

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka

Berdasarkan hasil penelitian Suryanto (2018) dengan judul “Hubungan Budaya Keselamatan Pasien dengan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien oleh Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit” Berdasarkan hasil penelitian dari budaya keselamatan pasien dengan pelaporan insiden keselamatan pasien oleh Perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit X didapatkan nilai $r = .486$, $p = .000$ dan pada Rumah Sakit Y didapatkan nilai $r = .536$, $p = .000$ yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara budaya keselamatan pasien dengan pelaporan insiden keselamatan pasien oleh Perawat di ruang rawat inap rumah sakit.

Hasil penelitian karmila (2023) dengan judul “Hubungan Budaya Keselamatan Pasien dengan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien oleh Perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa budaya keselamatan Pasien berhubungan dengan pelaporan insiden keselamatan Pasien $\rho = 0,009 < \alpha = 0,05$. Variabel budaya keselamatan berhubungan signifikan dengan pelaporan insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit.

Hasil penelitian Astari (2023) dengan judul “Faktor Yang Berhubungan Dengan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Oleh Perawat Di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta”. Hasil analisis dengan pelaporan insiden diperoleh nilai komunikasi terbuka (p value $< 0,001$); ekspektasi & promosi keselamatan pasien oleh atasan (p value $0,015$); umpan balik tentang kesalahan (p value $0,007$); respon non punitif terhadap kesalahan (p value $< 0,001$) dan dukungan manajemen (p value $0,084$).

2.2 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian

Menurut *World Health Organization* (WHO), Rumah Sakit merupakan institusi yang merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan dan organisasi sosial berfungsi mengadakan pelayanan kesehatan yang lengkap, baik kuratif maupun preventif bagi pasien rawat jalan dan rawat inap melalui kegiatan pelayanan medis serta perawatan dengan menekankan budaya keselamatan ketika pelayanan kesehatan berlangsung.

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Permenkes Nomor 3 Tahun 2020). Definisi Rumah Sakit dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) yaitu rumah tempat merawat orang sakit, menyediakan dan memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi berbagai masalah kesehatan.

2.1.2 Kewajiban Rumah Sakit

Undang-undang Republik Indonesia No. 4 Tahun 2018 pada pasal 2 menyatakan beberapa kewajiban yang harus dimiliki oleh setiap Rumah Sakit sebagai berikut:

1. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat
2. Memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit
3. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya
4. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya
5. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat yang tidak mampu atau miskin

6. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan
7. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien
8. Menyelenggarakan rekam medis
9. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia.
10. Melaksanakan sistem rujukan
11. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan
12. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien
13. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien
14. Melaksanakan etika Rumah Sakit
15. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana
16. Melaksanakan program pemerintahan di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional
17. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya
18. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit
19. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas
20. Memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

2.1.3 Perawat

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. Jenis perawat terbagi menjadi 2 yaitu Perawat Profesi (*Ners* dan *Ners Specialist*) dan Perawat Vokasi (Diploma Keperawatan). Dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan, Perawat bertugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, penyuluh dan konselor bagi klien, pengelola pelayanan keperawatan, peneliti keperawatan, pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dan pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

2.1.4 Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit

Menurut Permenkes No. 66 (2016) mendefinisikan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) sebagai segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit. K3RS bertujuan untuk terselenggaranya keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan.

Rumah Sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan K3RS yang terintegrasi dengan sistem informasi manajemen Rumah Sakit yang dilaksanakan secara bulanan seperti insiden penyakit menular, insiden penyakit tidak menular, insiden kecelakaan akibat kerja dan insiden penyakit akibat kerja dan pencatatan pelaporan meliputi seluruh penyelenggaraan kegiatan K3RS yang telah dilaksanakan selama 1 (satu) tahun dan harus menjamin kesehatan dan keselamatan dari berbagai potensi bahaya di Rumah Sakit (UU No. 36, 2014).

2.1.5 Hazard

Bahaya potensial/*hazard* yaitu suatu keadaan/kondisi yang dapat mengakibatkan (berpotensi) menimbulkan kerugian (*cedera/injury/penyakit*) bagi pekerja, menyangkut lingkungan kerja, pekerjaan (mesin, metoda, material), pengorganisasian pekerjaan, budaya kerja dan pekerja lain (Permenkes No. 66, 2016). Menurut Khairun Nisa (2020), *hazard* merupakan perubahan atau tindakan yang berpotensi meningkatkan risiko insiden pada pasien yang dapat berpotensi menimbulkan bencana tetapi tidak semua bahaya selalu menjadi bencana dan dalam sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja terdapat suatu elemen pokok dalam upaya pencegahan dan pengendalian bahaya seperti Identifikasi Bahasa (*Hazards Identification*), Penilaian Risiko (*Risk Assessment*) serta Pengendalian Risiko (*Risk Control*).

Menurut Permenkes No. 66 (2016), *hazard* dibagi 7 yang dikategorikan berdasarkan lokasi dan pekerjaan di Rumah Sakit yaitu *hazard* fisik, *hazard* kimia, biologi, ergonomi, psikososial, mekanikal, elektrikal dan limbah. Berdasarkan sumber bahaya tersebut, Rumah Sakit harus melakukan identifikasi dan menilai untuk menentukan tingkat risiko yang merupakan tolok ukur kemungkinan terjadinya penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja.

2.3 Budaya Keselamatan

2.2.1 Pengertian

Menurut AHRQ (2022), budaya keselamatan pasien adalah sejauh mana budaya rumah sakit mendukung dan mempromosikan keselamatan pasien, hal ini mengacu pada nilai, keyakinan, dan norma yang dianut oleh praktisi layanan kesehatan dan staf lain di seluruh rumah sakit yang memengaruhi tindakan dan perilaku mereka serta dapat diukur dengan menentukan nilai, keyakinan, norma, perilaku terkait keselamatan pasien yang dihargai, didukung, diharapkan dan diterima dalam suatu organisasi.

2.2.2 Komposisi Budaya Keselamatan Pasien

Bidang budaya keselamatan pasien yang dinilai melalui survei *AHRQ-SOPS* meliputi komunikasi tentang kesalahan, keterbukaan komunikasi, pembelajaran organisasi, perbaikan berkelanjutan, peringkat keseluruhan tentang keselamatan pasien, respon terhadap kesalahan, kepegawaian, supervisor dan dukungan manajemen untuk keselamatan Pasien, kerja tim, tekanan dan kecepatan kerja (*AHRQ, 2022*).

Kategori budaya keselamatan pasien dibagi menjadi 3 kategori yaitu budaya lemah, budaya sedang dan budaya kuat berdasarkan pedoman yang dilakukan *AHRQ*. Suatu budaya keselamatan pasien dikatakan kuat apabila rata-rata responden yang memiliki respon positif 75% atau lebih, dikatakan sedang apabila rata-rata responden memiliki respon positif sebesar 50% - 75%, dikatakan budaya lemah apabila rata-rata jumlah responden yang memiliki respon positif kurang dari 50%. Respon positif adalah responden yang menjawab setuju dan sangat setuju pada pernyataan positif dan tidak setuju atau sangat tidak setuju pada pernyataan negatif.

Hospital Survei on Patient Safety Culture menekankan pada keselamatan pasien, insiden dan pelaporan kejadian yang terjadi pasien dirumah sakit yang dikelompokkan menjadi 12 dimensi yaitu area/unit kerja, team work, *supervisor*/persepsi terhadap manajemen dan peneraan keselamatan pasien, pembelajaran organisasi, dukungan manajemen untuk keselamatan pasien, persepsi keseluruhan tentang keselamatan pasien, umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, komunikasi, kejadian yang dilaporkan, tim kerja antar unit, staf atau ketangaan, *handoffs* dan transisi serta tindakan menghukum untuk insiden (Buhari, B. 2020).

Menurut penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh A. Ghofar (2021), dimana beberapa dimensi utama dalam menjalankan manajemen budaya keselamatan pasien diantaranya mengembangkan kerja tim dan organisasi, harapan *supervisor* serta perilaku pembelajaran bagi staf rumah sakit dan beberapa dimensi tambahan yang menunjang pelaksanaan manajemen budaya keselamatan yaitu pelaporan, kesalahan, kesadaran keselamatan, pengalaman bekerja dan jumlah pegawai.

Menurut Tambajong (2022), terdapat suatu komite telah meluncurkan *Hospital Survei on Patient Safety Culture (HSPSC)*. *AHRQ* menilai budaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh 3 (tiga) aspek yang dibagi ke dalam 12 (dua belas) dimensi, diantaranya:

1. Tingkat Unit, terdiri atas dimensi:
 - a. *Supervisor/manager action promoting safety*
 - b. *Organizational learning* – perbaikan berkelanjutan
 - c. Kerja sama dalam Unit di Rumah Sakit
 - d. Komunikasi terbuka
 - e. Umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan
 - f. Respon tidak mempersalahkan terhadap kesalahan (*respon nonpunitive*) dan *Staffing*.
2. Tingkat Rumah Sakit, terdiri atas dimensi:
 - a. Dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien
 - b. Kerja sama antar Unit di Rumah Sakit
 - c. *Handoffs*/perpindahan dan transisi pasien.
3. Keluaran, terdiri atas dimensi:
 - a. Persepsi keseluruhan staf di Rumah Sakit terkait keselamatan pasien
 - b. Frekuensi pelaporan kejadian.

2.2.3 Komponen Budaya Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Direktur dalam pedoman pengukuran budaya keselamatan pasien RS Edelweiss tahun 2022 budaya keselamatan terdiri dari 7 komponen (*subculture*) yaitu:

1. *Informed culture*, dimana pihak yang mengatur dan mengoperasikan sistem memiliki pengetahuan terkini tentang faktor-faktor yang menjelaskan keselamatan dalam suatu sistem.
2. *Reporting culture* adalah suatu iklim organisasi dimana orang – orang disiapkan untuk melaporkan *error* serta KNC/ near miss yang mereka lakukan.
3. *Just Culture* adalah model terkini mengenai pembentukan suatu budaya yang terbuka, adil, pantas, menciptakan budaya belajar, merancang sistem-sistem yang aman, serta mengelola perilaku yang terpilih (*human error, at risk behavior dan reckless behaviour*).
4. *Learning culture*, budaya dimana setiap anggota mampu dan bersedia untuk menggali pengetahuan dari pengalaman dan data yang diperoleh serta kesediaan untuk mengimplementasikan perubahan dan perbaikan yang berkesinambungan (*continous improvement*).
5. *Flexibel culture* adalah suatu budaya dimana organisasi mampu merubah diri dan wajah mereka jadi mampu beroperasi dengan tempo tinggi atau berbagai bahaya tertentu seringkali beralih dari cara hierarkis konvensional ke cara yang lebih datar/ sederhana.
6. *Patient Safety Culture*
Nilai – nilai yang dianut diantara staf RS tentang apa yang penting, kepercayaan mereka tentang bagaimana segala sesuatu beroperasi dalam RS, dan interaksi ini dengan unit kerja dan struktur organisasi dan sistem, yang bersama-sama menghasilkan norma perilaku dalam RS yang mempromosikan keselamatan.

7. Kesadaran Budaya (*Cultural awareness*) yaitu kemampuan seseorang untuk melihat ke luar dirinya sendiri dan menyadari akan nilai-nilai budaya, kebiasaan budaya yang masuk. Dapat menilai apakah hal tersebut normal dan dapat diterima pada budayanya atau mungkin tidak lazim atau tidak dapat diterima di budaya lain. Seseorang perlu memahami budaya yang berbeda dari dirinya dan menyadari kepercayaannya dan adat istiadatnya dan mampu untuk menghormatinya.

2.2.4 Mengukur Budaya Keselamatan Pasien

Menurut penelitian Ayunda T. (2020) terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien lemah yaitu faktor individu atau petugas sangat berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien seperti, beban kerja, tingkat stress, tingkat kelelahan, perasaan takut disalahkan, perasaan malu, dan keterlibatan keluarga/pasien. Menurut penelitian Abdul Ghofar (2021), ada 6 (enam) dimensi untuk mengukur budaya keselamatan pasien adalah dimensi-dimensi yang digunakan untuk mengukur budaya keselamatan Pasien yaitu

1. Kepemimpinan,
Kepemimpinan dalam organisasi merupakan salah satu faktor yang menentukan tinggi rendahnya komitmen karyawan, kepemimpinan juga ikut memengaruhi komitmen melalui hubungan antara atasan dengan bawahan, antara karyawan dengan pimpinan (Herawati, 2014).
2. Kerja sama/*Teamwork*, Rumah Sakit yang baik yaitu yang mempunyai struktur organisasi dan pembagian tim yang baik dimana kerjasama tim itu sendiri tidak terlepas dari peran seorang pemimpin, bersikap saling membantu dan tolong-menolong dalam kerja tim dapat menyelesaikan pekerjaan secara cepat dan dapat meminimalisir kesalahan yang terjadi. (T.P, Arini. 2018).
3. Respon *Non-Punitive* (tidak menghukum) terhadap kesalahan

Staf merasa kesalahan dan pelaporan insiden tidak dipergunakan untuk menyalahkan mereka dan tidak dimasukkan kedalam penilaian personal (Pedoman Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien RS Edelweiss, 2022).

4. *Staffing*

Jumlah staf cukup untuk menyelesaikan beban kerja dan jumlah jam kerja sesuai dalam memberikan pelayanan yang terbaik untuk keselamatan pasien (Pedoman Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien RS Edelweiss, 2022).

5. *Reporting culture*, merupakan unsur penting dari keselamatan pasien. Informasi yang adekuat pada pelaporan akan dijadikan bahan oleh Organisasi dalam pembelajaran dari pengalaman sebelumnya dan mempunyai kemampuan untuk mengidentifikasi faktor risiko terjadinya insiden sehingga dapat mengurangi atau mencegah insiden yang terjadi (Ghofar, A. 2021).

6. Komunikasi terbuka

Komunikasi terbuka dapat diwujudkan pada saat serah terima, *briefing*, dan ronde keperawatan. Perawat menggunakan komunikasi terbuka pada saat serah terima dengan mengkomunikasikan kepada Perawat lain tentang risiko terjadinya insiden, melibatkan pasien pada saat serah terima, berbagi informasi seputar isu-isu keselamatan pasien, Perawat dapat secara bebas bertanya seputar keselamatan pasien yang potensial terjadi dalam kegiatan sehari-hari (Ghofar, A. 2021).

2.4 Keselamatan Pasien

2.3.1 Pengertian

Menurut Permenkes No. 11 tahun 2017 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. Pengaturan keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan (Permenkes No. 2017).

Menurut KKPRS (2015), keselamatan/*safety* didefinisikan bebas dari bahaya atau risiko (*hazard*) maka keselamatan pasien (*patient safety*) adalah proses dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen risiko, identifikasi, dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko.

Keselamatan pasien *RS/Hospital Patient Safety* adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, sistem tersebut 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. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (KKPRS, 2015).

2.3.2 Program Keselamatan Pasien

Menurut Permenkes No. 11 tahun 2017 setiap pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan program keselamatan pasien yaitu harus menjamin pelaksanaan dalam memberi asuhan pasien lebih aman, melalui upaya yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya, 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. Penyelenggaraan keselamatan pasien tersebut dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan:

1. Standar keselamatan Pasien meliputi hak pasien, pendidikan bagi Pasien dan keluarga, keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan, penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, pendidikan bagi staf tentang keselamatan pasien, dan komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
2. Sasaran keselamatan pasien meliputi tercapainya hal-hal mengidentifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi yang efektif, meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai, memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar, mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan dan mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh
3. 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 serta mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

2.3.3 Insiden Keselamatan Pasien

Menurut Permenkes No. 11 tahun 2017, Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan meliputi:

1. Kondisi Potensial Cedera (KPC) yaitu merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) yang merupakan terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
3. Kejadian Tidak Cedera (KTC), suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
5. Kejadian Sentinel merupakan suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempetahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien atau dapat disebabkan oleh hal lain selain insiden.

2.3.4 Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Menurut Permenkes No. 11 tahun 2017 tentang keselamatan Pasien rumah sakit harus ada beberapa standar yang wajib dimiliki oleh rumah sakit dalam menjalankan program keselamatan pasien.

1. Standar I, ketentuan tentang hak pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD. Adapun kriteria dari standar ini adalah harus terdapat Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang wajib membuat rencana pelayanan kesehatan, Dokter yang menjadi penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan dan prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

2. Standar II, mendidik pasien dan keluarga. Rumah Sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan kesehatan pasien. Adapun kriteria dari standar tersebut antara lain keselamatan pasien dalam pemberian pelayanan dapat di tingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan *partner* dalam proses pelayanan. Rumah Sakit harus memiliki sistem dan mekanisme mendidik bagi pasien dan Keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien, dengan pendidikan tersebut di harapkan pasien dan keluarga dapat memberi informasi yang tepat, benar, jelas, lengkap dan jujur, mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
3. Standar III, keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan. Rumah Sakit menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
4. Standar IV, Rumah Sakit mesti mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif terkait KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Kriteria dari standar IV adalah melakukan proses perencanaan yang baik dengan mengacu pada visi, misi, dan tujuan Rumah Sakit, faktor-faktor lain yang berpotensi resiko bagi pasien, melakukan pengumpulan data kinerja terkait dengan pelaporan insiden dan akreditasi, melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua KTD/KNC secara proaktif melakukan evaluasi suatu proses kasus resiko tinggi bagi pasien dan setiap Rumah Sakit menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang di perlukan agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

5. Standar V, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien yaitu 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 mengidentifikasi risiko keselamatan pasien dan program untuk menekan atau mengurangi KTD/KNC, pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit terkait dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien, pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengkaji, mengukur, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien, pimpinan mengkaji dan mengukur efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja Rumah Sakit dan keselamatan pasien.
6. Standar VI, 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 dan transparan.
 - b. Rumah Sakit menyelenggarakan program pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

Kriteria dari standar ini adalah sebagai setiap Rumah Sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik tentang keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing- masing, setiap Rumah Sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden dan setiap Rumah Sakit harus menyelenggarakan *training* tentang kerjasama kelompok guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

7. Standar VII, komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Rumah Sakit harus merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal serta transmisi data. Kriteria dari standar ini adalah Rumah Sakit perlu menyediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien dan tersedia mekanisme untuk mengidentifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

2.5 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Upaya untuk mengenali dan melaporkan kesalahan dilakukan melalui sistem pelaporan, kegagalan aktif (petugas yang melakukan kesalahan) yang berkombinasi dengan kondisi laten akan menyebabkan terjadinya suatu kesalahan berupa kejadian nyaris cedera (KNC), KTD atau bahkan kejadian yang menyebabkan kematian atau cedera serius (Sentinel), berhenti sampai tahap melaporkan saja tentu tidak akan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Sistem pelaporan merupakan pembelajaran yang dapat diambil solusi agar kejadian yang sama tidak terulang kembali (Alfani, F. 2018).

Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang ditujukan untuk mengkoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dengan mengembangkan sistem pelaporan dan sistem analisis. Pelaporan penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan (*error*) sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali (KKPRS, 2015).

2.6 Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Untuk memulai suatu sistem pelaporan insiden di Rumah Sakit meliputi adanya kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan serta prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan pada seluruh karyawan dan insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi. Menurut panduan manajemen risiko Rumah Sakit Edelweiss Bandung (2022), alur pelaporan keselamatan Pasien dibagi menjadi dua :

1. Alur pelaporan insiden kepada tim keselamatan pasien di Rumah Sakit (internal). Adapun langkah-langkah pelaporan sebagai berikut ;
 - a. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/KTC/KPC) di Rumah Sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak / akibat yang tidak diharapkan.
 - b. Setelah ditindaklanjuti, segera membuat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift (paling lambat 2 x 24 jam) diharapkan jangan menunda laporan.
 - c. Setelah selesai mengisi laporan, segera menyerahkan kepada atasan langsung pelapor (disepakati sesuai keputusan Manajemen: Kepala Instalasi/Kepala Ruangan/Manajer terkait).
 - d. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan *grading* untuk penilaian dampak klinis yang diakibatkan dari insiden yang dilaporkan.
 - e. Atasan langsung menyerahkan laporan tersebut kepada Komite Mutu Rumah Sakit Edelweiss.
 - f. Selanjutnya Komite Mutu Rumah Sakit Edelweiss, menugaskan Sub Komite Manajemen Risiko untuk melakukan investigasi lanjutan dengan menggunakan analisis *matrix grading* yang dikaji oleh bagian Sub-Komite Manajemen Risiko Rumah Sakit Edelweiss.

- g. Hasil *grading* akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :
- 1) *Grade* biru : investigasi sederhana oleh Atasan Langsung, waktu maksimal 1 minggu.
 - 2) *Grade* hijau : investigasi sederhana oleh Atasan Langsung, waktu maksimal 2 minggu.
 - 3) *Grade* kuning : investigasi komprehensif/analisis akar masalah/RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.
 - 4) *Grade* merah : investigasi komprehensif/analisis akar masalah /RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.
- h. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS
- i. Tim KP di RS akan menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan *Regrading*
- j. Untuk *grade* Kuning / Merah, Tim KP di RS akan melakukan analisis akar masalah / *Root Cause Analysis* (RCA)
- k. Setelah melakukan RCA, Tim KP di RS akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta "Pembelajaran" berupa: petunjuk/"*safety alert*" untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
- l. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi
- m. Rekomendasi untuk "Perbaikan dan Pembelajaran" diberikan umpan balik kepada Unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh Unit di Rumah Sakit.
- n. Unit Kerja membuat analisa kejadian di satuan kerjanya masing-masing
- o. Monitoring dan evaluasi perbaikan oleh Tim KP di RS

- p. Pelaporan insiden keselamatan pasien dilaporkan kepada representasi pemilik minimal setiap triwulan
 - q. Bila ada kejadian sentinel maka dilaporkan langsung setiap kejadian dan dilakukan pelaporan kembali setelah RCA maksimal 45 hari dari kejadian.
2. Alur pelaporan insiden ke Komite Nasional Keselamatan Pasien /KNKP (Eksternal). Laporan hasil investigasi sederhana/analisis akar masalah/RCA yang terjadi pada pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dan solusi oleh Tim KP di RS (internal)/Pimpinan RS dikirimkan ke KKPRS dengan melakukan *entry data (e-reporting)* melalui *website* resmi KKPRS (*www.buk.depkes.go.id*).
 3. Alur Pelaporan Insiden Ke KARS
Kejadian sentinel dilaporkan ke KARS dalam 2x24 jam, IR (*Incident Report*) dikirim melalui email KARS (*survei@kars.or.id*)

2.7 Analisis *Matrix Grading Risiko*

Menurut pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien yang disusun oleh KKPRS ada tahun 2015, penilaian matriks risiko adalah suatu metode analisa kuantitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya. Berikut adalah penjelasan untuk menentukan derajat risiko suatu insiden;

1. Dampak (*Consequences*)/penilaian dampak/akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal. Penilaian dampak klinis terbagi menjadi 5 kategori tingkat risiko yaitu:
 - a. Tingkat risiko 1 dideskripsikan sebagai tidak adanya cedera yang signifikan
 - b. Tingkat risiko 2 dideskripsikan sebagai dampak *minor* seperti cedera luas (luka lecet) dan dapat diatasi dengan pertolongan pertama

- c. Tingkat risiko 3 dideskripsikan sebagai dampak *moderate* seperti cedera sedang (luka robek), berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (*reversible*), tidak berhubungan dengan penyakit dan setiap kasus yang memperpanjang perawatan.
 - d. Tingkat risiko 4 dideskripsikan sebagai dampak *mayor* seperti cedera luas/berat (cacat atau lumpuh), kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (*irreversible*), tidak berhubungan dengan penyakit.
 - e. Tingkat risiko 5 dideskripsikan sebagai dampak katastrofik seperti kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit.
2. Probabilitas/frekuensi/*likelihood* adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi. Penilaian probabilitas terbagi menjadi 5 kategori tingkat risiko berdasarkan frekuensi insiden yaitu sebagai berikut:
- a. Tingkat risiko 1 dikategorikan dengan frekuensi sangat jarang/*rare* (>5tahun/kali).
 - b. Tingkat risiko 2 dikategorikan dengan frekuensi jarang/*unlikely* (>2-5tahun/kali).
 - c. Tingkat risiko 3 dikategorikan dengan frekuensi mungkin/*possible* (1-2 tahun/kali).
 - d. Tingkat risiko 4 dikategorikan dengan frekuensi sering/*likely* (beberapa kali/tahun).
 - e. Tingkat risiko 5 dikategorikan dengan frekuensi sangat sering/*almost certain* (tiap minggu/bulan).
3. Setelah nilai dampak dan probabilitas diketahui, dimasukkan dalam *matriks grading* risiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna *bands* risiko.

2.8 Faktor – Faktor Yang Memengaruhi Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan

Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah jantung dari mutu pelayanan, yang merupakan bagian penting dalam proses belajar dan membenahan ke dalam, peremajaan, revisi dari kebijakan, termasuk Standar Prosedur Operasional (SPO) dan panduan yang ada. Rendahnya pelaporan insiden mendorong pentingnya kajian faktor penyebab rendahnya pelaporan insiden keselamatan Pasien (Lestari, E.A. 2021).

Menurut penelitian Iskandar (2016), faktor organisasi yaitu persepsi pengetahuan, budaya keselamatan pasien dan respon pelaporan berpengaruh secara signifikan terhadap niat melapor kasus sedang, sedangkan sistem pelaporan tidak berpengaruh terhadap niat melapor. Pengetahuan memegang peranan penting dalam proses pelaporan IKP, apabila karyawan tidak tahu cara melaporkan IKP maka insiden keselamatan pasien tersebut tidak akan dilaporkan. Budaya keselamatan yang meliputi *no blaming*, pelaporan yang anonim serta respon manajemen dan KPRS terkait pelaporan IKP memegang peranan penting untuk meningkatkan niat karyawan untuk melapor.

Faktor individu yang mempengaruhi kemauan melapor insiden keselamatan Pasien yaitu masa jabatan, tingkat pendidikan, takut disalahkan, *stress*, kurang pengetahuan tentang keselamatan pasien, rendahnya kemauan melapor, sedangkan faktor organisasi yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu sistem pelaporan yang rumit, adanya konflik atau kerjasama antar Departemen, respon pelaporan dan masih rendahnya budaya keselamatan pasien, sosialisasi insiden keselamatan pasien masih kurang serta kurangnya *follow up*/respon dari unit terkait terhadap pelaporan insiden yang sudah masuk. Upaya untuk meningkatkan pelaporan insiden yaitu dengan menciptakan budaya keselamatan merupakan kunci untuk mendukung tercapainya peningkatan dan kesehatan kerja dalam organisasi (Alfiani, F. 2018).

Membangun budaya keselamatan merupakan langkah pertama dalam mencapai keselamatan pasien. Menciptakan budaya keselamatan pasien merupakan suatu langkah awal untuk meminimalisir terjadinya insiden. (KKPRS, 2017). Pelayanan yang berkualitas dapat meningkatkan derajat kesehatan yang optimal, dengan tersedia fasilitas layanan yang menunjang dalam meningkatkan kualitas pelayanan serta berusaha meminimalkan insiden (Permenkes No. 11, 2017).

Menurut Permenkes No. 11 (2017) tentang keselamatan pasien, pelaporan yang baik dapat mendukung tercapainya peningkatan mutu keselamatan pasien di rumah sakit apabila terdokumentasi dengan baik dan semua petugas rumah sakit menerapkan budaya pelaporan setiap ditemukan insiden keselamatan pasien. Agar budaya pelaporan insiden keselamatan pasien dapat diterapkan, maka perlu dilakukan peningkatan pengetahuan dan pemahaman tentang tujuan serta manfaat pelaporan bagi mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien.

Menurut KKPS (2015), masalah yang sering menghambat dalam laporan insiden adalah laporan dipersepsikan sebagai pekerjaan perawat, laporan sering disembunyikan/*underreport*, karena takut disalahkan, laporan sering terlambat, bentuk laporan miskin data karena adanya budaya menyalahkan (*blame culture*). Pelaporan dibuat oleh siapa saja atau semua staf RS yang pertama menemukan kejadian/insiden, perugas diberikan pelatihan mengenai sistem pelaporan insiden mulai dari maksud, tujuan dan manfaat laporan, alur pelaporan, bagaimana cara mengisi formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan, pengertian-pengertian yang digunakan dalam sistem pelaporan dan cara menganalisa laporan. Dengan cara tersebut, maka para petugas rumah sakit dapat mengetahui manfaat pelaporan jika terjadi insiden dan melaksanakan pelaporan insiden keselamatan pasien baik pada Kejadian Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dan Sentinel.

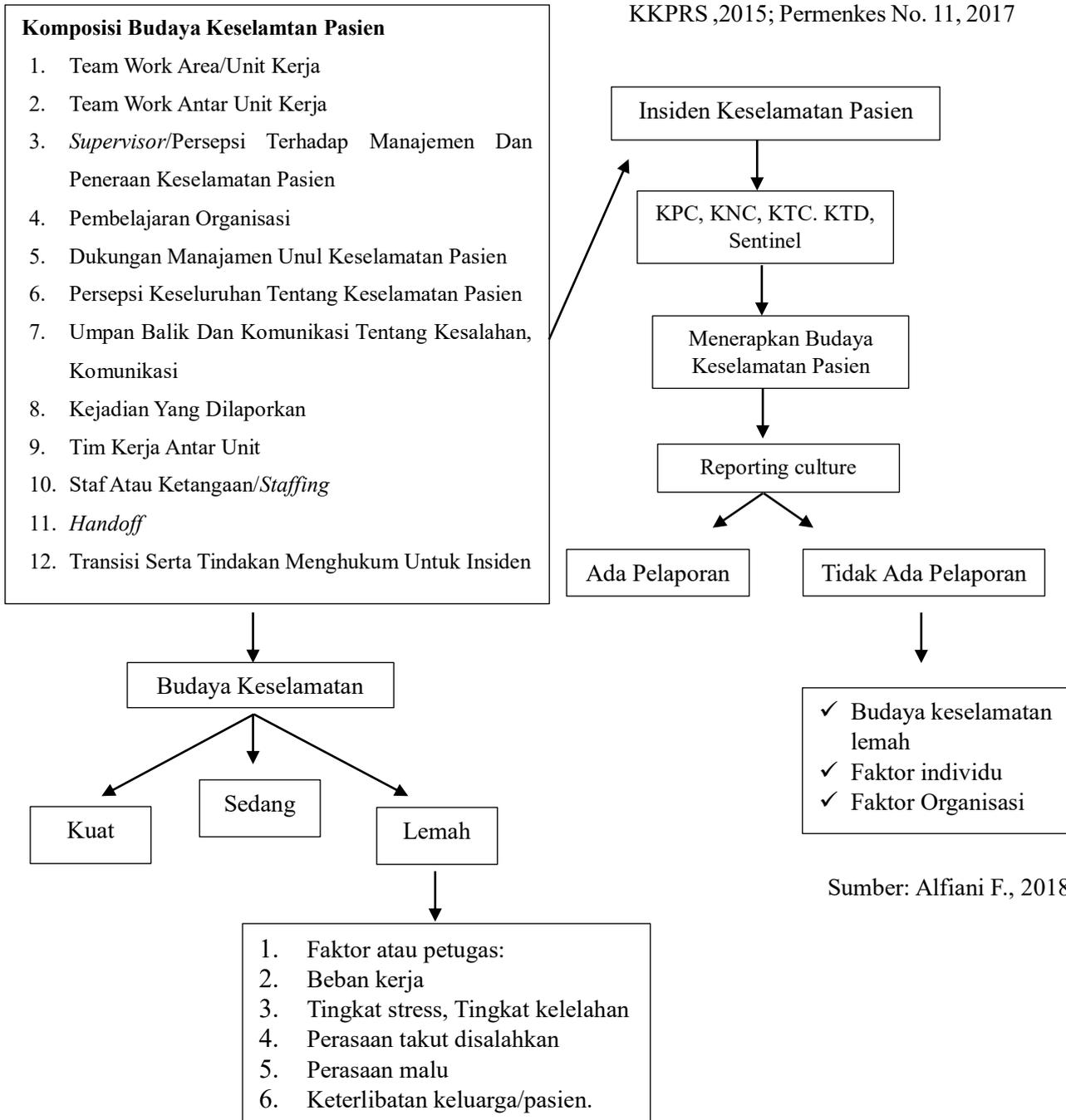
Menurut instrumen penilaian Survei Akreditasi (KARS) tahun 2022 di Rumah Sakit Edelweiss Bandung, hal-hal penting yang perlu dilakukan agar program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat diterapkan secara menyeluruh di unit pelayanan dengan adanya dukungan dari Direktur dan Pimpinan di Rumah Sakit, adanya upaya perubahan menuju budaya keselamatan pasien serta upaya mempertahankan perbaikan yang berkelanjutan. Rendahnya pelaporan insiden tadi dapat memberikan dampak nyata yang akan dirasakan oleh Rumah Sakit karena sebenarnya data insiden tadi sangat bermanfaat dalam pelaksanaan evaluasi dan perbaikan sistem pelayanan khususnya dalam keselamatan pasien. Jika dalam pendataan insiden di Rumah Sakit saja tidak terlaksana dengan baik atau tidak diterapkan dengan baik, maka Rumah Sakit tidak dapat mengetahui apa saja yang perlu diperbaiki dalam sistem pelayanannya khususnya dalam hal keselamatan pasien dan juga dapat menyebabkan insiden terulang karena tidak dilakukan tindakan pencegahan setelah kejadian.

2.9 Kerangka Teori

Bagan 1 Kerangka Teori

Sumber: Tambajong, 2022

Sumber :
KKPRS ,2015; Permenkes No. 11, 2017



Sumber: Alfiani F., 2018.

Sumber: Ayunda T., 2018.