penyerahan bayi kepada bukan keluarganya. Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius/ tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/ kamar/ lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain (Depkes RI., 2011).

Maksud sasaran ini melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan. Kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Prosedur yang harus dilakukan dengan identifikasi minimal menggunakan dua cara, misalnya nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak boleh digunakan untuk identifikasi. Proses identifikasi pasien dapat dilakukan perawat dengan menanyakan nama kepada pasien sebelum melakukan tindakan. Jika pasien menggunakan gelang tangan harus tetap dikonfirmasi secara verbal, jika pasien tidak dapat menyebut nama maka perawat dapat menanyakan pada penunggu atau keluarga. Pasien yang tidak dapat menyebut nama, tidak memakai gelang dan tidak ada keluarga atau penunggu maka identitas dipastikan dengan melihat rekam medik oleh dua orang petugas (Depkes RI., 2011).

## **2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif**

Rumah sakit merencanakan proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi yang bersifat internal dan eksternal dimana transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat (Depkes RI., 2011). Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi bila perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan klinis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan (Depkes RI., 2011). Maksud sasaran ini jika komunikasi dilakukan secara efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, dan jelas akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Kebijakan dan/ atau prosedur pengidentifikasi juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU. Metode *Situation-Background-Assessment-Rekomendation/SBAR* berlaku untuk semua petugas sebelum pelaporan/ serah terima. Persiapan yang dilakukan sebelum melaporkan kondisi pasien harus memeriksa pasien dengan benar, melihat nama dokter penanggungjawab pasien yang sesuai untuk ditelepon, mengetahui diagnosis medik pasien, membaca catatan dokter dan catatan perawat yang terbaru, memegang rekam medik pasien dan siap melaporkan menggunakan teknik SBAR. Mulai dari situasi, lanjutkan dengan *background/latar belakang, assessment/penilaian* serta rekomendasi (Depkes RI., 2011).

## **3. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai**

Perawat mempunyai peran penting dalam menyiapkan dan memberikan obat, maka perawat perlu waspada dalam mencegah kesalahan obat. Nama obat, rupa dan ucapan mirip (NORUM), yang membingungkan staf pelaksana merupakan salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat (*medication error*). Rumah sakit perlu mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*). Elemen penilaian pada peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai: Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat yang rupa dan ucapan mirip. Implementasi kebijakan dan prosedur obat yang rupa dan ucapan mirip tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan (Depkes RI., 2011).

Standarisasi proses untuk mencegah kesalahan pengobatan menurut (Cohen H., 2007) diantaranya:

**Membatasi ketersediaan *high-alert drugs* dan rute administrasi.** Meniadakan 6 obat (Insulin, heparin, opioid, injeksi kalium klorida atau konsentrat kalium fosfat, *blocking agen neuromuskuler*, obat kemoterapi ) atau membatasi jumlah, variasi, dan konsentrasi pada unit perawatan pasien akan mengurangi terjadinya kesalahan.

**Practise drug differentiation,** beberapa obat yang memiliki nama hampir sama sebaiknya dipisahkan/diletakkan berjauhan misalnya heparin dan hespan. Injeksi kalium klorida atau konsentrat kalium fosfat jangan diletakkan berdekatan dengan cairan pelarut/*aqua bidest* apalagi jika bentuk kemasan sama.

**Menggunakan forcing functions,** sebuah sistem yang menghilangkan atau mengurangi kemungkinan kesalahan.

Contoh peralatan medis yang dirancang khusus (*tubing connections or ports*). **Memberi informasi dan menyertakan pasien dalam terapi.** Memberi informasi yang jelas tentang suatu program pengobatan yang didapatkan pasien dapat mengurangi terjadinya kesalahan dalam pengobatan. **Standarisasi** misalnya standarisasi prosedur memastikan bahwa proses selesai dengan cara yang sama setiap kali dilakukan, mengurangi kesempatan untuk kesalahan. **Menerapkan pengingat**, buat label yang ditempel di sekitar obat yang mempunyai risiko tinggi. Label tersebut misalnya: Peringatan obat memiliki konsentrasi tinggi harus diencerkan, *for oral use only*. **Menggunakan teknologi** untuk meningkatkan keselamatan bila digunakan sebagaimana direkomendasikan misalnya: *Resep terkomputerisasi entry order system* yang mengidentifikasi obat tertentu sebagai waspada tinggi saat memesan. *Bar coding* yang dapat membantu memastikan bahwa "enam benar". *Smart pump* yang memerlukan konfirmasi dosis obat yang jelas sebelum dimulai.

Pemberian obat juga harus dilakukan dengan tepat, menurut (Potter, 2010) terdapat 6 benar yang harus diperhatikan yaitu: Benar obat, dosis, waktu, pasien, cara pemberian, dokumentasi. Sedangkan menurut (Kozier, 2012) menyatakan terdapat sepuluh benar. **Benar obat** sesuai program terapi dari dokter. **Benar dosis** dilakukan dengan cara mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek hasil hitungan dosis dengan dengan perawat lain, mencampur/ mengoplos obat. **Benar waktu** dengan cara mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek tanggal kadaluarsa obat. **Benar pasien** dengan cara mengecek program terapi pengobatan dari dokter, memanggil nama pasien yang akan diberikan obat, mengecek identitas pasien pada papan/ *kardeks* di tempat

tidur pasien. **Benar cara pemberian** dengan mengecek cara pemberian pada label/ kemasan obat. **Benar dokumentasi** dengan mencatat nama pasien, nama obat, dosis, cara, dan waktu pemberian obat. **Benar edukasi** pasien dengan menjelaskan pengobatan yang didapat pasien. **Benar alasan penolakan** artinya pasien dewasa mempunyai hak menolak pengobatan yang diterima, dengan memahami semua konsekuensi akibat penolakan tersebut. **Benar Pengkajian** artinya beberapa obat sebelum diberikan harus dicek denyut nadi, tekanan darah sebelum diberikan. **Benar evaluasi** artinya mengevaluasi segala efek samping yang mungkin timbul akibat pengobatan yang di dapat pasien.

#### 4. Kepastian Tepat Lokasi Prosedur dan Tepat Pasien Operasi

Penyimpangan pada verifikasi (tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi) akan dapat mengakibatkan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah. Penyebabnya karena miskomunikasi dan tidak adanya informasi atau informasinya tidak benar, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Selain itu pengkajian pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwritting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi (Depkes RI., 2011). Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar; Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dipampang; Melakukan

verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/ atau *implant* yang dibutuhkan.

**Menandai lokasi operasi (*marking*)** terutama pada organ yang memiliki dua sisi (kanan dan kiri); *Multiple structures* (jari tangan, jari kaki); *Multiple level* (operasi tulang belakang: cervical, thorakal, lumbal); Multiple lesi yang penggerjaannya bertahap. **Anjuran penandaan lokasi operasi** menggunakan tanda yang telah disepakati, dokter yang akan melakukan operasi yang melakukan pemberian tanda pada atau dekat daerah insisi. **Menggunakan tanda yang tidak ambigu** (contoh; tanda "x" merupakan tanda yang ambigu). **Daerah yang tidak dioperasi, tidak ditandai kecuali sangat diperlukan.** **Menggunakan penanda yang tidak mudah terhapus** misalnya gentain violet. Sebelum dilaksanakan operasi menerapkan pengisian *checklist* keselamatan operasi untuk memastikan: Tepat pasien; Tepat prosedur; Tepat daerah/ lokasi operasi.

Rumah sakit harus mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien. Elemen penilaian sasaran menurut (Depkes RI., 2011) diantaranya rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan. Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat praoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur "sebelum insisi/*time-out*" tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.

## 5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia yang sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis (Depkes RI., 2011). Pedoman *hand hygiene* dilakukan dengan enam langkah yang dijadikan standar oleh (The Joint Commission, 2007) yaitu: Pada saat sebelum dan sesudah menyentuh pasien, sebelum dan sesudah tindakan/ aseptik, setelah terpapar cairan tubuh pasien, sebelum dan setelah melakukan tindakan *invasif*, setelah menyentuh area sekitar pasien/ lingkungan, memakai alat pelindung diri (APD) yaitu alat yang digunakan untuk melindungi petugas dari resiko pajanan darah, cairan tubuh ekskreta, dan selaput lendir pasien seperti sarung tangan, masker, tutup kepala, kacamata pelindung, apron/ jas dan sepatu pelindung.

## 6. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cidera bagi pasien rawat inap. Evaluasi perlu dilakukan pada riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit (Depkes RI., 2011). Beberapa hal yang dapat dilakukan perawat untuk mencegah terjadinya jatuh menurut (The Joint Commission, 2007) yaitu: Perawat mengecek efek samping obat yang memungkinkan terjadinya jatuh, perawat dapat tetap menjaga daerah yang dapat menyebabkan jatuh, menggunakan kaca mata, sehingga

pasien dapat berjalan sendiri misalnya pada malam hari. Perawat tanggap terhadap perubahan perilaku pasien, meletakkan sepatu dan tali sepatu pada tempatnya, mengecek seluruh daerah yang dapat menyebabkan jatuh (misalnya sepatu atau tali sepatu yang tidak pada tempatnya). Perawat mengecek penyebab sering terjadinya jatuh (misalnya ruangan didesain tidak terlalu banyak perabotan, daerah yang gelap, dan sedikit hidrasi/ perawat menganjurkan untuk minum 6-8 gelas per hari). Manajer perawat mengidentifikasi kondisi medis, obat-obatan, status mental, lingkungan, kemampuan beraktivitas, dan pola tidur pasien, mengkaji kemungkinan terjadinya risiko jatuh dengan cara meletakkan stiker berupa simbol senyuman (*green smiling-face sticker*) yang ditempelkan di pintu pasien sebagai tanda/ sinyal untuk kemungkinan terjadinya jatuh sehingga perawat dapat memonitor pasien dengan lebih dekat (Potter, 2010). (The Joint Commission, 2007) mengkategorikan faktor-faktor risiko jatuh pada pasien baik secara instrinsik maupun ekstrinsik. **Faktor risiko instrinsik** terintegrasi dalam sistem pasien dan juga dikaitkan dengan perubahan-perubahan akibat penuaan, mencakup peristiwa jatuh sebelumnya, penurunan penglihatan, keseimbangan yang labil, defisit sistem muskuloskeletal, defisit status mental, penyakit akut, dan penyakit kronis. **Faktor-faktor ekstrinsik** adalah kondisi eksternal pasien dan terkait dengan lingkungan fisik, mencakup medikasi, kurangnya alat bantu di kamar mandi, desain furnitur, kondisi lantai, kurangnya pencahayaan, alas kaki yang tidak tepat, penggunaan alat yang tidak tepat, dan alat bantu yang tidak memadai.



# BAB 4

## PEMBAHASAN

---

Bab ini menguraikan tentang pembahasan berdasarkan data yang ada dalam *literature review*. Pendekatan yang digunakan dalam pembahasan ini adalah implementasi enam sasaran keselamatan pasien berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. Semua Jenis Pelayanan Kesehatan wajib menerapkan enam sasaran keselamatan pasien yang terdiri dari: Sasaran 1 mengidentifikasi pasien dengan benar; Sasaran 2 meningkatkan komunikasi yang efektif; Sasaran 3 meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai; Sasaran 4 memastikan sisi yang benar, prosedur yang benar, pasien yang benar pada pembedahan/tindakan invasif; Sasaran 5 mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan; dan Sasaran 6 mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh.

Berdasarkan sebelas artikel yang digunakan dalam *literature review*, sembilan artikel mengevaluasi implementasi enam sasaran keselamatan pasien, dan hanya dua artikel saja yang tidak mengevaluasi enam sasaran keselamatan pasien yaitu penelitian (Harwati et al., 2021) tentang pelaksanaan sasaran keselamatan pasien risiko jatuh Di Ruang Rawat Bedah RSUD Panembahan Senopati Bantul dan penelitian (Sakinah Syifa et al., 2017) yang menganalisis Sasaran Keselamatan Pasien Dilihat Dari Aspek Pelaksanaan Identifikasi Pasien Dan Keamanan Obat Di RS Kepresidenan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta.

### 1. Ketepatan Identifikasi Pasien

Hasil penelitian yang digunakan dalam *literature review* tentang ketepatan identifikasi pasien menunjukkan sembilan dari sebelas penelitian telah menerapkan kebijakan ketepatan

identifikasi dengan baik. Namun masih terdapat dua penelitian yaitu penelitian (Harsiwi et al., 2018) yang menganalisis pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat. Hasil penelitiannya menunjukkan terdapat 84% perawat yang melakukan identifikasi dengan tepat, namun masih ada 26% perawat yang belum melakukan identifikasi dengan benar. Ketidaktepatan identifikasi terjadi karena perawat belum mengidentifikasi menggunakan minimal dua identitas pasien, misalnya menggunakan nama dan nomor rekam medis seperti yang telah ditulis digelang identitas pasien. Rumah Sakit tempat penelitian telah mengupayakan kelengkapan sarana prasarana misalnya terkait standar operasional prosedur (SOP) identifikasi pasien dan juga sudah menyediakan gelang tangan namun implementasi identifikasi masih belum berjalan secara maksimal. Ketidaktepatan identifikasi pasien dapat terjadi karena beberapa hal antara lain karena faktor perawat itu sendiri, dimana faktor kebiasaan dan kesadaran diri yang kurang untuk melakukan identifikasi pasien secara tepat selain itu juga karena faktor belum adanya role model yang dapat dijadikan panutan di tiap unit untuk membentuk kebiasaan identifikasi dengan tepat. Rumah sakit juga kurang melakukan sosialisasi keselamatan pasien secara rutin, sosialisasi hanya dilakukan pada awal pegawai masuk atau saat terjadi insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit. Pelaksanaan sosialisasi juga tidak segera dilaksanakan ketika pegawai baru masuk namun masih menunggu beberapa bulan baru dilakukan sosialisasi secara bersamaan. Berdasarkan (Kemenkes RI, 2022) disebutkan bahwa Rumah Sakit harus menetapkan regulasi tentang orientasi bagi tenaga kesehatan baik berupa orientasi umum dan khusus yang berkaitan dengan implementasi sasaran keselamatan pasien. Selain itu rumah sakit juga perlu mengadakan pembekalan atau sosialisasi kepada kepala ruang atau ketua tim yang menjadi role model di tiap ruangan akan pentingnya ketepatan identifikasi pasien dengan benar serta perlunya

pemantaun implementasi sasaran keselamatan pasien secara rutin.

Penelitian kedua yang menunjukkan belum tepatnya identifikasi pasien dilakukan oleh (Neri Reno Afriza et al., 2018), penelitian ini menganalisis tentang Pelaksanaan sasaran keselamatan pasien Di Rawat Inap Rumah sakit Umum Daerah. Hasil penelitian menunjukkan baru 50% pasien rawat inap yang memakai gelang identitas. Apabila pasien tidak memakai gelang tangan maka risiko untuk terjadinya kesalahan dalam identifikasi akan menjadi besar baik saat akan diberikan pengobatan atau tindakan pemeriksaan tertentu. Dirumah Sakit tersebut telah tersedia kebijakan dan standar operasional prosedur (SOP) identifikasi pasien dan sumber daya manusia sudah hampir mencukupi, namun didapatkan fakta bahwa ketersediaaan stok gelang tangan tiga bulan terakhir telah habis, dana untuk pelaksanaan monitoring dan evaluasi program keselamatan pasien juga belum pernah dianggarkan oleh manajemen. Selain faktor diatas budaya keselamatan pasien juga belum terbentuk dengan baik, beberapa petugas masih memiliki anggapan bahwa SOP hanya merupakan dokumen prasyarat akreditasi sehingga kepatuhan terhadap SOP masih kurang. Berdasarkan hal tersebut maka Rumah Sakit perlu untuk meningkatkan koordinasi antar bidang agar dapat melakukan penganggaran dana untuk mendukung implementasi keselamatan pasien khususnya pengadaan dan pemeliharaan, perlu juga dialokasikan dana khusus untuk monitoring dan evaluasi implementasi sasaran keselamatan pasien khususnya identifikasi pasien. Proses identifikasi pasien harus sudah dilaksanakan sejak pasien masuk Rumah Sakit dan harus selalu dikonfirmasi dalam semua jenis prosedur tindakan atau pemeriksaan yang dilakukan pada pasien dengan menggunakan minimal dua identitas pasien.

## 2. Peningkatan Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif dapat dilakukan baik secara lisan, tertulis

maupun elektronik, komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan mudah dipahami penerima pesan. Komunikasi efektif dapat menurunkan potensi terjadinya insiden keselamatan pasien. Menurut (Kemenkes RI, 2022) komunikasi yang mudah terjadi kesalahan umumnya saat instruksi atau perintah diberikan melalui telepon secara lisan, pelaporan hasil kritis atau saat serah terima dimana pengucapan nama obat yang mirip dan penggunaan istilah yang tidak umum.

Artikel penelitian yang digunakan dalam *literature review* tentang peningkatan komunikasi efektif menunjukkan terdapat empat penelitian yang implementasi komunikasinya belum efektif. Penelitian pertama dilakukan oleh (Machelia Champaca, 2018), Pelaksanaan komunikasi efektif di Rumah Sakit Suaka Insan adalah baik sebesar 56,1% dan kurang sebesar 43,9%. Perawat telah berupaya untuk melakukan komunikasi efektif baik sesama perawat dan antara tenaga kesehatan lainnya namun masih ada yang belum maksimal implementasinya. Perawat mengeluhkan belum adanya sosialisasi yang jelas mengenai pemberian order dokter melalui telepon, hal ini membuat perawat mengalami kesulitan saat ingin melakukan verifikasi, masih ada dokter belum memberikan kesempatan perawat untuk mengklarifikasi instruksi pengobatan terutama jika ordernya dilakukan melalui telepon. Berdasarkan elemen penilaian sasaran keselamatan pasien menurut (Kemenkes RI, 2022), seharusnya Rumah Sakit menerapkan komunikasi saat menerima instruksi melalui telepon dengan menulis/menginput ke komputer, membacakan kembali (*writedown, read back, confirmation*) dan menerapkan SBAR saat melaporkan kondisi pasien kepada dokter penanggungjawab pasien (DPJP) serta di dokumentasikan dalam rekam medik.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Harsiwi et al., 2018) menunjukkan bahwa implementasi komunikasi efektif baru mencapai 91% dengan target standar 100%, padahal dokumen kebijakan dan prosedur (SOP) yang mendukung penerapan komunikasi lisan melalui telepon telah ada. Dalam hal ini

diperlukan sosialisasi terus menerus oleh Rumah Sakit untuk menumbuhkan kebiasaan, kesadaran serta menciptakan role model yang diperlukan dalam implementasi komunikasi efektif.

Penelitian yang dilakukan oleh (Neri Reno Afriza et al., 2018) juga menunjukkan hal yang serupa dengan penelitian sebelumnya, dimana implementasi komunikasi efektif baru mencapai 81,3%, metode *Situation Background Assessment Recommendation* (SBAR) sudah diterapkan, namun masih didapatkan perintah lisan yang belum dikonfirmasi oleh pemberi perintah melalui telepon dan hanya ditulis oleh penerima pesan. Di Rumah Sakit tersebut telah ditetapkan dan dilakukan sosialisasi baik itu kebijakan atau SOP. Sumber daya manusia juga sudah mencukupi namun implementasinya belum maksimal. Berdasarkan hal itu maka diperlukan monitoring dan evaluasi secara rutin oleh jajaran manajemen Rumah Sakit terkait implementasi komunikasi yang kurang maksimal.

Nurani Sinta & Sudiro (2019) melakukan penelitian Analisis Efektivitas Komunikasi Tulis Baca Konfirmasi dalam Sasaran Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Jepara. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Rumah Sakit tersebut telah menerapkan dan mensosialisasikan metode *Situation Background Assessment Recommendation* (SBAR) dan tulis baca konfirmasi (TBK), Serah terima pasien sudah dilakukan di ruang perawat namun tidak dilakukan crosscek secara langsung pada pasien dengan alasan beban kinerja petugas yang tinggi. Berdasarkan hal itu maka jajaran manajemen perlu melakukan evaluasi terkait beban kinerja petugas dalam hal ini dokter dan perawat dan perlu melakukan monitoring implementasinya bahkan jika diperlukan adanya sanksi yang tegas apabila petugas tidak menerapkan metode tersebut agar implementasi komunikasi efektif dapat berjalan maksimal.

### **3. Peningkatan Keamanan Obat-Obatan Yang Harus Diwaspadai**

Kesalahan pemberian obat dan cairan yang dilakukan oleh

perawat merupakan salah satu tindakan yang mengancam keselamatan pasien. (Kemenkes RI, 2022) menyatakan bahwa Rumah Sakit menerapkan proses untuk meningkatkan keamanan penggunaan obat yang memerlukan kewaspadaan tinggi (*high alert medication*), adapun obat *high alert* antara lain obat risiko tinggi, obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*) serta Elektrolit konsentrat. Rumah sakit juga harus menetapkan dan menerapkan tindakan untuk mengurangi risiko dan cedera akibat kesalahan penggunaan obat *high alert*, antara lain: penyimpanan, pelabelan yang jelas, penerapan *double checking*, pembatasan akses, penerapan panduan penggunaan obat *high alert*.

Penelitian yang dilakukan (Machelia Champaca, 2018) menunjukkan bahwa keamanan obat yang perlu di Rumah Sakit Suaka Insan adalah baik sebesar 50,5% dan kurang sebesar 49,5%. Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM seringkali membingungkan perawat sehingga jika ada dosis yang berlebihan perlu disarankan untuk ditinjau kembali. Penelitian ini juga menunjukkan belum ada pelabelan jenis obat tertentu pada obat yang nampak mirip dan ucapan terdengar sama, namun proses menyiapkan obat mulai dari pengenceran hingga menyuntikan ke pasien telah dilakukan hanya oleh satu perawat. Kesalahan pengobatan atau sentinel sering terjadi pada obat yang perlu diwaspadai oleh sebab itu rumah sakit harus mempunyai dan mensosialisasikan pedoman atau kebijakan dalam manajemen dan pemberian obat yang perlu diwaspadai, khususnya obat yang rupanya mirip, namanya mirip, elektrolit tinggi, narkotika, psikotropika serta obat kemoterapi.

Neri Reno Afriza et al. (2018) dalam penelitian yang berjudul analisis pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap rumah Sakit Umum Daerah memaparkan bahwa kebijakan dan SOP telah ada dan disosialisasikan dengan baik, namun masih dijumpai kendala pada kurangnya tenaga dokter dan perawat

sehingga perawat harus bertugas rangkap. Tim keselamatan pasien sudah ditetapkan dengan SK Direktur namun belum berjalan maksimal demikian juga terkait dengan dana untuk monitoring keselamatan pasien belum dianggarkan oleh pihak manajemen. Terkait keamanan obat lemari yang digunakan untuk menyimpan obat belum ada kuncinya serta obat pasien masih disimpan di ruang perawat dengan suhu yang tidak sesuai standar serta asih ada elektrolit konsentrat di rawat inap non Bedah. Keterbatasan aspek sarana dan prasarana ini menjadi salah satu kendala yang harus di selesaikan oleh pihak manajemen dengan lebih aktif melakukan koordinasi antar bidang dalam penganggaran untuk memenuhi sarana yang kurang memadai serta evaluasi ulang terkait beban kinerja dokter dan perawat yang bertugas serta mengaktifkan kinerja Tim keselamatan pasien agar bekerja lebih maksimal.

#### **4. Memastikan Sisi Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pasien Yang Benar Pada Pembedahan/Tindakan Invasif**

Salah-sisi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, merupakan salah satu jenis insiden keselamatan pasien yang dapat terjadi di rumah sakit. Kesalahan tersebut akibat kurangnya komunikasi efektif dalam tim bedah, keterlibatan pasien yang kurang dalam menandai lokasi operasi (*site marking*), serta tidak maksimalnya prosedur untuk memverifikasi sisi operasi. Menurut (Kemenkes RI, 2022). *Universal protocol* untuk masalah diatas antara lain perlu dilakukan verifikasi sebelum operasi, penandaan sisi operasi serta penerapan *time-out* sesaat sebelum memulai tindakan invasif.

Hasil analisis terhadap sebelas artikel penelitian tiga penelitian menunjukkan belum maksimalnya penerapan memastikan sisi yang benar, prosedur yang benar, pasien yang benar pada pembedahan/tindakan invasif. Penelitian yang dilakukan oleh (Wahid & Mudayana Ahmad Ahid, 2020) yang melakukan penelitian Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Berdasarkan Standar Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) di

RSUD menyatakan bahwa prosedur keselamatan pasien operasi/tindakan *invasive* sudah dilakukan sesuai dengan SOP yaitu *sign in*, *time out*, dan *sign out*. Preverifikasi dan proses *sign in*, *time out* dan *sign out* sudah menggunakan format berupa *check list* namun operator (dokter pelaksana) masih sering tidak melakukan penandaan pada saat operasi dengan menggunakan *checklist*. Beberapa penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa kesalahan sisi operasi sering terjadi karena tidak adanya penandaan pada sisi operasi. Hal ini membutuhkan kesadaran dalam penerapannya dan jika dibutuhkan perlu untuk mengingatkan kembali operator agar melakukan penandaan jika belum dilakukan.

Penelitian tersebut diatas sejalan dengan penelitian (Neri Reno Afriza et al., 2018) yang menyatakan bahwa proses penandaan lokasi operasi tidak selalu dilaksanakan di ruangan rawat inap Bedah, operator melakukan penandaan ketika pasien sudah sampai dikamar operasi, meskipun kebijakan, SOP serta tanaga SDM telah tercukupi. Oleh karena itu kepatuhan petugas kesehatan perlu ditingkatkan agar bekerja sesuai SOP yang ditetapkan agar menjamin tidak adanya salah-sisi, salah-prosedur, salah-pasien operasi.

## 5. Pengurangan Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

Kebersihan tangan (*hand hygiene*) merupakan upaya utama untuk menurunkan risiko infeksi yang terjadi di layanan kesehatan. Infeksi yang sering terjadi pelayanan kesehatan diantaranya infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (dihubungkan dengan ventilasi mekanis).

Berdasarkan hasil *literatur review* terhadap sebelas artikel penelitian menunjukkan terdapat enam penelitian yang menunjukkan hasil pengurangan risiko infeksi belum maksimal antara lain: penelitian (Machelia Champaca, 2018) yang menggambarkan bahwa pelaksanaan pencegahan resiko infeksi

yang baik sebesar 50,5% dan kurang sebesar 49,5%. Penelitian serupa dilakukan oleh (Harswi et al., 2018) dimana masih didapatkan capaian tindakan untuk pengurangan resiko infeksi sebesar 94% belum dapat mencapai standar yang ditentukan yaitu 100%. Sedangkan penelitian (Soru Akwilina Ritarni Anseli & Wahyuningsih Aries, 2018) menunjukkan bahwa kepatuhan penerapan pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan sebanyak 11 responden (68,8%) dalam hal melaksanakan 5 moment cuci tangan. Hasil penelitian (Neri Reno Afriza et al., 2018) menunjukkan kepatuhan petugas dalam mencuci tangan mencapai 75%, Penelitian serupa dengan populasi perawat pelaksana pada empat rumah sakit di Kota Palembang yang dilakukan oleh (Mulyadi & Yulia, 2022) menunjukkan kepatuhan perawat dalam melakukan tindakan pengurangan infeksi mencapai 91,97%. Penelitian terakhir yang dilakukan oleh (Faluzi Anna et al., 2017) menunjukkan bahwa capaian tindakan pengurangan infeksi belum mencapai 100% (standar yang ditetapkan). Terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan masih belum optimalnya capaian tindakan pengurangan infeksi antara lain karena faktor kesadaran yang masih rendah dimana mencuci tangan belum menjadi budaya keselamatan pasien, apabila monitoring evaluasi berhenti target capaian juga ikut turun, disamping faktor kelengkapan sarana prasarana yang belum sepenuhnya memadai misalnya masih kurangnya jumlah wastafel yang tersedia. Mencuci tangan dengan enam langkah sebenarnya adalah hal yang paling mendasar dalam pengurangan risiko infeksi, namun ternyata belum sepenuhnya dapat dipatuhi oleh petugas kesehatan utamanya perawat yang hampir 24 jam melakukan kontak dengan pasien.

## 6. Pengurangan Risiko Cidera Pasien Akibat Jatuh

Angka kejadian jatuh masih cukup tinggi sebagai penyebab cidera bagi pasien rawat inap. Tingginya angka kejadian jatuh membuat perawat perlu memikirkan cara untuk mengurangi

kejadian tersebut. Rumah sakit harus memiliki proses yang dapat digunakan untuk mencegah jatuh (Kemenkes RI, 2022). Upaya itu diawali dengan adanya skrining di unit rawat jalan, untuk pasien rawat inap baik dewasa atau anak rumah sakit dapat menggunakan metode pengkajian risiko jatuh yang baku.

Lima dari sebelas artikel yang digunakan dalam literatur review menunjukkan hasil pengurangan risiko jatuh masih belum optimal. Penelitian pertama yang dilakukan oleh (Harsiwi et al., 2018) menunjukkan bahwa upaya pencegahan risiko pasien yang cedera akibat jatuh baru mencapai 81%, sedangkan menurut (Wahid & Mudayana Ahmad Ahid, 2020) upaya penerapan pencegahan jatuh belum maksimal masih didapatkan jatuh pada pasien anak meskipun rumah sakit sudah memasang stiker pada gelang dan tanda segitiga biru pada tempat tidur pasien dan juga melakukan edukasi kepada keluarga pasien tentang pencegahan jatuh. Tempat tidur pasien juga sudah dilengkapi dengan bed side rail. Upaya upaya tersebut dilakukan untuk memimalkan kejadian jatuh pada pasien.

Penelitian berikutnya dilakukan oleh (Neri Reno Afriza et al., 2018) upaya pencegahan jatuh mencapai 87,5%, temuan yang masih didapatkan yaitu Form asesmen risiko jatuh baik yang assessment awal, lanjutan maupunulang tidak pernah diisi oleh perawat di rawat inap Bedah dan non Bedah. Di rumah sakit tersebut kebijakan, SOP dan tenaga hampir mencukupi kebutuhan. Sarana prasarana di ruang bedah sudah memadai sedangkan di ruang nonbedah belum ada bed yang terpasang *handrail*, hal ini membuat risiko untuk terjadinya jatuh menjadi tinggi. Penelitian berikutnya dilakukan oleh (Mulyadi & Yulia, 2022) nilai kompetensi perawat dalam upaya pengurangan risiko jatuh mencapai 86,82%, hasil penelitian juga menunjukkan tidak ada hubungan karakteristik umur, jenis kelamin, pendidikan dan pengalaman kerja dengan penerapan sasaran keselamatan pasien. Penelitian terakhir dilakukan oleh (Faluzi Anna et al., 2017) yang menunjukkan capaian upaya kepatuhan pemenuhan sasaran

keselamatan pasien mencapai 89%. Beberapa kendala yang dijumpai antara lain kurangnya jumlah SDM, belum lengkapnya sarana, penerapan dan evaluasi SOP yang belum maksimal, kesadaran diri yang masih rendah pada petugas serta masih rendahnya upaya edukasi sasaran keselamatan pasien oleh manajemen.



# BAB 5

## PENUTUP

---

Implementasi enam sasaran keselamatan pasien di Indonesia secara umum sudah dilaksanakan meskipun hasilnya belum maksimal. Dari keenam sasaran keselamatan pasien, yang perlu mendapat perhatian utama berdasarkan hasil analisis penelitian adalah sasaran kelima mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan, sasaran keenam mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh, sasaran ketiga meningkatkan keamananvobat-obatan yang harus diwaspadai; sasaran pertama mengidentifikasi pasien dengan benar; sasaran kedua meningkatkan komunikasi yang efektif; serta sasaran keempat memastikan sisi yang benar, prosedur yang benar, pasien yang benar pada pembedahan/tindakan invasif.

Upaya perbaikan yang harus dilakukan berdasarkan hasil penelitian tersebut antara lain: Rumah Sakit perlu mengupayakan kelengkapan dan sosialisasi kebijakan, SOP, sarana prasarana, dana pendukung, sumber daya manusia yang memadai, evaluasi dan monitoring yang berkelanjutan serta perlunya *role model* dalam implementasi enam sasaran keselamatan pasien.



## DAFTAR PUSTAKA

Citra Budi, S., Lazuardi, L., Sari Tetra, F., Doktoral, P., Kedokteran, F., Masyarakat, K., & Keperawatan, dan. (2019). *Tren Insiden Berdasarkan Sasaran Keselamatan Pasien Incident Trends Based On Patient Safety Targets 1\**.

Cohen H. (2007). *Protecting patients from harm: reduce the risks of high-alert drugs.*  
<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000287726.78164.af>

David Yohanes, Pambudi Wahyu, Sutriningsih Ani, Desnani Dudella, Yasin, F., Program, M., Ilmu, S., Fakultas, K., Kesehatan, I., Tribhuwana, U., Malang, T., & Program, D. (2018). Faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam penerapan 6 skp (sasaran keselamatan pasien) pada akreditasi JCI (joint commission international) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Waluya Malang. In *Nursing News* (Vol. 3, Issue 1).

Depkes RI. (2011). *Peraturan menteri kesehatan RI Nomor1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit. Jakarta: Depkes RI.*

Ernawaty Siagian. (2020). Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat Di Sebuah Rumah Sakit Swasta Bandar Lampung. *Jurnal Skolastik Keperawatan*, 6(1), 62–71.

Faluzi Anna, Machmud Rizanda, & Arif Yulastri. (2017). Analisis Penerapan Upaya Pencapaian Standar Sasaran Ke selamatan Pasien Bagi Profesional Pemberi Asuhan Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2017. In *Jurnal Kesehatan Andalas* (Vol. 7).  
<http://jurnal.fk.unand.ac.id>

Hadiarto, R., Ekasari, F., Yulyani, V., Studi Magister Kesehatan Masyarakat, P., & Malahayati, U. (2021). Evaluasi Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di UPT Puskesmas Rawat Inap

- Sukoharjo Pringsewu Lampung (Studi Kasus Pasca Akreditasi). In *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan* (Vol. 8, Issue 1).
- Harswi, T., Insani, N., & Sundari, S. (2018). Analisis Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat. *JHeS*, 2(1), 85–96.
- Harwati, E. T., Asda, P., & Khristiani, E. R. (2021). *Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasienresiko Jatuh di Ruang Rawat Bedah RSUD Panembahan Senopati Bantul* (Vol. 10, Issue 1).
- Rahmayunia, Kartika Imelda & Stenalia Yelpio. (2019). *Deskripsi penerapan patient safety pada pasien di Bangsal Bedah* (Vol. 4, Issue 2).
- Kemenkes RI. (2022). *Keputusan Menteri Kesehatan RI*.
- Kozier, B. E. G. & E. G. , B. A. & S. S. (2012). *Fundamentals nursing: Concepts, process & practice. Ninth edition*. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Machelia Champaca, S. (2018). *Pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien oleh perawat dalam mencegah adverse event di Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin*.
- Mandriani, E., Hardisman, H., & Yetti, H. (2019). Analisis Dimensi Budaya Keselamatan Pasien Oleh Petugas Kesehatan di RSUD dr Rasidin Padang Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(1), 131. <https://doi.org/10.25077/jka.v8i1.981>
- Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., & Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: A comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. In *BMC Health Services Research* (Vol. 14, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>
- Mukhlis, & Isnaini Nadya. (2021). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Pada Perawat Dilinstalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Langsa*.

Mulyadi, & Yulia, S. (2022). Sasaran keselamatan Pasien Pelayanan Rumah Sakit. In *Aisyiyah Medika* (Vol. 7, Issue 2). <https://doi.org/10.36729>

Neri Reno Afriza, Lestari Yuniar, & Yetti Husna. (2018). *Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rawat Inap Rumah sakit Umum daerah Padang Pariaman.*

Nurani Sinta, & Sudiro. (2019). *Analisis Efektivitas Komunikasi Tulis Baca Konfirmasi dalam Sasaran Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Jepara.*

Potter, P. A. & P. A. G. (2010). *Fundamental of nursing: Concepts, process & practice.* St. Louis: Mosby Year Book. Inc.

Putri, M. E., Fithriyani, F., & Sari, M. T. (2022). Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan 6 Sasaran Keselamatan Pasien. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 11(1), 55. <https://doi.org/10.36565/jab.v11i1.444>

Sakinah Syifa, Wigati Putri Asmita, & Arso Septo Pawelas. (2017). *Analisis Sasaran Keselamatan Pasien Dilihat Dari Aspek Pelaksanaan Identifikasi Pasien Dan Keamanan Obat Di RS Kepresidenan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta.*

Soru Akwilina Ritarni Anseli, & Wahyuningsih Aries. (2018). *Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien.*

The Joint Commission. (2007). *National patient safety goals - facts about the 2007 National Patient Safety Goals.*

Wahid, N., & Mudayana Ahmad Ahid. (2020). Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Berdasarkan Standar Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) di RSUD Wonosari Yogyakarta. *International Journal of Healthcare Research*, 3(1), 63–76. <https://doi.org/10.12928/ijhr.v3i2.6533>



# GLOSARIUM

## A

- AHQ : *Agency for Health Care Research Quality*  
Asesmen : Upaya untuk mendapatkan data atau informasi dari proses dan hasil pembelajaran untuk mengetahui seberapa baik kinerja mahasiswa, kelas atau mata kuliah, atau program studi dibandingkan terhadap tujuan atau kriteria atau capaian pembelajaran tertentu.

## B

- Budaya keselamatan : hasil dari nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang menentukan komitmen, dan gaya serta kemahiran, kesehatan dan keselamatan pengelolaan, (Ernawaty Siagian, 2020).

## D

- Database : kumpulan informasi yang disimpan di dalam komputer secara sistematis sehingga dapat diperiksa menggunakan suatu program komputer untuk memperoleh informasi dari basis data tersebut.

## E

*Evidence Based*

: sebuah proses yang akan membantu tenaga kesehatan agar mampu *up date* atau cara agar mampu memperoleh informasi terbaru yang dapat menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien.

## F

*Framework*

: kerangka kerja yang digunakan untuk mengembangkan aplikasi berbasis.

## I

Independen

: semua tindakan yang diambil oleh orang secara bebas tanpa dipengaruhi orang lain.

Insiden keselamatan pasien : setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, (Mandriani et al., 2019)

## K

Keselamatan pasien

: suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera

yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

KPC

: Kondisi Potensial Cedera

KNC

: Kejadian Nyaris Cedera

KTC

: Kejadian Tidak Cedera

KTD

: Kejadian Tidak Diharapkan

## L

LASA

: Look alike sound alike

*Literature Review*

: suatu kegiatan menganalisis yang dapat berupa kritikan dari suatu penelitian yang sedang dilakukan terhadap suatu topik khusus yang merupakan bagian dari bidang keilmuan.

## N

NORUM

: Nama obat, rupa dan ucapan mirip

## S

SOP

: Standar Operasional Prosedur

SBAR

: *Situation-Background-Assessment-Rekomendation*

## T

TBK

: Tulis Baca Konfirmasi

## P

PICOS

: *Populaton, Intervention, Comparison, Outcome and Study Design*

**W**

WHO

: *World Health Organization.*

# INDEKS

A		N
Akurat		NORUM
Aseptik		
<i>Assessment</i>		
B		P
<i>bar-code</i>		pelayanan kesehatan
<i>blood stream infections</i>		petugas
F		<i>Practise drug differentiation</i>
Faktor risiko instrinsik		prosedur
Faktor-faktor ekstrinsi		
<i>forcing functions</i>		
G		R
gelang identita		<i>read back</i>
H		rekam medik
<i>hand hygiene</i>		Rumah sakit
<i>high-alert drugs</i>		rute administrasi
I		S
Identifikasi Pasien		sarana prasarana
infeksi		SBAR
insiden		spesimen
K		Standarisasi
kejadian jatuh		
kesehatan		
Keselamatan pasien		W
Komunikasi efektif		waspada
KTD		
L		
<i>literature review</i>		
lokasi operasi		



# **Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**



# BAB 1

## PENDAHULUAN

---

### 1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah sarana pelayanan kesehatan yang dibutuhkan ketika seseorang sakit dan membutuhkan bantuan dengan tujuan untuk menyelamatkan kondisi pasien. Pasien yang memerlukan bantuan menyeluruh dan intensif selama 24 jam dapat mengakses layanan rawat inap. Perawatan rawat inap memiliki peran penting dalam pelayanan perawatan untuk observasi, diagnosis, pengobatan atau upaya perawatan kesehatan lainnya (Suparyanto dan Rosad, 2020).

Pada saat ini upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan upaya keselamatan pasien di rumah sakit sudah merupakan sebuah gerakan universal. Keselamatan menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Terdapat lima isu penting terkait dengan keselamatan di rumah sakit dan keselamatan pasien merupakan salah satunya.

Keselamatan pasien merupakan upaya pencegahan terjadinya kesalahan dalam memberikan tindakan pelayanan kesehatan yang dapat membahayakan pasien. Tenaga kesehatan memiliki risiko untuk melakukan kesalahan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang dapat mengancam keselamatan dan merugikan pasien. Standar operasional prosedur tentang keselamatan pasien sudah ada tetapi pelaksanaannya belum maksimal. Pencatatan dan pelaporan kejadian kepada pasien belum terlaksana dengan baik. Berdasarkan wawancara dengan Kabid Keperawatan insiden keselamatan pasien masih ada ditemukan di lapangan, tetapi tidak dilaporkan oleh perawat. Keselamatan pasien dipengaruhi oleh bagaimana budaya

individu dan sistem yang berjalan di dalam organisasi. Sehingga dilakukan pendekatan secara personal atau individu maupun sistem manajemen di dalam institusi tersebut.

Insiden keselamatan pasien menurut Permenkes no 11 Tahun 2017, adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan meliputi: kondisi potensial cedera (KPC), kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak cedera (KTC) dan kejadian tidak diharapkan (KTD), (Kesehatan, 2017). Strategi yang digunakan di suatu pelayanan kesehatan yaitu dengan menstimulasi sikap reflektif terhadap kesalahan yang dilakukan maupun terjadinya kejadian yang tidak diharapkan. Kejadian tidak diharapkan dalam suatu pelayanan kesehatan merupakan suatu kondisi yang terjadi pada situasi penuh tekanan yang dirasakan oleh karyawan dala suatu pelayanan kesehatan. Jika terjadi kesalahan maka karyawan akan cenderung menyalahkan orang yang melakukan kesalahan, oleh karena itu dibutuhkan komunikasi yang terbuka pada suatu tim, mendiskusikan penyebab terjadi kesalahan tersebut dan tidak boleh langsung menyalahkan orang yang melakukan kesalahan.

Di Indonesia laporan insiden keselamatan pasien menemukan adanya pelaporan KTD (14,41%) dan KNC (18,53%) yang disebabkan proses atau prosedur klinik (9,26%), medikasi (9,26%) dan pasien jatuh (5,15%). Sebuah penelitian mengungkapkan bahwa keberhasilan pelaksanaan program keselamatan pasien oleh petugas kesehatan di rumah sakit dipengaruhi oleh beberapa hal, salah satunya adalah budaya keselamatan pasien. Saat ini sudah banyak penelitian mengenai budaya keselamatan pasien dan pengaruhnya terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien.

Budaya keselamatan di berbagai Industri berkembang sangat pesat. Angka kecelakaan kerja menurun karena didukung

oleh kesadaran akan arti pentingnya nilai keselamatan dalam organisasi, namun dalam praktik kedokteran program keselamatan pasien baru dihembuskan secara luas setelah adanya paksaan dari luar, (Mandriani, Hardisman, & Yetti, 2019). Budaya keselamatan pasien adalah pola terpadu perilaku individu dan organisasi dalam memberikan pelayanan yang aman dan bebas dari cedera. Budaya keselamatan adalah output dari individu dan kelompok terhadap nilai-nilai, sikap, kompetensi dan kebiasaan yang mencerminkan komitmen dan kemampuan organisasi keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien merupakan suatu hal yang penting karena membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan, (Suparyanto dan Rosad (2020).

Penerapan Budaya keselamatan pasien salah satunya berfokus pada manajemen sumber daya manusia dan perilaku kinerja keselamatan pasien yang terdiri dari pengawasan, kedisiplinan individu, dan kepemimpinan yang efektif, (Mandriani et al., 2019). Fenomena yang terlihat menunjukkan penerapan budaya keselamatan pasien yang belum optimal. Penulis bertujuan untuk menggambarkan penerapan budaya keselamatan pasien khususnya pada perawat yang ada di rumah sakit.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalah yang dalam penulis ini adalah “Bagaimana Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit?”



# BAB 2

## METODOLOGI

---

### 2.1 Strategis Pencarian Literatur

#### 2.1.1 Framework

Framework yang digunakan terdiri dari *Population, Intervention, Comparison, Outcome and Study Design* (PICOS). Strategi yang digunakan untuk mencari artikel atau jurnal menggunakan PICOS Framework, yang terdiri dari:

##### 1. *Population/problem*

Populasi atau masalah yang akan dianalisis sesuai dengan tema yang sudah penulis ditentukan dalam *literature review*.

##### 2. *Intervention*

Suatu tindakan penatalaksanaan terhadap kasus perorangan atau masyarakat serta pemaparan tentang penatalaksanaan studi *literature review* sesuai dengan tema yang sudah ditentukan. Intervensi adalah budaya keselamatan pasien.

##### 3. *Comparison*

Intervensi atau penatalaksanaan lain yang digunakan sebagai pembanding, jika tidak ada bisa menggunakan kelompok kontrol dalam studi yang terpilih.

##### 4. *Outcome*

Hasil atau luaran yang diperoleh pada studi terdahulu yang sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam *literature review* yaitu diperoleh gambaran tentang penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

##### 5. *Study design*

Desain penelitian yang digunakan dalam artikel jurnal yang akan direview yaitu penelitian kualitatif, kuantitatif, mixed methods, serta *research and development*, (Samsu, 2017).

### **2.1.2 Kata Kunci dan Strategi Pencarian**

Pencarian artikel atau jurnal menggunakan *keyword* atau kata kunci yang digunakan untuk memperluas pencarian, sehingga mempermudah dalam penemuan artikel atau jurnal yang digunakan sebagai *literature review*. Kata kunci yang digunakan adalah budaya keselamatan pasien dan penerapan di rumah sakit. Pencarian *literature review* menggunakan beberapa *database* dengan kriteria kualitas tinggi, sedang dan rendah yaitu google scholar, PubMed, *Research Gate*, dan BMJ.

### **2.2 Kriteria Inklusi dan Ekslusi**

Penulis memiliki kriteria inklusi dan ekslusi dalam pemilihan artikel atau jurnal ilmiah yang digunakan sehingga diperoleh bahan kajian literature yang tepat.

Kriteria inklusi dalam studi *literature review* yaitu: artikel atau jurnal yang dipublikasikan Nasional dan Internsional dari tahun 2017 sampai tahun 2022, tersedia dalam bentuk *free access* dan full text, artikel atau jurnal yang ditulis dalam bahasa Inggris dan bahasa Indonesia, artikel atau jurnal yang dapat menggambarkan penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

Kriteria ekslusi dalam studi *literature review* yaitu artikel atau jurnal yang dipublikasikan dibawah tahun 2017, artikel atau jurnal yang ditulis selain bahasa Inggris dan bahasa Indonesia, tidak sesuai dengan tema *literature review*.

### **2.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas**

Pencarian pada *database* dengan menggunakan *keyword* atau kata kunci yang disesuaikan terhadap kriteria inklusi dan ekslusi, kemudian penulis mendapatkan 11 artikel yang sesuai dengan *keyword* atau kata kunci tersebut.

**Tabel 2.1 Daftar Artikel atau Jurnal Hasil Pencarian *Literature Review***

No	Author & years	Title	Study design, sample, variabel, instrument, analysis	Outcome	Summary of result
1.	Herni Hasifah, (2018).	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di RSUD Sumbawa.	Desain: Kuantitatif dengan desain cross sectional. Sampel: 170 orang. Instrumen: Kuesioner AHRQ pada Hospital Survey on Patient Safety Culture. Analisis: Analisis bivariat ke dalam uji regresi logistik.	Menggambarkan tidak berjalananya sistem keselamatan pasien yang berdampak pada lemahnya budaya pelaporan insiden di RSUD Sumbawa.	Terdapat lima faktor yang mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien dan lima faktor yang tidak mempengaruhi budaya keselamatan pasien. Variabel paling berpengaruh (dominan) yaitu variabel keterbukaan komunikasi.
2.	Ulumiya h, (2018)	Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Penerapan Upaya Keselamatan Pasien Di Puskesmas.	Desain: Artikel ilmiah deskriptif. Studi literatur. Sampel: Puskesmas X Kota Surabaya pada bulan Januari-Februari 2018. Instrumen: Observasi, wawancara, studi literatur.	Mengidentifikasi upaya keselamatan pasien di "X" Kota Surabaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan.	Pelaksanaan upaya keselamatan pasien Puskesmas dengan standar penilaian akreditasi Puskesmas. Terdapat hambatan dan kekurangan dalam

			Analisis: Studi literatur.	pemenuhan standar upaya keselamatan pasien di Puskesmas “X” Kota Surabaya sehingga perlu optimalisasi penerapan upaya keselamatan pasien dari seluruh pihak yang terlibat.
3.	Lawati, Dennis, Short, & Abdulha di, (2018)	<i>Patient safety and culture in primary health care: a systematic review.</i>	Desain: A systematic review.  Sampel: The published literature from 2000 to 2014 was conducted.  Instrumen: Identify the articles were Medline, Embase, CINAHL and Scopus.  Analisis: A systematic review.	This study aimed to review the literature on the safety culture and patient safety measures used globally to inform the development of safety culture in primary care (13 studies, 46%). The most commonly used safety culture assessment tool is the Hospital survey on patient safety culture (HSOPSC) which has been used in developing countries in the Middle East.
4.	Thinni Nurul Rochma	Budaya Keselamatan Pasien	Desain: Studi observasional	Menilai budaya adil dan terbuka dalam unit kerja yang

h, (2019).	Berdasarkan Indikator <i>Agency for Healthcare Research and Quality di</i> RSUD Dr. Soetomo	deskriptif Sampel: 406 karyawan yang tersebar di 34 instalasi dan 11 bidang/ bagian Instrumen: Wawancara dan kuesioner menggunakan <i>Hospital Survei on Patient Safety Cuture (HSOPSC)</i>	dalam survei budaya keselamatan pasien, dengan tujuan menilai budaya pelaporan dan pembelajaran di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.	sangat (53,2%); tindakan manajer dalam mendukung keselamatan pasien (58,4%); pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan yang baik (59,6%); dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien juga baik (60,3%); persepsi keseluruhan staf terkait keselamatan pasien di unit kerja adalah baik (62,8%); umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan adalah baik (70,7%); keterbukaan komunikasi (68,5%) kategori baik; frekuensi Pelaporan Insiden (65.0%); kerjasama Antar Unit di Rumah Sakit (64.3%);	baik
---------------	---	---	---	--	------

					staffing (57.6%); respon Non <i>Punitive</i> (68.2%); serah terima dan transisi pasien (70,4%).
5.	Yeni yarnita, (2019)	Budaya Keselamatan Pasien Pada Perawat Di Instalasi Perawatan Intensive RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.	Desain: Deskriptif dengan pendekatan kuantitatif analisa. Sampel: 64 orang melalui total population sampling. Instrumen: Kuesioner dari <i>Hospital Survey On Patient Safety</i> (HSPSC) yang dipublikasikan oleh <i>The Agency For Healthcare Research and Quality</i> (AHRQ, 2016). Analisis: Program SPSS yang disajikan dalam bentuk distribusi	Mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien di Instalasi Perawatan Intensive RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. n	Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan bahwa 56.3% perawat di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau memiliki budaya keselamatan negatif dengan karakteristik responden yang bervariasi baik usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama kerja yang memungkinka n berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien pada perawat.
6.	Mandri ani, Hardis ma, &	Analisis Dimensi Budaya Keselamatan	Desain: Metode kuantitatif pada tahap	Menganalisis budaya keselamatan pasien di	Menunjukkan dimensi yang paling tinggi respon

	Yetti, (2019)	Pasien Oleh Petugas Kesehatan di RSUD Rasidin Padang Tahun 2018.	pertama, dan menggunakan metode kualitatif pada tahap kedua, pendekatan mix method atau desain <i>sequential</i> <i>explanatory</i> .	RSUD Rasidin Padang tahun 2018	dr	positifnya adalah dimensi supervisi (78%) dan dimensi yang paling rendah adalah frekuensi pelaporan (31%).
			Sampel: 250 orang melalui total population sampling.			Hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien adalah perilaku dari petugas kesehatan dan dukungan dari manajemen yang belum maksimal. Rekomendasi yang diberikan
7.	Dhama nti, Leggat, Barraclu uh&Tja hjono, (2019)	<i>Patient Safety Incident Reporting In Indonesia: An Analysis Using World Health Organization Characteristics For Successful Reporting.</i>	Instrumen: Kuesioner AHRQ <i>(Agency Health Research and Quality),</i> indepth interview kepada informan.	Analisis: Data kualitatif menggunakan metode <i>thematic frameworks analysis</i> dan <i>case study.</i>	The study described in this paper aimed at assessing the extent to which organizations at national, provincial and	Our study found that there was an increased need for a non-punitive system, confidentiality , expert- analysis and

			district or city levels in Indonesia. Instrumen: Interviewed and reviews of the policies and regulations concerning patient safety incident reporting in Indonesia conducted between 2013 and 2016.	reporting system has adhered to the World Health Organization (WHO) characteristics for successful reporting.	timeliness of reporting, system-orientation and responsiveness. The existing guidelines, policies and regulations in Indonesia, to a large extent, have not satisfied all the required WHO characteristics of incident reporting. Furthermore, awareness and understanding of the reporting system amongst officials at almost all levels were lacking.
8.	Harsul, Irwan, & Sjattar, (2020)	<i>The relationship between nurse self-efficacy and the culture of patient safety. incident reporting in a district general hospital, Indonesia.</i>	Desain: Descriptive correlation study Sampel: 100 nurses. Instrumen: General Self-Efficacy and Hospital Survey of Patient Safety Culture.	The aim of this study was to analyze the relationship of self-efficacy with the culture of patient safety incident reporting in hospitals.	Self-efficacy was not statistically correlated with the culture of patient safety incident reporting ( $p=0.116$ ).

Analisis: The chi-square test.					
9.	Nurseti awan, Sudiro, & Suryawati, (2020)	Analisis Budaya Keselamatan oleh Bidan dan Perawat dalam Pelayanan Rawat Inap di RS Semarang.	Desain: Kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional.</i>	Menganalisis pengaruh budaya keselamatan pasien, faktor-faktor yang mempengaruhi dan ketersediaan sumber daya terhadap pencegahan yang bermakna antara budaya keselamatan pasien dengan upaya pencegahan KTD (p value = 0,004), tidak ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan sumber daya dan upaya pencegahan KTD (p value = 0,113), serta ada pengaruh antara budaya keselamatan pasien terhadap upaya pencegahan KTD (p value = 0,012). Budaya keselamatan pasien terbukti berpengaruh terhadap upaya pencegahan KTD.	Ada hubungan yang bermakna antara budaya keselamatan pasien dengan upaya pencegahan KTD (p value = 0,004), tidak ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan sumber daya dan upaya pencegahan KTD (p value = 0,113), serta ada pengaruh antara budaya keselamatan pasien terhadap upaya pencegahan KTD (p value = 0,012). Budaya keselamatan pasien terbukti berpengaruh terhadap upaya pencegahan KTD.
10.	Yarnita & Efitra, (2020).	Analisis Faktor yang Berhubungan dengan	Desain: kuantitatif dengan analitik	Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan	Ada hubungan sikap (v value 0.001), tim

	Budaya Keselamatan Pasien pada Ruang Rawat Inap RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.	<p><i>corelasi dan desain cross sectional.</i></p> <p>Sampel: 131 perawat melalui <i>non probability sampling</i> yaitu <i>purposive sampling</i>.</p> <p>Instrumen: <i>Kuesioner Hospital Survey On Patient Safety (HSPSC)</i> yang dipublikasikan oleh <i>The Agency For Healthcare Research and Quality</i>.</p>	<p>dengan budaya keselamatan pasien pada perawat diruang Rawat Inap RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.</p> <p>Analisis: Distribusi frekuensi, chi square dan uji regresi logistik.</p>	<p>kerja (v value 0,017), kelelahan (0,013) dengan budaya keselamatan. Rawat Inap keselamatan. Namun stres kerja tidak berhubungan dengan budaya keselamatan pasien v value 0,139. Didapatkan sikap merupakan faktor yang paling berhubungan dengan budaya keselamatan pasien.</p>
11.	Ernawati y Siagian, (2020)	Penerapan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Di Sebuah Rumah Sakit Swasta Bandar Lampung.	<p>Desain: <i>Descriptive comparative cross sectional design</i></p> <p>Sampel: 50 responden perawat melalui <i>non probability sampling</i> yaitu <i>purposive</i></p>	<p>Mengkaji penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat sehingga hasilnya dapat meningkatkan kualitas keperawatan.</p> <p>Menunjukkan bahwa respon positif dari 12 dimensi yang diberikan oleh staf pelaksana (74,6%), tewerdapat dimensi yang perlu ditingkatkan. Untuk parcer perawat <i>incharge</i></p>

---

<p><i>sampling</i></p> <p>Instrumen: Kuesioner yang diadopsi dari kuesioner <i>Hospital Survey On Patient Safety</i> (HSPSC) yang mengukur 12 dimensi budaya keselamatan pasien di rumah.</p>	<p>mempunyai nilai rata-rata (79,4 %) dan masih ada 4 dimensi yang perlu ditingkatkan. Pada kelompok <i>head nurse</i> nilai rata-rata respon positif dari 12 dimensi adalah 76,7% dan masih terdapat 5 dimensi yang perlu ditingkatkan. Kelompok kepala ruang nilai rata-rata respon positif dalam 12 dimensi adalah 88,6% dan terdapat 1 dimensi yang perlu ditingkatkan.</p>
---	---

---



# BAB 3

## TEORI MUTAKHIR

---

### 3.1 Konsep Rumah Sakit

#### 3.1.1 Definisi Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Undang-Undang Republik Indonesia, 2018). Rumah Sakit diklasifikasikan 2 yaitu:

1. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
2. Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya, ( Peraturan Menteri Kesehatan, 2014).

Menurut WHO (2017) Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang mengorganisir staf medis, dan staf profesi lain, mempunyai fasilitas rawat inap, dan memberikan pelayanan selama 24 jam sehari, 7 hari seminggu. Rumah sakit menyediakan pelayanan untuk kondisi pasien yang akut, pasien yang menuju kesembuhan maupun pasien yang berada dalam kondisi perawatan terminal, dengan menggunakan pelayanan diagnostik dan kuratif.

#### 3.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit mempunyai tugas yaitu memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Untuk menjalankan tugas rumah sakit mempunyai beberapa fungsi meliputi (Undang-Undang RI , 2009):

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

### **3.1.3 Klasifikasi Rumah Sakit**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi Rumah Sakit, berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit, (Peraturan Menteri Kesehatan, 2014). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Rumah Sakit diklasifikasi menjadi Umum Khusus meliputi:

1. Rumah Sakit Umum meliputi:
  - a. Rumah Sakit Umum Kelas A
  - b. Rumah Sakit Umum Kelas B
  - c. Rumah Sakit Umum Kelas C
  - d. Rumah Sakit Umum Kelas D

Dalam upaya menyelenggarakan fungsinya maka Rumah Sakit Umum menyelenggarakan kegiatan:

- 1) Pelayanan medis
- 2) Pelayanan kefarmasian
- 3) Pelayanan keperawatan dan kebidanan
- 4) Pelayanan penunjang klinik
- 5) Pelayanan penunjang nonklinik
- 6) Pelayanan rawat inap

- 7) Pelayanan dan asuhan keperawatan
  - 8) Pelayanan penunjang medis dan nonmedis
  - 9) Pelayanan kesehatan kemasyarakatan dan rujukan
  - 10) Pendidikan, penelitian dan perkembangan
  - 11) Administrasi umum dan keuangan
2. Rumah Sakit Khusus meliputi: rumah sakit ibu dan anak, rumah sakit mata, rumah sakit otak, rumah sakit gigi dan mulut, rumah sakit kanker, rumah sakit jantung dan pembuluh darah, rumah sakit jiwa, rumah sakit infeksi, rumah sakit paru, rumah sakit bedah, rumah sakit ginjal, rumah sakit ketergantungan obat dan rumah sakit THT (telinga hidung dan tenggorokan).
- Rumah Sakit Khusus harus mempunyai fasilitas dan kemampuan, paling sedikit meliputi, (Peraturan Menteri Kesehatan, 2014):
- a. Pelayanan yang diselenggarakan meliputi:
    - 1) Pelayanan medik

Terdiri dari: pelayanan gawat darurat, tersedia 24 (dua puluh empat) jam sehari terus menerus sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis dasar sesuai dengan kekhususan, pelayanan medik spesialis dan atau subspesialis sesuai kekhususan, pelayanan medik spesialis penunjang;
    - 2) Pelayanan kefarmasian
    - 3) Pelayanan keperawatan
    - 4) Pelayanan penunjang klinik
    - 5) Pelayanan penunjang nonklinik
  - b. Sumber daya manusia

Paling sedikit terdiri dari:

    - 1) Tenaga medis

Yang memiliki kewenangan menjalankan praktik kedokteran di Rumah Sakit yang bersangkutan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
    - 2) Tenaga kefarmasian

Dengan kualifikasi apoteker dan tenaga teknis kefarmasian dengan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan kefarmasian Rumah Sakit.

3) Tenaga keperawatan

Dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit

4) Tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan, sesuai dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit;

- c. Peralatan, yang memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### **3.2 Konsep Keselamatan Pasien**

#### **3.2.1 Definisi Keselamatan Pasien**

WHO, 2015 dalam jurnal (Ernawaty Siagian, 2020) Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau

berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, (Mandriani et al., 2019).

### **3.2.2 Standar Keselamatan Pasien**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011. Standar Keselamatan Pasien meliputi:

1. Hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

2. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

3. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Rumah Sakit menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

4. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.

b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.

- c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien
  - d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
  - e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- a. Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
  - b. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien
- a. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
  - b. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Sedangkan tujuan keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

- 1. Tercapainya budaya keselamatan pasien dari rumah sakit.
- 2. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- 3. Menurunkan angka kejadian tidak diharapkan di rumah sakit.
- 4. Terlaksanannya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi kejadian tidak diharapkan.

### **3.2.3 Sasaran Keselamatan Pasien**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011. Sasaran Keselamatan Pasien meliputi tercapainya hal-hal sebagai berikut:

1. Ketepatan identifikasi pasien.
2. Peningkatan komunikasi yang efektif.
3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai.
4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.
5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
6. Pengurangan risiko pasien jatuh.

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien terdiri atas: membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, mengembangkan sistem pelaporan, melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien dan mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

### **3.2.4 Insiden Terkait Keselamatan Pasien**

Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera, (Kesehatan, 2017). Yang dimaksud dengan:

1. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
2. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
3. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

4. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
5. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

Elemen keselamatan pasien menurut *Agency for Health Care Research Quality* (AHRQ) adalah:

1. *Adverse drug events (ADE) or medication errors (ME)* (ketidak cocokan obat atau kesalahan pengobatan)
2. *Restrain use* (penganaman pasien)
3. *Nosocomial use* (infeksi nosokomial)
4. *Surgical mishaps* (kecelakaan operasi)
5. Pressure ulcers (luka bakar)
6. *Blood product safety/administrasi* (keamanan produk darah/administrasi)
7. *Antimicrobial resistance* (resistensi antimikroba)
8. *Immunization program* (program imunisasi)
9. *Falls* (terjatuh)
10. *Blood stream and vascular catheher care* (aliran darah dan perawatan kateter pembuluh darah)
11. *Systematic revie, follow up and reporting of patient/visistor incident reports* (tinjauan sistematis, tindakan lanjutan dan pelaporan pasien/pengunjung laporan kejadian)

Rumah sakit bertanggung jawab khususnya petugas kesehatan dalam melakukan proses pemberian pelayanan kesehatan, karena jika terjadi kelalaian akan mengakibatkan dampak negatif bagi pasien. Dampak tersebut dapat berupa cedera ringan, cacat fisik, cacat permanen bahkan sampai kematian. Untuk dapat menghindarkan dan mencegah kerugian bagi semua pihak maka rumah sakit hendaknya memperhatikan dan membuat prosedur untuk menghindari beberapa elemen keselamatan pasien yang berpotensi

terjadi di dalam pemberian asuhan pelayanan kesehatan pasien di rumah sakit.

Pada saat terjadi kesalahan, proses sistem pelaporan insiden keselamatan pasien memiliki alur yang sistematis antara lain: setiap insiden harus dilaporkan secara internal dalam waktu paling lambat 2x24 jam sesuai dengan format laporan, setelah mendapatkan laporan lalu dianilis serta memberikan rekomendasi dan solusi insiden yang dilaporkan.

### **3.3 Konsep Budaya Keselamatan Pasien**

#### **3.3.1 Definisi Budaya Keselamatan Pasien**

Budaya keselamatan suatu organisasi individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang menentukan komitmen, dan gaya serta kemahiran, kesehatan dan keselamatan pengelolaan, (Ernawaty Siagian, 2020).

Budaya keselamatan pasien merupakan suatu kondisi dimana budaya organisasi mendukung dan mempromosikan keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien merujuk dari keyakinan, nilai dan norma-norma yang ditunjukkan oleh praktisi pelayanan kesehatan dan staf lain dalam suatu organisasi yang mempengaruhi tindakan dan sikapnya, serta bisa diukur dengan cara menghargai apa yang dilakukan oleh pegawai, dukungan yang diberikan dan penerimaan dari organisasi terhadap sesuatu yang terkait dengan keselamatan pasien, (Sorra et al., 2018).

Prinsip ini meliputi kumpulan norma, standar profesi, kebijakan, komunikasi dan tanggung jawab dalam keselamatan pasien. Budaya ini kemudian mempengaruhi keyakinan dan tindakan individu dalam memberikan pelayanan. Budaya keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam keseluruhan budaya organisasi yang diperlukan dalam institusi kesehatan. Budaya keselamatan didefinisikan sebagai seperangkat keyakinan, norma, perilaku, peran dan praktik sosial maupun teknis dalam meminimalkan pajanan yang membahayakan atau mencelakakan karyawan, manajemen, pasien atau anggota masyarakat lainnya.

Organisasi pelayanan kesehatan perlu mengembangkan budaya keselamatan pasien untuk fokus pada peningkatan keandalan dan keselamatan pasien di masa depan. Menurut Fleming (2006) budaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu:

1. Sikap dan perilaku (*senior management, middle management, supervisor, karyawan, keselamatan dan kesehatan yang representatif serta komitmen anggota komite*)
2. Lingkungan (tipe organisasi, finansial, jenis pekerjaan yang dilakukan, desain pekerjaan, kecepatan kerja, pelatihan yang tersedia, garis komunikasi)
3. Sistem (proses pelaporan kejadian/insiden yang mengancam keselamatan pasien, proses audit, proses investigasi, komunikasi dan sistem umpan balik), (Nurjayanti, Nadia Tiara; Maywati, Sri; Gustaman, 2022).

### **3.3.2 Komponen Budaya Keselamatan Pasien**

Komponen budaya keselamatan pasien meliputi:

1. *Informed culture*

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

2. *Reporting culture*

Budaya dimana anggota di dalamnya siap untuk melaporkan kesalahan atau *near miss*. Pada budaya ini organisasi dapat belajar dari pengalaman sebelumnya. Konsekuensinya makin baik *reporting culture* maka laporan kejadian akan semakin meningkat.

3. *Just culture*

Budaya membawa atmosfer *trust* sehingga anggota bersedia dan memiliki motivasi untuk memberikan data dan informasi serta senitif terhadap perilaku yang dapat diterima dan tidak dapat diterima.

4. *Learning culture*

Budaya dimana setiap anggota mampu dan bersedia untuk menggali pengetahuan dari pengalaman dan data yang diperoleh serta ketersediaan untuk mengimplementasikan perubahan dan perilaku serta perbaikan yang berkesinambungan.

Komponen dan situasi yang dapat menghambat budaya keselamatan pasien meliputi:

1. Ketakutan terhadap hukuman
  - a. Ketakutan terhadap sanksi
  - b. Ketakutan terhadap tuntutan hukum
2. Cara memandang kesalahan
  - a. Penyebab kesalahan dipandang sebagai kesalahan personal, bukan kesalahan sistem
  - b. Kesalahan berarti dokter tidak professional dan melanggar aturan
3. Situasi mendesak
  - a. Setiap orang didorong untuk bekerja seefisien mungkin sehingga kurang ada waktu untuk memikirkan keselamatan
  - b. Melanggar prosedur karena tuntutan kecepatan pelayanan
4. Respon terhadap kesalahan
  - a. Mencari sapa yang salah, mempermalukan, menyalahkan
  - b. Menyembunyikan setiap kejadian kesalahan
  - c. Mencari kambing hitam saat terjadi kesalahan
5. Perilaku
  - a. Dokter sering dianggap sebagai individu yang independen sehingga melanggar sistem
  - b. Dalam kerja sama tim dokter bersikap sebagai pemain tunggal, bukan sebagai tim
  - c. Toleransi berlebihan terhadap perilaku dokter
  - d. Arogansi

6. Pelaporan kesalahan
  - a. Menutupi kesalahan
  - b. Pelaporan berbuntut adanya sanksi
7. Hubungan dokter dan sistem
  - a. Mengutamakan otoritas dokter
  - b. Komunikasi efektif tidak berjalan dengan baik
  - c. Menempatkan pasien sebagai objek
8. Variasi dalam perilaku klinis
  - a. Masing-masing dokter memiliki gaya sendiri dalam melakukan tindakan diagnostik maupun terapi
  - b. Cenderung tidak mengikuti pedoman klinis atau standar pelayanan medis

### **3.3.3 Manfaat Budaya Keselamatan Pasien**

Manfaat budaya keselamatan pasien adalah:

1. Organisasi lebih tahu jika ada kesalahan yang akan terjadi atau jika kesalahan telah terjadi.
2. Meningkatkan laporan kejadian yang dibuat dan belajar dari kesalahan yang terjadi berpotensi menurunkan kejadian sama yang berulang kembali dan keparahan dari keselamatan pasien.
3. Kesadaran akan keselamatan pasien, yaitu bekerja untuk mencegah kesalahan dan melaporkan jika ada kesalahan.
4. Berkurangnya perawat yang merasa tertekan, bersalah, malu karena kesalahan yang diperbuat.
5. Berkurangnya *turn over* pasien, karena pasien yang mengalami insiden umumnya akan mengalami perpanjangan hari perawatan dan pengobatan yang diberikan lebih dari pengobatan yang seharusnya diterima pasien.
6. Mengurangi biaya yang diakibatkan oleh kesalahan dan penambahan terapi.
7. Mengurangi sumber daya yang dibutuhkan dalam menangani keluhan pasien.

### **3.3.4 Survei Budaya Keselamatan Pasien**

Survei budaya keselamatan pasien dapat dilakukan berdasarkan elemen yang mendasari dan berdasarkan tingkat maturitas dari organisasi dalam menerapkan budaya keselamatan pasien. Standar pengukuran budaya keselamatan pasien dikembangkan oleh beberapa organisasi AHRQ, Standford, dan MapSaf. Survei tersebut menggunakan metode kuantitatif yang menggunakan instrumen berupa kuesioner (Sorra et al., 2018).

Survei yang dikembangkan oleh *Agency for Health Care Research Quality* (AHRQ) adalah *The Hospital Survey on Patient Safety* dengan 12 elemen untuk mengukur budaya keselamatan pasien, meliputi: kerja sama dalam unit, kerja sama antar unit, ekspektasi manajer, pembelajaran organisasi, dukungan manajemen, persepsi keselamatan pasien, umpan balik dan komunikasi, komunikasi terbuka, pelaporan kejadian, *staffing*, hand over dan transisi, dan *respon non punitive* (respon tidak menghukum), (Sorra et al., 2018).

Penerapan budaya keselamatan pasien dimulai dengan melakukan survei tentang isu-isu antara lain bagaimana kemampuan manajemen melihat ke depan dan berkomitmen dengan keselamatan pasien, bagaimana komunikasi antara staf dengan manajer, bagaimana sikap dan perilaku dalam melaporkan suatu kejadian serta bagaimana faktor-faktor dalam lingkungan kerja yang dapat mempengaruhi kinerja.

**Tabel 3.1 Kuesinoer *Agency for Health Care Reseach Quality* (AHRQ)**

No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
	Kerjasama dalam unit (dalam satu ruangan)				
1	Karyawan di ruangan kami saling mendukung satu sama lain				
2	Karyawan di ruangan kami saling bekerjasama agar pekerjaan cepat selesai				
3	Karyawan di ruangan kami saling menghargai satu sama lain				
4	Jika satu area (satu tim perawatan pasien) di dalam unit ini sibuk, maka karyawan dari area yang lain (tim yang lain) dalam unit ini akan ikut membantu				

	<i>Supervisor</i> /harapan dan tindakan manajer untuk mempromosikan keselamatan pasien			
5	<i>Supervisor/manajer/pimpinan</i> saya mengucapkan kata-kata yang baik jika pekerjaan yang saya lakukan sesuai dengan prosedur keselamatan pasien			
6	<i>Supervisor/manajer/pimpinan</i> saya mempertimbangkan saran dari karyawan untuk peningkatan keselamatan pasien			
7	Jika pekerjaan kami menumpuk, maka <i>supervisor/manajer/pimpinan</i> kami mengijinkan kami untuk menyelesaikan pekerjaan dengan cara yang tidak benar			
8	<i>Supervisor/manajer/pimpinan</i> kami melihat permasalahan keselamatan pasien secara berlebihan (mempermasalahkan hal-hal yang tidak penting)			
<b>Pembelajaran organisasi/peningkatan berkelanjutan</b>				
9	Rumah Sakit kami giat melakukan program peningkatan keselamatan pasien			
10	Kesalahan dianggap sebagai sesuatu yang membawa dampak Positif			
11	Setelah dilakukan program perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien, kami mengevaluasi keefektifan program tersebut			
<b>Dukungan dari pihak manajemen untuk keselamatan pasien</b>				
12	Manajemen rumah sakit menyediakan iklim kerja yang mendukung keselamatan pasien			
13	Keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam Rumah Sakit kami (tercermin dari tindakan-tindakan yang dilakukan oleh seluruh karyawan Rumah Sakit)			
14	Setelah terjadi insiden keselamatan pasien (kejadian tidak diharapkan/KTD/ <i>adverse event</i> ), maka pihak manajemen Rumah Sakit baru akan tertarik untuk membahas masalah keselamatan pasien			
<b>Persepsi keseluruhan mengenai keselamatan pasien</b>				
15	Kami tidak memperhatikan masalah keselamatan			

	pasien, supaya pekerjaan kami cepat selesai			
16	Prosedur dan sistem di rumah sakit kami sangat bagus dalam hal pencegahan <i>error</i> atau kesalahan yang berkaitan dengan keselamatan pasien			
17	Di tempat kami bekerja tidak ada kesalahan terkait keselamatan pasien yang berarti, kesalahan hanya terjadi secara tidak disengaja			
18	Unit kami mempunyai masalah mengenai keselamatan pasien			
<b>Kerjasama antar unit</b>				
19	Terdapat kerjasama yang baik antar unit (antar ruangan) dalam rumah sakit			
20	Unit-unit dalam rumah sakit bekerjasama dengan baik untuk menyediakan pelayanan terbaik untuk pasien			
21	Unit-unit dalam rumah sakit tidak saling bekerjasama dengan baik satu sama lain			
22	Terkadang saya merasa tidak suka jika harus bekerja sama dengan staf dari unit lain di rumah sakit			
<b>Staffing</b>				
23	Jumlah staff di tempat saya bekerja sudah mencukupi			
24	Staf di unit kami membutuhkan waktu lebih lama dari biasanya untuk melayani pasien, agar kami dapat dapat memberikan pelayanan terbaik untuk pasien			
25	Staf di unit kami membutuhkan tambahan pegawai untuk membantu pelayanan			
26	Kami melakukan pekerjaan dengan terburu-buru			
<b>Handoffs &amp; transisi</b>				
27	Terdapat kekacauan (masalah) yang kami lakukan ketika transfer pasien dari satu unit ke unit yang lain			
28	Terdapat beberapa informasi mengenai perawatan pasien yang tidak tersampaikan saat pergantian shift jaga			
29	Saat pertukaran informasi antar unit dalam rumah sakit, sering terjadi permasalahan			
30	Pergantian shift merupakan sesuatu yang menjadi masalah dalam Rumah Sakit kami			
<b>Respon tidak menghakimi terhadap kesalahan</b>				
31	Staf merasa bahwa kesalahan yang dilakukan merupakan sesuatu yang menakutkan bagi mereka			
32	Jika ada suatu kesalahan yang dilaporkan, maka yang			

	disoroti			
	lebih banyak adalah staf yang melakukan kesalahan, bukan kesalahan yang dilakukan			
33	Staf merasa khawatir jika kesalahan yang mereka lakukan akan mengganggu kehidupan pribadinya			
	<i>Feedback</i> (umpan balik) dan komunikasi tentang kesalahan			
34	Kami memperoleh <i>feedback</i> (umpan balik) mengenai perubahan yang dilakukan di tempat kami, berdasarkan informasi pelaporan kesalahan			
35	Kami diinformasikan mengenai kesalahan yang terjadi di unit Kami			
36	Di unit ini, kami mendiskusikan cara untuk mencegah terjadinya kembali suatu kesalahan			
	Komunikasi terbuka			
37	Staf merasa bebas untuk berbicara jika staff melihat suatu kejadian yang berpengaruh negative untuk pasien			
38	Staf merasa bebas untuk menanyakan keputusan atau tindakan yang berkaitan dengan otoritas			
39	Staf di ruangan kami tidak berani mengungkapkan kesalahan yang terjadi di ruangan			
	Frekuensi pelaporan kejadian			
40	Di unit kerja kami, sering dilaporkan kejadian (kesalahan terkait keselamatan pasien), dan kesalahan tersebut akan segera diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien			
41	Di unit kerja kami sering dilaporkan suatu kejadian kesalahan terkait keselamatan pasien, tetapi kesalahan tersebut tidak membahayakan pasien			
42	Di unit kerja kami sering dilaporkan suatu kesalahan terkait keselamatan pasien, dan kesalahan tersebut membahayakan pasien			
	Tingkat keselamatan pasien			

43	Berilah penilaian tingkat keselamatan pasien di tempat anda bekerja (lingkari salah satu nomor di bawah ini) 4 = sangat bagus 3 = bagus 2 = tidak bagus 1 = sangat tidak bagus
	Jumlah pelaporan kejadian terkait insiden keselamatan pasien
44	Selama 12 bulan terakhir, berapa banyak pelaporan kejadian terkait insiden keselamatan pasien di tempat anda bekerja(lingkari salah satu nomor di bawah ini) 4 = > 10 pelaporan kejadian 3 = 6 - 10 pelaporan kejadian 2 = 3 - 5 pelaporan kejadian 1 = 1-2 pelaporan kejadian 0 = tidak ada pelaporan kejadian

**Keterangan :**

SS: sangat setuju

S: setuju

TS: tidak setuju

STS: sangat tidak setuju

Survei budaya keselamatan pasien dapat digunakan untuk:

1. Meningkatkan kesadaran staf rumah sakit mengenai keselamatan pasien.
2. Mendiagnosa dan menilai keadaan budaya keselamatan pasien saat itu.
3. Mengidentifikasi kekuatan atau kelebihan suatu area atau unit untuk pengembangan program keselamatan pasien.
4. Menguji perubahan tren budaya keselamatan pasien sepanjang waktu.
5. Mengevaluasi dampak budaya dari inisiatif dan intervensi keselamatan pasien.
6. Mengadakan perbandingan baik internal maupun eksternal.

### **3.3.5 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien**

Survei rumah sakit tentang budaya keselamatan pasien menekankan keselamatan pasien dan keselahan serta kejadian pelaporan. Ada 42 item yang dikelompokkan menjadi 12 ukuran komposisi, yakni:

1. Frekuensi pelaporan insiden

Jenis kesalahan berikut yang dilaporkan:

- a. Kesalahan yang diketahui dan diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien
- b. Kesalahan yang tidak berpotensi membahayakan pasien
- c. Kesalahan yang dapat membahayakan pasien tetapi tidak.

2. Persepsi tentang keselamatan pasien secara menyeluruh

Prosedur dan sistem baik dalam mencegah kesalahan dan kurangnya masalah keselamatan pasien.

3. Harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien

Supervisor atau manajer mempertimbangkan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, memuji staf karena mengikuti prosedur keselamatan pasien dan tidak mengabaikan masalah keselamatan pasien.

4. Pembelajaran organisasi, perbaikan berkelanjutan

Kesalahan telah menyebabkan perubahan positif dan perubahan dievaluasi untuk efektivitas.

5. Kerjasama tim lintas unit

Unit-unit rumah sakit bekerja sama dan berkordinasi satu sama lain untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien.

6. Komunikasi terbuka

Staf bebas berbicara jika mereka melihat sesuatu yang berdampak negatif pada pasien dan merasa bebas untuk menanyai mereka yang lebih berwenang.

7. Umpaman balik dan komunikasi tentang kesalahan

Staf diberitahu tentang kesalahan yang terjadi, diberi umpan balik tentang perubahan yang diterapkan, dan mendiskusikan cara untuk mencegah kesalahan.

8. Respon tidak menghukum terhadap kesalahan

Staf merasa bahwa kesalahan dan laporan acara mereka tidak ditahan dan kesalahan tidak disimpan dalam arsip personel mereka.

9. Kepegawaian

Ada cukup staf untuk menangani beban kerja dan jam kerja yang tepat untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien.

10. Dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien

Manajemen rumah sakit menyediakan iklim kerja yang mengedepankan keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama.

11. Kerjasama tim antar unit

Unit-unit rumah sakit bekerja sama dan berkoordinasi satu sama lain untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien.

12. Overan dan transisi

Informasi penting perawatan pasien ditransfer ke seluruh unit rumah sakit dan selama pergantian shift (Sorra & Nieva, 2003)(Ernawaty Siagian, 2020).

# BAB 4

## PEMBAHASAN

---

Bab ini dimaksudkan untuk menyajikan pembahasan berdasarkan data pendekatan dengan *literature review*. Alat pengumpul data atau instrument yang digunakan untuk mengukur penerapan budaya keselamatan pasien mengacu pada instrument yang telah dikembangkan oleh *Agency for Healthcare Research Quality* (AHRQ) yaitu *Hospital Survey of Patient Safety Culture* (HSOPC), Instrument yang terdiri dari 12 dimensi dapat mengukur budaya keselamatan pasien baik di tingkat unit maupun di tingkat rumah sakit, (Sorra et al., 2018).

Pada penelitian Herni Hasifah (2018), diketahui bahwa responden paling banyak menyatakan bahwa pelaksanaan keselamatan pasien belum sesuai dengan Permenkes No. 1691/Menkes/Per/VII/2011 tentang Keselamatan Pasien dari rumah sakit sebanyak 47,1%, yang menyatakan tidak tahu sebanyak 44,1% dan yang menyatakan sesuai sebanyak 8,8%. Hasil analisis menunjukkan variabel harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam promosi keselamatan pasien sebesar 15,05%, menujukan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah. Pembelajaran organisasi sebesar 12,28%, menujukan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah. Variabel kerjasama dalam unit sebesar 16%, menujukan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah. Hasil analisis multivariat, variabel yang masuk dalam permodelan akhir multivariat adalah organisasi pembelajaran, umpan balik kesalahan dan keterbukaan komunikasi. Komunikasi efektif sangat berperan dalam menurunkan KTD dalam sebuah asuhan medis pasien. Strategi ini ditetapkan oleh JCAHO sebagai tujuan nasional keselamatan pasien. Hal ini didasarkan pada paloran AHRQ bahwa komunikasi merupakan

65% menjadi akar masalah dari KTD, (Studi, Masyarakat, Griya, & Sumbawa, 2018).

Hasil yang baik juga di dapatkan pada penelitian Rochmah dkk (2019) di RSUD Dr. Soetomo Surabaya dari hasil penilaian budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) yang terdiri dari 12 dimensi yang diantaranya Dimensi kerja sama tim dengan prosentase 53,2%, harapan dan tindakan atasan dalam mendukung keselamatan pasien 58,4%, pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan 59,6%, dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien 60,3%, persepsi keseluruhan staf terkait keselamatan pasien 62,8%, umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan 70,7%, keterbukaan komunikasi 68,5%, frekuensi pelaporan insiden 65,0%, kerja sama antar unit 64,3%, staffing 57,6%, respon tidak menghukum terhadap kesalahan 68,2%, overan dan transisi 70,4%. Menurut asusmsi peneliti dari hasil penelitian di atas dapat dilihat bahwa budaya keselamatan pasien di RSUD Dr.Seotomo sudah dilakukan dengan baik terutama pada dimensi umpan balik dan komunikasi dan komunikasi mengenai kesalahan yang artinya, overan dan transisi menunjukkan bahwa pertukaran informasi perawatan dan komunikasi yang sudah dilakukan dengan baik sehingga dapat mencegah insiden atau kejadian yang tidak diinginkan pada saat melakukan perawatan, (Soetomo, 2019).

Pada penelitian Essy Hardisman, dkk (2019) didapatkan prosentase respon positif dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien menunjukkan bahwa dimensi yang memiliki persentase respon positif tertinggi adalah dimensi supervisi yaitu sebesar 78%, sedangkan dimensi dengan prosentase respon positif terendah yaitu dimensi frekuensi pelaporan sebesar 31%. Dimensi persepsi ini adalah sebesar 57% dengan kategori cukup, dimensi keterbukaan Informasi termasuk kategori cukup yaitu sebesar 62%, dimensi staf termasuk dalam kategori kurang yaitu sebesar 40%. Keterbukaan informasi merupakan kunci untuk melaksanakan kesehatan yang baik. Menurut

Najihah (2018) dengan melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien dapat meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien sehingga insiden keselamatan pasien tersebut dapat dihindari, (Mandriani et al., 2019).

Hasil yang bertolak belakang atau berbeda didapatkan oleh Yarnita dan Maswarni (2019). Berdasarkan dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien yang ada pada penelitian di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau oleh bahwa 7 dimensi budaya keselamatan pasien berada pada kategori negatif yaitu pada dimensi kerjasama tim dalam unit (60.9%), dimensi pembelajaran organisasi (57.8%), dimensi *staffing* (67.2%), dimensi komunikasi terbuka (79.7%), dimensi persepsi terhadap keselamatan pasien (62.5%), dimensi dukungan manajemen rumah sakit serta harapan supervisor terhadap keselamatan pasien (68.8%). sedangkan 5 dimensi budaya keselamatan pasien dalam kategori positif yaitu dimensi kerjasama antar unit di rumah sakit (78.1%), dimensi umpan balik dari supervisor (50%), dimensi pelaporan (56.3%), dimensi operan (54.7%) dan dimensi respon tidak menghukum terhadap kesalahan (57.3%). Berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat bahwa lebih dari separuh perawat di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau memiliki budaya keselamatan negatif yaitu 36 (56.3%) dengan karakteristik responden yang bervariasi baik usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama kerja yang memungkinkan berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien pada perawat. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lebih banyak perawat yang memiliki nilai-nilai, kompetensi, sikap serta pola perilaku keselamatan pasien yang masih belum sesuai dengan yang diharapkan dalam budaya keselamatan pasien, (Yeni yarnita, 2019). Hal ini tentunya bertolak belakang dengan budaya keselamatan pasien yang diharapkan di rumah sakit, penelitian Nurmalia (2013) tentang pengaruh program mentoring terhadap penerapan budaya keselamatan pasien didapat 52.2% perawat memiliki budaya

keselamatan negatif dan 47.3% perawat memiliki budaya keselamatan positif.

Pada penelitian yang dilaksanakan oleh Nursetiawan dkk (2020), (Nursetiawan et al., 2020) dengan jumlah total populasi 31 orang, menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah melakukan upaya pencegahan KTD dengan prosentase sebesar 71%. Sedangkan yang tidak melakukan upaya pencegahan KTD sebanyak 29%. Perubahan budaya di rumah sakit ke arah budaya keselamatan pasien merupakan faktor utama keberhasilan program keselamatan pasien. Semua komponen di rumah sakit harus berusaha merubah budaya sesuai dengan prinsip keselamatan pasien dan membiasakan diri untuk mengimplementasikan prinsip keselamatan pasien dalam pelayanan sehari-hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 83.9% responden memiliki budaya yang mendukung upaya pencegahan KTD. Yang tidak mendukung sebanyak 16.1%. Keberhasilan upaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor. Penelitian di RSUD Padang Pariaman menunjukkan bahwa keberhasilan pelaksanaan upaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh kebijakan yang berlaku, sumber daya manusia, sarana prasarana, dan kemampuan petugas mencapai sasaran keselamatan pasien yang sesuai dengan standar. Penelitian di rumah sakit di Kabupaten Jember juga menjelaskan bahwa membangun budaya keselamatan pasien adalah langkah pertama yang wajib dilakukan oleh rumah sakit untuk keberhasilan program keselamatan pasien.

Hasil yang di dapatkan pada penelitian Ernawati Siagian dan William Sovinic Tanjung (2020) penerapan budaya keselamatan pasien dirumah sakit Advent Bandar Lampung yang masuk dalam kategori baik yaitu rata-rata keseluruhan yang terdiri dari staf pelaksana, *incharge*, *head nurse* dan kepala ruangan adalah (75,75 %). Hasil yang didapat dari 12 dimensi rata-rata staf pelaksana (76,1%), kategori baik, *incharge* (72,7%) kategori cukup, *head nurse* (73,4%) kategori baik, kepala ruangan (80,8%) kategori baik. Posisi kepala ruangan memiliki prosentase paling tinggi (80,8%) masuk dalam

kategori baik dan juga faktor lainnya juga kepala ruangan memiliki pengalaman yang cukup banyak dalam penerapan budaya keselamatan pasien dibandingkan dengan posisi staf pelaksana, *incharge* dan *head nurse*. Dari hasil penelitian dimensi pembelajaran organisasi perbaikan berkelanjutan mendapatkan persentase paling tinggi dengan staf pelaksana 96,8%, *incharge* 88,1%, *head nurse* 92,4%, dan kepala ruangan 100%. Sedangkan dimensi yang masih harus ditingkatkan adalah dimensi respon tidak menghukum terhadap kesalahan staf pelaksana (45,2%), *incharge* (52,4%), *head nurse* (31,8%) dan kepala ruangan (66,7%). Menurut asumsi peneliti dari hasil penelitian bahwa budaya keselamatan pasien sudah diterapkan dengan baik dan dimensi pembelajaran organisasi perbaikan berkelanjutan yang menjadi prosentase paling tinggi menandakan sistem organisasi di rumah sakit mampu menciptakan lingkungan yang saling tidak menyalahkan dan berfokus untuk mengkoreksi kesalahan yang dilakukan apabila terjadi suatu insiden oleh petugas dan menjadikan pembelajaran agar tidak terjadi lagi kedepannya, sehingga dapat mencegah kejadian tidak diinginkan, (Ernawaty Siagian, 2020).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Yeni Yarnita (2020) dengan menggunakan 12 dimensi keselamatan pasien didapatkan, Dimensi kerja tim dalam unit 80,1%, harapan menejer dan tindakan mendorong keselamatan pasien 77,8%, pembelajaran organisasi 78,3%, dukungan manajemen untuk keselamatan pasien 75,2%, persepsi keseluruhan tentang keselamatan pasien 71,2%, umpan balik dan komunikasi tehadap kesalahan 77,5%, keterbukaan komunikasi 50,5%, frekuensi pelaporan insiden 57,3%, kerja sama tim antar unit 69,9%, *staffing* 37,4%, overan dan transisi 70,8%, respon tidak menghukum terhadap kesalahan 53,2%. Dari hasil penelitian diatas penerapan budaya keselamatan pasien sudah dilakukan dengan baik akan tetapi pada dimensi staffing masih perlu ditingkatkan, (Yarnita & Efitra, 2020).

Penerapan budaya keselamatan pasien terdapat 12 dimensi untuk mengukur budaya keselamatan pasien, berdasarkan hasil telaah tujuh artikel didapatkan bahwa dimensi frekuensi pelaporan insiden mendapatkan hasil yang baik dengan persentase 81.8% pada penelitian, (Ernawaty Siagian, 2020). Menurut asumsi peneliti Pelaporan insiden sendiri merupakan hal yang sangat penting dalam keselamatan pasien dimana informasi yang diberikan pada saat pelaporan akan dijadikan bahan evaluasi dan dijadikan pembelajaran oleh organisasi rumah sakit agar dapat mengurangi dan mencegah insiden yang terjadi. hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yarnita & maswarni (2019) yang menyatakan frekuensi pelaporan insiden di rumah sakit Arifin Achmad sudah diterapkan dengan baik. Hasil dari pelaporan insiden keselamatan digunakan untuk pengambilan keputusan dan dijadikan sebagai pembelajaran. Pengambilan keputusan agar tepat sasaran maka diperlukan evaluasi pelaporan insiden keselamatan pasien, (Yeni yarnita, 2019).

Hambatan dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien ini terdiri dari perilaku dari petugas yang belum membiasakan diri untuk melaksanakan budaya keselamatan pasien dan juga dukungan manajemen dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien itu sendiri seperti respon untuk melengkapi fasilitas yang ada, (Mandriani et al., 2019).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 menjelaskan bahwa membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf dalam penerapan keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam penerapan serta menciptakan budaya keselamatan pasien, (Kesehatan, 2017). Dukungan dapat berupa pembentukan dan penerapan program-program keselamatan pasien, pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan keselamatan pasien, penyedia sarana prasarana, (Yeni yarnita, 2019). Dalam penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit staf harus memiliki keterbukaan komunikasi baik dalam melayani pasien maupun pelaporan insiden serta kerjasama dan partisipasi

yang tinggi antar petugas kesehatan, meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia di rumah sakit, menerapkan budaya yang tidak menyalahkan dan lebih mencari akar masalah agar dapat dilakukan koreksi untuk menghindari terjadinya kesalahan yang sama serta pelaksanaan monitoring secara berkelanjutan merupakan hal yang sangat penting untuk menghindari hilangnya informasi perawatan pasien. Sehingga data menerapkan budaya keselamatan pasien yang lebih aman dan dapat mencegah kejadian yang tidak diinginkan. Membangun budaya keselamatan pasien membutuhkan koordinasi yang baik antar petugas, komunikasi yang baik, kepemimpinan yang berkomitmen dan kebijakan serta sarana prasarana yang mendukung, (Nursetiawan et al., 2020).



# BAB 5

## PENUTUP

---

Dari hasil analisis sebelas artikel atau jurnal melalui *evidence based literature review* menunjukkan sebagian besar penerapan budaya keselamatan pasien tergolong dalam kategori baik, dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien, dimensi pembelajaran organisasi mendapatkan prosentase paling tinggi dan teridentifikasi bahwa kepala ruang lebih baik dalam menerapkan budaya keselamatan pasien. Penerapan budaya keselamatan pasien yang baik yaitu dengan menerapkan seluruh komponen 12 dimensi budaya keselamatan pasien dengan baik sehingga dapat meningkatkan keselemanan pasien dan kualitas pelayanan serta dapat meningkatkan pemahaman para praktisi rumah sakit sehingga dapat mencegah kejadian tidak diinginkan di rumah sakit.

Dengan meningkatkan budaya keselamatan pasien maka angka kejadian insiden keselamatan pasien dapat diminimalkan, dengan melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien baik KNC, KPC, KTC, KTD dan kejadian sentinel. Namun masih banyak praktisi keperawatan yang mengabaikan pelaporan insiden karena menanggap insiden tersebut masih bisa ditangani dengan sendirinya atau mereka tidak melaporkan jika tidak terjadi cidera pada pasien dan hanya melaporkan jika sudah terjadi cidera.

Oleh karena itu, diharapkan semua komponen terlibat dalam pemberian pelayanan ke pasien dan menyadari pentingnya penerapan budaya keselamatan pasien serta bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan yang aman dan berkualitas kepada pasien sesuai dengan standar keamanan yang berlaku agar mencegah insiden keselamatan yang tidak diinginkan. Kesadaran tentang budaya keselamatan pasien masih perlu ditingkatkan dengan memberikan pelatihan-pelatihan dan mengupdate pengetahuan

tentang budaya keselamatan pasien. Serta memotivasi untuk melaporkan jika ada insiden keselamatan pasien.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Dhamanti, I., Leggat, S., Barraclough, S., & Tjahjono, B. (2019). Patient safety incident reporting in Indonesia: An analysis using world health organization characteristics for successful reporting. *Risk Management and Healthcare Policy*, 331–338. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S222262>
- Ernawaty Siagian. (2020). Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat Di Sebuah Rumah Sakit Swasta Bandar Lampung. *Jurnal Skolastik Keperawatan*, 6(1), 62–71.
- Harsul, W., Irwan, A. M., & Sjattar, E. L. (2020). The relationship between nurse self-efficacy and the culture of patient safety incident reporting in a district general hospital, Indonesia. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(2), 477–481. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2019.10.013>
- Undang-Undang Republik Indonesia (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009. 12–42.
- Peraturan Menteri Kesehatan (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indnesia Nomor 56 Tahun 2014. 2008, 139.
- Peraturan Menteri Kesehatan (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. 1–14.
- Peraturan Menteri Kesehatan (2018). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018. Jakarta.
- Lawati, M. H. Al, Dennis, S., Short, S. D., & Abdulhadi, N. N. (2018). Patient safety and safety culture in primary health care: A systematic review. *BMC Family Practice*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0793-7>
- Mandriani, E., Hardisman, H., & Yetti, H. (2019). Analisis Dimensi Budaya Keselamatan Pasien Oleh Petugas Kesehatan di RSUD dr

Rasidin Padang Tahun 2018. Jurnal Kesehatan Andalas, 8(1), 131.  
<https://doi.org/10.25077/jka.v8i1.981>

Nurjayanti, Nadia Tiara; Maywati, Sri; Gustaman, A. R. (2022). Analisis Budaya Keselamatan Pasien Di Klinik Pratama. 18(1), 395–405. Retrieved from Jurnal Kesehatan komunitas Indonesia Vol 18 no 2 September 2022

Nursetiawan, W., Sudiro, & Suryawati, C. (2020). Analisis Budaya Keselamatan Pasien oleh Bidan dan Perawat dalam Pelayanan Rawat Inap di RS X Semarang. Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia, 8(1), 16–22.

Samsu. (2017). Metode Penelitian Teori dan Aplikasi Penelitian Kualitatif, Kuantitatif, Mixed Methods, Serta Research And Developpent. In Metode Penelitian Kualitatif. <http://repository.unpas.ac.id/30547/5/BAB III.pdf>

Soetomo, R. (2019). Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan Indikator. 10(44), 112–118.

Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolare, T., Yount, N., & Behm, J. (2018). Hospital survey on patient safety culture: user's guide. In Agency of Healthcare Research in Quality. Retrieved from [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)

Studi, P., Masyarakat, K., Griya, S., & Sumbawa, H. (2018). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Rsud Sumbawa Tahun 2016. Jurnal Kesehatan Dan Sains, 2(1), 1–15. Retrieved from <http://jurnal.lppmstikesghs.ac.id/index.php/jks/article/view/13>

Suparyanto dan Rosad (2015. (2020). Budaya Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Kabupaten Jember. Suparyanto Dan Rosad (2015, 5(3), 248–253.

Ulumiyah, N. H. (2018). Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Penerapan Upaya Keselamatan Pasien Di Puskesmas. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume, 6(2), 149–155. Retrieved from Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume

Yarnita, Y., & Efitra, E. (2020). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Budaya Keselamatan Pasien pada Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 20(3), 827. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v20i3.1064>

Yeni yarnita, M. 2019. (2019). Budaya Keselamatan Pasien pada Perawat di Instalasi Perawatan Intensive RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jurnal Keperawatan Priority*, 2(2), 109–119.



# GLOSARIUM

## A

AHRQ : *Agency for Health Care Research Quality*

Asesmen : upaya untuk mendapatkan data atau informasi dari proses dan hasil pembelajaran untuk mengetahui seberapa baik kinerja mahasiswa, kelas atau mata kuliah, atau program studi dibandingkan terhadap tujuan atau kriteria atau capaian pembelajaran tertentu.

## B

Budaya keselamatan : hasil dari nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang menentukan komitmen, dan gaya serta kemahiran, kesehatan dan keselamatan pengelolaan, (Ernawaty Siagian, 2020).

## D

Database : kumpulan informasi yang disimpan di dalam komputer secara sistematis sehingga dapat diperiksa menggunakan suatu program komputer untuk memperoleh informasi dari basis data tersebut.

Dimensi : ukuran.

## E

### *Evidence Based*

: sebuah proses yang akan membantu tenaga kesehatan agar mampu *update* atau cara agar mampu memperoleh informasi terbaru yang dapat menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien.

## F

### *Framework*

: kerangka kerja yang digunakan untuk mengembangkan aplikasi berbasis.

## I

### Independen

: semua tindakan yang diambil oleh orang secara bebas tanpa dipengaruhi orang lain.

### Insiden keselamatan pasien

: setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, (Mandriani et al., 2019)

## K

### Keselamatan pasien

: suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari

insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

KPC

: Kondisi Potensial Cedera

KNC

: Kejadian Nyaris Cedera

KTC

: Kejadian Tidak Cedera

KTD

: Kejadian Tidak Diharapkan

## L

*Literature Review*

: suatu kegiatan menganalisis yang dapat berupa kritikan dari suatu penelitian yang sedang dilakukan terhadap suatu topik khusus yang merupakan bagian dari bidang keilmuan.

## P

PICOS

: *Populaton, Intervention, Comparison, Outcome and Study Design*

## W

WHO

: *World Health Organization.*



# INDEKS

Kondisi Potensial Cedera (KPC)

## A

*Agency for Health Care*

*Reseach Quality*

Aman

Analisis Insiden

Asesment Risiko

Asuhan Pasien

## B

Berkualitas

## D

Dimensi Kerjasama

## I

*Incharge*

Insiden

Isu Global

## K

Kategori Positif

Kecelakaan Kerja

Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Kejadian Tidak Diharapkan  
(KTD)

Kesadaran

Keselamatan Pasien

## M

Mutu Pelayanan

## P

Penelitian

Pengelolaan Risiko Pasien

Perawat

PICOS

Program Pencegahan

## R

Rumah Sakit

## S

Sumber Daya Manusia

Supervisor

## T

Teknologi



# PROFIL PENULIS



## Ana Zakiyah.,S.Kep.Ns.,M.Kep

Lahir di Sidoarjo. Lulus studi program DIII Keperawatan AKPER Bina Sehat PPNI Mojokerto tahun 2001, Sarjana Keperawatan dan profesi Ners STIKes Bina Sehat PPNI Mojokerto tahun 2009. Magister keperawatan ditempuh di Universitas Indonesia Jakarta tahun 2010-2012.

### Riwayat karir dan organisasi:

1. Tahun 2002-2003 bekerja di RS William Booth Surabaya
2. Tahun 2003-sebagai Dosen di STIKes Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto, departemen Keperawatan Dasar dan Manajemen Keperawatan.
3. Tahun 2014-sekarang, sebagai asesor LAMPT Kes
4. Tahun 2015-sekarang, sebagai pengurus AIPViKI regional 6 Jawa Timur
5. Tahun 2015-sekarang, sebagai auditor AMI

Riwayat karya tulis ilmiah : Penulis aktif menulis buku pada keilmuan keperawatan dasar dan manajemen keperawatan. Aktif menulis artikel yang dipublikasikan pada jurnal nasional terakreditasi dan jurnal internasional terindeks. Penulis juga sebagai narasumber pada beberapa kegiatan seminar, *workshop*, pelatihan, *inhouse training*.

## **PROFIL PENULIS**



**Lidya Maryani.,S.Kep., Ners., M.M., M.Kep**

Lahir di Bandung. Penulis menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas ARS Internasional Bandung dan Pendidikan Magister Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung peminatan Manajemen Keperawatan. Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen di Program Studi Sarjana Keperawatan Institut Kesehatan Immanuel.

Karya penulis telah diterbitkan berupa buku dan beberapa artikel penelitian di jurnal nasional dan internasional.

## PROFIL PENULIS



**Iswati, S. Kep. Ns. M. Kep.**

Bidang ilmu yang ditekuni penulis adalah Manajemen Keperawatan Dan Manajemen *Patient Safety*. Penulis bekerja sebagai dosen di program studi keperawatan, aktif melakukan kegiatan tridharma perguruan tinggi baik itu pendidikan, penelitian maupun kegiatan pengabdian kepada masyarakat.

Background Pendidikan yang ditempuh S1 Keperawatan (S. Kep. Ns.) Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2004, kemudian S2 Magister Keperawatan (M. Kep) Universitas Indonesia Depok lulus Tahun 2012. Riwayat pekerjaan aktif sebagai dosen di Stikes Adi Husada Surabaya hingga sekarang. Riwayat jabatan sebagai kepala BAAK, kepala SDM serta ketua Unit Penjaminan Mutu Stikes Adi Husada Surabaya.

Email Penulis: [iswatisaja@gmail.com](mailto:iswatisaja@gmail.com)

## PROFIL PENULIS



### **Rosari Oktaviana Mahundingan, S.Kep., Ns., M.Kep**

Penulis memulai belajar Ilmu Keperawatan sejak menempuh pendidikan di Program Studi S1 Keperawatan (S.Kep) di STIKes St. Vincentius A Paulo. Penulis melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan (M.Kep) di STIKes Bina Sehat PPNI, lulus tahun 2022. Penulis

telah melakukan pelatihan bidang kesehatan, pada tahun 2018 dengan tema "Pelatihan Managemen Kepala Ruangan dan tahun 2019 dengan tema "Pelatihan Pendidik Klinis Keperawatan Dengan Pendekatan *Preceptorship*". Karya tulis yang telah dipublikasikan terkait tentang "Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional: Analisis Motivasi Terhadap Optimalisasi Kinerja Perawat" serta beberapa judul artikel yang telah dipublikasi di jurnal artikel yang telah dipublikasi di jurnal Nasional. Saat ini penulis aktif sebagai dosen program studi keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Adi Husada Surabaya dan aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi.

## SINOPSIS

Perubahan paradigma pelayanan yang mengarah pada “*Quality-Savety*” menyebabkan fenomena budaya keselamatan pasien menjadi isu global dalam pelayanan kesehatan. Fokus utama selain mutu layanan secara umum, juga berorientasi pada keselamatan pasien secara konsisten dan berkelanjutan. Salah satu faktor keberhasilan penerapan budaya keselamatan pasien diantaranya adalah peran kepemimpinan.

Kepemimpinan efektif ditentukan oleh sinergi yang positif antara semua unsur yang terlibat dalam mewujudkan budaya keselamatan pasien. Secara kolaboratif bersama dengan para pimpinan, kepala unit kerja dan unit pelayanan memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan manajemen, peningkatan mutu dan keselamatan pasien melalui identifikasi risiko dan menekan atau mengurangi insiden keselamatan pasien. Pimpinan dapat mengevaluasi dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien. Pimpinan juga berperan dalam menjalankan fungsinya yaitu *actuating* melalui kegiatan supervisi. Supervisi merupakan sumber penting untuk keperawatan dan terdapat basis bukti yang luas untuk mendukung pelaksanaan supervisi. Pemahaman yang baik tentang proses ini sangat penting untuk meningkatkan kualitas supervisi. Supervisi yang dilakukan oleh pimpinan merupakan faktor yang paling terkait. Peningkatan kualitas supervisi akan mempengaruhi penerapan keselamatan pasien sehingga budaya keselamatan pasien dapat diciptakan dan dicapai dengan baik. Kegiatan supervisi berfungsi memastikan adanya akuntabilitas dalam melakukan pekerjaan dan adanya pertanggungjawaban dari supervisi bahwa pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan standar serta dapat meningkatkan kualitas layanan.



Perubahan paradigma pelayanan yang mengarah pada “Quality-Savety” menyebabkan fenomena budaya keselamatan pasien menjadi isu global dalam pelayanan kesehatan. Fokus utama selain mutu layanan secara umum, juga berorientasi pada keselamatan pasien secara konsisten dan berkelanjutan. Salah satu faktor keberhasilan penerapan budaya keselamatan pasien diantaranya adalah peran kepemimpinan.

Kepemimpinan efektif ditentukan oleh sinergi yang positif antara semua unsur yang terlibat dalam mewujudkan budaya keselamatan pasien. Secara kolaboratif bersama dengan para pimpinan, kepala unit kerja dan unit pelayanan memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan manajemen, peningkatan mutu dan keselamatan pasien melalui identifikasi risiko dan menekan atau mengurangi insiden keselamatan pasien. Pimpinan dapat mengevaluasi dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien. Pimpinan juga berperan dalam menjalankan fungsinya yaitu actuating melalui kegiatan supervisi. Supervisi merupakan sumber penting untuk keperawatan dan terdapat basis bukti yang luas untuk mendukung pelaksanaan supervisi. Pemahaman yang baik tentang proses ini sangat penting untuk meningkatkan kualitas supervisi. Supervisi yang dilakukan oleh pimpinan merupakan faktor yang paling terkait. Peningkatan kualitas supervisi akan mempengaruhi penerapan keselamatan pasien sehingga budaya keselamatan pasien dapat diciptakan dan dicapai dengan baik. Kegiatan supervisi berfungsi memastikan adanya akuntabilitas dalam melakukan pekerjaan dan adanya pertanggungjawaban dari supervisee bahwa pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan standar serta dapat meningkatkan kualitas layanan.

Penerbit:

ISBN 978-623-09-1889-6

9 786230 918896

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower Lantai 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480

telp: (021) 29866919