

## **Analisis Budaya Keselamatan Pasien pada Berbagai Tenaga Kesehatan di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri**

*Dwi Suranto\*, Chriswardani Suryawati \*\*, Yuliani Setyaningsih \*\**

*\*RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri,*

*\*\* Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro*

*Email: [dwisuranto@hotmail.com](mailto:dwisuranto@hotmail.com)*

### **ABSTRACT**

*The patient safety incident at the hospital is still happening. There were 92.1% near injury events, 4.3% were potential injury conditions, 2.4% were non-injury events and 1.2% were unexpected events. Building a safety culture is the first step in a patient safety program. This study aimed to analyze the culture of patient safety in health workers.*

*This research was conducted in a class B regional hospital, a type of analytic study, with a cross sectional design. The research sample of 228 respondents health workers analysis using kruskal wallis, the instrument was adopted from the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*

*The results of the study on the dimensions of communication openness are moderate (65.4%). Cooperation in unit categories is good (86.0%). Cooperation between units is good (63.6%). Overall perception of medium category (73.2%). Staffing medium category (64.0%). Non punitive responses were in the moderate category (75.4%). Frequency of reporting in medium category (58.8%). 43.8% claimed not to report incidents in the last 12 months. Good organizational learning category (75.0%). Moderate category staff expectations (46.9%). Safety level is good level. Moderate category feedback (53.1%). Differences in dimensions of staff expectations ( $p=0.001$ ),*

*organizational learning ( $p=0.017$ ), collaboration in units ( $p=0.004$ ), openness ( $p=0.000$ ), feedback ( $p=0.039$ ), non punitive responses ( $p=0.001$ ), staffing ( $p=0.005$ ), management support ( $p=0.001$ ), cooperation between units ( $p=0.001$ ) and handover and transition ( $p=0.004$ ). There was a difference between each health worker in the dimension of communication openness ( $p=0.000$ )*

**Keywords:** *Health Workers, Hospital, Patient Safety Culture*

### **PENDAHULUAN**

Keselamatan pasien merupakan komponen penting dalam pelayanan kesehatan. Rumah sakit sebagai organisasi pelayanan kesehatan berupaya meningkatkan dan mengembangkan budaya keselamatan yang membutuhkan pemahaman tentang nilai-nilai kepercayaan, norma dalam organisasi serta sikap dan perilaku sesuai yang diharapkan dalam keselamatan pasien.<sup>1</sup>

Manajer di rumah sakit belum paham manfaat pelaporan sehingga minim tidak lanjut, budaya menyalahkan masih kuat, belum semua tenaga kesehatan peduli untuk melaporkan insiden. Membangun budaya keselamatan merupakan langkah awal program keselamatan pasien. Hambatan yang paling berat dalam penerapan keselamatan pasien adalah

bagaimana menciptakan *safety culture* sebagai fondasi program keselamatan pasien.<sup>2,3</sup>

Pengukuran budaya keselamatan pasien bermuara pada 5 (lima) dimensi yaitu budaya keterbukaan (*open culture*), budaya keadilan (*just culture*), budaya pelaporan (*report culture*), budaya belajar (*learning culture*) dan budaya informasi (*informed culture*).<sup>4</sup> Pengukuran budaya keselamatan pasien dengan HSOPSC mengukur segi perspektif staf rumah sakit dari 12 dimensi yaitu harapan staf dan tindakan manajer, pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan, kerjasama dalam unit, keterbukaan komunikasi, umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, respon *non punitive* terhadap kesalahan, *staffing*, dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien, kerjasama antar unit, serah terima dan transisi pasien, persepsi keseluruhan terhadap keselamatan pasien dan frekuensi pelaporan kejadian.<sup>5</sup> Penelitian ini bertujuan menganalisis budaya keselamatan pasien pada tenaga kesehatan.

#### METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metoda penelitian kuantitatif, jenis penelitian studi analitik, menggunakan desain belah

lintang untuk menguji perbedaan antar variabel. Kuesioner menggunakan *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) untuk mengumpulkan data variabel harapan staf, pembelajaran organisasi, kerjasama dalam unit, keterbukaan komunikasi, umpan balik, respon *non punitive*, *staffing*, dukungan manajemen, kerjasama antar unit, serah terima dan transisi, persepsi keseluruhan dan frekuensi pelaporan kejadian. Populasi dalam penelitian ini adalah 525 orangtenaga kesehatan yang bekerja di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. Metode pengambilan sampel dengan *stratified random sampling* jumlah sampel 228 orang.<sup>6</sup> Analisis data penelitian menggunakan *Kurskal Wallis*.

#### HASIL DAN PEMBAHASAN

Data penelitian menunjukkan (29,4%) responden dari Instalasi Rawat Jalan, rata-rata umur 37 tahun, perempuan (66,7%), menikah (89%), pendidikan DIII (56,1%), lama kerja di RS 6-10 tahun (25,4%), lama kerja di unit 1-5 tahun (48,2%), jam kerja per minggu >40 jam (52,2%), responden paling banyak kelompok keperawatan (54,4%), berhubungan dengan pasien (93%), lama kerja sebagai profesi 6-10 tahun (31,1%).

**Tabel 1.** Distribusi Kategori Jawaban Responden pada 12 Dimensi Budaya Keselamatan

Dimensi	Baik		Sedang		Kurang	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Dimensi harapan staf terhadap sikap dan tindakan manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien	97	42,5	107	46,9	24	10,5
Dimensi pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan	171	75,0	56	24,6	1	0,4
Dimensi kerjasama dalam unit	196	86,0	30	13,1	2	0,9
Dimensi keterbukaan komunikasi	57	25,0	149	65,4	22	9,6
Dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan	98	43,0	121	53,1	9	3,9
Dimensi respon <i>non punitive</i> terhadap kesalahan	23	10,1	172	75,4	33	14,5
Dimensi <i>Staffing</i>	21	9,2	146	64,0	61	26,8
Dimensi dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien	130	57,0	95	41,7	3	1,3
Dimensi kerjasama antar unit	145	63,6	80	35,1	3	1,3
Dimensi serah terima dan transisi	134	58,8	86	37,7	8	3,5
Dimensi persepsi keseluruhan terhadap keselamatan pasien	47	20,6	167	73,2	14	6,2

Dimensi	Baik		Sedang		Kurang	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Dimensi frekuensi pelaporan	68	29,8	134	58,8	26	11,4

Untuk menciptakan budaya keselamatan pasien secara menyeluruh maka semua lapisan harus meningkatkan komitmen dari staf sampai manajer. Persepsi staf terhadap manajer dan manajemen memiliki pengaruh paling besar dalam membangun budaya keselamatan pasien.<sup>11</sup>

Pembelajaran dalam kelompok di rumah sakit menjadi sumber yang berpengaruh dalam penghargaan dan pembelajaran diri individu tentang isu keselamatan pasien. Setiap disiplin ilmu yang berbeda akan memperhatikan keselamatan pasien berdasarkan prioritas masing-masing.<sup>10</sup>

Keterbukaan erat kaitannya dengan komunikasi. Fokus dari keterbukaan merupakan media pembelajaran dan bukan mencari kesalahan.<sup>5</sup> Dalam budaya keselamatan pasien, komunikasi harus dengan pola dua arah dari manajer ke staf terdepan dalam pelayanan dan sebaliknya.<sup>7</sup>

Dengan adanya umpan balik diharapkan ada tindakan perbaikan pada sistem keselamatan pasien yang sedang berjalan. Umpan balik dan komunikasi kepada seluruh staf setelah ada analisis dari pelaporan insiden merupakan hal yang sangat penting dilakukan oleh manajemen rumah sakit. Pelaporan hanya dapat memberi manfaat apabila direspon secara konstruktif.<sup>7</sup>

Prinsip penerapan keselamatan pasien di rumah sakit adalah mendesain pekerjaan dengan memperhatikan jam kerja, beban kerja, *staffing ratio* dan *shift*.<sup>8</sup> Tenaga kesehatan merasa takut dan khawatir laporan akan dicatat dalam dokumen pribadi oleh manajer. Sanksi merupakan satu bentuk pembelajaran berharga, jika perlu sanksi yang sesuai dengan prosedur untuk mencegah terulangnya kesalahan yang sama dikemudian hari. Tetapi pemberian sanksi harus dijauhkan dengan *blaming culture* (budaya menyalahkan), sebatas

upaya melakukan perbaikan dalam rangka peningkatan keselamatan pasien.<sup>9</sup>

Tujuan adanya sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit adalah untuk memudahkan petugas untuk memberikan laporan apabila terjadi insiden. Pelaporan juga penting untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan, sehingga diharapkan dapat dilakukan investigasi selanjutnya.<sup>2</sup>

Hasil uji perbedaan Kurskal wallis menunjukkan ada perbedaan ( $p < 0,05$ ) pada dimensi keterbukaan yaitu keterbukaan komunikasi ( $p = 0,000$ ), kerjasama dalam unit ( $p = 0,004$ ), kerjasama antar unit ( $p = 0,001$ ) dan dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien ( $p = 0,001$ ).

Rumah sakit dengan interaksi antar profesi yang banyak membutuhkan strategi dalam proses komunikasi antar profesi. Komunikasi antar petugas akan lebih baik dan terbuka jika terdapat standarisasi komunikasi mengenai hal apa yang wajib dikomunikasikan kepada rekan sejawatnya. Menciptakan, proses komunikasi efektif adalah dengan pendekatan standarisasi komunikasi dalam serah terima pasien (*hand over*).<sup>12</sup>

Kerjasama tim dalam rumah sakit merupakan aspek krusial yang harus dikembangkan untuk memastikan keselamatan pasien berjalan dengan baik. Perbedaan disiplin ilmu dari setiap anggota tim dapat berpengaruh terhadap persepsi kerjasama yang berlaku di dalam tim tersebut.<sup>13</sup>

Pada Kerjasama antar unit, pembagian shift jaga yang berbeda-beda merupakan salah satu faktor kurang terbentuknya kerjasama dalam tim, karena untuk melatih tim diperlukan waktu yang lebih lama.<sup>15</sup> *Team building* dan *capacity building* yang dilakukan oleh rumah sakit juga membantu dalam membentuk hubungan dan komunikasi yang baik tenaga kesehatan yang bekerja pada unit berlainan. Efektifitas *teamwork* sangat tergantung

pada komunikasi dalam tim, kerjasama dan adanya supervisi dan pembagian tugas yang jelas.<sup>16</sup>

Adanya tim keselamatan merupakan bentuk integrasi antar unit/instalasi dengan rumah sakit dalam menanggapi masalah keselamatan pasien. Dukungan manajemen juga dapat dilihat dari kebijakan manajemen rumah sakit yang menunjukkan bahwa keselamatan pasien dijadikan prioritas di rumah sakit. Budaya keselamatan sangat dipengaruhi oleh peran dari atasan atau pimpinan dari unit/bagian atau instalasi. Penerapan budaya keselamatan pasien tidak lepas dari peran aktif seorang manajer.<sup>12</sup>

Tidak ada perbedaan pada dimensi persepsi keseluruhan terhadap keselamatan pasien, ( $p=0,071$ ). Tenaga kesehatan di RS mempersepsikan bahwa rumah sakit telah memiliki sistem keselamatan pasien yang baik. Persepsi mengenai keselamatan pasien dapat terbentuk jika rumah sakit menerapkan prosedur atau sistem yang baik dalam mencegah terjadinya *error* terkait keselamatan.<sup>17</sup> Keseluruhan persepsi tentang keselamatan pasien mendiskripsikan pengetahuan dan pemahaman karyawan tentang keselamatan pasien yang berlaku di rumah sakit.<sup>19</sup>

Pada dimensi budaya keadilan, ada perbedaan *distaffing* ( $p=0,005$ ), respon *non punitive* terhadap kesalahan ( $p=0,001$ ). Jumlah tenaga kesehatan sangat berpengaruh kualitas pelayanan yang diterima pasien, dengan jumlah yang proporsional dengan yang dilayani maka keselamatan pasien semakin baik. *Staffing* mencukupi jika staf rumah sakit merasakan bahwa jumlah staf yang bekerja di unitnya mencukupi untuk menerapkan keselamatan pasien ketika bekerja.<sup>20</sup>

Respon *non punitive* terhadap kesalahan dan menyalahkan individu atas pelaporan kejadian, masih belum terlaksana sesuai harapan, sering kali menyalahkan sebagai “jalan pintas” menyelesaikan permasalahan keselamatan pasien. Respon tidak menyalahkan tidak meningkatkan *outcome* keselamatan pasien, namun erat

kaitannya dengan lingkungan kerja yang kurang memotivasi staf bekerja lebih baik dan sistem dalam lingkungan kerja yang belum mendukung untuk kejadian yang berkaitan dengan keselamatan pasien.<sup>17</sup>

Tidak ada perbedaan pada dimensi budaya pelaporan pada frekuensi pelaporan ( $p=0,0587$ ). IKP dimanapun dilaporkan ke atasan langsung untuk penanganan dan ke tim keselamatan pasien untuk dilakukan grading ulang, diperlukan maka tim akan melakukan investigasi lanjutan. Pelaporan rendah karena kurang pemahaman petugas untuk melaporkan IKP, belum optimalnya pelaksanaan sistem pelaporan insiden, ketakutan untuk melaporkan dan tingginya beban kerja.<sup>21</sup> Hal positif dilakukan oleh rumah sakit untuk mendorong pelaporan kejadian yaitu membuat suatu sistem untuk melacak kesalahan yang dilakukan, mencari tahu penyebab dan menegaskan bahwa pelaporan kejadian akan berguna untuk merencanakan tindakan untuk mencegah hal tersebut terulang kembali, tidak untuk menghakimi orang maupun unit yang melaporkan *error*.<sup>22</sup>

Dimensi budaya belajar, terdapat perbedaan pada dimensi pembelajaran organisasi ( $p=0,017$ ), untuk harapan staf ( $p=0,001$ ). Pembelajaran organisasi merupakan usaha perbaikan berkelanjutan dalam strategi pembudayaan nilai-nilai keselamatan pasien. Melalui upaya perbaikan berkelanjutan akan diperoleh pengetahuan yang tersirat maupun tersurat untuk menangani kejadian IKP.<sup>23</sup> Pelaporan merupakan suatu sistem yang penting dalam membantu mengidentifikasi masalah keselamatan dan menyediakan data pada organisasi sebagai sistem pembelajaran.<sup>10</sup> Selain ditingkat organisasi, upaya perbaikan individu merupakan hal penting dalam program keselamatan. Peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan perilaku yang lebih berorientasi pada keselamatan pada tenaga kesehatan dapat menumbuhkan budaya keselamatan.<sup>24</sup>

Harapan staf merupakan tindakan yang dilakukan manajer untuk meningkatkan keselamatan pasien. Manajemen dan

organisasi pelayanan kesehatan telah menerapkan banyak strategi untuk meningkatkan budaya keselamatan, namun hal tersebut tidak bisa diterapkan untuk rumah sakit, karena rumah sakit merupakan suatu organisasi yang dinamis dan mempunyai karakteristik berbeda-beda.<sup>17</sup> Manajer sering berkonsultasi dengan bawahan untuk mendapatkan masukan dan saran dalam rangka pengambilan keputusan.<sup>25</sup>

Dimensi budaya informasi, ada perbedaan pada dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan ( $p=0,004$ ), dan dimensi serah terima dan transisi ( $p=0,039$ ). *Feedback* yang diberikan bersifat umum, idealnya unit yang melaporkan belum memperoleh umpan balik lebih sebagai apresiasi dari laporan yang diberikan. Ketiadaan umpan balik bukti kegagalan komunikasi. *Feedback* juga merupakan kesempatan untuk belajar dari hal sebelumnya yang dikomunikasikan.<sup>26</sup>

Transisi dan serah terima tergantung kebutuhan pasien. Rumah sakit dituntut mendukung kegiatan transisi dan serah terima yang adekuat melalui komunikasi efektif, melalui pendekatan standarisasi komunikasi dalam serah terima pasien (*hand over*).<sup>12</sup> Studi membuktikan bahwa sebagian besar informasi mengenai pasien yang terlewat ketika ada pergantian shift (tidak tersampaikan ketika pergantian shift).<sup>27</sup>

## KESIMPULAN

Penilaian dimensi keterbukaan pada keterbukaan komunikasi kategori sedang, kerjasama dalam unit kategori baik, kerjasama antar unit kategori baik dan persepsi keseluruhan kategori sedang. Sedangkan dimensi budaya keadilan pada *staffing* dan respon *non punitive* terhadap kesalahan menunjukkan kategori sedang.

Dimensi budaya pelaporan pada frekuensi pelaporan dalam kategori sedang dan 43,8% responden menyatakan tidak ada pelaporan insiden dalam 12 bulan terakhir. Sedangkan dimensi budaya belajar pada pembelajaran organisasi kategori baik.

Harapan staf terhadap sikap kategori sedang. Level keselamatan di level baik. Untuk dimensi budaya informasi pada umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan kategori sedang, serah terima dan transisi kategori baik.

Ada perbedaan antara tenaga kesehatan pada dimensi harapan staf ( $p=0,001$ ), pembelajaran organisasi ( $p=0,017$ ), kerjasama dalam unit ( $p=0,004$ ), keterbukaan ( $p=0,000$ ), umpan balik ( $p=0,039$ ), respon *non punitive* ( $p=0,001$ ), *staffing* ( $p=0,005$ ), dukungan manajemen ( $p=0,001$ ), kerjasama antar unit ( $p=0,001$ ) serta serah terima dan transisi ( $p=0,004$ ).

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar besarnya kepada Direktur dan staff RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk melakukan penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. McMains V. *Johns Hopkins study suggests medical errors are third-leading cause of death in U.S.*, <https://hub.jhu.edu/2016/05/03/medical-errors-third-leading-cause-of-death/> (2016).
2. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Edisi 2. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2008.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press, 2011.
4. Carthey J, Clarke J. *Implementing Human Factors in Healthcare "How to" Guide*. Patient Safety First, [www.patientsafetyfirst.nhs.uk](http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk) (2010).
5. National Patient Safety Agency. *Seven Steps to Patient Safety for Primary Care - The Full Reference Guide*. London: The National Patient Safety Agency, 2006.
6. Lameshow S, Hosmer Jr DW, Klar J, et al. *Adequacy of Sample Size in Health*

- Studies*. New York: John Wiley & Sons Ltd, 1990.
7. Hamdani S. *Analisis Budaya Keselamatan Pasien (Patient Safety Culture) di Rumah Sakit Islam Jakarta*. Universitas Indonesia, 2007.
  8. Reason J. *Human Error: Models and Management*. British Medical Journal 2000; 320: 768–770.
  9. Yahya AA. *Memimpin dan Mendukung Staf untuk Komitmen dan Fokus Pada Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (Leadership In Patient Safety)*. Jakarta, 2012.
  10. Suci WP. *Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien Melalui Pemberdayaan Champion Keselamatan Pasien*. JKH 2018; Vol.2: 25–39.
  11. Badran JR. *Analisis Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdoel Moeis Tahun 2017*. Universitas Hasanuddin, 2017.
  12. Cahyono SB. *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Percetakan Kanisius, 2008.
  13. Erler C, Edwards NE, Ritchey S, et al. *Perceived Patient Safety Culture in a Critical Care Transport Program*. Air Medical Journal 2013; Vol.32: 208–215.
  14. Beuzekom M Van, Boer F, Akerboom S, et al. *Patient Safety: Latent Risk Factors*. British Journal of Anaesthesia 2010; Vol.105: 52–59.
  15. Ultaria TD, Arso SP, Sriyatmi A. *Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di RS Roemani Muhamaddiyah Semarang*. Jurnal Kesehatan Masyarakat 2017; 5: 118–125.
  16. Setiowati D. *Hubungan Kepemimpinan Efektif Head Nurse Dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Universitas Indonesia, 2010.
  17. Arini T. *Budaya Keselamatan Pasien Berbasis Pemberdayaan Struktural dengan Kepuasan Kerja Perawat*. Univeritas Airlangga, 2018.
  18. Robbins SP, Judge TA. *Organizational Behavior*. 15 ed. New Jersey: Prentice Hall, 2013.
  19. Astini AF. *Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di RS Stella Mari Makasar*. Prosiding SNaPP2016 2016; 6: 152–163.
  20. Chen IC, Hu Li H. *Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. BMC Health Services Research 2010; 10: 1–10.
  21. Gunawan, Widodo FY, Harijanto T. *Analisis Rendahnya Laporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Jurnal Kedokteran Brawijaya 2015; Vol.28: 206–213.
  22. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, et al. *Evaluation of the Patient Safety Culture in Neonatal Intensive Care*. Text Context Nursing 2015; Vol.24: 161–169.
  23. Budihardjo A. *Pentingnya Safety Culture di Rumah Sakit*. Jurnal Manajemen Bisnis 2008; Vol. 1: 53–70.
  24. Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J. *The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment*. Advances in Health Care Management 2002; Vol.3: 59–85.
  25. Nurlindawati, Jannah N. *Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Dalam Melaksanakan Pelayanan di Ruang Rawat Inap*. JIM KEP 2018; III: 196–204.
  26. Dignen B. *Professional Development; Five Reasons Why Feedback May be the Most Important Skill*. 17 Maret 2014, <https://www.cambridge.org/elt/blog/2014/03/17/five-reasons-feedback-may-important-skill/> (2014, diakses 9 September 2019).
  27. Wagner C, Smits M, Sorra J, et al. *Assessing patient safety culture in hospitals across countries*. International Journal for Quality in Health Care 2013; Vol.25: 213–221.

