

**ANALISIS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DALAM PELAYANAN  
KESEHATAN DI RS PKU MUHAMMADIYAH UNIT II GAMPING**

**TESIS**



**Oleh :**

**DINY VELLYANA  
201301030050**

**PROGRAM STUDI MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

**2015**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**ANALISIS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DALAM PELAYANAN  
KESEHATAN DI RS PKU MUHAMMADIYAH UNIT II GAMPING**

**TESIS**

Disusun Oleh :

**DINY VELLYANA**

**201301030050**

Pembimbing I

Pembimbing II

Dr. dr. Wiwik Kusumawati, M.Kes.

Sri Handari Wahyuningsih, SE., M.Si

Mengetahui

Ketua Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit

Program Pascasarjana

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

dr. Erwin Santosa, Sp.A., M.Kes

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini bukan merupakan hasil plagiat karya orang lain, melainkan hasil karya saya sendiri dan belum pernah diterbitkan oleh pihak manapun. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari ada yang mengklaim bahwa karya ini milik orang lain dan dibenarkan secara hukum, maka saya bersedia dituntut berdasarkan hukum yang berlaku di Indonesia.

Yogyakarta, 24 Agustus 2015

Yang membuat pernyataan :

Materai Rp 6.000,00
------------------------

**Diny Vellyana**

2013103005

## MOTTO

**A Winner Is a Dreamer Who Never Gives Up**

**By; Nelson Mandela**

فَنَعَلَى اللَّهِ الْمَلِكُ الْحَقُّ وَلَا تَعْجَلْ بِالْقُرْآنِ مِنْ قَبْلِ أَنْ يُقْضَىٰ  
إِلَيْكَ وَحْيُهُ، وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا ﴿١١٤﴾

“Maha Tinggi Allah Raja Yang sebenar-benarnya, dan janganlah kamu tergesa-gesa membaca Al Qur’an sebelum disempurnakan mewahyukannya kepadamu, dan katakanlah:”Ya Tuhanku, Tambahkanlah kepadaku ilmu pengetahuan. (QS. Thaha: 114).

“Barang siapa menempuh jalan untuk mendapatkan ilmu, Allah akan memudahkan baginya jalan menuju surga” (HR. Muslim)

## HALAMAN PERSEMBAHAN

Hari takkan indah tanpa mentari dan rembulan, begitu juga dengan hidup takkan indah tanpa tujuan, harapan serta tantangan. Meski kadang hujan badai petir menghadang, meski terasa berat namun manisnya hidup justru akan terasa jika semuanya terlalui dengan baik sekalipun membutuhkan pengorbanan.

Sujud Syukur Kepada sang Khalik yang Maha Kuasa Allah SWT, atas KuasaMu semua ini dapat terlampaui. Kupersembahkan karya kecil ini, untuk cahaya hidupku kepercayaan Allah yang senantiasa ada saat suka maupun duka, selalu setia mendampingi saat kulemah dan rapuh (Ayah dan Mama) yang tiada pernah henti memanjatkan doa untuk putri Mu tercinta dalam setiap sujud. Terima kasih untuk semua ini. Kedua adinda ku tersayang Mays Tianling dan Arga Samudra yang telah menjadi tombak semangatku, kalian adalah salah satu dari alasan cita-cita ini.

Untuk ribuan tujuan yang harus dicapai, untuk jutaan impian yang akan dikejar, untuk sebuah penghargaan, agar hidup jauh lebih bermakna, karena tragedi terbesar dalam hidup bukanlah kematian tapi hidup tanpa tujuan. Teruslah bermimpi untuk sebuah tujuan, pastinya juga harus diimbangi dengan tindakan nyata, agar mimpi dan juga angan, tidak hanya menjadi sebuah bayangan semu.

“Dan seandainya pohon yang ada di bumi dijadikan pena dan lautan dijadikan tinta, ditambah lagi tujuh lautan sesudah itu maka belum akan habislah kalimat-kalimat Allah yang akan dituliskan, sesungguhnya Allah Maha Perkasa lagi Maha Bijaksana”. (QS. Lukman:27)

Alhamdulillahirrabbi'l'amin...Sebuah langkah usai sudah, Satu cita telah ku gapai. Namun...Itu bukan akhir dari perjalanan. Melainkan awal dari satu perjuangan.

## KATA PENGANTAR



Assalammu'alaikum Wr., Wb.

*Alhamdulillah* rabbil 'alaminn..., Puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini tanpa hambatan yang berat. Shalawat serta salam penulis sampaikan kepada junjungan besar Nabi Muhammad SAW yang telah membawa kita kaum muslimin dari alam Jahiliyah menuju alam yang penuh dengan ilmu yang bermanfaat seperti yang kita dapatkan sekarang ini.

Semua proses penyusunan Tesis ini tidak lepas dari bimbingan dan dukungan dari semua pihak yang selalu memberikan kepada penulis. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. dr. Erwin Santosa, Sp. A, M.Kes., selaku Pengelola Program Studi Magister Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
2. Ibu Dr. dr. Wiwik Kusumawati, M.Kes.Elsye Maria Rosa, selaku pembimbing Tesis yang telah memberikan bimbingan, waktu dan ilmu kepada penulis selama penyusunan Tesis
3. Ibu Sri Handari Wahyuningsih, S.E., M.Si. selaku pembimbing Tesis yang telah memberikan waktu, ilmu pengetahuan, nasehat, arahan dan dukungannya selama ini yang sangat berarti bagi penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Qurratul Aini, SKG., M.Kes. Selaku dosen akademisi/Pengelola Tesis
5. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

6. Direktur dan segenap karyawan RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping yang telah memberikan dukungan kesempatan yang sangat luas dalam penelitian ini.
7. Ayah Munir Fathoni Spd.i dan Mama Murnia serta segenap keluarga besar atas doa dan dukungannya.
8. Seluruh teman seperjuanganku MMR 9B, atas dukungan dan bantuan kalian kepada penulis.
9. Semua pihak yang telah banyak membantu yang tidak bisa penulis sebutkan namanya satu persatu

Besar harapan kami semoga Tesis ini dapat memberikan manfaat bagi seluruh pihak. Amin. Alhamdulillah

Wassalammu'alaikum Wr., Wb.

Yogyakarta, 24 Agustus 2015

Diny Vellyana

## DAFTAR ISI

### Halaman

HALAMAN JUDUL .....	I
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN .....	iii
HALAMAN MOTTO .....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
INTISARI .....	xiii
ABSTRACT .....	xiv
BAB I. PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	8
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA .....	9
A. Keselamatan pasien .....	9
B. Bentuk Insiden Keselamatan Pasien .....	28
C. Sistem Pelaporan Keselamatan Pasien .....	31
D. Budaya dan Pengukuran keselamatan Pasien .....	33
E. Penelitian Terdahulu .....	41
F. Kerangka Teori .....	43
G. Kerangka Konsep .....	44
H. Pertanyaan Penelitian .....	45
BAB III. METODE PENELITIAN .....	46
A. Jenis Penelitian .....	46
B. Subyek dan Obyek Penelitian .....	46
C. Variabel Penelitian .....	48
D. Definisi Operasional .....	48
E. Jenis Data .....	51
F. Instrumen Penelitian .....	52
G. Uji Instrumen .....	52
H. Analisa Data .....	54
I. Etika Penelitian .....	57

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN .....	58
A. Hasil Penelitian .....	58
B. Pembahasan .....	71
BAB V. SIMPULAN DAN SARAN .....	87
A. Simpulan .....	87
B. Saran .....	88
C. Keterbatasan Penelitian.....	90
DAFTAR PUSTAKA .....	91
LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

	<b>Hal</b>
<b>Tabel 1.</b> Budaya Yang Menghambat Program Keselamatan Pasien .....	6
<b>Tabel 2.</b> Tabel 2. Budaya Yang Menghambat Program Keselamatan Pasien .....	35
<b>Tabel 3.</b> Jenis Pelayanan dan Unit Pelayanan RS PKU Muhammadiyah Unit II.	60
<b>Tabel 4.</b> Karakteristik Responden Penelitian .....	63
<b>Table 5.</b> Nilai 10 Dimensi Keselamatan Pasien RS PKU Muhammadiyah Unit II .....	65
<b>Tabel 6.</b> laporan Insiden Keselamatan Pasien 2014 – 2015 .....	66
<b>Tabel 7.</b> Rangkuman Hasil Wawancara Pada Tim KP RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.....	69

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Hal</b>
<b>Gambar 1.</b> Kerangka Teori .....	43
<b>Gambar 2.</b> Kerangka Konsep .....	44
<b>Gambar 3.</b> Langkah Analisis .....	57
<b>Gambar 4.</b> Diagram Laporan Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Data Responden 12 bulan terakhir .....	67
<b>Gambar 5.</b> Diagram Jumlah insiden keselamatan pasien yang tidak dilaporkan berdasarkan data dari responden pada 12 bulan terakhir.....	68

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Kuesioner 12 Dimensi Keselamatan Pasien
2. Analisis data hasil wawancara budaya keselamatan pasien
3. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas
4. Hasil Olah Data 10 Dimensi budaya keselamatan pasien

## INTISARI

### ANALISI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DALAM PELAYANAN KESEHATAN DI RS PKU MUHAMMADIYAH UNIT II GAMPING

#### ANALYSIS OF PATIENT SAFETY CULTURE FOR MEDICAL SERVING AT PKU MUHAMMADIYAH HOSPITAL UNIT II GAMPING

Diny Vellyana, Sri Handari Wahyuningsih

Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

## INTISARI

**Latar belakang:** Budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II belum berjalan dengan baik, ditandai oleh banyaknya pelaporan insiden keselamatan pasien yang tercatat oleh TIM KPRS. Padahal rumah sakit bertipe C yang sedang mempersiapkan akreditasi KARS 2012 ini memiliki kewajiban untuk menerapkan budaya keselamatan pasien dalam proses pemberian pelayanan kesehatan.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan pendekatan *mixed methods research* yaitu metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* dan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus (*case study*) dengan rancangan penelitian deskriptif. subjek penelitiannya adalah perawat/bidan pelaksana yang berhubungan langsung dengan pasien sebanyak 76 orang. Pengukuran budaya keselamatan pasien menggunakan kuesioner AHRQ (*Agency For Healthcare Research and Quality*) tahun 2004 yang berjudul HSOPSC (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*). Kuesioner ini terdiri dari 12 dimensi dengan 42 item pertanyaan serta dilengkapi dengan data wawancara dan laporan insiden keselamatan pasien dari TIM KPRS Muhammadiyah Unit II.

**Hasil dan Pembahasan:** Penerapan budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II masuk dalam kategori cukup dengan nilai mean sebesar 74.09. Terdapat Gap/perbandingan pelaporan antara TIM KPRS dan hasil penelitian di lapangan serta ditemukannya hambatan-hambatan dalam penerapan budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II yang berasal dari dukungan manajemen yang masih belum optimal, tingginya jam kerja dan beban kerja yang tidak sesuai serta masih terdapat adanya proses tahapan program keselamatan pasien yang belum terlaksanakan.

**Simpulan dan Saran:** Budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II masuk dalam kategori cukup, tetapi perlu dukungan manajemen dan optimalisasi program keselamatan pasien.

**Kata Kunci:** Budaya Keselamatan Pasien, RS PKU Muhammadiyah Unit II

## ***ABSTRACT***

**Background:** Patient safety culture at PKU Muhammadiyah Hospital Unit II has not run well, it is characterized by a number of reporting patient safety incidents recorded by TIM KPRS which has been formed. Though hospitals are preparing bertype C KARS 2012 accreditation has an obligation to implement a patient safety culture in the process of providing health services to the community.

**Methods:** This study used mixed methods research approach is quantitative method with cross sectional approach and qualitative methods with case study approach (case study) with descriptive research design. the subject of this research is the nurse / midwife executive who deal directly with patients as many as 76 people. Measurement of patient safety culture is using a questionnaire AHRQ (Agency For Healthcare Research and Quality) in 2004, entitled HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture). This questionnaire consists of 12 dimensions with 42 items of questions and equipped with interview data and report patient safety incidents from Muhammadiyah Unit II KPRS TIM.

**Results and Discussion:** The implementation of patient safety culture at PKU Muhammadiyah Hospital Unit II in the category enough with a mean of 74.09. There are Gap and comparison between TIM KPRS reporting and research results in the field and finding obstacles in the implementation of patient safety culture in PKUMuhammadiyah hospital Unit II are derived from management support is still not optimal, high working hours and workloads that do not fit as well as they are the stages of the process of patient safety program that has not been fulfilled.

**Conclusions and Recommendations:** Patient safety culture at PKU Muhammadiyah Hospital Unit II in the category enough, but need the support of the management and optimization of patient safety program.

**Keywords:** Patient Safety Culture, RS PKU Muhammadiyah Unit II.

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG MASALAH**

Rumah sakit merupakan layanan jasa yang memiliki peran penting dalam kehidupan masyarakat dalam bidang kesehatan. Sebagai tempat yang sangat kompleks dengan ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak terdapat alat dan teknologi, bermacam profesi yang memberikan pelayanan pasien Selama 24 jam secara terus menerus, dimana keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila rumah sakit tidak dikelola dengan baik dapat menimbulkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/*Adverse events*) yang sangat mengancam keselamatan pasien (DepKes, 2008).

Keselamatan pasien merupakan pencegahan cedera terhadap pasien. Pencegahan cedera didefinisikan bebas dari bahaya yang terjadi dengan tidak sengaja atau dapat dicegah sebagai hasil perawatan medis. Praktek keselamatan pasien adalah mengurangi resiko kejadian yang tidak diinginkan yang berhubungan dengan paparan terhadap lingkungan diagnosis atau kondisi perawatan medis (Hughes, 2008).

Keselamatan pasien di rumah sakit kemudian menjadi isu penting karena banyaknya kasus *Medical Error* yang terjadi di berbagai Negara. Setiap tahun di Amerika hampir 100.000 pasien yang dirawat di Rumah sakit meninggal karena *Medical Error*. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh

Cahyono (2012) membuktikan bahwa kematian akibat cedera medis 50% diantaranya sebenarnya dapat dicegah. Sekitar tahun 2000 *Institut of Medicine* (IOM) Amerika Serikat menerbitkan laporan “*To Err is Human, Building to Safer Health System*” yang menyebutkan bahwa rumah sakit di Utah dan Colorado ditemukan KTD sebesar 2,9% dan 6,6% diantaranya meninggal, sedangkan di New York ditemukan KTD 3,7% KTD dan 13,6% diantaranya meninggal. Selanjutnya, angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di Amerika Serikat berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 jiwa sampai 98.000 jiwa. Selain itu, publikasi WHO tahun 2004 menyatakan KTD dengan rentang 3,2 – 16,6% pada rumah sakit di berbagai Negara yaitu Amerika, Inggris, Denmark dan Australia (DepKes, 2006).

Fenomena insiden keselamatan pasien di Indonesia masih sering terjadi hingga tahun 2015, seperti yang telah dimuat pada Kompas harian tentang sederet insiden keselamatan pasien seperti yang terjadi pada pasien An. Marthin (7th) meninggal setelah menerima perawatan luka pasca kecelakaan di RS Kefamenanu, By Adira (12hr) bengkak dan luka terbuka pada kaki bekas tindakan injeksi di RS Citama Bogor, Ny Sutiah (43th) mengalami gatal-gatal dan kedua kaki membengkak serta melepuh pasca operasi Hernia di RS Kasih Ibu Aceh Utara dan masih banyak lagi insiden keselamatan pasien yang lainnya. Hal ini menggambarkan bahwa budaya keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit memerlukan perhatian khusus dalam pelaksanaannya, meskipun keselamatan pasien sudah

menjadi harga mati bagi Rumah sakit namun pelaksanaannya belum semaksimal mungkin.

Menurut hasil penelitian yang dilakukan Foster & Rose dalam Yulia (2010) di UGD RS Pendidikan Ottawa Kanada terhadap 399 pasien, didapatkan KTD sebanyak 24 kasus (6%), KTD dapat dicegah 17 kasus (71%), KTD tidak dapat dicegah 6 kasus (25%), dan perpanjangan masa perawatan 15 kasus (62%). Sedangkan penelitian yang dilakukan Mustikawati (2011) menyebutkan laporan insiden keselamatan pasien berdasarkan provinsi pada tahun 2007 ditemukan di DKI Jakarta 37,9%, Jawa Tengah 15,9%, DIY 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Aceh 10,7%, Sulawesi Selatan (0,7%).

Studi tentang penerapan keselamatan pasien di Indonesia tampak mulai banyak dilakukan pada skala daerah dan di rumah sakit. Salah satu contoh adalah Survey Kesehatan Daerah (Surkesdas) oleh Dinas Kesehatan Provinsi DIY bekerjasama dengan Badan Mutu Pelayanan Kesehatan Yogyakarta (BMPK) pada tahun 2011 di 21 Rumah sakit (umum dan khusus), 30 Puskesmas, 11 BP/RB, 20 Apotek, 10 laboratorium dan 29 praktik mandiri. Pada aspek keselamatan pasien rumah sakit, survey menunjukkan hasil yang variatif. Di Rumah sakit kelas B tingkat penerapan kriteria keselamatan pasien sekitar 30% sampai mendekati 50% (kecuali persepan elektronik 2%), dan di Rumah sakit kelas C dibawah 5% sampai sekitar 30% (DinKes Provinsi DIY, 2012).

Meskipun data ini telah ada secara umum di Indonesia dan DIY, serta dibuktikan juga oleh Wang et, al (2014) dalam penelitiannya yang berjudul *National Trends In Patient Safety For Four Common Conditions, 2005 - 2011* di United States yang menyatakan bahwa terjadi penurunan insiden *adverse event* yaitu terjadi penurunan efek samping dari 5,0% menjadi 3,7% pada pasien infark miokard akut dan proporsi pasien yang mempunyai satu atau lebih efek samping menurun dari 26,0% menjadi 19,4%. Namun, catatan pelaporan insiden yang terkait dengan budaya keselamatan pasien di rumah sakit belum dikembangkan secara menyeluruh oleh semua rumah sakit khususnya di Indonesia sehingga catatan pelaporan insiden keselamatan pasien masih sangat terbatas, serta insiden dalam keselamatan pasien (*patient safety*) yang terdeteksi umumnya adalah *adverse event* yang ditemukan secara kebetulan saja. Sebagian besar yang lain cenderung tidak dilaporkan, tidak dicatat, atau justru luput dari perhatian kita semua.

Sesuai dengan UU.No1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien disebutkan bahwa KTD merupakan insiden yang dapat mengakibatkan cedera pada pasien. Besarnya kasus KTD yang terjadi di rumah sakit yang disebutkan diatas mengharuskan pihak rumah sakit harus melakukan langkah-langkah yang lebih mengutamakan keselamatan pasien. Hal ini dikarenakan jika keselamatan pasien terabaikan akan menyebabkan kerugian bagi pasien dan pihak rumah sakit, seperti biaya yang harus ditanggung oleh pasien menjadi lebih besar, pasien semakin lama dirawat di

rumah sakit dan terjadinya resistensi obat. Kerugian bagi rumah sakit yang harus dikeluarkan menjadi lebih besar yaitu pada upaya tindakan pencegahan terhadap kejadian luka tekan, infeksi nosokomial, pasien jatuh dengan cidera, kesalahan obat yang mengakibatkan cidera.

Keselamatan pasien (*patient safety*) diharapkan dapat dijadikan sebagai budaya dalam rumah sakit untuk mewujudkan keselamatan baik bagi pasien dan keselamatan pekerja atau petugas kesehatan. Rumah sakit PKU Muhammadiyah Unit II Gamping merupakan salah satu rumah sakit yang sedang mengembangkan budaya keselamatan pasien. Rumah sakit ini juga salah satu tempat yang menjadi pusat pengobatan di kabupaten Bantul, Sleman, Wates dan sekitarnya. Semakin berjalannya waktu dan berkembangannya kualitas pelayanan yang baik semakin meningkat pula pasien yang berobat di rumah sakit ini dengan berbagai macam penyakit yang diderita. Kompleksnya jenis penyakit, sarana medis dan petugas medis harus menerapkan standar keselamatan pasien.

Hasil dari studi pendahuluan yang diperoleh bahwa RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping sedang melakukan persiapan akreditasi KARS 2012, salah satu dari persiapan menjelang akreditasi tersebut adalah penyusunan panduan/pedoman SOP keselamatan pasien berdasarkan 6 (enam) sasaran keselamatan pasien KARS 2012, pelatihan keselamatan pasien bagi semua pegawai medis rumah sakit yang sekarang ini sudah memasuki tahap ke 4 (empat) dari 10 (sepuluh) tahapan pelatihan yang direncanakan dan

jumlah pegawai yang sudah mengikuti pelatihan tersebut telah mencapai 90 pegawai. Selain perencanaan tersebut rumah sakit juga telah membuat perencanaan *audit internal* dari pelaksanaan program keselamatan pasien yang meliputi: melakukan observasi proses implementasi program keselamatan pasien ke seluruh ruangan, melakukan wawancara kepada pegawai dan telusur dokumen. Pada proses tersebut akan dilakukan oleh tim keselamatan pasien telah dibentuk oleh rumah sakit dengan no SK 0185/SK.3.2/IV/2014 tentang panitia keselamatan pasien RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Meskipun demikian Insiden keselamatan pasien masih terjadi di RS PKU Muhammadiyah Unit II yang bertipe C ini. Insiden keselamatan pasien tersebut diantaranya seperti salah pemberian obat kepada pasien, pasien jatuh dari bed di bangsal rawat inap dan kejadian yang tidak diharapkan lainnya, serta masih terdapatnya insiden keselamatan pasien yang tidak dilaporkan oleh petugas. Jumlah kasus yang dilaporkan tersebut secara jelas disajikan dalam bentuk table berikut ini:

Tabel 1. laporan Insiden Keselamatan Pasien Bulan Januari – Maret 2015

No.	Jenis Insiden	Jumlah	Ket.
1	Hasil laboratorium salah tulis	1	KNC
2	Salah pemberian obat di apotik	1	KNC
3	Pemberian obat salah waktunya	1	KTD
4	Pemberian antibiotik injeksi tanpa skin tes	1	KTD
5	Pasien jatuh	1	KTD
6	Pemberian obat salah pasien	1	KTD
7	Pemberian obat salah obat	2	KTD

Sumber: Tim KP – RS PKU Muhammadiyah Unit II (2015)

Keadaan tersebut menggambarkan bahwa budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah sangat memerlukan perhatian khusus dalam pelaksanaan program keselamatan pasien.

## **B. RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah pelaksanaan keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping?”

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

### **1. Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan keselamatan pasien pada pelayanan kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui bagaimanakah budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping.
- b. Untuk mengetahui apakah hambatan dalam melaksanakan budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping.
- c. Untuk Mengetahui system pelaporan insiden keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping.

- d. Untuk mengetahui gap dan kesenjangan data pelaporan insiden keselamatan pasien.
- e. Rekomendasi apa yang tepat dalam melaksanakan budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping.

#### **D. MANFAAT PENELITIAN**

##### 1. Manfaat Praktis

###### a) Bagi peneliti

Dapat mengetahui sejauh mana pelaksanaan budaya keselamatan pasien dan apa saja hambatan-hambatan dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping.

###### b) Bagi Rumah sakit

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada seluruh staf dan manajemen rumah sakit mengenai budaya keselamatan pasien berupa rekomendasi-rekomendasi agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang berfokus pada keselamatan pasien.

##### 2. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengembangan ilmu pengetahuan khususnya untuk ruang lingkup manajerial rumah sakit mengenai budaya keselamatan pasien.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KESELAMATAN PASIEN**

##### **1. Pengertian**

###### **a. Pengertian Keselamatan Pasien**

The Institute of Medicine (IOM) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai *freedom from accidental injury*. Senada dengan yang disebutkan dalam DepKes (2006) keselamatan pasien (*Patient Safety*) adalah keselamatan pasien dan ini merupakan pencegahan dan perbaikan dari kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera dari proses pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien rumah sakit adalah sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pelayanan kesehatan pasien lebih aman dan diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. Sistem yang dimaksud meliputi; penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien di rumah sakit, disebutkan bahwa keselamatan pasien di 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. Sir Liam Donaldson sebagai ketua WHO *World Alliance For Patient Safety, Forward Programme, 2006-2007* mengungkapkan juga bahwa “*Safe care is not an option. Its is the right of every patient who entrusts their care to our health care system*” yaitu pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien bukan sebuah pilihan melainkan merupakan sebuah hak pasien untuk percaya pada pelayanan yang diberikan oleh suatu sistem pelayanan kesehatan.

b. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah sebuah konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat, dimana menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo adalah (2008) sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Sedangkan pengertian pelayanan kesehatan menurut DepKes RI (2009) pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri

atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. Bentuk dan jenis dari pelayanan kesehatan tersebut ditentukan oleh:

- a) Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi
- b) Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan secara garis besarnya bahwa keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem rumah sakit yang membuat asuhan pelayanan kesehatan pasien secara aman dengan pencegahan cedera terhadap pasien.

## **2. Tujuan Keselamatan Pasien**

Tujuan keselamatan pasien telah ditentukan secara internasional maupun nasional, dimana tujuan yang ditentukan secara internasional oleh Joint Commission International (JCI) (2007) yaitu sebagai berikut:

- a. *Identify patient correctly* (mengidentifikasi pasien secara benar)
- b. *Improve effective communication* (meningkatkan komunikasi yang efektif)

- c. *Improve the safety of high-alert medications* (meningkatkan keamanan dari pengobatan resiko tinggi)
- d. *Eliminate wrong-site, wrong-patient, wrong procedure surgery* (mengeliminasi kesalahan penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi)
- e. *Reduce the risk of health care-associated infections* (mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan)
- f. *Reduce the risk of patient harm from falls* (mengurangi risiko pasien terluka karena jatuh)

Sedangkan tujuan keselamatan pasien menurut Departemen Kesehatan RI (2009), tujuan keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

- a. Tercapainya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunkan kejadian tidak diharapkan dirumah sakit
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan

### **3. Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit**

Menurut Gerties dalam Rebbeca (2007) *patient-center care* terdiri dari 7 upaya keselamatan pasien:

- a. Peduli terhadap nilai-nilai pasien, pencegahan dan pengendalian kebutuhannya

- b. Melakukan koordinasi dan integrasi perawatan
- c. Pendidikan, Komunikasi dan informasi
- d. Kenyamanan fisik
- e. Dukungan emosi
- f. Membuat pasien sebagai keluarga atau teman
- g. *Transition and Continuity* (keberlanjutan)

Standar keselamatan pasien rumah sakit yang disusun ini mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan oleh Joint Commission on Accreditation of Health Organizations, Illinois, USA pada tahun 2002 yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumah sakitan di Indonesia. Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

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 dan kesinambungan pelayanan

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

4. Penggunaan metoda-metoda 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.

Standar sasaran keselamatan pasien juga telah disusun oleh KARS 2012 sebagai berikut:

- a. Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien
  - b. Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif
  - c. Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*)
  - d. Sasaran IV : Kepastian tepat-lokasi tepat-prosedur tepat-pasien operasi
  - e. Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
  - f. Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh
1. Langkah Penerapan Keselamatan Pasien (DepKes RI, 2008)

Mengacu kepada standar keselamatan pasien, maka rumah sakit harus mendesain (merancang) proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Proses perancangan tersebut harus mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Keselamatan

pasien Rumah Sakit” yang berdasarkan KKP-RS No.001-VIII-2005 sebagai panduan bagi staf Rumah Sakit yaitu:

a. Bangun kesedaran akan nilai keselamatan pasien, Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.

1) Bagi Rumah sakit:

- Rumah sakit harus memiliki kebijakan: tindakan staf segera setelah insiden, langkah kumpul fakta, dukungan kepada staf, pasien dan keluarga
- Memiliki kebijakan: peran dan akuntabilitas individual pada insiden
- Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden
- Lakukan asesmen dengan menggunakan survey penilaian keselamatan pasien

2) Bagi Tim/Unit:

- Anggota mampu berbicara, peduli dan berani lapor bila ada insiden
- Laporan terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan (pemecahan masalah) yang tepat

b. Pimpin dan dukung staf anda, bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di Rumah sakit.

1) Bagi Rumah sakit:

- Ada anggota Direksi yang bertanggung jawab atas keselamatan pasien
- Pada setiap bagian Rumah sakit ada yang dapat menjadi “penggerak” yang dapat diandalkan dalam gerakan keselamatan pasien
- Prioritaskan keselamatan pasien dalam agenda rapat Direksi/Manajerial Rumah sakit
- Masukkan keselamatan pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit dan memastikan dapat diikuti dan diukur efektivitasnya

2) Bagi Tim/Unit:

- Tentukan ‘penggerak’ dalam setiap tim/unit untuk memimpin gerakan keselamatan pasien
- Jelaskan kepada tim relevansi dan pentingnya, serta manfaat dari menjalankan gerakan keselamatan pasien
- Tumbuhkan sikap kesatria untuk yang menghargai pelaporan insiden

c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, kembangkan sistem dan proses pengelolaan resiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.

1) Bagi Rumah sakit:

- Identifikasi struktur dan proses menjamin resiko klinis dan non klinis, mencakup keselamatan pasien
- Kembangkan indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitoring oleh Direksi/Manajerial Rumah sakit
- Gunakan informasi yang benar dan jelas hasil yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat meningkatkan kepedulian terhadap pasien

2) Bagi Tim/Unit:

- Bentuk dan diskusikan isu terbaru keselamatan pasien untuk memberikan umpan balik kepada manajemen terkait
- Bentuk penilaian risiko pada individu pasien dalam proses asesmen risiko
- Lakukan proses asesmen secara teratur untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko dengan langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut

- Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan risiko rumah sakit
- d. Kembangkan sistem pelaporan, pastikan setiap staf agar dapat dengan mudah melaporkan insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS.
- 1) Bagi Rumah sakit:
- Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar yang harus dilaporkan ke KPP-RS – PERSI
- 2) Bagi Tim/Unit:
- Berikan semangat serta dorongan kepada anggota untuk melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi terjadi juga, sebagai bahan pembelajaran yang penting.
- e. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
- 1) Bagi Rumah sakit:
- Rumah sakit harus memiliki kebijakan yang dapat menjelaskan cara-cara komunikasi yang terbuka tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya

- Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas jika terjadi insiden
- Berikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya

2) Bagi Tim/Unit:

- Pastikan tim menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden
- Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan tepat
- Pastikan segera setelah kejadian tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya

f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, dorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.

1) Bagi Rumah sakit:

- Memastikan staf telah terlatih dalam pengkajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab

- Mengembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas criteria pelaksanaan Abalisis Akar Masalah (*Root Cause Analysis/RCA*) atau *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA) atau metoda analisis lain yang harus mencakup semua insiden yang telah terjadi dan minimum satu kali per tahun untuk proses risiko tinggi

2) Bagi Tim/Unit:

- Diskusikan dalam tim pengalaman dari hasil analisis insiden
- Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan membagi pengalaman tersebut secara lebih luas

g. Cegah cedera melalui implementasi keselamatan pasien

1) Bagi Rumah sakit:

- Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden dan audit serta analisis untuk menentukan solusi setempat
- Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf

dan kegiatan klinis dan penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien

- Asesmen risiko untuk setiap perubahan
- Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh KKP-RS – PERSI
- Umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden

2) Bagi Tim/Unit:

- Libatkan tim dalam mengembangkan asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman
- Telaah perubahan yang dibuat tim dan pastikan pelaksanaannya
- Lakukan umpan balik setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan

2. Sembilan Solusi Live Saving Keselamatan Pasien di Rumah sakit (KKP-RS, 2007)

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit telah menjadikan sembilan solusi live saving yang telah dibuat oleh WHO untuk digunakan sebagai pedoman oleh seluruh rumah sakit di Indonesia. Solusi keselamatan pasien tersebut merupakan sebuah sistem atau intervensi yang dapat digunakan untuk mencegah atau mengurangi cedera pada pasien yang terjadi pada

proses pemberian pelayanan kesehatan. Sembilan solusi tersebut berupa panduan yang sangat bermanfaat bagi rumah sakit yang menerapkannya dengan baik dalam memperbaiki proses asuhan pasien dan berguna untuk menghindari cedera maupun kematian yang dapat dicegah. Sembilan Solusi tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*Look – A like, Sound – A like, Medications name*)

Nama obat, Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM) yang membingungkan petugas kesehatan adalah satu penyebab tersering dalam kesalahan obat (*medication error*) dan hal ini merupakan suatu keprihatinan di seluruh dunia. Dengan puluhan ribu obat yang beredar di pasaran saat ini, maka sangat signifikan potensi terjadinya kesalahan akibat kebingungan terhadap nama merek atau generik serta kemasan. Solusi NORUM ditekankan pada penggunaan protokol untuk pengurangan risiko dan memastikan terbacanya resep, label atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dahulu maupun pembuatan resep elektronik.

- b. Memastikan identifikasi pasien

Kegagalan yang meluas dan terus menerus untuk mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah kepada kesalahan pengobatan, transfuse maupun pemeriksaan, pelaksanaan prosedur yang keliru orang, penyerahan bayi kepada

bukan keluarganya dan sebagainya. Rekomendasi ditekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses identifikasi. Standarisasi dalam metode identifikasi di semua rumah sakit dalam konfirmasi serta penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

c. Komunikasi secara benar saat serah terima atau pengoperan pasien

Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima atau pengoperan pasien antara unit-unit pelayanan, didalam unit pelayanan serta antar tim pelayanan, bisa mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat dan potensial dapat mengakibatkan cedera terhadap pasien. Rekomendasi ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan protokol untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis, memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan pada saat serah terima dan melibatkan para pasien serta keluarga dalam proses serah terima.

d. Memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar

Faktor yang paling banyak berkontribusi terhadap kesalahan-kesalahan macam ini adalah tidak ada atau kurangnya proses pra-bedah yang distandarisasi, hal yang direkomendasikan yaitu untuk

mencegah jenis-jenis kekeliruan tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi pra-pembedahan, pemberian tanda pada sisi yang terlibat dalam prosedur *time out* sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur dan sisi yang akan dibedah.

e. Mengendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*)

Semua obat-obatan, biologis, vaksin dan media kontras memiliki profil risiko. Disamping itu cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi termasuk kategori berbahaya. Hal yang direkomendasikan yaitu membuat standarisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah serta pencegahan atas campur aduk atau bingung tentang cairan elektrolit pekat yang spesifik.

f. Memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan

Kesalahan medis terjadi paling sering pada saat transisi atau pengalihan. Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat (*medication error*) pada titik-titik transisi pasien. Rekomendasinya adalah menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh medikasi yang sedang diterima pasien juga disebut "*home medication list*", sebagai perbandingan dengan daftar saat administrasi, penyerahan dan/atau perintah pemulangan bilamana menuliskan perintah medikasi dan komunikasikan daftar tersebut

kepada petugas layanan yang berikut dimana pasien akan ditransfer atau dilepaskan.

g. Hindari salah kateter dan salah sambung selang (*tube*)

Selang, kateter dan spuit (*syringe*) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mnecegah kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang bisa menyebabkan cedera pasien melalui penyambungan spuit dan selang yang salah, memeberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Hal yang direkomendasikan yaitu menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara pemberian makna (misalnya selang yang benar) dan ketika menyambung alat-alat kepada pasien (misalnya menggunakan sambungan selang yang benar).

h. Menggunakan alat injeksi hanya untuk sekali pakai

Salah satu keprihatinan global tersebar adalah penyebaran HIV, HBV dan HCV yang diakibatkan oleh pemakaian ulang (*reuse*) jarum suntik. Hal yang direkomendasikan adalah perlunya larangan pakai ulang jarum suntik di fasilitas layanan kesehatan, pelatihan periodik para petugas di lembaga-lembaga pelayanan kesehatan khususnya tentang prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mereka mengenai penularan infeksi melalui darah dan penggunaan jarum sekali pakai yang aman.

- i. Tingkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial

Diperkirakan bahwa pada setiap saat lebih dari 1,4 juta orang diseluruh dunia menderita infeksi yang diperoleh di rumah-rumah sakit. Kebersihan tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang primer untuk menghindarkan masalah ini. Rekomendasinya adalah mendorong implementasi penggunaan cairan seperti alkohol, hand rubs dsb, yang disediakan pada titik-titik pelayanan tersedianya sumber air pada semua kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar mengingatkan penggunaan tangan bersih ditempat kerja dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan atau observasi dan tehnik-tehnik yang lain.

## **B. BENTUK INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**

Proses pelayanan kesehatan sangat berpotensi menimbulkan insiden keselamatan pasien. Istilah insiden keselamatan pasien itu sendiri adalah suatu bentuk kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, yang terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Kejadian Potensial Cedera (KPC). Komisi

Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP – RS) tahun 2005 mengungkapkan bahwa bentuk Insiden keselamatan pasien sebagai berikut:

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Event* merupakan suatu insiden yang mengakibatkan cedera/*harm* pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis yang tidak dapat dicegah.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/*Near Miss* adalah suatu insiden yang tidak menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan, atau tidak mengambil suatu tindakan yang seharusnya diambil.
- c. Kondisi potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera meskipun belum terjadi insiden.
- d. Sentinel dari suatu KTD yang mengakibatkan cedera atau cacat yang berta (*irreversible*) bahkan kematian.

Semua insiden ini adalah tanggung jawab dari rumah sakit khususnya petugas kesehatan dalam melakukan proses pemberian pelayanan kesehatan, karena jika terjadi kelalaian akan mengakibatkan dampak negative bagi pasien. Dampak tersebut dapat berupa cedera ringan, cacat fisik, cacat permanen bahkan sampai kematian. Untuk dapat menghindari 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. Elemen keselamatan pasien tersebut menurut *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* (2003) adalah:

- a. *Adverse drug events (ADE)/medication errors (ME)* (ketidakcocokan obat/kesalahan pengobatan)
- b. *Restrain use* (penggunaan *restrain*/pengaman pasien)
- c. *Nosocomial use* (infeksi nosokomial)
- d. *Surgical mishaps* (kecelakaan operasi)
- e. *Pressureulcers* (luka tekan)
- f. *Blood product safety/administrasi* (keamanan produk darah/administrasi)
- g. *Antimicrobial resistance* (resistensi antimikroba)
- h. *Immunization program* (program imunisasi)
- i. *Falls* (terjatuh)
- j. *Blood stream – vascular catheter care* (aliran darah – perawatan kateter pembuluh darah)
- k. *Systematic review, follow-up and reporting of patient/visitor incident reports* (tinjauan sistematis, tindakan lanjutan dan pelaporan pasien/pengunjung laporan kejadian)

### **C. SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sangat rentan terjadi di Rumah sakit. Pada tahun 2005 WHO menyebutkan kemungkinan kecelakaan yang terjadi di Rumah sakit adalah 1:3000, lebih besar dibandingkan dengan kemungkinan kecelakaan di penerbangan sebesar 1 : 3.000.000. Hal ini menunjukkan bahwa kemungkinan kecelakaan di Rumah sakit lebih besar dibandingkan dengan kemungkinan kecelakaan akibat penerbangan. Oleh karena itu untuk mengevaluasi keberhasilan dari prosedur pengendalian insiden keselamatan pasien membutuhkan sebuah metode untuk mengidentifikasi risiko, yaitu salah satu caranya dengan mengembangkan sistem pelaporan dan sistem analisis. Sistem pelaporan ini dipastikan akan mengajak semua orang dalam organisasi kesehatan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya *error* sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya (KKP-RS, 2008).

Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit akan menganalisis semua insiden keselamatan pasien yang telah dilaporkan oleh pihak Rumah sakit setelah mendapatkan rekomendasi dan solusi dari Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKP-RS). Sistem pelaporan ini akan mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, menganalisis dan mencari solusi untuk dijadikan pembelajaran, sistem pelaporannya pun

bersifat rahasia, dijamin keamanannya, dibuat anonim dan tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak.

Pelaporan insiden keselamatan pasien mempunyai beberapa tujuan sebagai berikut:

a. Tujuan Umum

Pelaporan insiden keselamatan pasien bertujuan untuk Menurunkan angka Insiden Keselamatan Pasien (KTD dan KTD) dan meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

b. Tujuan Khusus

1) Rumah sakit (Internal)

- Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien di Rumah sakit
- Diketahui penyebab insiden keselamatan pasien sampai pada akar masalah
- Didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan asuhan kepada pasien agar dapat mencegah kejadian yang sama dikemudian hari

2) KKP-RS (Eksternal)

- Diperolehnya data/peta nasional angka insiden keselamatan pasien (KTD dan KNC)
- Diperolehnya pembelajaran untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien bagi Rumah sakit lain

- Ditetapkannya langkah-langkah praktis keselamatan pasien untuk Rumah sakit di Indonesia

Pada proses sistem pelaporan insiden keselamatan pasien memiliki alur yang sistematis antara lain:

- 1) Setiap insiden harus dilaporkan secara internal kepada TKP-RS dalam waktu paling lambat 2x24 jam sesuai format laporan
- 2) TKP-RS melakukan analisis dan memberikan rekomendasi serta solusi atas insiden yang dilaporkan
- 3) TKP-RS melaporkan hasil kegiatannya kepada kepala rumah sakit
- 4) Rumah sakit harus melaporkan insiden, analisis, rekomendasi dan solusi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) secara tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit sesuai format laporan insiden
- 5) Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan pengkajian dan memberikan umpan balik (*feedback*) dan solusi atas laporan insiden tersebut secara nasional (KKP-RS, 2008).

#### **D. BUDAYA DAN PENGUKURAN KESELAMATAN PASIEN**

Budaya atau kebudayaan berasal dari bahasa Sanskerta yaitu “*buddhayah*”, yang merupakan bentuk jammak dari “*buddhi*” (budi atau akal) diartikan sebagai hal-hal yang berkaitan dengan budi, dan akal manusia. Dalam bahasa Inggris, kebudayaan disebut “*culture*” yang berasal dari kata Latin “*Colere*”,

yaitu mengolah atau mengerjakan. Kata “*culture*” dalam bahasa Indonesia juga diterjemahkan sebagai “kultur” (Wikipedia, 2015).

Budaya keselamatan pasien pada suatu organisasi menurut *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2004) adalah produk dari individu dan kelompok yang merupakan nilai dari sikap, persepsi, kompetensi dan perilaku yang menimbulkan komitmen dan pola dari suatu manajemen kesehatan mengenai keselamatan pasien. Organisasi dengan budaya keselamatan pasien yang positif mempunyai karakteristik komunikasi saling terbuka dan percaya, serta persepsi yang sama mengenai pentingnya keselamatan pasien dan kenyamanan dalam pengukuran guna pencegahan.

Rumah sakit sebagai organisasi pelayanan kesehatan berusaha untuk meningkatkan pertumbuhan budaya keselamatan pasien. Sutker (2008) mengatakan bahwa budaya keselamatan pasien adalah wajib dan seluruh pegawai bertanggung jawab terhadap keselamatan diri mereka sendiri, pasien dan pengunjung. Fokus budaya keselamatan yang baru adalah pembelajaran yang dilakukan setiap saat terhadap kesalahan yang terjadi.

Seperti yang diungkapkan oleh Hipokrates “*first do no harm*” dalam sebuah misi *Safety Culture* atau budaya keselamatan pasien yang harus dijadikan misi prioritas dan utama suatu organisasi pelayanan kesehatan (*Health System Safety Toolkit University of Michigan*, 2007). Sebuah Atmosfer saling percaya ini harus dikembangkan dengan baik dimana para staf atau petugas kesehatan bebas berbicara dan melapor mengenai

keselamatan pasien dan bagaimana penyelesaiannya tanpa merasa takut untuk disalahkan atau dihukum. Budaya ini hanya dapat tercipta jika staf memiliki kesadaran yang konstan dan aktif tentang hal-hal yang potensial menimbulkan kesalahan. Bersikap terbuka dan adil berarti membagi informasi secara terbuka dan bebas, penanganan yang adil bagi staf bila terjadi insiden.

Mengubah budaya keselamatan pasien dari *Blaming culture* (saling menyalahkan) menjadi Safety Culture merupakan kunci dalam peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Namun, didalam menerapkan budaya tersebut banyak faktor yang dapat menghambat (Cahyono. 2008):

**Tabel 2. Budaya Yang Menghambat Program Keselamatan Pasien**

<b>Kultur Penghambat</b>	<b>Contoh Situasi</b>
Ketakutan terhadap hukuman	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketakutan terhadap sanksi</li> <li>2. Ketakutan terhadap tuntutan hukum</li> </ol>
Cara memandang kesalahan/KTD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyebab KTD dipandang sebagai kesalahan personal, bukan kesalahan sistem</li> <li>2. Kesalahan berarti dokter tidak profesional dan melanggar aturan</li> </ol>
<i>Sense of urgency</i> (situasi mendesak)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Setiap orang didorong untuk bekerja seefisien mungkin sehingga kurang ada waktu untuk memikirkan keselamatan</li> <li>2. Melanggar prsedur karena tuntutan kecepatan pelayanan</li> </ol>
Respon terhadap/KTD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Naming</i> (mencari siapa yang salah), <i>shaming</i> (mempermalukan) dan <i>blaming</i> (menyalahkan)</li> <li>2. Menyembunyikan setiap terjadi kesalahan/KTD</li> <li>3. Mencari “kambing hitam” saat terjadi kesalahan</li> </ol>
Perilaku	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter sering dianggap sebagai individu yang independen sehingga sering melanggar sistem</li> <li>2. Dalam kerja sama tim dokter bersikap sebagai pemain tunggal, bukan sebagai tim</li> <li>3. Toleransi berlebihan terhadap perilaku dokter</li> <li>4. Arogansi/dokter bermasalah</li> </ol>

Pelaporan KTD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menutupi kesalahan/KTD</li> <li>2. Pelaporan berbuntut adanya sanksi</li> </ol>
Hubungan dokter dan sistem	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengutamakan otoritas dokter</li> <li>2. Komunikasi efektif tidak berjalan dengan baik</li> <li>3. Menempatkan pasien sebagai obyek</li> </ol>
Variasi dalam perilaku klinis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masing-masing dokter mempunyai gaya sendiri dalam melakukan tindakan diagnostik maupun terapi</li> <li>2. Cenderung tidak mengikuti pedoman klinis/standar pelayanan medis</li> </ol>

Penerapan budaya keselamatan pasien dimulai dengan melakukan survey 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, blaming dan penghukumannya dan bagaimana faktor-faktor dalam lingkungan kerja yang dapat mempengaruhi kinerja.

Pada saat ini telah banyak dilakukan penelitian untuk mengukur budaya keselamatan pasien dengan menggunakan instrument “*Hospital Survey On Patient Safety Culture*” (HSOPSC) yang dirancang oleh AHRQ pada tahun 2004. Sebelum HSOPSC diperkenalkan banyak penelitian penilaian budaya keselamatan pasien dengan menggunakan instrument “*Safety Climate Survey*” (SCS) yang dirancang oleh The Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, merupakan gabungan dari beberapa fakultas kedokteran di Amerika. Perbedaan kedua instrument adalah HSOPCS terbagi berdasarkan 12 dimensi budaya keselamatan pasien sedangkan SCS tidak terbagi (Colla *et al.*, 2005).

Dimensi penilaian *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) tahun 2004 yang berjumlah 12 dimensi tersebut adalah:

1. Dimensi Persepsi

Persepsi adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang dalam memahami tentang lingkungannya baik lewat penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan dan penciuman. Muchlas (2005) mengatakan bahwa hal-hal yang berkaitan dengan dimensi persepsi meliputi sikap, motif, *interest*, pengalaman masa lalu dan ekspektasi.

2. Dimensi Frekuensi Pelaporan

Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran. Sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya/potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. Pelaporan juga digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya *error* sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya (KKP-RS, 2008). Pelaporan tidak bertujuan untuk mencari kesalahan petugas tetapi untuk dijadikan sebagai usaha perbaikan pelayanan kesehatan dalam suatu Rumah sakit.

### 3. Dimensi Supervisi

Dalam suatu organisasi peran pemimpin sangat dominan dalam menentukan kegagalan dan keberhasilan suatu organisasi. Pada dimensi ini mengarah kepada kemampuan pemimpin dalam melaksanakan fungsi *controlling* dan *evaluating* melalui kegiatan supervisi sehingga bisa mengetahui apakah segala sesuatunya berjalan sesuai dengan aturan serta untuk mengetahui permasalahan yang terjadi beserta mencari solusinya (Swanberg, 1996).

### 4. Dimensi Pembelajaran Organisasi

Kesalahan-kesalahan yang terjadi akan menggiring menuju pada perubahan yang positif dan perubahan yang terjadi akan selalu dievaluasi efektivitasnya. Proses belajarkan terjadi dengan adanya perubahan perilaku (Muchlas, 2005). Pada organisasi pembelajar anggota organisasi memahami pentingnya kelangsungan pembelajaran yang dilaksanakan secara menyeluruh dan terus-menerus.

### 5. Dimensi Kerja Sama Intrabagian

Dimensi kerja sama intra bagian merupakan pendukung terwujudnya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, apabila terbentuk kerja sama yang solid antar staf dan antar tim. Dimensi ini merupakan karakteristik yang berfungsi baik pada proses pengambilan keputusan maupun pengambilan kebijakan.

### 6. Dimensi Keterbukaan komunikasi

Dimensi keterbukaan komunikasi sangat diperlukan guna membangun budaya keselamatan pasien. Staf mempunyai kebebasan mengemukakan pendapat apabila

menjumpai sesuatu yang bisa berdampak negative pada seorang pasien dan merasa bebas mengajukan pertanyaan-pertanyaan dengan lebih berani (AHRQ, 2012). Komunikasi adalah pemindahan informasi yang bisa dimengerti dari satu orang atau kelompok kepada orang atau kelompok lainnya. Rasa saling percaya adalah syarat untuk menumbuhkan kerja sama dan komunikasi yang baik.

#### 7. Dimensi Timbal Balik Kesalahan

Dimensi timbal balik ini merupakan suatu respon manajemen terhadap suatu kesalahan untuk mengetahui letak kesalahannya, segera diberikan jalan keluar, setelah itu dicari cara pencegahannya agar hal yang sama tidak terulang lagi.

#### 8. Dimensi Sanksi Kesalahan

Diwujudkan dimensi sanksi kesalahan merupakan wujud untuk melakukan evaluasi dan koreksi terhadap kesalahan yang dilakukan oleh petugas, bukan sebagai alat untuk mencari kesalahan. Sehingga kesalahan yang dilakukan diharapkan dijadikan sebagai pelajaran berharga dan sanksi yang diberikan sebagai efek jera sehingga tidak mengulang kesalahan yang sama atau melakukan kesalahan lainnya.

#### 9. Dimensi Staf

Untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien diperlukan jumlah staf yang cukup untuk menangani beban kerja dan jam kerja sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan terbaik terhadap pasien.

#### 10. Dimensi Dukungan Manajemen

Dimensi dukungan manajemen adalah manajemen rumah sakit menyediakan iklim kerja yang mendukung keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas (AHRQ, 2012). DepKes (2008) telah menyusun standar keselamatan pasien yang terdiri dari 7 standar, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien tertuang pada standar 5 yaitu: (1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah menuju Keselamatan Pasien”, (2) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi KTD, (3) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien, (4) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji dan meningkatkan kinerja Rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien, (5) pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

#### 11. Dimensi Kerja Sama Antar Bagian

Setiap unit/bagian saling bekerjasama dan berkoordinasi untuk memberikan perawatan yang terbaik untuk pasien. Masalah keselamatan pasien adalah masalah sistem, komponen demi komponen tidak dapat dipisah-pisahkan melainkan sebagai suatu sistem antar komponen saling berinteraksi dan berkoordinasi secara sinergis. Cleand mengatakan sistem adalah kumpulan bagian-bagian yang saling

tergantung dan berinteraksi secara teratur dan membentuk kesatuan yang utuh (Tunas, 2007 *cit* cahyono 2008).

## 12. Dimensi Pemindahan dan Pergantian

Penerapan kerja sama antar bagian akan sangat dibutuhkan pada dimensi pemindahan dan pergantian. Pada dimensi ini akan melibatkan satu atau lebih unit kerja, apabila dalam proses tersebut tercipta suasana kerja sama yang baik maka pelimpahan pasien atau transfer informasi dapat berjalan dengan lancar.

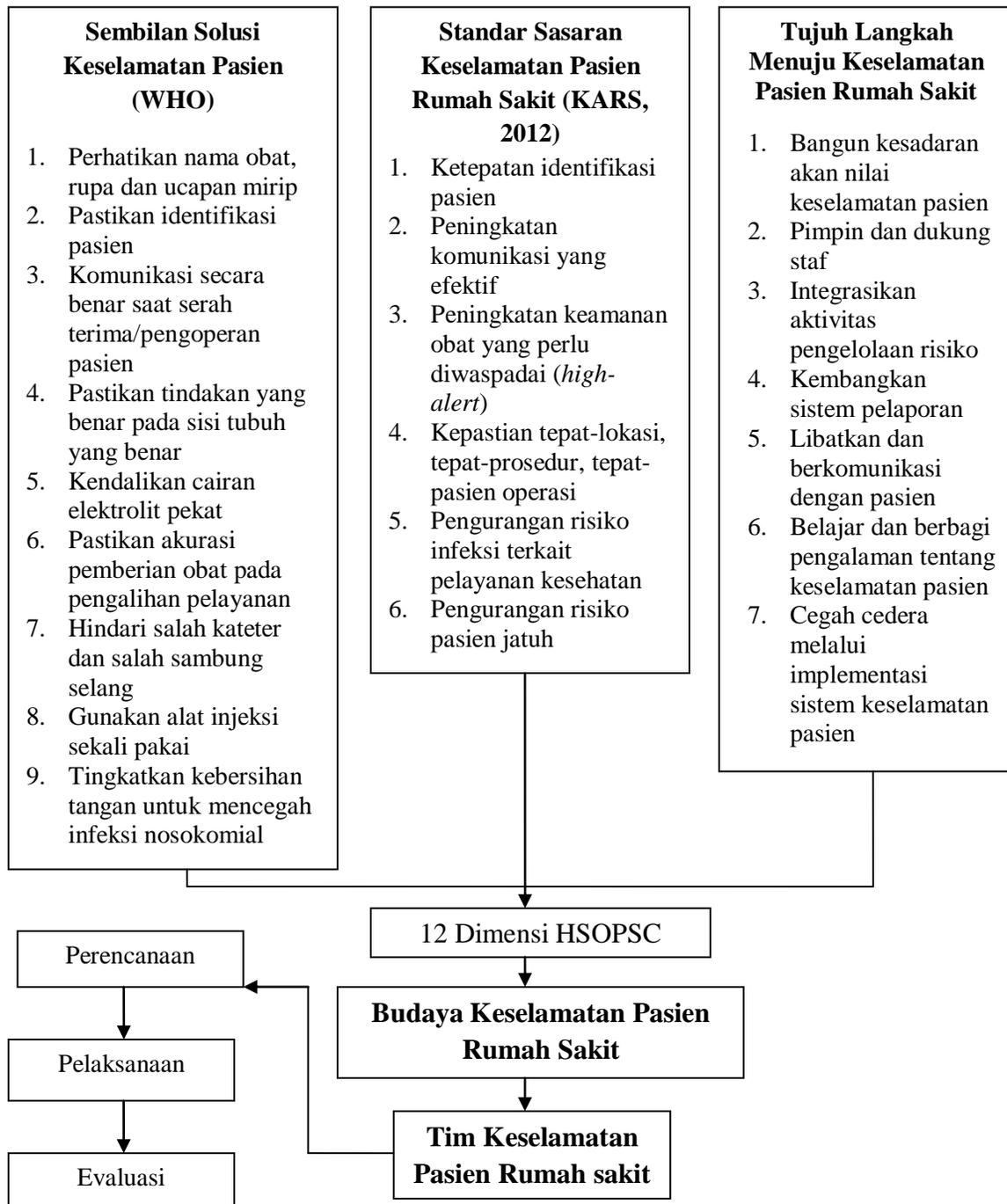
## E. PENELITIAN TERDAHULU

1. Dwita (2013) dalam penelitiannya yang berjudul “Analisi Budaya Keselamatan Pasien di RS PKU Muhammadiyah Bantul”. Penelitian ini sama-sama meneliti tentang budaya keselamatan pasien yang dilihat dari 12 dimensi pada kuesioner yang berjudul HSOPSC menurut *Agency For Healthcare Research and Quality (AHRQ)* (2004) dan menggunakan wawancara pada tim keselamatan pasien, akan tetapi penelitian ini memiliki perbedaan pada karakteristik responden yang pada penelitian tersebut hanya perawat dan bidan sedangkan pada penelitian ini responden tidak hanya perawat dan bidan saja mencakup petugas laboratorium dan farmasi.
2. Narendra (2013) dalam penelitiannya yang berjudul “Keselamatan Pasien Dalam Pelayanan Kesehatan Pada Instalansi Rawat Inap Di Rumah Sakit Multazam Medika Bekasi”. Penelitian ini sama-sama meneliti pelaksanaan keselamatan pasien pada pelayanan kesehatan di Rumah sakit tetapi penelitian

tersebut merupakan penelitian yuridis-empiris yaitu suatu penelitian yang digunakan untuk meneliti kerjanya hukum dimasyarakat dengan memadukan jenis penelitian kepustakaan dan penelitian lapangan sedangkan pada penelitian ini murni melakukan penelitian lapangan yaitu bagaimana pelaksanaan budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

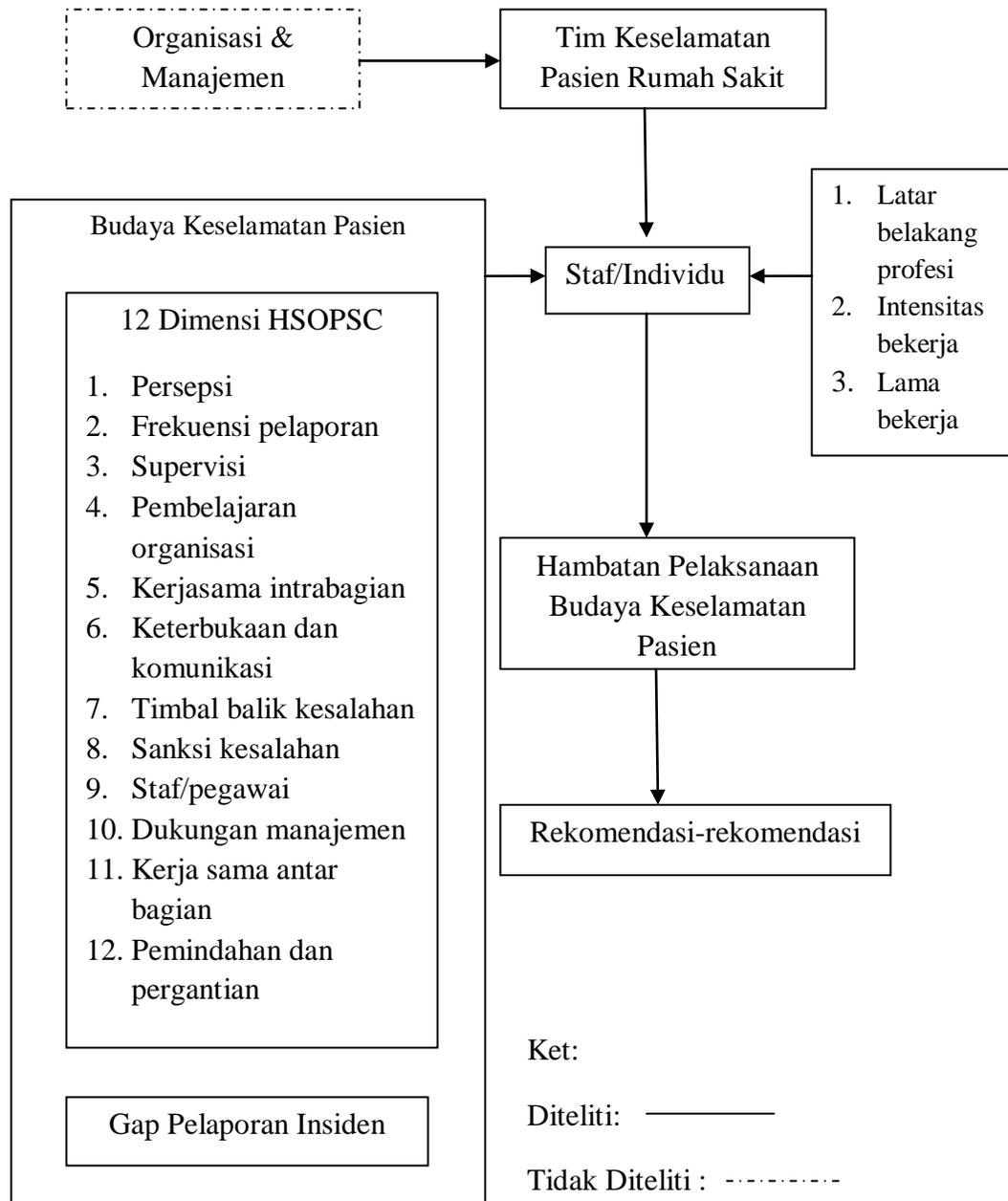
3. Wibowo (2013) dalam penelitiannya yang berjudul “Analisis Persiapan Pelaksanaan *Patient Safety* Di Ruang Rawat Inap Study Kasus Di RSUD Kabupaten Bima”. Jenis penelitian ini yaitu penelitian Kualitatif dengan tehnik pengambilan samplingnya yaitu purposive sampling sedangkan pada penelitian ini yaitu jenis penelitiannya menggunakan mixed methods research yaitu metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* dan kualitatif dengan pendekatan studi kasus (*case study*).

## F. KERANGKA TEORI



Gambar 1. Kerangka Teori

## G. KERANGKA KONSEP



Gambar 2. Kerangka Konsep

## **H. PERTANYAAN PENELITIAN**

1. Bagaimana budaya keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping?
2. Bagaimana sistem dan gap pelaporan insiden keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Gamping?

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. JENIS PENELITIAN**

Jenis penelitian ini merupakan penelitian yang menggunakan pendekatan *mixed methods research* yaitu metode kuantitatif dengan pendekatan deskriptif dan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus (*case study*) dengan rancangan penelitian deskriptif menganalisis Budaya Keselamatan Pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping. Penelitian dengan metode kuantitatif yaitu pada penelitian ini yaitu dengan menggunakan kuesioner yang diisi oleh responden dan pada metode kualitatif yaitu melakukan wawancara secara mendalam kepada responden. Penelitian ini akan dilakukan pada tanggal 12 – 22 Juni 2015.

#### **B. OBJEK DAN SUBYEK PENELITIAN**

Objek pada penelitian ini adalah RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping. Sedangkan populasi penelitian ini adalah:

1. Populasi penelitian untuk kuesioner budaya keselamatan pasien dengan 12 dimensi HSOPSC adalah staf pegawai medis dan non dokter yang bekerja di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping sebanyak 156 Orang yang terdiri dari unit Rawat Inap, ICU, IGD, IBS, Poli Klinik, Hemodialisa, Farmasi dan Gizi.

Pada penelitian ini besar sampel yang didapat dengan menggunakan tehnik *Total Sampling* sebanyak 76 pegawai dengan didasarkan pada kriteria berikut:

a. Kriteria inklusi

- 1) Staf medis/non dokter yang bersedia menjadi responden
- 2) Staf medis/non dokter yang sudah bekerja selama  $\geq 1$  tahun dan sudah mengikuti pelatihan keselamatan pasien
- 3) Staf medis/non dokter pelaksana di unit pelayanan asuhan keperawatan pasien

b. Kriteria eksklusi

- 1) Staf medis/non dokter yang dalam masa cuti dan izin sakit pada saat dilakukan penelitian
- 2) Staf medis/non dokter yang sedang melaksanakan studi lanjut
- 3) Staf medis/non dokter yang sedang mengikuti pelatihan  $\geq 1$  bulan

c. Penentuan jumlah sampel adalah semua staf medis/non dokter di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping yang memenuhi kriteria inklusi pada tanggal 12 – 22 Juni 2015.

2. Populasi penelitian untuk wawancara adalah Manajer RS, Tim Keselamatan Pasien dan Pelaksana/Penggerak keselamatan pasien RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping. Jumlah anggota Tim Keselamatan Pasien RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping sebanyak 18 orang.

Besar sampel yang akan diwawancarai pada penelitian ini sebanyak tiga orang yang ditentukan dengan menggunakan tehnik *quota sampling*.

### **C. VARIABEL PENELITIAN**

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari satu variabel/variabel tunggal yaitu analisis budaya keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Unit II dengan aspek:

1. Budaya Keselamatan Pasien yang diukur melalui kuesioner 12 dimensi HSOPSC
2. Pelayanan kesehatan
3. Perbandingan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

### **D. DEFINISI OPERASIONAL VARIABEL**

Definisi operasional pada setiap variabel dalam penelitian ini disusun berfungsi untuk menyamakan persepsi serta arah dan tujuan lingkup penelitian, yaitu sebagai berikut:

- a. Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang diterapkan oleh RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping dalam memberikan asuhan pelayanan kesehatan pada pasien dengan lebih aman, mencegah cedera dan kesalahan dari suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

- b. Budaya keselamatan pasien adalah bentuk hasil dari perorangan atau kelompok yang merupakan nilai dari tingkah laku, persepsi, kompetensi dan kebiasaan yang menimbulkan komitmen dan pola dari suatu manajemen kesehatan mengenai keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien pada penelitian ini akan diukur dengan menggunakan kuesioner yang disebut dengan *Hospital Survey on Patient Safety Culture* yang melalui budaya keselamatan pasien berdasarkan 12 dimensi yang terdiri:
1. Dimensi persepsi: Persepsi adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang dalam memahami tentang lingkungannya baik lewat penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan dan penciuman.
  2. Dimensi frekuensi pelaporan: Frekuensi pelaporan insiden keselamatan pasien adalah banyaknya penggunaan suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien.
  3. Dimensi supervisi: Supervisi adalah kemampuan pemimpin dalam melaksanakan fungsi controlling dan evaluating melalui kegiatan supervise sehingga bisa mengetahui apakah segala sesuatunya berjalan sesuai dengan aturan serta untuk mengetahui permasalahan yang terjadi beserta mencari solusinya.
  4. Dimensi pembelajaran organisasi: Pembelajaran organisasi adalah Belajar dari kesalahan-kesalahan yang akan menggiring menuju pada perubahan yang positif dan perubahan yang terjadi akan selalu dievaluasi efektifitasnya.

5. Dimensi kerjasama intrabagian: kerjasama intrabagian adalah kerja sama yang solid antar staf dan antar tim, serta merupakan karakteristik yang berfungsi baik pada proses pengambilan keputusan maupun pengambilan kebijakan.
6. Dimensi keterbukaan komunikasi: keterbukaan komunikasi adalah Staf mempunyai kebebasan mengemukakan pendapat apabila menjumpai sesuatu yang bisa berdampak negative pada seorang pasien dan merasa bebas mengajukan pertanyaan-pertanyaan dengan lebih berani.
7. Dimensi timbal balik kesalahan: timbal balik adalah suatu respon manajemen terhadap suatu kesalahan untuk mengetahui letak kesalahannya, segera diberikan jalan keluar, setelah itu dicari cara pencegahannya agar hal yang sama tidak terulang lagi.
8. Dimensi sanksi kesalahan: sanksi kesalahan adalah wujud untuk melakukan evaluasi dan koreksi terhadap kesalahan yang dilakukan oleh petugas, bukan sebagai alat untuk mencari kesalahan.
9. Staf/pegawai yang bekerja berdasarkan standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur operasional yang berlaku di rumah sakit.
10. Dimensi dukungan manajemen: dukungan manajemen adalah manajemen Rumah sakit menyediakan iklim kerja yang mendukung keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas.

11. Dimensi kerjasama antar bagian: kerjasama antar bagian adalah bentuk kerjasama setiap unit/bagian dan berkoordinasi untuk memberikan perawatan yang terbaik untuk pasien.
  12. Dimensi pemindahan dan pergantian: pemindahan dan pergantian adalah proses pelimpahan pasien atau transfer informasi yang melibatkan satu atau lebih unit kerja dengan menciptakan suasana kerjasama yang baik.
- c. Perbandingan pelaporan insiden keselamatan pasien adalah kesenjangan hasil pelaporan insiden keselamatan pasien yang dilakukan oleh internal RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping dengan hasil *self assesment* terhadap staf medis di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping.

## **E. JENIS DATA**

Terdapat dua sumber data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu data primer dan data sekunder.

### **1. Data primer**

Data primer yang diperoleh adalah hasil dari jawaban kuesioner responden tentang budaya keselamatan pasien, pelaporan insiden keselamatan pasien serta hasil dari wawancara.

### **2. Data Sekunder**

Data sekunder ini diperoleh dari studi dokumentasi wawancara berupa data pelaporan insiden keselamatan pasien dari tim KPRS dan dokumen tentang kebijakan terkait program keselamatan pasien Rumah sakit.

## **F. INSTRUMEN PENELITIAN**

Instrumen penelitian ini adalah:

1. Kuesioner yang terdiri dari 12 dimensi *HSOPSC* dengan total 42 item pertanyaan yang ditranslate dari versi bahasa Inggris ke bahasa Indonesia. Format jawaban dari kuesioner ini menggunakan *skala likert* dengan alternative jawaban yang bersifat positif.
2. Kuesioner yang berisikan tentang pelaporan insiden
3. Peralatan wawancara berupa alat tulis, *tape recorder* / alat perekam suara
4. Studi dokumentasi dari hasil wawancara

## **G. UJI INSTRUMEN**

Instrumen pada penelitian ini sudah pernah digunakan dalam penelitian terdahulu, namun pada peneliti ini instrument akan tetap melakukan uji validitas dan reabilitas terhadap instrumen ini untuk membuktikan kelayakannya untuk digunakan sebagai alat pengambilan data penelitian. Jika jumlah subyeknya besar maka dalam pengambilan sampel dapat diambil 10 – 30 % atau lebih (Arikunto, 2006). Uji validitas akan dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping dengan jumlah sampel sebanyak 30 orang diluar sample penelitian.

## 1. Uji Validitas

Valid berarti bahwa instrument tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur (Sugiyono, 2010). Perhitungan uji validitas menggunakan rumus korelasi *product moment* dengan mengkorelasikan skor item butir dengan total skor pertanyaan. Untuk menyimpulkan valid atau tidaknya item pertanyaan dengan cara membandingkan jumlah  $r_{hitung}$  dengan  $r_{tabel}$  pada taraf signifikansi 5%. Hasil uji valid menunjukkan pertanyaan yang mempunyai  $r_{hitung} > r_{table}$ . Nilai  $r_{hitung}$  dari 42 item pertanyaan bergerak dari yang terkecil sebesar 0.282 sampai dengan 0.930, sedangkan nilai  $r_{table}$  ( $n=30$ ) adalah sebesar 0.361. Hasil dari perhitungan tersebut pertanyaan yang dinyatakan valid hanya sebanyak 40 item pertanyaan. Untuk mengetahui apakah pertanyaan tersebut reliabel dan dapat digunakan maka semua pertanyaan yang valid dilanjutkan dilakukan uji reabilitasnya.

## 2. Uji Reliabilitas

Suatu instrument dikatakan reliabel apabila instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpulan data karena item-item butir instrument tersebut sudah baik (Arikunto, 2006). Perhitungan uji reabilitas dengan menggunakan rumus Alpha Croanbach pada 40 pertanyaan yang valid didapatkan hasil nilai yang koefisien reabilitas instrumen lebih besar dari nilai  $r_{tabel}$  0.361 dengan ( $N=30$ ) sebanyak 10 dimensi dengan 34

pertanyaan. 10 dimensi tersebut adalah dimensi persepsi, frekuensi pelaporan, supervise, pembelajaran organisasi, kerjasama intra bagian, timbal balik kesalahan, sanksi kesalahan, staf/pegawai, dukungan manajemen, pemindahan dan pergantian.

## H. ANALISA DATA

Pada penelitian ini data kualitatif dianalisis secara kualitatif dan data kuantitatif dianalisis dengan deskriptif. Kedua kelompok data hasil analisis kualitatif dan kuantitatif selanjutnya dianalisis lagi dengan metode meta analisis (analisis data hasil penelitian kualitatif dan kuantitatif) secara deskriptif untuk dapat dikelompokkan, dibedakan dan dicari hubungan satu data dengan data yang lain, sehingga apakah kedua data saling memperkuat, memperlemah atau bertentangan. (Sugiyono, 2013)

Menurut Onwuegbuzie dan Tiddlie (2003) proses analisa data pada penelitian *mixed methods* ini dengan menggunakan tujuh tahapan:

### 1. Reduksi data (*data reduction*)

Data yang terkumpul pada penelitian ini berupa data kuantitatif dan kualitatif. Untuk data kuantitatif/angka, reduksi data dapat dilakukan dengan menggunakan statistik deskriptif. Sedangkan data kualitatif dapat direduksidengan cara analisis tema dan profil, secara rinci dapat berupa menulis ringkasan, pengkodean, membuat klaster dan membuat partisi.

Reduksi kedua data ini bertujuan untuk menghasilkan kesimpulan dan verifikasi sebagai jawaban pertanyaan penelitian.

2. Tayangan data (*data display*)

Data yang telah direduksi kuantitatif dan kualitatif dapat ditampilkan dengan matriks, grafik, diagram, gambar, jejaring daftar dan sebagainya.

3. Transformasi data (*data transformation*)

Transformasi data adalah pengalihan data angka menjadi deskripsi atau sebaliknya, dari data verbal dikuantifikasi menjadi data angka. Transformasi data kuantitatif dilakukan untuk membuat data angka memiliki makna. Sehingga data angka dideskripsikan menjadi kualitas. Data kualitatif juga perlu dikuantifikasi oleh peneliti agar dapat ditabulasi dan dianalisis dengan statistic, baik deskriptif maupun statistik inferensial untuk menguji hipotesis.

4. Penghubungan data (*data correlation*)

Data kuantitatif yang didapat dari angket dapat dihubungkan dengan data verbal yang direkam melalui wawancara. Untuk memastikan kedua jenis data yang dihasilkan mengarah pada satu kesimpulan yang utuh sebagai jawaban dari pertanyaan penelitian.

5. Konsolidasi data (*data consolidation*)

Konsolidasi data dalam penelitian jenis ini maksudnya menggabungkan beberapa jenis data dari semua hasil data kualitatif dan

kuantitatif secara keseluruhan untuk melihat beberapa hasil dari semua data tersebut, tetapi bukan untuk tujuan triangulasi.

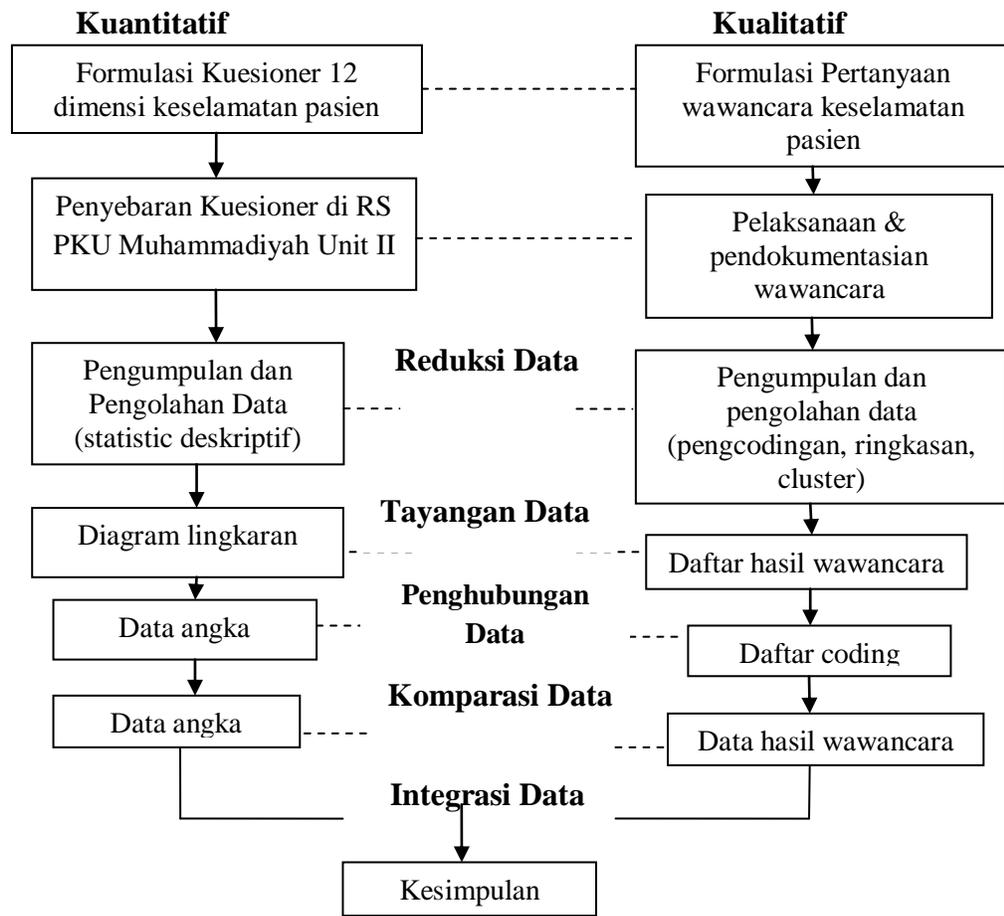
6. Komparasi data (*data comparison*)

Komparasi data adalah membandingkan data yang dikumpulkan melalui teknik tertentu dengan data yang dikumpulkan dapat memperkuat hasil analisis data penelitian ini. Komparasi data juga mencakup perbandingan data dari sumber berlainan dengan tujuan triangulasi, inisiasi atau melengkapi data yang sudah ada.

7. Pengintegrasian data (*data integration*)

Pada tahap ini, seluruh data digabungkan menjadi data yang koheren dan utuh, satu jenis data berhubungan dan saling terkait dengan data jenis lain. Penggabungan data mengarah pada interpretasi hasil analisis.

### Langkah Analisis



Gambar 3. Langkah Analisis

## I. ETIKA PENELITIAN

Untuk memastikan kemurniaan hasil dan kerahasiaan, identitas responden akan dibuat secara anonym dalam pengumpulan data dan analisis. Namun supaya lebih mudah membandingkan dan membedakan budaya keselamatan pasien antar unit yang ada dengan berbagai latar belakang responden yang berbeda maka akan diberikan tanda secara tak bermakna.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. HASIL PENELITIAN**

##### **1. Profil RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II**

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah salah satu rumah sakit swasta di Yogyakarta yang pada awal didirikannya merupakan sebuah klinik sederhana pada tanggal 15 februari 1923 di Kampung Jagang Notoprajan Yogyakarta. Pada awalnya bernama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) dengan maksud menyediakan pelayanan kesehatan bagi kaum dhuafa', yang didirikan atas inisiatif H.M. Sudjak yang didukung sepenuhnya oleh K.H. Ahmad Dahlan. Seiring dengan perkembangan jaman, pada tahun 1928 perkembangan klinik semakin bertambah besar dan berkembang menjadi poliklinik PKO Muhammadiyah. Delapan tahun kemudian, tepatnya pada tahun 1936 poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi ke Jalan K.H. Ahmad Dahlan No. 20 Yogyakarta hingga pada tahun 1970-an status klinik dan poliklinik berubah menjadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Perkembangan pelayanan RS PKU Muhammadiyah semakin meningkat sehingga membutuhkan didirikan lagi sebuah RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping untuk memenuhi pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang operasionalnya dimulai pada tanggal 15 Februari 2009.

RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping ini mempunyai sebuah Visi yaitu mewujudkan RS pendidikan utama dengan keunggulan dalam pelayanan kesehatan, pendidikan dan riset dengan sistem jejaring dan kemitraan yang kuat pada tahun 2018. Sedangkan Misi dari rumah sakit ini yaitu; 1. Misi Pelayanan Publik/Sosial yang bertujuan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu berdasar pada ilmu ilmiah dan teknologi kedokteran terkini. 2. Misi Pendidikan yaitu menyelenggarakan pendidikan bagi tenaga kedokteran dan tenaga kesehatan lain secara profesional melalui pembentukan atmosfer pendidikan dalam pelayanan. 3. Misi penelitian dan pengembangan yaitu menyelenggarakan pendidikan di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi modern bidang kesehatan. 4. Misi dakwah yaitu menyelenggarakan dakwah amar ma'ruf dan nahi munkar yang terintegrasi dalam proses pendidikan, penelitian dan pelayanan kesehatan.

Upaya dalam meningkatkan mutu pelayanan dan pengelolaan rumah sakit telah dilakukan oleh RS PKU Muhammadiyah Unit II yaitu dengan mengikuti akreditasi KARS 2012 yang akan segera dilaksanakan. RS PKU Unit II juga telah melakukan kerja sama dengan BPJS untuk memberikan pelayanan secara menyeluruh kepada semua kalangan masyarakat. Jenis dari pelayanan yang diberikan tersebut adalah:

**Tabel 3. Jenis Pelayanan dan Unit Pelayanan RS PKU Muhammadiyah Unit II**

JENIS PELAYANAN	UNIT PELAYANAN
Pelayanan 24 Jam	Instalasi Gawat Darurat ICU Pelayanan Bersalin Pelayanan Bedah Operasi Rawat Inap
Poliklinik/Rawat Jalan	Penyakit Anak Penyakit Dalam Penyakit Paru-Paru Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah Penyakit Bedah Umum Penyakit Bedah Urologi Penyakit Syaraf Penyakit Kulit dan Kelamin Penyakit Mata Penyakit Gigi Unit Hemodialisa
Pelayanan Penunjang Medik	Radiologi Laboratorium klinik Farmasi Pelayanan Gizi Pelayanan Rukti Jenazah Fisiotherapy Ambulance 118

Dalam pemberian pelayanan kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Unit II ini memiliki tenaga kesehatan yang memadai meliputi Dokter umum sebanyak 18 orang, Spesialis/Sub spesialis 35 orang, Perawat 150 orang, Tenaga Kesehatan lain 23, Staff administrasi 44 orang. Pelayanan unggulan RS ini adalah pelayanan bedah, IGD dan Hemodialisa. Pelayanan bedah meliputi bedah umum, bedah digestive, bedah anak,

bedah orthopedic, bedah mata dan bedah THT. RS PKU Muhammadiyah Unit II juga melayani pasien BPJS, Jamkesda dan beberapa asuransi lain yang dikeluarkan oleh perusahaan lain (RS PKU Muhammadiyah Unit II, 2015).

Penerapan program keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II telah diterapkan sejak tahun 2010 yang dimulai dengan pengennalan program keselamatan pasien, pembuatan sistem kerja dan penyusunan TIM KPRS. Pertemuan TIM KPRS ini dilakukan satu sampai dua minggu sekali untuk mereview dan mengevaluasi kasus dan penerapan budaya keselamatan pasien. SK panitia keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II dikeluarkan pada bulan April 2014. Salah satu program yang telah dilakukan yaitu pelaksanaan pelatihan keselamatan pasien yang diikuti oleh seluruh petugas medis dan non medis rumah sakit, program tersebut selesai selama  $\pm 3$  bulan dari bulan Maret – Mei 2015. Susunan panitia TIM KPRS PKU Muhammadiyah Unit II adalah sebagai berikut:

Pengarah : 1. Direksi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II

2. Ketua komite Medik

Ketua : dr. Ekorini Listyowati, MMR

Sekretaris : Fitnaningsih Endang Cahyani, S.ST

Anggota : 1. dr. Muhammad Arifuddin, Sp.OT

2. dr. Rossy Winata

3. Arif Riyanto, S.Kep.Ns

4. Adiana Retno, S.Kep.Ns
5. Joko Sudibyoy, S.Si, Apt
6. Suriyanto, A.MK
7. Heny Yuspina, S.Kep, Ns
8. Sri SubektiRI, A. Md
9. Rumini A. MK
10. Muhammad Muhajir, A.Md, S.Ag
11. Sugeng Supriyadi, A.Md, Rad
12. Puspitowarno, S.Kep, Ns
13. Kusnanto, S.kep, Ns
14. Andri Purwadi, A.MKL
15. Heru Yulianto
16. Irma Risdiana, S.Si., MPH, Apt

## **2. Karakteristik Responden**

Responden pada penelitian ini adalah 71 perawat dan 5 bidan pelaksana yang mempunyai masa kerja lebih dari satu tahun atau lebih di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Deskripsi responden yang diamati dalam penelitian ini meliputi profesi, lama kerja di bidangnya dan di rumah sakit serta waktu kerja setiap minggunya.

**Tabel 4. Karakteristik Responden Penelitian**

No	Karakteristik Responden	Presentase Kriteria	
		Perawat	Bidan
1.	Profesi	93%	7%
2.	Lama bekerja di rumah sakit	1 – 5 tahun 62%	>5 tahun 38%
3.	Lama bekerja di bidang	1 – 5 tahun 76%	>5 tahun 24%
4.	Waktu bekerja/minggu	< 40 jam 13 %	≥ 40 jam 87%
5.	Interaksi dengan pasien	Ya 100%	Tidak 0
6.	Profesi lain selain perawat dan bidan	Ya 0	Tidak 100%

Karakteristik responden berdasarkan profesi adalah tenaga medis yang 100% berinteraksi dengan pasien dalam pelayanan kesehatan terdiri dari 93% perawat dan 7% bidan. Hal tersebut sudah mewakili dari perbandingan jumlah perawat dan bidan di rumah sakit. Karakteristik berdasarkan lama kerja di bagian yang sesuai dengan kriteria inklusi didapatkan sebanyak 76% masa kerja dibidang 1 – 5 tahun dan 24% >5 tahun, sedangkan lama bekerja di rumah sakit 1 – 5 tahun 62% dan 38% > 5 tahun. Berdasarkan waktu kerjanya setiap minggu yaitu 13% bekerja < 40 jam dan > 40 jam sebanyak 67%, hal ini belum sesuai dengan isi perundang-undangan Ketenaga kerjaan no 13 tahun 2003 pada ayat 1 pasal 77 – 85 UU No.13/2003 yang mewajibkan setiap pengusaha untuk melaksanakan ketentuan jam kerja yang telah diatur dalam 2 sistem sebagai berikut:

1. 7 jam kerja dalam 1 hari atau 40 jam kerja dalam 1 minggu untuk 6 hari kerja dalam 1 minggu; atau
2. 8 jam kerja dalam 1 hari atau 40 jam kerja dalam 1 minggu untuk 5 hari kerja dalam 1 minggu.

Sehingga karakteristik responden berdasarkan waktu kerja perminggunya dianggap melebihi aturan jam kerja. Sedangkan karakteristik responden berdasarkan interaksi kerja dengan pasien langsung sudah memenuhi syarat inklusi yaitu semua responden adalah semua tenaga medis non dokter yang berhubungan langsung dengan pasien. Karakteristik berdasarkan aktivitas lain selain perawat sebesar 100% tidak memiliki aktivitas lain, hal ini menjelaskan bahwa tidak ada kesibukan lain yang akan mengganggu mereka dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Dapat disimpulkan bahwa karakteristik responden sebanyak 76 perawat dan bidan telah memiliki karakter yang sama serta telah memenuhi kriteria inklusi pada penelitian ini, dengan didapatkan hasil waktu kerja yang belum sesuai dengan aturan perundang-undangan ketenaga kerjaan.

### **3. Analisa Data Penelitian Budaya keselamatan Pasien berdasarkan 10 dimensi**

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang penerapan budaya keselamatan pasien yang ada di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. 12 dimensi budaya keselamatan pasien telah dilakukan uji validitas

dan reliabilitas dengan hasil hanya terdapat 10 dimensi yang valid dan reliabel yaitu dimensi persepsi, frekuensi pelaporan, supervisi, pembelajaran organisasi, kerjasama intra bagian, timbal balik kesalahan, sanksi kesalahan, staf/pegawai, dukungan manajemen, pemindahan dan pergantian.

**Table 5. Nilai 10 Dimensi Keselamatan Pasien RS PKU Muhammadiyah  
Unit II**

No	10 Dimensi Keselamatan Pasien	Hasil (%)	NILAI
1.	Persepsi	73.9	Cukup
2.	Frekuensi pelaporan	68.9	Cukup
3.	Supervisi	79.6	Baik
4.	Pembelajaran Organisasi	83.9	Baik
5.	Kerjasama Intrabagian	81.4	Baik
6.	Timbal balik kesalahan	77	Baik
7.	Sanksi kesalahan	64.4	Cukup
8.	Staf/Pegawai	62.5	Cukup
9.	Dukungan manajemen	82.4	Baik
10.	Pemindahan dan pergantian	48.9	Kurang

#### **4. Analisis Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien**

- a. Laporan insiden keselamatan pasien yang masuk ke Tim Keselamatan Pasien RS PKU Muhammadiyah Unit II pada tahun 2014 – 2015.

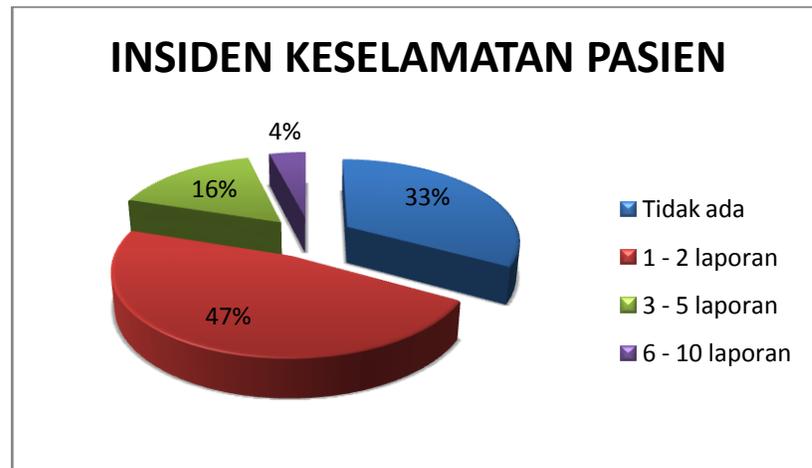
**Tabel 6. laporan Insiden Keselamatan Pasien 2014 – 2015**

No.	Jenis Insiden	Jumlah	Ket.
1.	Hasil laboratorium salah tulis	1	KNC
2.	Salah pemberian obat di apotik	1	KNC
3.	Pemberian obat salah waktunya	1	KTD
4.	Pemberian antibiotik injeksi tanpa skin tes	1	KTD
5.	Pasien jatuh	1	KTD
6.	Pemberian obat salah pasien	1	KTD
7.	Pemberian obat salah obat	2	KTD

Sumber: Tim KP – RS PKU Muhammadiyah Unit II (2014)

Berdasarkan laporan insiden keselamatan pasien yang masuk ke TIM KP RS PKU Muhammadiyah Unit II pada tahun 2014-2015 sebanyak 8 kasus. Hal ini menjelaskan bahwa budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II belum dilakukan dengan baik, salah satunya adalah dapat dilihat dari hasil penelitian budaya keselamatan pasien melalui kuesioner pada dimensi sanksi kesalahan dengan nilai mean sebesar 62.5 yang berarti wujud evaluasi dan koreksi terhadap kesalahan yang dilakukan oleh petugas masih memiliki interpretasi C dan belum optimal.

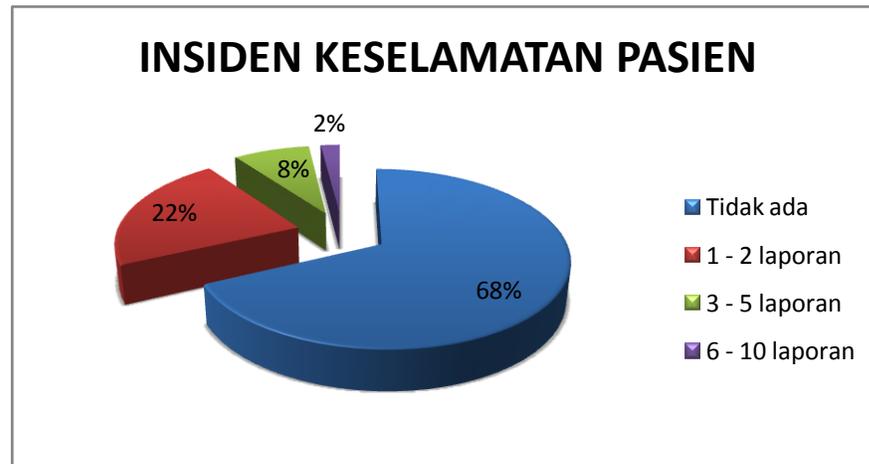
- b. Laporan insiden keselamatan pasien berdasarkan data dari responden pada 12 bulan terakhir dapat dilihat pada diagram berikut:



Gambar 4. Diagram Laporan Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Data Responden 12 bulan terakhir

Berdasarkan diagram diatas dapat dilihat bahwa hampir dari setengah atau sebesar 47% responden mengatakan selama 12 bulan terakhir pernah melaporkan insiden keselamatan pasien sebanyak 1 – 2 kasus. Dijelaskan juga bahwa 33% responden tidak pernah melaporkan insiden keselamatan pasien, namun terdapat 4% responden mengatakan pernah melaporkan 6 – 10 kasus dalam 12 bulan terakhir dan 16% melaporkan 3 – 5 kasus.

- c. Jumlah Insiden Keselamatan pasien yang tidak dilaporkan berdasarkan data dari responden pada 12 bulan terakhir pada diagram berikut:



Gambar 5. Diagram Jumlah insiden keselamatan pasien yang tidak dilaporkan berdasarkan data dari responden pada 12 bulan terakhir.

Berdasarkan Diagram diatas dapat dilihat bahwa sebesar 68% responden menuliskan selama 12 bulan terakhir tidak ada kasus yang terjadi dibagian yang tidak dilaporkan. Sedangkan untuk 1 – 2 kasus yang tidak dilaporkan sebesar 22% dan 3 – 5 kasus yang tidak dilaporkan sebesar 8%.

#### **5. Analisis Data Berdasarkan Hasil Wawancara pada Tim Keselamatan Pasien Wawancara pada Tim Keselamatan Pasien**

Wawancara tentang Penerapan Keselamatan Pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II pada 3 orang anggota Tim Keselamatan Pasien rumah sakit sebagai berikut:

Informan I : Sekretaris Tim Keselamatan Pasien

Informan II : Divisi Investigasi Tim Keselamatan Pasien

Informan III : Divisi Sosialisasi keselamatan Pasien

Waktu : 17, 19 dan 22 Juni 2015

Rangkuman hasil wawancara yang dilakukan pada 3 orang Tim KP RS PKU

Muhammadiyah Unit II sebagai berikut:

**Tabel 7. Rangkuman Hasil Wawancara Pada Tim KP RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II**

No	Kata Kunci Pertanyaan	Coding	Kesimpulan
1.	Pelaksanaan program keselamatan pasien	I. Sudah dilakukan II. Sudah dilakukan III. Sudah dilakukan	Pelaksanaan program keselamatan pasien sudah dilakukan tapi belum maksimal.
2.	Survey atau evaluasi tentang budaya keselamatan pasien	I. Sudah dilakukan II. Sudah dilakukan III. Sudah dilakukan	Survey atau evaluasi penerapan budaya keselamatan pasien sudah dilakukan tapi belum secara keseluruhan.
3.	Persiapan akreditasi KARS – 2012 dan penerapan 6 implementasi keselamatan pasien	I. Sudah diterapkan II. Sudah diterapkan III. Sudah diterapkan	Sudah dilakukan persiapan dengan 6 implementasi keselamatan pasien tapi masih ada beberapa yang perlu dilengkapi
4.	Pemahaman dan pelaksanaan program budaya keselamatan pasien oleh petugas kesehatan	I. Belum semua paham II. Belum memahami secara baik dalam pelaksanaannya III. Sudah tapi kesadarannya masih kurang	Pemahaman terhadap program keselamatan pasien sudah cukup tapi kesadaran petugas dalam menerapkan budaya keselamatan pasien masih kurang.
5.	Sistem pelaporan	I. Budaya pelaporan insiden keselamatan	Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien sudah

	insiden keselamatan pasien	<p>pasien sudah berjalan sesuai prosedur</p> <p>II. Petugas sudah melakukan pelaporan dengan tepat</p> <p>III. Petugas kesehatan sudah menerapkan sistem pelaporan dengan baik</p>	berjalan sesuai dengan prosedur
6.	Kemudahan petugas kesehatan dalam melaporkan insiden keselamatan pasien	<p>I. Iya, seharusnya iya</p> <p>II. Petugas sudah mengenal budaya pelaporan dengan baik karena RS sudah menghilangkan budaya menyalahkan</p> <p>III. Petugas sudah dengan mudah melaporkan insiden tanpa ada rasa takut lagi</p>	Petugas kesehatan sudah dengan mudah melaporkan sebuah insiden tanpa rasa takut lagi.
7.	Analisis dan evaluasi pelaporan sampai ke KKP – PERSI	<p>I. Analisis&amp;evaluasi insiden dilakukan oleh TIM KP RS yang hanya dilaporkan ke direksri</p> <p>II. Analisis&amp;evaluasi insiden hanya dilakukan oleh TIM KP RS</p> <p>III. Belum, karena bukan insiden yang sentinel</p>	Analisis&evaluasi hanya dilaporkan ke direksi RS oleh TIM KP RS

8.	Pelaksanaan program keselamatan pasien	I. Sudah baik II. Belum, masih banyak yang perlu diperbaiki III. Belum, masih terdapat tahapan program yang belum terselesaikan dengan baik	Program keselamatan pasien masih membutuhkan perbaikan dan penyelesaian tahapan program
9.	Hambatan pelaksanaan program keselamatan pasien	I. Kurangnya kesadaran & dukungan pada petugas kesehatan II. Kurangnya kesadaran & rasa tanggung jawab petugas kesehatan III. Keterbatasan sarana & prasarana program keselamatan pasien	Kurangnya kesadaran, dukungan & rasa tanggung jawab petugas kesehatan dalam menerapkan budaya keselamatan pasien

## B. PEMBAHASAN

Pada proses pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat berpotensi terjadinya kesalahan yang dapat merugikan bagi pasien maupun petugas kesehatan. Selain dapat merugikan secara fisik dan materi, pemberian pelayanan kesehatan yang tidak menerapkan budaya keselamatan pasien dapat membuat kerugian fatal jika sampai pasien kehilangan nyawa. Oleh karena itu seluruh rumah sakit di Indonesia khususnya RS PKU Muhammadiyah Unit II wajib menerapkan budaya keselamatan pasien dengan baik, melalui akreditasi

KARS 2012 tidak ada alasan lagi bagi RS PKU Muhammadiyah untuk tidak menerapkan budaya keselamatan pasien dengan baik.

### **1. Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit**

Penelitian budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah menggunakan kuesioner yang berjudul Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) yang berisikan 12 dimensi budaya keselamatan pasien. Pada penelitian ini dimensi keselamatan pasien tersebut adalah:

#### **a. Dimensi Persepsi**

Persepsi budaya keselamatan pasien dalam pemberian pelayanan kesehatan rumah sakit sangat penting dipahami oleh seluruh petugas kesehatan rumah sakit. Persepsi dari petugas kesehatan tentang budaya keselamatan pasien yang dinilai ini adalah hasil dari proses kognitif yang selama ini dimiliki dan diterapkan oleh petugas dalam proses pemberian pelayanan kesehatan. Pada dimensi persepsi ini nilai mediannya sebesar 120.4 dan nilai mean sebesar 73.9 dengan kategori cukup. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pemahaman dan pengetahuan tentang persepsi budaya keselamatan pasien oleh responden selama ini sudah cukup, tetapi sebaiknya interpretasi dimensi persepsi budaya keselamatan pasien bagi petugas kesehatan di rumah sakit harus pada kategori baik.

Sekretaris Tim KKP RS juga mengungkapkan bahwa “ *Belum semua petugas paham, meskipun sudah mendapatkan pelatihan keselamatan pasien. Karena tidak cukup dengan paham saja tetapi kesadarannya yang belum baik juga*”.

Persepsi terhadap budaya keselamatan pasien adalah dimensi penting dalam penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit, jika persepsi budaya keselamatan pasien sudah dalam kategori baik maka pelaksanaan dan implementasi program keselamatan pasien akan dapat berjalan dengan baik. Hasil penelitian yang berjudul *Nurse staffing Models, Nursing Hours and Patient Safety Outcomers* oleh Linda Mc Gillis *et al* pada tahun 2004 mengatakan bahwa rendahnya jumlah perawat profesional dan berpengalaman yang bekerja pada sebuah unit semakin tinggi juga jumlah insiden *medical error*. Banyaknya proporsi perawat profesional dan berpengalaman akan menghasilkan pemahaman dan persepsi pada program keselamatan pasien yang baik sehingga dapat mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien.

#### **b. Dimensi Frekuensi Pelaporan**

Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit bertujuan untuk memudahkan petugas untuk memberikan laporan jika terjadi sebuah insiden. Melalui sebuah sistem pelaporan yang telah dirancang oleh RS PKU Muhammadiyah diharapkan para petugas dapat dengan mudah

memberikan pelaporan dengan didasarkan pada rasa peduli akan bahaya/potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya *error* sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya (KKP – RS, 2008).

Hasil penelitian menunjukkan kategori cukup pada dimensi frekuensi pelaporan dengan nilai mean sebesar 68.9 nilai median 103.2. Selain hasil tersebut didapatkan jawaban dari 17 responden yang menuliskan 1 – 2 kasus yang tidak dilaporkan, 6 responden mengaku 3 – 5 kasus tidak dilaporkan dan 1 responden mengaku sebanyak 6 – 10 kasus tidak dilaporkan, dari jawaban responden menggambarkan belum maksimalnya proses pelaporan kasus yang terjadi. Hal tersebut terjadi meskipun hasil dari wawancara dengan 3 responden TIM KP RS mengatakan yang dapat disimpulkan bahwa sistem pelaporan insiden keselamatan pasien sudah berjalan sesuai dengan prosedur dan petugas sudah tidak lagi merasa takut disalahkan.

Frekuensi pelaporan insiden di RS PKU Muhammadiyah Unit II yang masih rendah ini juga dibuktikan melalui hasil pelaporan yang tercatat oleh TIM KP RS yang mencatat hanya 8 kasus selama 12 bulan terakhir ini.

### c. Dimensi Supervisi

Supervisi adalah kemampuan pemimpin dalam melaksanakan fungsi *controlling* dan *evaluating* melalui kegiatan supervisi sehingga bisa mengetahui apakah segala sesuatunya berjalan sesuai dengan aturan serta untuk mengetahui permasalahan yang terjadi beserta mencari solusinya. Supervisi sangat berpengaruh terhadap upaya penerapan budaya keselamatan pasien oleh petugas kesehatan di rumah sakit. Peranan pemimpin baik dari *top management*, manager dan kepala ruang sangat penting untuk menyatukan budaya kerja yang mengarah pada kualitas kerja yang berfokus pada keselamatan.

Pada dimensi supervisi ini didapatkan nilai mean sebesar 79.6 dan median 128.4 yang artinya sudah dalam kategori baik. Dalam hal ini bukan berarti pada dimensi supervisi di RS PKU Muhammadiyah tidak membutuhkan perbaikan dan peningkatan, manajemen harus mampu mempertahankan dan meningkatkan sistem kepemimpinan yang lebih baik lagi. Hal ini juga telah dibuktikan oleh Heather K dan Michael P (2006) pada penelitiannya yang berjudul *The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes: The Mediating Role of Burnout Engagement* yaitu kepemimpinan keperawatan memainkan peranan penting pada kualitas kehidupan kerja, tingkat staf, dukungan pada model keperawatan dan hubungan antara dokter dan perawat.

Keselamatan pasien dipengaruhi oleh kualitas lingkungan kerja praktek keperawatan dan peran kepemimpinan keperawatan.

**d. Dimensi Pembelajaran Organisasi**

Pada dimensi pembelajaran organisasi yang merupakan suatu proses belajar yang berlangsung didalam organisasi RS PKU Muhammadiyah tentang pelaksanaan budaya keselamatan pasien berdasarkan pengalaman yang terjadi untuk diperbaiki menjadi lebih baik, perubahan kebijakan dan kepatuhan dalam melakukan evaluasi atas kesalahan memiliki nilai dalam interpretasi baik dengan nilai mean 83.9 dan median sebesar 126.8.

Namun berdasarkan hasil dari wawancara yang dilakukan oleh salah satu TIM KPRS mengatakan bahwa "*Pada proses penerapan program budaya keselamatan pasien, TIM KPRS belum berhasil menyelesaikan tahapan evaluasi dan sistem sosialisasi hasil dari analisis suatu insiden ke seluruh bagian rumah sakit*". Hal ini membuktikan bahwa pembelajaran organisasi didalam RS PKU Muhammadiyah perlu dilengkapi dan diperbaiki melalui realisasi dari program yang sudah ditetapkan.

**e. Dimensi Kerja Sama intrabagian**

Pada dimensi kerjasama intrabagian ini masuk dalam interpretasi baik dengan nilai mean 81.4 dan median 132.2. Hal ini menggambarkan bahwa kerjasama para petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dalam satu bagian/unit kerja sudah berjalan dengan baik. Dalam bertugas menyelesaikan pekerjaan pelayanan mereka sudah melakukan kerjasama

dan saling membantu dalam bagian sehingga hal ini dapat meningkatkan kinerja unit masing-masing. Kerjasama intrabagian yang baik diharapkan dapat membangun kerjasama yang dilakukan antar bagian/unit kerja karena mereka akan terbiasa saling membantu dan mendukung satu sama lain dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif.

**f. Dimensi Timbal Balik Kesalahan**

Pada dimensi timbal balik kesalahan di RS PKU Muhammadiyah Unit II dalam kategori baik dengan nilai mean sebesar 77 dan median 115.6. Timbal balik kesalahan ini menggambarkan bahwa dalam proses pelaporan sebuah insiden keselamatan pasien akan diberikan respon yang baik terhadap laporan tersebut. Kesalahan yang terjadi akan segera dicari jalan keluarnya, setelah itu akan dilakukan evaluasi untuk dicari dimana letak kesalahannya kemudian dicari penyelesaiannya hingga cara pencegahan supaya kesalahan tersebut tidak terulang kembali. Timbal balik kesalahan ini hanya dapat diberikan oleh TIM KPRS, tetapi berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada sekretaris TIM KPRS menyatakan sebagai berikut:

*“...analisis dan evaluasi insiden dilakukan sendiri oleh Tim KP RS yang hasilnya akan dirapatkan bersama tim dan dilaporkan ke direksi”.*

*“...hasil analisis tersebut hanya dilakukan disposisi saja yang seharusnya hasil analisis tersebut harus disosialisasikan kepada seluruh unit supaya terulang kembali insiden yang sama.”*

Uraian diatas menjelaskan bahwa di RS PKU Muhammadiyah Unit II dalam upaya memberikan timbal balik kesalahan yang dilakukan di unit/bagian sudah baik, hanya belum mendapatkan dukungan yang optimal dari manajemen atau direksi rumah sakit.

**g. Dimensi Sanksi Kesalahan**

Dimensi sanksi kesalahan di RS PKU Muhammadiyah Unit II masuk dalam kategori cukup dengan nilai mean 64.4. Di rumah sakit ini pemberian sanksi kesalahan kepada unit kerja atau individu yang melakukan kesalahan keselamatan pasien sudah tidak diberlakukan, manajerial hanya akan berfokus pada analisis terhadap kesalahan tersebut. Padahal sanksi pada sebuah kesalahan harus digunakan untuk memperbaiki dan mencegah terulangnya kembali kesalahan yang sama, meskipun demikian sanksi kesalahan berbeda dengan budaya saling menyalahkan "*blaming culture*". Sanksi kesalahan dapat berupa pembinaan diawal dan pada tingkat selanjutnya peringatan dan terakhir sanksi jika tetap melakukan kesalahan yang sama. Hasil wawancara pada divisi investigasi menyatakan bahwa "*saya merasakan hal tersebut mudah dilaporkan oleh petugas, karena RS sudah menerapkan budaya tidak saling menyalahkan/blaming culture*". Hal ini tidak sejalan dengan hasil dari dimensi sanksi kesalahan yang seharusnya sudah pada tingkat kategori baik.

#### **h. Dimensi Staf dan Pegawai**

Pada dimensi staf dan pegawai di RS PKU Muhammadiyah Unit II dengan hasil mean sebesar 62.5 dan nilai median sebesar 98.4. Nilai tersebut menginterpretasikan bahwa pada dimensi staf dan pegawai rumah sakit ini adalah cukup.

Permasalahan staf/pegawai yang ada di rumah sakit ini adalah kurangnya jumlah tenaga kerja, beban kerja pegawai, waktu kerja pegawai dan kompetensi pegawai. RS PKU Muhammadiyah adalah rumah sakit besar dengan beberapa fasilitas kesehatan yang memadai menghasilkan banyak jumlah pasien yang berobat pada Januari – Mei 2015 yaitu unit Radiologi 711 pasien, Laboratorium 2.922, Hemodialisa 1.112, Poliklinik 3.954, IBS 196 dan IGD sebanyak 2.743. (Data RS PKU Muhammadiyah Unit II, 2015). Jumlah pasien ini menuntut jumlah tenaga medis dan tenaga kesehatan yang seimbang. Pola kerja yang tidak seimbang dan beban kerja yang berlebihan dapat memungkinkan kesalahan yang lebih tinggi. Hal ini dibuktikan dari hasil jawaban 67% responden yang mengatakan bahwa waktu bekerja/minggu >70 jam dan tidak sesuai dengan aturan Undang-Undang No.13 th 2003 tentang ketenagakerjaan.

#### **i. Dimensi Dukungan Manajemen**

Dalam pengembangan program keselamatan pasien sangat membutuhkan dukungan manajemen yang kuat. Pada dimensi dukungan manajemen ini RS PKU Muhammadiyah Unit II masuk dalam kategori

baik dengan nilai mean 82.4 dan median 124.4. RS PKU Muhammadiyah sudah membuktikan adanya manajemen program budaya keselamatan pasien dengan dibentuknya panitia TIM KP RS dengan no SK 0185/SK.3.2/IV/2014, TIM KPRS sudah memulai program kerja dan sudah berlangsungnya sosialisasi dan pelatihan keselamatan pasien untuk seluruh staf/pegawai yang bekerja di rumah sakit.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada TIM KPRS, mereka mengatakan bahwa masih sangat membutuhkan dukungan yang lebih lagi. Hal ini dibuktikan dengan kutipan hasil wawancara terhadap TIM KPRS sebagai berikut:

*“... kurangnya kesadaran&dukungan pada petugas kesehatan dalam menjalankan program keselamatan pasien”*

*“Keterbatasan sarana dan minimnya tenaga kesehatan berpotensi/berisiko melakukan kesalahan atau terjadi insiden keselamatan pasien, karena beban kerja yang tinggi & keterbatasan tenaga”*

#### **j. Dimensi Pemindahan dan Pergantian**

Dimensi pemindahan dan pergantian di RS PKU Muhammadiyah Unit II masuk dalam kategori kurang dengan nilai mean 48.9 dan median 79.2. Pada dimensi pemindahan dan pergantian sangat berkaitan dengan sistem kerjasama dan koordinasi antar petugas kesehatan pada saat pergantian *shift* kerja. Profesi yang biasa dengan pergantian shift ini adalah perawat, proses pergantian shift sangat berpotensi terjadinya

kehilangan data dan informasi tentang pasien. Kegiatan pemindahan akan sangat mengancam keselamatan pasien jika tidak dilakukan secara baik dan professional, karena informasi pasien yang didapatkan harus diterima secara maksimal. Banyaknya jumlah pasien akan membuat jumlah tugas perawat juga semakin meningkat, sehingga pada saat proses pemindahan dan pergantian pengisian laporan dapat dilakukan secara tidak lengkap dan bahkan tidak dilakukan. Hal inilah yang menyebabkan transfer informasi tidak berjalan dengan baik pada saat pergantian dan serah terima pasien, yang memberikan peluang terjadinya kesalahan dalam pemberian layanan kesehatan. RS PKU Muhammadiyah perlu melakukan sebuah inovasi khusus pada proses pemindahan dan pergantian, seperti hasil yang telah dibuktikan dari sebuah penelitian yang dilakukan oleh Starmer *et al*, (2014) yang berjudul *Changes in Medical Error after Implementation of a Handoff Program* di United State bahwa tingkat *medical error* dapat menurun 23% dan tingkat efek samping yang dapat dicegah pada pasien menurun sebanyak 30% setelah dilakukan intervensi program *Handoff* , *Mnemonic* dan pelatihan komunikasi pada proses pemindahan dan pergantian.

## **2. Gap Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien**

Proses sistem pelaporan yang baik adalah sebuah metode yang digunakan dalam mengidentifikasi resiko dari bahaya dan ancaman

keselamatan bagi pasien. Sistem pelaporan identifikasi ini dilakukan secara internal oleh rumah sakit dan dilaporkan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang dalam prosesnya sangat membutuhkan dukungan oleh semua pihak yaitu baik pihak pelaksana unit/bagian, supervise, TIM KPRS,, manajemen dan Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Berdasarkan laporan insiden keselamatan pasien yang masuk ke TIM KPRS PKU Muhammadiyah Unit II yang dijelaskan pada tabel 6. Dimulai dari akhir tahun 2014 – awal 2015 sudah mencapai 8 pelaporan insiden keselamatan pasien yang berhasil dilaporkan sampai ke TIM KPRS. Sedangkan hasil dari pengambilan data terhadap responden terlihat pada gambar 4. 67 % melaporkan 1 – 2 insiden per tahunnya maka apabila pada setiap ruangan dihitung dengan dikalikan dengan jumlah ruangan/unit yaitu 7 ruangan terdiri dari Bangsal Wardah, Zaitun, Firdaus, Naim, Ar-Royan, ICU dan Ok yang diteliti maka akan ditemukan sekitar 7 – 14 kasus insiden setiap tahunnya.

Hasil dari responden pada gambar 5. Ditemukan sebesar 22% responden mengaku bahwa tidak melaporkan 1 – 2 kasus yang terjadi di ruangan selama 12 bulan terakhir dan ada 8% responden mengaku tidak melaporkan 3 – 5 kasus yang terjadi dan 2% untuk 6 – 10 kasus yang tidak dilaporkan. Hasil tersebut menggambarkan bahwa masih terdapat kasus yang telah mengakibatkan pasien terancam keselamatannya seperti

potensial cedera, nyaris cedera dan cedera tidak dilaporkan oleh petugas kepada TIM KPRS. Padahal, hasil dari pengambilan data melalui kuesioner mengenai dimensi frekuensi pelaporan sudah masuk dalam kategori cukup, hal ini juga didukung dengan hasil wawancara yang diperoleh dari TIM KPRS Manajer Keperawatan mengatakan:

*“Saya merasakan hal tersebut mudah dilaporkan oleh petugas, karena RS sudah menerapkan budaya tidak saling menyalahkan/blaming culture.”*

*“Dari hasil pengamatan saya, petugas sudah mampu melaporkan insiden keselamatan pasien dan tidak takut lagi karena RS sudah tidak lagi menggunakan sistem saling menyalahkan.”*

Uraian diatas dapat memberikan kesimpulan bahwa pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien oleh petugas kesehatan dan TIM KPRS belum dilakukan secara optimal. Hal tersebut dapat terlihat dari masih adanya gap pelaporan yang dilakukan oleh tim keselamatan pasien rumah sakit dan hasil penelitian yang dilakukan pada responden. Meskipun dari hasil wawancara TIM KPRS mengatakan bahwa sistem pelaporan oleh petugas sudah dianggap baik akan tetapi sekretaris TIM KPRS juga mengatakan bahwa dukungan manajemen sangat dibutuhkan untuk mensukseskan salah satu program budaya keselamatan pasien yaitu khususnya pada dimensi frekuensi pelaporan yang dijadikan sebagai tolak ukur keberhasilan dari penerapan budaya keselamatan pasien.

### 3. Hambatan – Hambatan Penerapan Keselamatan Pasien

Penerapan program budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II bukanlah mudah, mengingat rumah sakit ini usianya masih muda. Dukungan serta konsistensi dari semua pihak yang berada di dalam rumah sakit sangatlah penting, karena dalam proses menjalankan program tersebut akan ada kendala dan hambatan-hambatan yang datang. Cahyono (2012) mengungkapkan ada beberapa kultur di dalam organisasi rumah sakit yang dapat menghambat berjalannya program keselamatan pasien diantaranya ketakutan terhadap hukuman, cara memandang kesalahan/KTD, perilaku, respon terhadap KTD, pelaporan KTD, hubungan dokter dan sistem, situasi mendesak dan variasi dalam perilaku klinis.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan Lestari *et al.*(2013) dalam penelitiannya yang berjudul Konsep Manajemen Keselamatan Pasien Berbasis Program Di RSUD Kapuas Provinsi Kalimantan Tengah, hambatan dan kendala penyelenggaraan program keselamatan pasien disebabkan oleh:

- a) Program keselamatan pasien belum menjadi agenda prioritas
- b) Tidak adanya tenaga penggerak
- c) Masih adanya resistensi yang kuat dari sejumlah elemen rumah sakit, dan

- d) Kendala kurangnya pemahaman implementasi dari program keselamatan pasien

Berdasarkan hambatan-hambatan diatas dapat dilihat bahwa hambatan dalam penerapan program keselamatan pasien tidak hanya berasal dari pihak TIM KPRS saja melainkan dapat juga berasal dari manajerial, petugas kesehatan/unit sebagai pelaksana keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan hasil wawancara kepada TIMKPRS yang mengatakan bahwa:

*“Hambatannya adalah masih kurangnya kesadaran&dukungan pada petugas kesehatan meskipun pada setiap apel pagi sudah disampaikan 6 elemen keselamatan pasien. Belum disosialisasikannya hasil analisis insiden keselamatan pasien sehingga tidak dapat dijadikan sebuah pembelajaran dan berpotensi terulang kembali insiden yang sama”.*

*“Hambatannya adalah kesadaran dari para tenaga kesehatan meskipun pada dasarnya mereka sudah paham dengan baik. Kurangnya rasa tanggung jawab yang belum dimiliki oleh semua lini petugas kesehatan”.*

*“Keterbatasan sarana&minimnya tenaga kesehatan berpotensi/berisiko melakukan kesalahan atau terjadi insiden keselamatan pasien, karena beban kerja yang tinggi&keterbatasan tenaga”.*

Dengan demikian hambatan dalam penerapan program keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II berasal dari:

1. Petugas kesehatan pada setiap unit membutuhkan dukungan yang lebih dari manajerial dalam menerapkan budaya keselamatan pasien karena kurangnya kesadaran serta tanggungjawab petugas. Hal itu terbukti dengan adanya pengakuan yang didapat dari hasil kuesioner yang menyatakan masih banyaknya kasus yang tidak dilaporkan dalam 12 bulan terakhir (Gambar 5). Meskipun pada kenyataannya rumah sakit sudah tidak lagi menerapkan “*blaming culture*”.
2. TIM KPRS belum secara maksimal menjalankan program keselamatan pasien dibuktikan dengan adanya tahapan program keselamatan pasien yang masih belum dilakukan yaitu mensosialisasikan hasil dari proses analisis dan evaluasi sebuah insiden yang telah terjadi sebagai respon dan pencegahan supaya tidak terulang kembali insiden yang sama.
3. Sarana dan prasarana di RS PKU Muhammadiyah Unit II termasuk ketersediaan tenaga kerja yang memadai pada sebuah unit tertentu dengan beban kerja yang tinggi sangat mempengaruhi petugas kesehatan dalam menerapkan budaya keselamatan pasien, seperti yang sudah disampaikan oleh anggota TIM KPRS pada saat wawancara.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan di bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II masuk dalam kategori cukup yaitu dengan nilai mean sebesar 72.29
2. Pada RS PKU Muhammadiyah Unit II masih ditemukan Gap/Perbedaan Pelaporan insiden keselamatan pasien antara TIM KPRS dan kenyataannya di lapangan. Hal ini terbukti belum dilakukan dengan baik proses dari sistem pendokumentasian laporan insiden dan evaluasi pada setiap insiden di RS PKU Muhammadiyah Unit II.
3. Hambatan dalam penerapan program keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II, antara lain:
  - a. Terdapat jumlah jam kerja yang tinggi pada proses pemberian pelayanan kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Unit II yang merujuk pada kurangnya tenaga kerja pada unit tertentu.
  - b. Masih kurangnya pelaksanaan program keselamatan pasien pada proses tahapan analisis sebuah insiden keselamatan pasien yang dilakukan oleh TIM KPRS.

- c. Dukungan dari manajemen masih kurang optimal dalam hal meningkatkan kesadaran para petugas kesehatan dalam menerapkan budaya keselamatan pasien.
- d. Pada hasil 10 dimensi keselamatan pasien yang berhasil dijadikan sebagai penilaian budaya keselamatan pasien terdapat hambatan yang datang dari dimensi frekuensi pelaporan, dimensi sanksi kesalahan serta dimensi pemindahan dan pelaporan yang masuk dalam kategori cukup dan kurang dengan nilai mean dan median yang rendah. Hal tersebut mengindikasikan bahwa proses pelimpahan pasien atau transfer informasi oleh antar unit, pelaporan dan evaluasi insiden masih belum terlaksana secara maksimal.

## **B. SARAN**

Berdasarkan kesimpulan penelitian, maka saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. Bagi RS PKU Muhammadiyah Unit II
  - a. Manajemen rumah sakit harus memberikan dukungan yang maksimal baik dari respon terhadap kebutuhan dalam pemberian pelayanan kesehatan dengan penerapan budaya keselamatan pasien, baik dari jumlah tenaga kesehatan yang memadai maupun pelaksanaan program keselamatan pasien yang masih belum terlaksanakan.

- b. Tim KPRS harus memaksimalkan tahapan terhadap analisis pada sebuah insiden keselamatan pasien meskipun memiliki tugas dan tanggung jawab yang lainnya.
- c. Setiap unit kerja yang melaksanakan program keselamatan pasien harus mengutamakan budaya keselamatan pasien dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit baik berupa peningkatan kesadaran untuk melaporkan insiden yang terjadi di unit/bagian dengan merasa tidak takut lagi terhadap sanksi kesalahan serta meningkatkan kerjasama yang lebih baik lagi dalam hal pemindahan dan pergantian di unit dan antar unit sehingga budaya keselamatan pasien dapat benar-benar terwujud dengan baik.

## 2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat dilakukan penelitian dengan kajian kualitatif yang lebih mendalam dengan interview pada seluruh bagian yang terkait dalam pelaksanaan program keselamatan pasien, tidak hanya dilakukan kepada TIM KPRS saja. Untuk data kuantitatifnya sebaiknya dilakukan juga kepada petugas rumah sakit non medis, sehingga didapatkan hasil yang lebih maksimal tentang budaya keselamatan pasien.

### **C. KETERBATASAN PENELITIAN**

Penelitian ini telah dilakukan secara maksimal, tetapi masih memiliki beberapa keterbatasan yaitu:

1. Data interview yang dikumpulkan hanya dari TIM KPRS, padahal pendukung terlaksananya budaya keselamatan pasien ini juga didukung oleh pihak lain.
2. Penelitian ini tidak melakukan observasi langsung tentang penerapan budaya keselamatan pasien. Untuk mendapatkan hasil yang mendekati keadaan yang sebenarnya di lapangan, membutuhkan observasi secara langsung.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agency For Health Care Research and Quality. 2004. *Hospital Survei on Patient Survey Culture*. Agency For Health Care Research and Quality: Page 1 – 5
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi VI. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arnold, Malthew. 1869. *Culture and Anarchy New York* : Macmillan. Third edition, 1882, available online. Retrieved : 2006-06-28.
- Cahyono, J.B. Suhardjo B. 2012. *Membangun Budaya Keselamatan pasien Dalam Praktek Kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius.
- Colla, J.B., Bracken, A.C., Kinney, L.M. and Weeks, W.B. (2005). *Measuring Patient Safety Climate: a Review of Surveys*. *Qual. Saf. Health. Care*. 14; 364 – 366.
- DepKes RI. 2008. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. 2<sup>nd</sup>, Bakti Husada, Jakarta.
- DepKes RI. 2009. Diakses dari [www.ighealth.org](http://www.ighealth.org). pada tanggal 18 Maret 2015.
- Dinkes Provinsi DIY. 2011. *Laporan Kegiatan Surkesdas. 2011. Implementasi Kerangka Kerja Mutu (Quality Frame Work)*.
- Dwita. 2013. *Analisis Budaya Keselamatan Pasien di RS PKU Muhammadiyah Bantul*. Tesis MMR UMY : Yogyakarta.
- Hughes, Ronda. G. 2008. *Patient Safety and Quality an Evidence Based Handbook of Nurses*. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality Publications, diakses 25 February 2015, <http://www.ahrq.gov/QUAL/nursehdbk>.
- KARS. 2012. *Kebijakan Standar Akreditasi RS (Versi 2012) Dan Cara Penilaiannya*. Komisi Akreditasi Rumah Sakit
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 2008. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (Patient Safety Incident Report)*. Jakarta : Edisi 2

- Kompas.Com Pelaporan malpraktek di Rumah Sakit. Diakses pada tanggal 13 April 2015.  
[https://www.google.com/?gws\\_rd=ssl#q=malpraktek+di+rumah+sakit+kompas.com](https://www.google.com/?gws_rd=ssl#q=malpraktek+di+rumah+sakit+kompas.com).
- Laschinger, Spence., K, Heather, PhD, RN., Michael, Leiter, PhD. 2006. *The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes: The Mediating Role of Burnout Engagment*. Journal of Nursing Administration: May 2006. Vol. 36. Issue 5-PP 259-267.
- Lestari, Nenny Puji *et al.* 2013. *Konsep Manajemen Keselamatan Pasien Berbasis Program Di RSUD KAPUAS Provinsi Kalimantan Tengah*. IKM FK Unpad.
- Linda Mc Gillis, Hall, PhD, RN., *et al.* 2004. *Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes*. *Journal of Nursing Administration*: January 2004, Vol 34, Issue 1-PP- 41-45.
- Muchlas, M. 2005. *Perilaku Organisasi*. Magister Manajemen Rumah Sakit UGM: Yogyakarta.
- Mustikawati, Yully H. 2011. *Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Di Harapkan di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta*, Tesis M.Kep, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok. Diakses tanggal 24 Maret 2015, <http://www.edu.ui.ac.id/files>.
- Narendra. 2013. *Keselamatan Pasien Dalam Pelayanan Kesehatan Pada Instalansi Rawat Inap Di Rumah Sakit Multazam Medika Bekasi*, Tesis MMR Universitas Gajah Mada : Yogyakarta
- Onwuegbuzie, AJ and tiddlie, C. 2003. *A framework for Analyzing data in Mixed Methods Research dalam Tashakkori&Teddlie (Eds). Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioural research*, 351 – 384. London: Sage Publication, Inc.
- Patient Safety Goals. 2007. *Joint Comission International*.
- Pengertian Budaya <http://id.wikipedia.org/wiki/budaya>. Diakses pada tanggal 17 Maret 2015.
- PERMENKES RI. 2011. *Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

- Rebecca Cohen RN. EdD., *Providing Person – Centered Care In The Real World*. HN-BC;eNews  
 Editor. [www.ahna.org/Resources/Publications/eNewsletter/News-From-AHNA-Providing-Person-Centered-Care](http://www.ahna.org/Resources/Publications/eNewsletter/News-From-AHNA-Providing-Person-Centered-Care)
- Soekidjo Notoatmodjo. 2008. *Sosiologi Untuk Kesehatan*. Salemba Medika. Jakarta.
- Starmer, A.J. et al. 2014. *Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program*. N. ENGL J MED 371;19 NEJM.ORG.
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Manajemen*. Bandung: CV. Alfabeta
- Sutker, W.L. 2008. *The Physician's Role In Patient Safety: What's In For Me*. Baylor University Medical Center Proceeding, 9 – 14.
- Undang – undang. 2003. No 3. *Ketenaga Kerjaan*. Ayat 77 – 85. Indonesia
- WHO. 2005. *World Alliance For Patient Safety: WHO draft guidelines For Adverse Events Reporting and Learning System*. WHO: Geneva.
- Wibowo. 2013. *Analisis Persiapan Pelaksanaan Patient Safety Di Ruang Rawat Inap Study Kasus Di RSUD Kabupaten Bima*, Tesis MMR UMY: Yogyakarta.
- Yulia, Sri. 2010. *Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien Terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana Mengenai Penerapan Keselamatan Pasien di RS Tugu Ibu Depok*, Tesis M.Kep, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok. Diakses tanggal 20 Oktober 2014, <http://www.edu.ui.ac.id/files>
- Yun Wang et, al. 2014. *National Trends In Patient Safety For Four Common Conditions, 2001 – 2011*. N ENGL J MED 370;4. NEJM ORG

# LAMPIRAN

**ANALISIS DATA BERDASARKAN HASIL WAWANCARA PADA TIM  
KESELAMATAN PASIEN RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA  
UNIT II**

**A. Hasil Wawancara**

Informan I : Sekretaris Tim Keselamatan Pasien

Informan II : Divisi Investigasi Tim Keselamatan Pasien

Informan III : Divisi Sosialisasi keselamatan Pasien

Waktu : 17, 19 dan 22 Juni 2015

**Pertanyaan :**

**1. Apakah RS anda sudah mempunyai program keselamatan pasien&bagaimana pelaksanaannya?**

I : Sudah lama mempunyai program tersebut dan sudah dilaksanakan sesuai dengan program.

II : Sudah, yaitu melakukan sosialisasi ke seluruh tenaga medis&non medis, serta pelatihan keselamatan pasien dengan 9 tahapan.

III : Sudah, tetapi ada sebagian program keselamatan pasien yang masih belum berjalan dengan maksimal/setengah jalan.

**2. Apakah RS/Tim sudah pernah melakukan Survey atau Evaluasi budaya keselamatan pasien?**

I : Sudah, dilakukan setiap bulan melalui sidak atau audit internal.

II : Sudah, yaitu evaluasi yang dinamakan round keselamatan pasien dilakukan setiap 1 -2 minggu sekali. Observasi secara langsung penerapan budaya keselamatan pasien yang telah diajarkan pada saat pelatihan keselamatan pasien.

III : Sudah, survey sudah dilakukan tetapi untuk evaluasi program keselamatan pasien secara keseluruhan belum dilaksanakan.

**3. Bagaimanakah persiapan menghadapi akreditasi KARS-2012, apakah RS anda sudah menerapkan 6 implementasi Keselamatan pasien?**

I : Sudah, diterapkan tetapi ada satu atau dua elemen terkadang masih terlupakan atau terlewatkan pada saat pelaksanaannya.

II : Sudah, kecukupan dari sarana&prasarana untuk keselamatan pasien seperti penyediaan label untuk obat LASA, penambahan alat bahan hand hygiene, penanda area operasi dll. Serta dilaksanakannya pelatihan keselamatan pasien.

III : Sudah, pelatihan keselamatan pasien sudah dilakukan kelengkapan sarana&prasarana pendukung program keselamatan pasien juga sudah dilakukan.

**4. Menurut anda apakah semua petugas kesehatan sudah paham & melaksanakan program budaya Keselamatan Pasien?**

- I : Belum semua paham, meskipun sudah mendapatkan pelatihan keselamatan pasien. Karena tidak cukup dengan paham saja tetapi kesadarannya yang belum baik juga.
- II : Berdasarkan evaluasi yang telah dilakukan terlihat bahwa pemahaman tenaga kesehatan dalam mengimplementasikan budaya keselamatan pasien masih jauh dari yang diharapkan.
- III : Sudah, hanya saja kesadaran untuk menerapkan budaya keselamatan pasien, petugas kesehatan masih perlu diberikan dukungan terus menerus.

#### **5. Bagaimanakah sistem pelaporan insiden Keselamatan Pasien?**

- I : Pelaporan insiden keselamatan pasien sudah berjalan sesuai dengan alurnya yaitu: pelapor melengkapi formulir pelaporan insiden keselamatan pasien yang sudah disediakan oleh TIM KPRS kemudian diberikan ke masing-masing supervisor unit tersebut dan oleh supervisor akan dilaporkan ke TIM lalu kasus akan di tangani oleh TIM KP RS dengan cara analisis dan evaluasi, hasil analisis tersebut hanya dilakukan disposisi saja yang seharusnya hasil analisis tersebut harus disosialisasikan kepada seluruh unit supaya terulang kembali insiden yang sama.
- II : Dengan mengembangkan sistem pelaporan insiden, yaitu siapa saja yang menemukan insiden harus melaporkan ke TIM KPRS melalui

kepala unit kerja masing-masing sudah tampak baik dan dijalankan, untuk insiden gradingnya berwarna hijau&biru akan diselesaikan oleh kepala unit masing-masing tapi insiden kuning&merah akan dilakukan RCA oleh TIM KPRS.

III : Sistem pelaporannya sudah disosialisasikan kepada seluruh petugas pada saat pelatihan, yaitu mengisi form pelaporan insiden keselamatan pasien dan petugas sudah menerapkannya

**6. Menurut anda apakah semua insiden Keselamatan Pasien dapat dengan mudah dilaporkan oleh petugas kesehatan?**

I : Iya, seharusnya iya..hal ini dikarenakan TIM sudah menyiapkan kebutuhan yang dibutuhkan pada saat pelaporan supaya pelaporan insiden dapat dengan mudah dilaporkan.

II : Saya merasakan hal tersebut mudah dilaporkan oleh petugas, karena RS sudah menerapkan budaya tidak saling menyalahkan/blaming culture.

III : Dari hasil pengamatan saya, petugas sudah mampu melaporkan insiden keselamatan pasien dan tidak takut lagi karena RS sudah tidak lagi menggunakan sistem saling menyalahkan.

**7. Apakah hasil analisis & evaluasi kasus pelaporan sampai ke KKP – PERSI?**

- I : Tidak, analisis&evaluasi insiden dilakukan sendiri oleh Tim KP RS yang hasilnya akan dirapatkan bersama tim dan dilaporkan ke direksi. Hasil analisis sebuah insiden akan disampaikan ke KKP – PERSI hanya jika insiden tersebut berlabel/score merah
- II : Belum, karena selama ini belum ada insiden yang sentinel sehingga analisis dan evaluasi hanya dilakukan oleh TIM KP RS saja.
- III: Belum, karena sejauh ini belum pernah terjadi insiden yang sentinel jadi cukup ditangani oleh TIM KP RS saja.

**8. Menurut anda apakah pelaksanaan program Keselamatan Pasien sudah berjalan dengan baik?**

- I : Sudah, paling tidak dilihat dari format&pelaporan insiden, sudah disediakan buku pedoman 6 elemen keselamatan pasien pada seluruh ruangan, berjalannya program surveillance untuk mengontrol&mengevaluasi program budaya keselamatan pasien setiap hari sabtu. Serta proses analisis terhadap sebuah insiden sudah dijalankan dengan baik.
- II : Belum, karena masih banyak yang perlu diperbaiki yaitu tentang tanggung jawab para petugas dalam menerapkan budaya keselamatan pasien dan belum tersosialisasinya hasil dari analisis sebuah insiden ke seluruh unit/bagian.

III : Saya rasa belum bisa dinilai baik, karena TIM KP RS belum berhasil menyelesaikan tahapan program yaitu evaluasi yang terjadwal dengan rutin

**9. Apa sajakah yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan program Keselamatan Pasien?**

I : Hambatannya adalah masih kurangnya kesadaran&dukungan pada petugas kesehatan meskipun pada setiap apel pagi sudah disampaikan 6 elemen keselamatan pasien. Belum disosialisasikannya hasil analisis insiden keselamatan pasien sehingga tidak dapat dijadikan sebuah pembelajaran dan berpotensi terulang kembali insiden yang sama.

II : Hambatannya adalah kesadaran dari para tenaga kesehatan meskipun pada dasarnya mereka sudah paham dengan baik. Kurangnya rasa tanggung jawab yang belum dimiliki oleh semua lini petugas kesehatan.

III: Keterbatasan sarana&minimnya tenaga kesehatan berpotensi/berisiko melakukan kesalahan atau terjadi insiden keselamatan pasien, karena beban kerja yang tinggi&keterbatasan tenaga, seperti perawat OK.

## B. Reduksi Data – Coding

No	Pertanyaan	Kata Kunci Pertanyaan	Coding
1.	Apakah RS anda sudah mempunyai program keselamatan pasien & bagaimana pelaksanaannya?	Pelaksanaan program keselamatan pasien	I. Sudah dilakukan II. Sudah dilakukan III. Sudah dilakukan
2.	Apakah RS/Tim sudah pernah melakukan Survey atau Evaluasi budaya keselamatan pasien?	Survey atau evaluasi tentang budaya keselamatan pasien	J. Sudah dilakukan II. Sudah dilakukan III. Sudah dilakukan
3.	Bagaimanakah persiapan menghadapi akreditasi KARS-2012, apakah RS anda sudah menerapkan 6 implementasi Keselamatan pasien?	Persiapan akreditasi KARS – 2012 dan penerapan 6 implementasi keselamatan pasien	J. Sudah diterapkan II. Sudah diterapkan III. Sudah diterapkan
4.	Menurut anda apakah semua petugas kesehatan sudah paham & melaksanakan program budaya Keselamatan Pasien?	Pemahaman dan pelaksanaan program budaya keselamatan pasien oleh petugas kesehatan	J. Belum semua paham II. Belum memahami secara baik dalam pelaksanaannya III. Sudah tapi kesadarannya masih kurang
5.	Bagaimanakah sistem pelaporan insiden Keselamatan Pasien?	Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien	J. Budaya pelaporan insiden keselamatan pasien sudah berjalan sesuai prosedur II. Petugas sudah melakukan pelaporan dengan tepat

			III. Petugas kesehatan sudah menerapkan sistem pelaporan dengan baik
6.	Menurut anda apakah semua insiden Keselamatan Pasien dapat dengan mudah dilaporkan oleh petugas kesehatan?	Kemudahan petugas kesehatan dalam melaporkan insiden keselamatan pasien	J. Iya, seharusnya iya II. Petugas sudah mengenal budaya pelaporan dengan baik karena RS sudah menghilangkan budaya menyalahkan III. Petugas sudah dengan mudah melaporkan insiden tanpa ada rasa takut lagi
7.	Apakah hasil analisis & evaluasi kasus pelaporan sampai ke KKP – PERSI?	Analisis dan evaluasi pelaporan sampai ke KKP – PERSI	J. Analisis&evaluasi insiden dilakukan oleh TIM KP RS yang hanya dilaporkan ke direksri II. Analisis&evaluasi insiden hanya dilakukan oleh TIM KP RS III. Belum, karena bukan insiden yang sentinel
8.	Menurut anda apakah pelaksanaan program Keselamatan Pasien sudah berjalan dengan baik?	Pelaksanaan program keselamatan pasien	J. Sudah baik II. Belum, masih banyak yang perlu diperbaiki III. Belum, masih

			terdapat tahapan program yang belum terselesaikan dengan baik
9.	Apa sajakah yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan program Keselamatan Pasien?	Hambatan pelaksanaan program keselamatan pasien	<p>J. Kurangnya kesadaran&amp;dukungan pada petugas kesehatan</p> <p>II. Kurangnya kesadaran&amp;rasa tanggung jawab petugas kesehatan</p> <p>III. Keterbatasan sarana&amp;prasarana program keselamatan pasien</p>

## Correlations

**Correlations**

		Persepsi 1	Persepsi 2	Persepsi 3	Persepsi 4	Total
Persepsi 1	Pearson Correlation	1	.936**	.739**	.329	.887**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.076	.000
	N	30	30	30	30	30
Persepsi 2	Pearson Correlation	.936**	1	.784**	.414*	.930**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.023	.000
	N	30	30	30	30	30
Persepsi 3	Pearson Correlation	.739**	.784**	1	.276	.829**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.140	.000
	N	30	30	30	30	30
Persepsi 4	Pearson Correlation	.329	.414*	.276	1	.657**
	Sig. (2-tailed)	.076	.023	.140		.000
	N	30	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	.887**	.930**	.829**	.657**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## Reliability

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.821	4

## Correlations

**Correlations**

		Frek. pelaporan 1	Frek. pelaporan 2	Frek. pelaporan 3	Total
Frek.pelaporan 1	Pearson Correlation	1	.715**	.755**	.930**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	30	30	30	30
Frek.pelaporan 2	Pearson Correlation	.715**	1	.660**	.870**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
	N	30	30	30	30
Frek.pelaporan 3	Pearson Correlation	.755**	.660**	1	.892**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
	N	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	.930**	.870**	.892**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Reliability

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.875	3

## Correlations

		Superv isi 1	Superv isi 2	Superv isi 3	Superv isi 4	Total
Superv isi 1	Pearson Correlation	1	.425*	.220	.556**	.710**
	Sig. (2-tailed)		.019	.243	.001	.000
	N	30	30	30	30	30
Superv isi 2	Pearson Correlation	.425*	1	.488**	.308	.735**
	Sig. (2-tailed)	.019		.006	.097	.000
	N	30	30	30	30	30
Superv isi 3	Pearson Correlation	.220	.488**	1	.317	.747**
	Sig. (2-tailed)	.243	.006		.088	.000
	N	30	30	30	30	30
Superv isi 4	Pearson Correlation	.556**	.308	.317	1	.735**
	Sig. (2-tailed)	.001	.097	.088		.000
	N	30	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	.710**	.735**	.747**	.735**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Reliability

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.697	4

## Correlations

		Pemb. Organisasi 1	Pemb. Organisasi 2	Pemb. Organisasi 3	Total
Pemb.Organisasi 1	Pearson Correlation	1	.683**	.468**	.828**
	Sig. (2-tailed)		.000	.009	.000
	N	30	30	30	30
Pemb.Organisasi 2	Pearson Correlation	.683**	1	.521**	.888**
	Sig. (2-tailed)	.000		.003	.000
	N	30	30	30	30
Pemb.Organisasi 3	Pearson Correlation	.468**	.521**	1	.799**
	Sig. (2-tailed)	.009	.003		.000
	N	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	.828**	.888**	.799**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Reliability

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.781	3

## Correlations

Correlations

		Kerjasama Intrabagian 1	Kerjasama Intrabagian 2	Kerjasama Intrabagian 3	Kerjasama Intrabagian 4	Total
Kerjasama Intrabagian 1	Pearson Correlation	1	.721**	.762**	.464**	.852**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.010	.000
	N	30	30	30	30	30
Kerjasama Intrabagian 2	Pearson Correlation	.721**	1	.699**	.337	.816**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.069	.000
	N	30	30	30	30	30
Kerjasama Intrabagian 3	Pearson Correlation	.762**	.699**	1	.648**	.910**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000
	N	30	30	30	30	30
Kerjasama Intrabagian 4	Pearson Correlation	.464**	.337	.648**	1	.768**
	Sig. (2-tailed)	.010	.069	.000		.000
	N	30	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	.852**	.816**	.910**	.768**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.819	4

## Correlations

Correlations

		Keterbukaan& Komunikasi 1	Keterbukaan& Komunikasi 2	Keterbukaan& Komunikasi 3	Total
Keterbukaan& Komunikasi 1	Pearson Correlation	1	.066	-.081	.686**
	Sig. (2-tailed)		.727	.669	.000
	N	30	30	30	30
Keterbukaan& Komunikasi 2	Pearson Correlation	.066	1	-.106	.481**
	Sig. (2-tailed)	.727		.578	.007
	N	30	30	30	30
Keterbukaan& Komunikasi 3	Pearson Correlation	-.081	-.106	1	.477**
	Sig. (2-tailed)	.669	.578		.008
	N	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	.686**	.481**	.477**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.007	.008	
	N	30	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha <sup>a</sup>	N of Items
-.123	3

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

## Correlations

Correlations

		Timbal balik kesalahan1	Timbal balik kesalahan2	Timbal balik kesalahan3	Total
Timbal balik kesalahan1	Pearson Correlation	1	.587**	.098	.780**
	Sig. (2-tailed)		.001	.607	.000
	N	30	30	30	30
Timbal balik kesalahan2	Pearson Correlation	.587**	1	.302	.867**
	Sig. (2-tailed)	.001		.104	.000
	N	30	30	30	30
Timbal balik kesalahan3	Pearson Correlation	.098	.302	1	.579**
	Sig. (2-tailed)	.607	.104		.001
	N	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	.780**	.867**	.579**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	
	N	30	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.610	3

## Correlations

Correlations

		Sanksi Kesalahan 1	Sanksi Kesalahan 2	Sanksi Kesalahan 3	Total
Sanksi Kesalahan 1	Pearson Correlation	1	.165	.235	.525**
	Sig. (2-tailed)		.384	.211	.003
	N	30	30	30	30
Sanksi Kesalahan 2	Pearson Correlation	.165	1	.375*	.831**
	Sig. (2-tailed)	.384		.041	.000
	N	30	30	30	30
Sanksi Kesalahan 3	Pearson Correlation	.235	.375*	1	.739**
	Sig. (2-tailed)	.211	.041		.000
	N	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	.525**	.831**	.739**	1
	Sig. (2-tailed)	.003	.000	.000	
	N	30	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.496	3

## Correlations

Correlations

		Staf Pegawai 2	Staf Pegawai 3	Staf Pegawai 4	Total
Staf Pegawai 2	Pearson Correlation	1	.462*	.314	.745**
	Sig. (2-tailed)		.010	.091	.000
	N	30	30	30	30
Staf Pegawai 3	Pearson Correlation	.462*	1	.383*	.813**
	Sig. (2-tailed)	.010		.037	.000
	N	30	30	30	30
Staf Pegawai 4	Pearson Correlation	.314	.383*	1	.681**
	Sig. (2-tailed)	.091	.037		.000
	N	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	.745**	.813**	.681**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.563	4

## Correlations

**Correlations**

		Dukungan Manajemen 1	Dukungan Manajemen 2	Dukungan Manajemen 3	Total
Dukungan Manajemen 1	Pearson Correlation	1	.767**	.150	.835**
	Sig. (2-tailed)		.000	.428	.000
	N	30	30	30	30
Dukungan Manajemen 2	Pearson Correlation	.767**	1	.296	.881**
	Sig. (2-tailed)	.000		.112	.000
	N	30	30	30	30
Dukungan Manajemen 3	Pearson Correlation	.150	.296	1	.612**
	Sig. (2-tailed)	.428	.112		.000
	N	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	.835**	.881**	.612**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Reliability

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.667	3

## Correlations

Correlations

		Kerjasama Antarbagian1	Kerjasama Antarbagian2	Kerjasama Antarbagian3	Total
Kerjasama Antarbagian1	Pearson Correlation	1	.802**	-.177	.457*
	Sig. (2-tailed)		.000	.349	.011
	N	30	30	30	30
Kerjasama Antarbagian2	Pearson Correlation	.802**	1	-.136	.489**
	Sig. (2-tailed)	.000		.474	.006
	N	30	30	30	30
Kerjasama Antarbagian3	Pearson Correlation	-.177	-.136	1	.705**
	Sig. (2-tailed)	.349	.474		.000
	N	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	.457*	.489**	.705**	1
	Sig. (2-tailed)	.011	.006	.000	
	N	30	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.219	3

## Correlations

		Pemindahan & Pergantian 1	Pemindahan & Pergantian 2	Pemindahan & Pergantian 3	Pemindahan & Pergantian 4	Total
Pemindahan & Pergantian 1	Pearson Correlation	1	.299	.427*	.274	.708**
	Sig. (2-tailed)		.108	.018	.143	.000
	N	30	30	30	30	30
Pemindahan & Pergantian 2	Pearson Correlation	.299	1	.565**	.315	.751**
	Sig. (2-tailed)	.108		.001	.090	.000
	N	30	30	30	30	30
Pemindahan & Pergantian 3	Pearson Correlation	.427*	.565**	1	.352	.811**
	Sig. (2-tailed)	.018	.001		.057	.000
	N	30	30	30	30	30
Pemindahan & Pergantian 4	Pearson Correlation	.274	.315	.352	1	.636**
	Sig. (2-tailed)	.143	.090	.057		.000
	N	30	30	30	30	30
Total	Pearson Correlation	.708**	.751**	.811**	.636**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Reliability

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.704	4

### Hasil Uji Validitas Kuesioner Budaya Keselamatan Pasien

No (item)	Nilai Sig (2 – tailed)/ $r_{hitung}$	$r_{tabel}$ (N=30)	Ket. Validitas
1	0.887	0.361	Valid
2	0.930	0.361	Valid
3	0.829	0.361	Valid
4	0.657	0.361	Valid
5	0.930	0.361	Valid
6	0.870	0.361	Valid
7	0.892	0.361	Valid
8	0.710	0.361	Valid
9	0.735	0.361	Valid
10	0.747	0.361	Valid
11	0.735	0.361	Valid
12	0.828	0.361	Valid
13	0.888	0.361	Valid
14	0.799	0.361	Valid
15	0.852	0.361	Valid
16	0.816	0.361	Valid
17	0.910	0.361	Valid
18	0.768	0.361	Valid
19	0.686	0.361	Valid
20	0.481	0.361	Valid
21	0.477	0.361	Valid
22	0.780	0.361	Valid
23	0.867	0.361	Valid
24	0.579	0.361	Valid
25	0.525	0.361	Valid
26	0.831	0.361	Valid
27	0.739	0.361	Valid
28	0.282	0.361	Invalid
29	0.745	0.361	Valid
30	0.813	0.361	Valid
31	0.681	0.361	Valid
32	0.835	0.361	Valid
33	0.881	0.361	Valid
34	0.612	0.361	Valid
35	0.457	0.361	Valid
36	0.489	0.361	Valid
37	0.705	0.361	Valid
38	0.315	0.361	Invalid
39	0.708	0.361	Valid
40	0.751	0.361	Valid
41	0.811	0.361	Valid
42	0.636	0.361	Valid

### Uji Reliabilitas Kuesioner Budaya Keselamatan Pasien

No	12 Dimensi Keselamatan Pasien	Nilai Cronbach's Alpha	r <sub>tabel</sub>	Ket.
1.	Persepsi	0.821	0.361	Reliabel
2.	Frekuensi Pelaporan	0.875	0.361	Reliabel
3.	Supervisi	0.697	0.361	Reliabel
4.	Pembelajaran organisasi	0.781	0.361	Reliabel
5.	Kerjasama Intrabagian	0.819	0.361	Reliabel
6.	Keterbukaan dan Komunikasi	-0.123	0.361	Non Reliabel
7.	Timbal balik kesalahan	0.610	0.361	Reliabel
8.	Sanksi kesalahan	0.496	0.361	Reliabel
9.	Staf pegawai	0.563	0.361	Reliabel
10.	Dukungan Manajemen	0.667	0.361	Reliabel
11.	Kerjasama antar bagian	0.219	0.361	Non Reliabel
12.	Pemindahan dan pergantian	0.704	0.361	Reliabel

## Olah Data Keselamatan Pasien

No	Persepsi				Jlh	%
	1	2	3	4		
1	5	5	4	4	18	90
2	4	4	4	4	16	80
3	4	4	3	2	13	65
4	4	4	4	4	16	80
5	5	5	4	1	15	75
6	4	4	4	4	16	80
7	5	5	4	2	16	80
8	4	4	3	2	13	65
9	4	2	5	4	15	75
10	1	5	5	2	13	65
11	4	4	4	2	14	70
12	4	4	4	3	15	75
13	4	4	4	3	15	75
14	5	5	4	4	18	90
15	4	4	3	4	15	75
16	3	3	3	3	12	60
17	4	4	4	2	14	70
18	4	3	3	3	13	65
19	4	4	3	4	15	75
20	4	5	4	2	15	75
21	4	4	4	4	16	80
22	4	4	3	2	13	65
23	4	4	2	2	12	60
24	4	4	4	4	16	80
25	5	4	4	3	16	80
26	4	4	3	3	14	70
27	5	5	3	2	15	75
28	4	4	4	2	14	70
29	4	4	4	2	14	70
30	4	4	4	3	15	75
31	4	4	3	4	15	75
32	5	5	4	3	17	85
33	4	4	4	4	16	80
34	4	4	4	2	14	70
35	4	4	3	2	13	65
36	4	4	2	2	12	60
37	4	4	4	2	14	70
38	4	4	4	2	14	70
39	4	4	4	4	16	80

40	2	4	4	3	13	65
41	4	4	3	2	13	65
42	4	4	3	2	13	65
43	5	4	4	3	16	80
44	4	4	3	2	13	65
45	4	4	3	2	13	65
46	5	5	4	4	18	90
47	4	4	3	2	13	65
48	4	4	3	2	13	65
49	4	4	4	2	14	70
50	4	4	3	2	13	65
51	5	5	5	1	16	80
52	5	5	4	2	16	80
53	4	4	4	2	14	70
54	5	4	4	2	15	75
55	5	5	5	1	16	80
56	4	4	3	4	15	75
57	4	4	4	4	16	80
58	4	4	4	4	16	80
59	5	5	5	1	16	80
60	5	5	5	1	16	80
61	5	5	5	2	17	85
62	5	4	4	3	16	80
63	4	4	4	2	14	70
64	5	5	5	3	18	90
65	4	4	3	3	14	70
66	4	4	4	3	15	75
67	4	4	1	1	10	50
68	4	4	4	3	15	75
69	4	4	4	1	13	65
70	4	5	4	1	14	70
71	4	4	4	5	17	85
72	5	5	4	5	19	95
73	5	4	4	4	17	85
74	4	4	4	2	14	70
75	5	5	4	3	17	85
76	5	2	4	2	13	65
	320	317	285	202		73.9
	128	1278	114	80.8		
	Med	Max	Min			
	120.4	128	80.8			

No	Frekuensi Pelaporan			Jlh	%
	1	2	3		
1	4	4	5	13	87
2	3	3	3	9	60
3	3	3	3	9	60
4	3	3	3	9	60
5	3	3	3	9	60
6	3	3	3	9	60
7	4	4	4	12	80
8	4	4	4	12	80
9	4	3	4	11	73
10	4	2	4	10	67
11	2	2	2	6	40
12	4	4	4	12	80
13	4	4	4	12	80
14	4	4	4	12	80
15	4	4	5	13	87
16	4	3	3	10	67
17	4	4	3	11	73
18	3	3	4	10	67
19	4	2	2	8	53
20	4	4	4	12	80
21	4	4	4	12	80
22	3	3	3	9	60
23	4	4	4	12	80
24	4	4	4	12	80
25	4	4	4	12	80
26	4	4	4	12	80
27	1	3	3	7	47
28	4	3	3	10	67
29	4	3	4	11	73
30	4	2	2	8	53
31	3	3	3	9	60
32	4	3	4	11	73
33	4	4	2	10	67
34	4	4	4	12	80
35	4	4	3	11	73
36	4	4	4	12	80
37	4	4	4	12	80
38	4	4	4	12	80
39	4	4	4	12	80

40	4	3	4	11	73
41	4	3	3	10	67
42	4	3	3	10	67
43	4	4	4	12	80
44	4	3	3	10	67
45	4	3	3	10	67
46	4	4	4	12	80
47	4	3	3	10	67
48	4	3	3	10	67
49	4	2	2	8	53
50	4	3	3	10	67
51	1	1	1	3	20
52	5	4	4	13	87
53	4	2	4	10	67
54	4	4	4	12	80
55	5	5	5	15	100
56	3	3	3	9	60
57	4	4	4	12	80
58	4	4	2	10	67
59	1	2	2	5	33
60	4	4	4	12	80
61	2	4	3	9	60
62	4	4	4	12	80
63	4	2	2	8	53
64	3	3	3	9	60
65	4	4	4	12	80
66	4	4	4	12	80
67	2	2	2	6	40
68	3	4	4	11	73
69	2	2	2	6	40
70	2	2	2	6	40
71	2	2	2	6	40
72	4	5	5	14	93
73	4	4	4	12	80
74	4	4	4	12	80
75	4	3	3	10	67
76	4	4	4	12	80
	274	254	258		68.9
	109.6	101.6	103.2		
	Med	Max	Min		
	103.2	109.6	101.6		

No	Supervisi				Jlh	%
	1	2	3	4		
1	5	5	4	5	19	95
2	4	4	4	4	16	80
3	4	4	4	4	16	80
4	4	4	4	4	16	80
5	5	4	5	4	18	90
6	4	4	4	4	16	80
7	5	5	4	4	18	90
8	4	4	4	4	16	80
9	4	4	3	4	15	75
10	5	4	4	5	18	90
11	4	4	3	4	15	75
12	5	4	3	5	17	85
13	5	4	3	4	16	80
14	5	4	4	4	17	85
15	5	4	2	4	15	75
16	4	3	3	4	14	70
17	4	4	4	4	16	80
18	4	3	3	4	14	70
19	4	3	3	4	14	70
20	4	4	3	4	15	75
21	5	5	2	4	16	80
22	4	4	2	4	14	70
23	4	4	4	4	16	80
24	5	5	2	4	16	80
25	3	4	4	5	16	80
26	4	4	4	4	16	80
27	5	5	2	4	16	80
28	5	3	2	3	13	65
29	4	4	4	4	16	80
30	4	4	4	4	16	80
31	4	4	3	3	14	70
32	4	4	4	4	16	80
33	4	4	4	4	16	80
34	4	4	3	4	15	75
35	4	4	2	4	14	70
36	4	4	4	4	16	80
37	4	4	3	4	15	75
38	5	5	2	5	17	85
39	4	4	2	5	15	75
40	4	5	2	4	15	75
41	4	5	3	5	17	85
42	4	5	2	5	16	80
43	5	5	2	5	17	85
44	4	5	2	5	16	80
45	4	5	3	5	17	85
46	5	4	2	4	15	75
47	4	5	2	5	16	80
48	4	5	2	5	16	80
49	5	5	4	4	18	90
50	4	5	2	5	16	80
51	5	4	1	2	12	60
52	5	5	5	4	19	95
53	5	5	2	4	16	80
54	4	4	4	4	16	80
55	5	5	1	5	16	80
56	4	4	3	3	14	70
57	4	4	4	4	16	80
58	4	4	5	4	17	85
59	3	2	2	4	11	55
60	5	4	3	4	16	80
61	5	5	3	5	18	90
62	5	4	4	4	17	85
63	4	4	2	4	14	70
64	5	5	5	5	20	100
65	4	3	3	4	14	70
66	4	4	4	4	16	80
67	4	4	4	4	16	80
68	4	4	4	4	16	80
69	4	4	4	4	16	80
70	5	5	1	5	16	80
71	5	5	1	5	16	80
72	5	5	5	5	20	100
73	4	4	3	4	15	75
74	4	4	2	4	14	70
75	5	5	5	5	20	100
76	4	4	4	4	16	80
	330	322	238	320		79.6
	132	129	95.2	128		
	Med	Max	Min			
	128.4	132	95.2			

No	Pembelajaran Organisasi			Jlh	%
	1	2	3		
1	5	5	5	15	100
2	4	4	4	12	80
3	4	4	4	12	80
4	4	4	4	12	80
5	5	5	5	15	100
6	4	4	4	12	80
7	4	4	4	12	80
8	4	4	4	12	80
9	4	4	4	12	80
10	4	5	5	14	93
11	4	4	4	12	80
12	4	4	4	12	80
13	5	4	4	13	87
14	5	5	5	15	100
15	4	4	4	12	80
16	4	4	4	12	80
17	4	4	4	12	80
18	4	4	4	12	80
19	4	4	3	11	73
20	4	3	4	11	73
21	4	4	4	12	80
22	4	4	4	12	80
23	4	4	4	12	80
24	4	4	4	12	80
25	4	4	4	12	80
26	4	4	4	12	80
27	5	4	3	12	80
28	3	3	4	10	67
29	4	4	4	12	80
30	4	4	4	12	80
31	4	4	4	12	80
32	4	4	4	12	80
33	4	4	4	12	80
34	4	4	4	12	80
35	4	4	4	12	80
36	4	4	4	12	80
37	4	4	4	12	80
38	4	4	4	12	80
39	5	5	5	15	100

40	5	5	5	15	100
41	4	4	4	12	80
42	4	4	4	12	80
43	4	5	4	13	87
44	4	4	4	12	80
45	4	4	4	12	80
46	5	5	5	15	100
47	5	5	5	15	100
48	4	4	4	12	80
49	4	4	4	12	80
50	4	4	4	12	80
51	4	4	4	12	80
52	5	4	5	14	93
53	4	4	4	12	80
54	4	4	4	12	80
55	5	5	5	15	100
56	4	4	4	12	80
57	4	4	4	12	80
58	4	5	4	13	87
59	5	4	5	14	93
60	5	5	4	14	93
61	4	4	4	12	80
62	4	4	5	13	87
63	4	4	4	12	80
64	5	5	5	15	100
65	4	4	4	12	80
66	4	4	4	12	80
67	5	4	4	13	87
68	4	4	4	12	80
69	5	4	4	13	87
70	5	5	4	14	93
71	5	4	5	14	93
72	5	5	5	15	100
73	4	4	4	12	80
74	4	4	4	12	80
75	5	4	4	13	87
76	4	4	4	12	80
	323	317	317		83.9
	129.2	127	126.8		
	Med	Max	Min		
	126.8	129	126.8		

No	Kerjasama Intra Bagian/Subdeparteme				Jlh	%
	1	2	3	4		
1	5	5	5	5	20	100
2	4	4	4	3	15	75
3	4	4	4	4	16	80
4	4	4	4	3	15	75
5	5	5	5	3	18	90
6	4	4	4	3	15	75
7	5	5	5	5	20	100
8	4	4	4	3	15	75
9	4	4	4	3	15	75
10	5	5	5	5	20	100
11	4	4	4	2	14	70
12	5	5	4	4	18	90
13	5	5	4	1	15	75
14	5	4	4	3	16	80
15	5	4	4	2	15	75
16	3	4	3	1	11	55
17	4	4	4	2	14	70
18	4	4	4	4	16	80
19	4	4	4	3	15	75
20	5	4	4	3	16	80
21	4	4	4	3	15	75
22	4	4	4	4	16	80
23	4	4	4	4	16	80
24	4	4	4	3	15	75
25	5	5	4	3	17	85
26	4	4	4	4	16	80
27	5	5	5	3	18	90
28	4	4	4	3	15	75
29	4	4	4	3	15	75
30	4	4	4	4	16	80
31	4	4	4	3	15	75
32	4	4	4	3	15	75
33	4	4	4	4	16	80
34	4	4	4	4	16	80
35	4	4	4	3	15	75
36	4	4	4	4	16	80
37	4	4	4	3	15	75
38	5	5	4	4	18	90
39	5	5	5	5	20	100
40	5	4	4	4	17	85
41	5	5	4	3	17	85
42	5	5	4	3	17	85
43	5	4	4	4	17	85
44	5	5	4	3	17	85
45	5	5	4	3	17	85
46	5	5	5	5	20	100
47	5	5	4	3	17	85
48	5	5	4	3	17	85
49	5	5	5	5	20	100
50	5	5	4	3	17	85
51	4	4	4	1	13	65
52	5	5	5	5	20	100
53	5	5	5	1	16	80
54	4	4	3	2	13	65
55	5	5	5	1	16	80
56	4	4	4	1	13	65
57	4	4	4	4	16	80
58	4	5	4	2	15	75
59	5	5	5	5	20	100
60	5	5	5	3	18	90
61	5	5	5	3	18	90
62	5	4	4	3	16	80
63	4	4	4	3	15	75
64	5	5	5	3	18	90
65	4	4	4	2	14	70
66	4	4	4	3	15	75
67	5	5	5	2	17	85
68	4	4	4	2	14	70
69	5	5	5	2	17	85
70	5	5	5	2	17	85
71	5	5	5	2	17	85
72	5	5	5	5	20	100
73	4	4	4	2	14	70
74	4	4	4	3	15	75
75	5	5	5	3	18	90
76	4	4	5	2	15	75
	341	337	324	235		81.4
	136.4	134.8	130	94		
	Med	Max	Min			
	132.2	136.4	94			

No	Timbal Balik Kesalahan			Jlh	%
	1	2	3		
1	5	5	5	15	100
2	4	4	4	12	80
3	4	4	4	12	80
4	4	4	4	12	80
5	4	3	5	12	80
6	4	4	4	12	80
7	2	2	4	8	53
8	4	4	4	12	80
9	3	4	4	11	73
10	5	5	5	15	100
11	4	4	4	12	80
12	2	4	4	10	67
13	2	4	5	11	73
14	4	4	4	12	80
15	3	4	4	11	73
16	3	3	4	10	67
17	4	4	4	12	80
18	3	4	4	11	73
19	3	3	4	10	67
20	4	3	5	12	80
21	2	4	4	10	67
22	2	3	4	9	60
23	4	4	4	12	80
24	2	4	4	10	67
25	4	3	5	12	80
26	4	4	4	12	80
27	2	3	4	9	60
28	3	3	4	10	67
29	1	4	4	9	60
30	4	4	4	12	80
31	3	3	4	10	67
32	1	4	4	9	60
33	4	4	4	12	80
34	4	4	4	12	80
35	4	4	4	12	80
36	4	3	4	11	73
37	4	3	4	11	73
38	4	4	4	12	80
39	4	4	5	13	87
40	4	4	5	13	87
41	4	4	5	13	87
42	4	4	5	13	87
43	3	3	4	10	67
44	4	4	5	13	87
45	4	4	5	13	87
46	2	4	5	11	73
47	4	4	5	13	87
48	4	4	5	13	87
49	4	4	4	12	80
50	4	4	5	13	87
51	4	4	5	13	87
52	4	4	4	12	80
53	4	4	4	12	80
54	4	4	4	12	80
55	5	5	5	15	100
56	4	4	4	12	80
57	4	4	4	12	80
58	4	5	4	13	87
59	3	3	5	11	73
60	4	4	5	13	87
61	3	4	5	12	80
62	3	4	4	11	73
63	3	4	4	11	73
64	5	5	5	15	100
65	3	3	4	10	67
66	2	4	4	10	67
67	4	4	4	12	80
68	3	2	4	9	60
69	4	4	4	12	80
70	2	4	4	10	67
71	2	4	4	10	67
72	5	5	5	15	100
73	3	3	4	10	67
74	3	4	4	11	73
75	4	3	3	10	67
76	2	3	4	9	60
	263	289	326		77
	105.2	115.6	130.4		
	Med	Max	Min		
	115.6	130.4	105.2		

No	Sanksi Kesalahan			Jlh	%
	1	2	3		
1	4	3	4	11	73
2	4	2	4	10	67
3	4	4	4	12	80
4	4	2	4	10	67
5	4	2	3	9	60
6	4	2	4	10	67
7	4	2	2	8	53
8	4	4	4	12	80
9	3	3	3	9	60
10	5	1	3	9	60
11	4	2	2	8	53
12	4	1	2	7	47
13	4	1	2	7	47
14	4	2	3	9	60
15	4	2	4	10	67
16	3	3	2	8	53
17	4	4	2	10	67
18	4	3	3	10	67
19	4	3	3	10	67
20	4	2	2	8	53
21	4	1	2	7	47
22	4	2	2	8	53
23	4	4	4	12	80
24	4	1	3	8	53
25	4	3	4	11	73
26	4	4	4	12	80
27	4	2	2	8	53
28	4	2	2	8	53
29	4	3	1	8	53
30	4	3	3	10	67
31	4	2	3	9	60
32	4	3	1	8	53
33	4	4	2	10	67
34	4	3	2	9	60
35	4	3	4	11	73
36	4	4	3	11	73
37	4	2	2	8	53
38	4	4	4	12	80
39	5	2	4	11	73
40	4	2	3	9	60
41	4	2	3	9	60
42	4	2	3	9	60
43	4	2	2	8	53
44	4	2	3	9	60
45	4	2	3	9	60
46	4	1	2	7	47
47	4	2	3	9	60
48	4	2	3	9	60
49	4	4	2	10	67
50	4	2	3	9	60
51	4	4	1	9	60
52	5	3	5	13	87
53	4	3	3	10	67
54	4	4	2	10	67
55	5	1	1	7	47
56	4	3	3	10	67
57	4	4	4	12	80
58	4	3	4	11	73
59	5	1	1	7	47
60	5	5	2	12	80
61	4	2	4	10	67
62	4	3	3	10	67
63	4	2	2	8	53
64	5	5	3	13	87
65	4	5	4	13	87
66	4	4	2	10	67
67	4	4	4	12	80
68	4	3	4	11	73
69	4	4	4	12	80
70	4	1	2	7	47
71	4	2	2	8	53
72	5	5	5	15	100
73	3	3	3	9	60
74	4	2	3	9	60
75	5	5	3	13	87
76	4	2	2	8	53
	310	206	218		64.4
	124	82.4	87.2		
	Med	Max	Min		
	87.2	124	82.4		

No	Staf/Pegawai			Jlh	%
	1	2	3		
1	5	5	5	15	100
2	4	3	4	11	73
3	3	3	3	9	60
4	3	3	4	10	67
5	4	3	4	11	73
6	3	3	4	10	67
7	2	2	2	6	40
8	3	3	3	9	60
9	2	3	3	8	53
10	5	5	5	15	100
11	2	4	2	8	53
12	4	4	3	11	73
13	2	3	2	7	47
14	3	3	3	9	60
15	3	3	2	8	53
16	3	4	3	10	67
17	2	4	4	10	67
18	3	3	3	9	60
19	3	2	3	8	53
20	4	4	3	11	73
21	2	2	3	7	47
22	2	3	3	8	53
23	4	4	4	12	80
24	2	2	3	7	47
25	3	4	3	10	67
26	4	4	4	12	80
27	3	3	3	9	60
28	2	3	2	7	47
29	1	4	1	6	40
30	3	3	3	9	60
31	3	3	3	9	60
32	1	4	1	6	40
33	2	2	2	6	40
34	2	4	4	10	67
35	3	4	4	11	73
36	1	3	1	5	33
37	4	3	3	10	67
38	3	4	4	11	73
39	4	4	4	12	80
40	2	3	4	9	60
41	2	3	4	9	60
42	2	3	4	9	60
43	2	2	4	8	53
44	2	3	4	9	60
45	2	3	4	9	60
46	3	3	2	8	53
47	2	3	4	9	60
48	2	3	4	9	60
49	4	4	4	12	80
50	2	3	4	9	60
51	2	2	2	6	40
52	4	5	4	13	87
53	2	2	2	6	40
54	3	4	4	11	73
55	1	1	1	3	20
56	4	4	4	12	80
57	4	4	4	12	80
58	3	4	4	11	73
59	5	4	2	11	73
60	5	3	5	13	87
61	5	4	4	13	87
62	4	4	4	12	80
63	4	4	4	12	80
64	3	3	3	9	60
65	3	3	3	9	60
66	3	4	4	11	73
67	2	2	2	6	40
68	3	2	4	9	60
69	2	2	2	6	40
70	2	2	2	6	40
71	2	2	2	6	40
72	5	5	5	15	100
73	3	3	3	9	60
74	3	3	3	9	60
75	3	3	5	11	73
76	2	4	4	10	67
	219	246	248		62.5
	87.6	98.4	99.2		
	Med	Max	Min		
	98.4	99.2	87.6		

No	Dukungan Manajemen			Jlh	%
	1	2	3		
1	5	5	5	15	100
2	4	4	4	12	80
3	4	5	4	13	87
4	4	4	4	12	80
5	5	5	4	14	93
6	4	4	4	12	80
7	4	4	4	12	80
8	4	5	4	13	87
9	4	5	5	14	93
10	5	4	5	14	93
11	4	4	4	12	80
12	5	5	4	14	93
13	5	5	4	14	93
14	5	5	5	15	100
15	5	5	4	14	93
16	3	2	2	7	47
17	4	4	4	12	80
18	4	4	4	12	80
19	4	4	4	12	80
20	5	5	4	14	93
21	4	4	4	12	80
22	4	4	2	10	67
23	4	4	4	12	80
24	4	4	4	12	80
25	4	4	4	12	80
26	4	4	4	12	80
27	4	4	4	12	80
28	4	4	3	11	73
29	4	5	4	13	87
30	4	4	4	12	80
31	4	4	3	11	73
32	4	5	4	13	87
33	4	4	4	12	80
34	4	4	4	12	80
35	4	4	4	12	80
36	4	5	4	13	87
37	4	4	4	12	80
38	4	4	4	12	80
39	4	4	4	12	80
40	3	4	4	11	73
41	3	4	4	11	73
42	3	4	4	11	73
43	5	5	4	14	93
44	3	4	4	11	73
45	3	4	4	11	73
46	5	5	5	15	100
47	3	4	4	11	73
48	3	4	4	11	73
49	3	3	3	9	60
50	3	4	4	11	73
51	4	5	5	14	93
52	4	3	4	11	73
53	4	4	4	12	80
54	4	4	4	12	80
55	5	5	5	15	100
56	4	4	3	11	73
57	4	4	4	12	80
58	4	4	4	12	80
59	4	5	4	13	87
60	5	5	5	15	100
61	5	5	5	15	100
62	4	4	4	12	80
63	4	4	4	12	80
64	5	5	5	15	100
65	4	4	4	12	80
66	4	4	4	12	80
67	5	5	4	14	93
68	4	4	3	11	73
69	5	5	4	14	93
70	5	5	4	14	93
71	4	4	4	12	80
72	5	5	5	15	100
73	4	4	4	12	80
74	4	4	3	11	73
75	3	3	3	9	60
76	4	4	4	12	80
	311	324	304		82.4
	124.4	129.6	121.6		
	Med	Max	Min		
	124.4	129.6	121.6		

No	Pemindahan dan Pergantian				Jlh	%
	1	2	3	4		
1	4	5	5	3	17	85
2	3	2	3	2	10	50
3	3	2	3	2	10	50
4	3	2	3	2	10	50
5	2	2	2	1	7	35
6	3	2	3	2	10	50
7	2	2	2	2	8	40
8	3	2	3	2	10	50
9	3	4	3	3	13	65
10	3	1	5	3	12	60
11	2	2	2	2	8	40
12	3	2	2	2	9	45
13	2	2	2	1	7	35
14	2	2	2	2	8	40
15	3	2	3	2	10	50
16	2	3	3	1	9	45
17	2	2	2	2	8	40
18	3	3	3	2	11	55
19	3	3	3	3	12	60
20	2	2	3	2	9	45
21	3	2	2	1	8	40
22	2	2	4	2	10	50
23	4	3	3	3	13	65
24	3	2	2	1	8	40
25	3	3	4	2	12	60
26	4	4	4	4	16	80
27	3	3	3	3	12	60
28	2	3	2	2	9	45
29	1	1	1	1	4	20
30	3	3	3	3	12	60
31	2	3	3	3	11	55
32	1	1	1	1	4	20
33	2	2	4	2	10	50
34	2	2	2	2	8	40
35	3	2	2	2	9	45
36	1	1	1	1	4	20
37	2	2	4	2	10	50
38	4	2	4	2	12	60
39	4	4	4	4	16	80

40	4	4	4	4	16	80
41	2	2	2	2	8	40
42	2	2	2	2	8	40
43	2	2	2	2	8	40
44	2	2	2	2	8	40
45	2	2	2	2	8	40
46	1	1	1	1	4	20
47	2	2	2	2	8	40
48	2	2	2	2	8	40
49	3	2	3	2	10	50
50	2	2	2	2	8	40
51	1	1	1	1	4	20
52	4	5	3	4	16	80
53	4	2	2	2	10	50
54	2	2	2	2	8	40
55	1	1	1	1	4	20
56	3	3	3	3	12	60
57	4	4	4	4	16	80
58	3	3	3	3	12	60
59	1	1	2	1	5	25
60	2	3	4	1	10	50
61	4	3	3	1	11	55
62	4	4	3	1	12	60
63	3	3	3	3	12	60
64	3	3	3	3	12	60
65	4	3	3	5	15	75
66	4	2	2	2	10	50
67	2	1	1	1	5	25
68	3	3	4	2	12	60
69	2	1	1	1	5	25
70	1	1	1	1	4	20
71	1	2	2	2	7	35
72	5	5	5	5	20	100
73	4	3	3	5	15	75
74	2	2	2	2	8	40
75	3	3	3	3	12	60
76	2	2	2	1	7	35
	198	181	200	165		48.9
	79.2	72.4	80	66		
	Me	Ma	Min			
	79.2	80	72.4			