

## FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RSUD SUMBAWA TAHUN 2016

**Herni Hasifah**

Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKES Griya Husada Sumbawa

e-mail: yenihatifah@gmail.com

---

### ABSTRAK

Budaya keselamatan pasien merupakan pondasi utama menuju keselamatan pasien. Penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit adalah sesuatu yang harus diaplikasikan sejalan dengan sistem keselamatan pasien agar mampu menurunkan KTD secara signifikan. RSUD Sumbawa pada tahun 2013 mengalami masalah kekosongan pelaporan insiden pasien dan sampai saat ini belum memiliki tim *patient safety*. Hal ini menggambarkan tidak berjalannya sistem keselamatan pasien yang berdampak pada lemahnya budaya pelaporan insiden di RSUD Sumbawa.

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain *cross sectional* dilakukan di RSUD Sumbawa, pada bulan November-Desember 2016 dengan menggunakan instrument *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* untuk mengukur budaya keselamatan pasien. Sampel berjumlah 170 orang.

Hasil penelitian menunjukkan budaya keselamatan pasien dikategorikan dalam budaya keselamatan pasien yang lemah. Terdapat lima faktor yang mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien dan lima faktor yang tidak mempengaruhi budaya keselamatan pasien. Variabel paling berpengaruh (dominan) dalam penerapan budaya keselamatan pasien yaitu variabel keterbukaan komunikasi.

RSUD Sumbawa diharapkan dapat membentuk tim *patient safety* serta melakukan pengukuran budaya keselamatan pasien secara menyeluruh di semua unit dan dilakukan secara periodik minimal 1 tahun sekali.

---

**Kata Kunci** : Budaya Keselamatan Pasien, *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, Penerapan

---

### A. Pendahuluan

Laporan IOM (*Institute of Medicine*), Amerika Serikat tahun 2000, "TO ERR IS HUMAN, *Building a safer Health System*" diikuti data WHO tahun 2004 dari berbagai negara yang menyatakan bahwa dalam pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit ada sekitar 3-16% Kejadian Tidak Diinginkan (KTD/*Adverse Event*). Di

Utah dan Colorado ditemukan KTD sebesar 2,9%, dimana 6,6% diantaranya meninggal, sedangkan di New York adalah sebesar 3,7% dengan angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta per ahun berkisar 44.000-98.000 per tahun. Publikasi WHO pada tahun 2004,

mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai negara: Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang 3,2-16,6% (Depkes RI, 2006).

Di Indonesia, berdasarkan data insiden keselamatan pasien yang diterbitkan oleh KKPRS terdapat 114 laporan insiden keselamatan pasien pada tahun 2009, 103 laporan pada tahun 2010, dan 34 laporan di tahun 2011 pada triwulan I (KKPRS, 2012). Kejadian berdasarkan provinsi ditemukan DKI Jakarta menempati urutan tertinggi yaitu 37,9%, diikuti Jawa Tengah 15,9%, DKI Yogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Sulawesi Selatan 0,69%, dan Aceh 0,68%. Berdasarkan laporan tersebut kesalahan dalam pemberian obat menduduki peringkat pertama (24,8%) dari 10 besar insiden yang dilaporkan (Kongres PERSI, 2007). Pada tahun 2004, *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) meluncurkan *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC) yang merupakan sebuah survey bagi seluruh staf rumah sakit yang didesain untuk membantu rumah sakit menilai

budaya keselamatan pasien di institusinya.

## **B. Tinjauan Pustaka**

### **1. Konsep Penerapan**

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), penerapan adalah proses, cara perbuatan dan menerapkan. Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa penerapan merupakan tindakan yang dilakukan baik secara individu maupun kelompok dengan maksud untuk mencapai tujuan yang telah dirumuskan. Menurut Guntur Setiawa (2004), implementasi adalah perluasan aktivitas yang saling menyesuaikan proses interaksi antara tujuan dan tindakan untuk mencapai serta memerlukan jaringan pelaksana, birokrasi yang efektif.

### **2. Rumah Sakit**

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi

promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien. Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan. Rumah sakit melaporkan kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengoraksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien (Pasal 43 UU No. 44 Tahun 2009).

### **3. Keselamatan Pasien**

Menurut *The Institute of Medicine* (Depkes, 2006), keselamatan pasien didefinisikan sebagai *freedom from accidental injury*. *Accidental injury* disebabkan karena *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. *Accidental injury* juga akibat dari melaksanakan tindakan yang salah (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). *Accidental injury* dalam prakteknya akan berupa kejadian yang tidak diinginkan (*near miss*).

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman sistem tersebut meliputi: assessment risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (PMK No.1691/Menkes/Per/VII/2011 Tentang Keselamatan Pasien).

### **4. Budaya Keselamatan Pasien**

Budaya keselamatan pasien pada suatu organisasi menurut AHRQ (2016) 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.

### **C. Metode Penelitian**

Penelitian menggunakan metode kuantitatif dengan desain *cross sectional*. Penggunaan desain *cross*

*sectional* karena peneliti ingin mengukur semua variabel pada waktu yang bersamaan. Penelitian ini menggunakan analisis deskriptif dengan tujuan utama untuk membuat gambaran dan deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif (Notoatmodjo, 2005). Penelitian ini dilakukan di RSUD Sumbawa pada bulan November-Desember 2016. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga kesehatan yang melakukan asuhan kepada pasien di RSUD Sumbawa. Populasi berjumlah 295 orang. Sedangkan sampel berjumlah 170 orang.

Instrument dalam penelitian ini adalah kuesioner yang mengukur budaya keselamatan pasien yang dikeluarkan oleh AHRQ pada *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Kuesioner yang digunakan oleh peneliti sudah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia yang terdiri dari 14 dimensi.

*Penilaian Berdasarkan Kriteria*

Pengklasifikasian mengacu pada ketentuan menurut Arikunto (2006) yaitu perlu ditentukan rentang skronya sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 & \text{RentangSkor} \\
 & = \frac{\text{Skor Tertinggi} - \text{Skor Terendah}}{\text{Jumlah Klasifikasi}}
 \end{aligned}$$

Dengan jumlah responden=170 orang, dan nilai skala pengukuran terkecil = 1 dan skala pengukuran terbesar = 5, sehingga diperoleh jumlah kumulatif nilai terkecil = 170 x 1 = 170 dan jumlah kumulatif nilai terkecil = 170 x 5 = 850. Adapun nilai persentasi terkecil = (170/850) x 100% = 20%, dan nilai persentasi terbesar = (850/850) x 100% = 100% dari kedua nilai psersentasi tersebut diperoleh nilai rentang 100%-20% = 80% dan dibagi dengan tiga klasifikasi didapat nilai persentasi sebesar = (80%)/3= 27%. Sehingga diperoleh klasifikasi kriteria penilaian psersentasi sebagai berikut:

**Tabel 1.1 Penilaian Berdasarkan Kriteria**

No.	Persentasi	Kriteria Penilaian
1	≤ 27%	Budaya Lemah
2	28% dan ≤ 80%	Budaya Sedang
3	>80%	Budaya Kuat

**D. Hasil dan Pembahasan**

**1. Hasil Penelitian**

*a. Analisis Univariat*

Berdasarkan data empirik didapatkan persentasi rata-rata = 15,05%, serta skor terendah 9 dan skor tertinggi 20, sehingga dapat disimpulkan bahwa dimensi harapan

dan tindakan supervisor/manajer dalam promosi keselamatan pasien sebesar 15,05%. Hal ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah.

Berdasarkan data empirik didapatkan persentasi rata-rata = 12,28%, serta skor terendah 9 dan skor tertinggi 15, sehingga dapat disimpulkan bahwa dimensi pembelajaran organisasi sebesar 12,28%. Hal ini menunjukan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah.

Berdasarkan data empirik didapatkan persentasi rata-rata = 16%, serta skor terendah 11 dan skor tertinggi 20, sehingga dapat disimpulkan bahwa dimensi kerjasama dalam unit sebesar 16%. Hal ini menunjukan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah.

Berdasarkan data empirik didapatkan persentasi rata-rata = 11,12%, serta skor terendah 5 dan skor tertinggi 15. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kertebukaan komunikasi sebesar 11,12%. Hal ini menunjukan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah.

Berdasarkan data empirik didapatkan persentasi rata-rata =

10,41%%, serta skor terendah 3 dan skor tertinggi 15. Sehingga dapat disimpulkan bahwa dimensi umpan balik kesalahan sebesar 10,41%. Hal ini menunjukan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah.

Berdasarkan data empirik didapatkan persentasi rata-rata = 14,22%, serta skor terendah 5 dan skor tertinggi 20. Sehingga dapat disimpulkan bahwa dimensi pemindahan dan pergantian sebesar 14,22%. Hal ini menunjukan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah.

Berdasarkan data empirik didapatkan persentasi rata-rata = 9,51%, serta skor terendah 5 dan skor tertinggi 15, sehingga dapat disimpulkan bahwa dimensi respon *nun punitive* terhadap kesalahan sebesar 9,51%. Hal ini menunjukan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah.

Berdasarkan data empirik didapatkan persentasi rata-rata = 10,08%, serta skor terendah 6 dan skor tertinggi 14. Sehingga dapat disimpulkan bahwa dimensi dukungan manajemen sebesar 10,08%. Hal ini

menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah.

Berdasarkan data empirik didapatkan persentasi rata-rata = 13,23%, serta skor terendah 6 dan skor tertinggi 18, sehingga dapat disimpulkan bahwa dimensi *staffing* sebesar 13,23%. Hal ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah.

Berdasarkan data empirik didapatkan persentasi rata-rata = 15%, serta skor terendah 6 dan skor tertinggi 18. Sehingga dapat disimpulkan bahwa dimensi kerjasama antar unit sebesar 15%. Hal ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah.

Berdasarkan data empirik didapatkan persentase rata-rata = 27%, serta nilai terendah 15 dan nilai tertinggi 36. Sehingga dapat disimpulkan bahwa budaya keselamatan pasien sebesar 27%. Hal ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien di RSUD Sumbawa lemah.

*b. Analisis Bivariat*

Analisis bivariat ini dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Pada analisis bivariat variabel

diklasifikasikan menjadi dua yaitu lemah dan kuat dengan melihat *cut of point* setelah dilakukan uji normalitas.

1. Hubungan harapan dan tindakan supervisor dalam promosi keselamatan pasien

Tabel 1.1. Hubungan Harapan dan Tindakan Supervisor/Manajer dalam Promosi Keselamatan Pasien dengan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Sumbawa Tahun 2016

Harapan dan Tindakan	BKP				Total		OR (95% CI)	P Value
	Lemah		Kuat		n	%		
	n	%	n	%			n	%
Lemah	36	57,1	27	42,9	63	100	2,630	0,005
Kuat	36	33,6	71	66,4	107	100	(1,386-4,988)	
Total	72	42,4	98	57,6	170	100		

(Sumber : Data Primer, 2018)

2. Hubungan pembelajaran organisasi dengan BKP

Tabel 1.2. Pengaruh Pembelajaran Organisasi dengan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Sumbawa Tahun 2016

Organisasi Pembelajaran	BKP				Total		OR (95% CI)	P Value
	Lemah		Kuat		n	%		
	n	%	n	%			n	%
Lemah	30	69,8	13	30,2	43	100	4,670	0,000
Kuat	42	33,1	85	66,9	127	100	(2,209-9,872)	
Total	72	42,4	98	57,6	170	100		

(Sumber : Data Primer, 2018)

3. Hubungan kerjasama dalam unit dengan BKP

Tabel 1.3. Hubungan Kerjasama dalam Unit dengan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Sumbawa Tahun 2016

Kerjasama dalam Unit	BKP				Total		OR (95% CI)	P Value
	Lemah		Kuat		n	%		
	n	%	n	%			n	%
Lemah	33	55,0	27	45,0	60	100	2,225	0,021
Kuat	39	35,5	71	64,5	110	100	(1,172-4,225)	
Total	72	42,4	98	57,6	170	100		

(Sumber : Data Primer, 2018)

#### 4. Hubungan keterbukaan komunikasi dengan BKP

Tabel 1.4. Hubungan Keterbukaan Komunikasi dengan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Sumbawa Tahun 2016

Keterbukaan Komunikasi	BKP				Total	OR (95% CI)	P Value
	Lemah		Kuat				
	n	%	n	%			
Lemah	47	71,2	19	28,8	66	100	7,817 (3,892-15,698)
Kuat	25	24,0	79	76,0	104	100	
Total	72	42,4	98	57,6	170	100	

(Sumber : Data Primer, 2018)

#### 5. Hubungan umpan balik kesalahan dengan budaya BKP

Tabel 1.5. Hubungan Umpan Balik Kesalahan dengan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Sumbawa Tahun 2016

Umpan Balik Kesalahan	BKP				Total	OR (95% CI)	P Value
	Lemah		Kuat				
	n	%	n	%			
Lemah	43	72,9	16	27,1	59	100	7,599 (3,724-15,507)
Kuat	29	26,1	82	73,9	111	100	
Total	72	42,4	98	57,6	170	100	

#### 6. Hubungan pemindahan dan pergantian dengan BKP

Tabel 1.6. Hubungan Pemindahan dan Pergantian dengan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Sumbawa Tahun 2016

Pemindahan dan Pergantian	BKP				Total	OR (95% CI)	P Value
	Lemah		Kuat				
	n	%	n	%			
Lemah	37	45,1	45	54,9	82	100	1,245 (0,677-2,290)
Kuat	35	39,8	53	60,2	88	100	
Total	72	42,2	98	57,6	170	100	

(Sumber : Data Primer, 2018)

#### 7. Hubungan respon non punitive

Tabel 1.7. Hubungan Respon Non Punitive terhadap Kesalahan dengan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Sumbawa Tahun 2016

Respon non punitive	BKP				Total	OR (95% CI)	P Value
	Lemah		Kuat				
	n	%	n	%			
Lemah	23	44,2	29	55,8	52	100	1,117 (0,578-2,157)
Kuat	49	41,5	69	58,5	118	100	
Total	72	42,4	98	57,6	170	100	

(Sumber : Data Primer, 2018)

#### 8. Hubungan dukungan manajemen dengan budaya keselamatan pasien

Tabel 1.8. Hubungan Dukungan Manajemen dengan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Sumbawa Tahun 2016

Dukungan Manajemen	BKP				Total	OR (95% CI)	P Value
	Lemah		Kuat				
	n	%	n	%			
Lemah	22	41,5	31	56,4	53	100	0,951 (0,493-1,836)
Kuat	50	42,7	67	60,4	117	100	
Total	72	42,4	98	57,6	170	100	

(Sumber : Data Primer, 2018)

#### 9. Hubungan staffing dengan BKP

Tabel 1.9. Hubungan Staffing terhadap Kesalahan dengan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Sumbawa Tahun 2016

Staffing	BKP				Total	OR (95% CI)	P Value
	Lemah		Kuat				
	n	%	n	%			
Lemah	38	44,7	47	55,3	85	100	1,213 (0,659-2,230)
Kuat	34	40,0	51	60,0	85	100	
Total	72	42,4	98	57,6	170	100	

(Sumber : Data Primer, 2016)

## 10. Hubungan kerjasama antar unit dengan budaya keselamatan pasien

Tabel 1.10  
Hubungan Kerjasama antar Unit dengan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Sumbawa Tahun 2016

Kerjasama antar Unit	BKP				Total		OR (95% CI)	P Value
	Lemah		Kuat		n	%		
	n	%	n	%				
Lemah	40	48,2	43	51,8	83	100	1,599	0,117
Kuat	32	36,8	55	63,2	87	100	(0,866-2,950)	
Total	72	42,4	98	57,6	170	100		

(Sumber : Data Primer, 2016)

### c. Analisis Multivariat

Masing-masing variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen. Bila hasil menghasilkan  $p \text{ value} < 0,25$ , maka variabel tersebut langsung masuk tahap multivariat. Seleksi bivariat menggunakan uji regresi logistik sederhana (Hastono, 2007). Maka diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 1.11  
Hasil Seleksi Bivariat

Variabel	P Value
Harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam promosi keselamatan pasien	0,003*
Pembelajaran organisasi	0,000*
Kerjasama dalam unit	0,014*
Keterbukaan komunikasi	0,000*
Umpan balik kesalahan	0,000*
Respon <i>non punitive</i> terhadap kesalahan	0,742

Staffing	0,535
Dukungan manajemen	0,881
Pemindahan dan pergantian	0,481
Kerjasama antar unit	0,132*

\*P  $\text{value} < 0,25$  masuk pada tahap permodelan multivariat

Pada tabel 1.11 menunjukkan hasil seleksi bivariat masing-masing variabel. Berdasarkan tabel tersebut variabel yang dapat masuk pada tahap multivariat sebanyak enam variabel yaitu harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam promosi KP, organisasi pembelajaran, kerjasama dalam unit, keterbukaan komunikasi, umpan balik kesalahan dan kerjasama antar unit dikarenakan nilai  $p \text{ value} < 0,25$ .

Tahapan selanjutnya setelah analisis bivariat yaitu pemodelan multivariat dengan memasukkan semua variabel hasil analisis bivariat ke dalam uji regresi logistik. Tahapan ini mengeluarkan satu persatu variabel yang memiliki nilai  $p \text{ value} > 0,05$  dimulai dari nilai  $p \text{ value}$  terbesar. Hasil dari pemodelan multivariat sebagai berikut:

Tabel 1.12  
 Pemodelan Multivariat Harapan dan Tindakan Supervisor/Manajer dalam Promosi Keselamatan Pasien, Organisasi Pembelajaran, Kerjasama dalam Unit, Keterbukaan Komunikasi, dan Kerjasama Antar Unit Umpan Balik Kesalahan di RSUD Sumbawa Tahun 2016

No.	Variabel	B	Wald	P Value	OR (95% CI)
1.	Harapan dan tindakan supervisor/manager dalam promosi KP	0,021	0,002	0,964	0,632 (0,284-1,408)
2.	Pembelajaran Oraganisasi	1,699	11,047	0,001	3,371 (1,518-7,484)
3.	Kerjasama dalam unit	0,429	1,025	0,311	1,646 (0,758-3,572)
4.	Keterbukaan Komunikasi	1,815	19,556	0,000	1,800 (0,794-4,080)
5.	Umpan balik kesalahan	1,808	16,124	0,000	6,602 (2,971-14,671)
6.	Kerjasama antar unit	0,544	1,430	0,232	0,581 (0,238-1,415)

Dari hasil analisis terlihat ada tiga variabel yang memiliki nilai  $p\text{ value} > 0,05$  yaitu variabel harapan dan tindakan supervisor dalam promosi keselamatan pasien, kerjasama dalam unit dan kerjasama antar unit. Permodelan selanjutnya variabel harapan dan tindakan supervisor dalam promosi KP dikeluarkan dari model. Sehingga hasilnya:

Setelah variabel harapan dan tindakan supervisor dalam promosi keselamatan pasien dikeluarkan, dapat dilihat perubahan nilai  $p\text{ value}$  dari masing-masing variabel. Selanjutnya variabel yang terbesar  $p\text{ value}$ nya adalah kerjasama dalam unit, dengan demikian dikeluarkan dari model dan hasilnya:

Tabel 1.13  
 Pemodelan Multivariat Organisasi Pembelajaran, Kerjasama dalam Unit, Keterbukaan Komunikasi, Umpan Balik Kesalahan dan Kerjasama Antar Unit di RSUD Sumbawa Tahun 2016

No	Variabel	B	Wald	P Value	OR (95% CI)
1.	Pembelajaran Organisasi	1,695	11,348	0,001	5,447 (2,032-14,603)
2.	Kerjasama dalam unit	0,424	1,074	0,300	1,528 (0,685-3,408)
3.	Keterbukaan Komunikasi	1,813	19,655	0,000	6,132 (2,750-13,699)
4.	Umpan balik kesalahan	1,802	17,208	0,000	6,065 (2,588-14,213)
5.	Kerjasama antar unit	0,545	1,446	0,229	0,580 (0,239-1,409)

Setelah variabel kerjasama dalam unit dikeluarkan, dapat dilihat perubahan bahwa variabel kerjasama antar unit nilai  $p\text{ value}$ nya  $> 0,05$ , maka pada langkah selanjutnya variabel kerjasama antar unit dikeluarkan. Dengan demikian didapatkan permodelan akhir multivariat sebagai berikut:

Tabel 1.15  
 Hasil Permodelan Akhir Multivariat Organisasi Pembelajaran, Umpan Balik Kesalahan dan Keterbukaan Komunikasi di RSUD Sumbawa Tahun 2016

No.	Variabel	B	Wald	P Value	OR (95% CI)
1.	Pembelajaran Organisasi	1,473	10,519	0,001	4,364 (1,791-10,633)
2.	Keterbukaan Komunikasi	1,875	21,817	0,000	6,518 (2,968-14,313)
3.	Umpan balik kesalahan	1,658	16,394	0,000	5,247 (2,352-11,706)

Tabel 1.15 hasil permodelan akhir multivariat diperoleh bahwa organisasi pembelajaran, keterbukaan komunikasi dan umpan balik kesalahan berhubungan dengan

penerapan budaya keselamatan pasien. Dan diperoleh variabel yang paling berpengaruh (dominan) dalam penenerapan budaya keselamatan pasien yaitu keterbukaan komunikasi dengan OR paling besar 6,5 artinya rumah sakit yang keterbukaan komunikasi kuat akan menerapkan budaya keselamatan pasien sebesar 6,5 kali lebih tinggi dibanding dengan rumah sakit yang keterbukaan komunikasinya lemah.

*d. Sosialisasi Permenkes No.1691/ Menkes/PER/VII/2011 tentang Keselamatan Pasien*

Tabel 1.16  
 Distribusi Responden Berdasarkan Sosialisasi Mengenai Permenkes No. 1691/Menkes/Per/VII/2011 tentang Keselamatan Pasien

No.	Sosialisasi Permenkes No. 1691/Menkes/Per/VII/2011	n	Persentase (%)
1	Tidak Pernah	127	74,7
2	Pernah	43	25,3
<b>Total</b>		<b>170</b>	<b>100,0</b>

Berdasarkan tabel 1.16 hasil penelitian pada kolom pendapat, diketahui bahwa reponden paling banyak tidak pernah mendapatkan sosialisasi 74,7% dan yang pernah mendapatkan sosialisasi mengenai Permenkes No. 1691/Menkes/Per/VII/2011 tentang Keselamatan Pasien dari rumah sakit sebanyak 25,3%.

*e. Pelaksanaan KP Berdasarkan Permenkes No.1691/Menkes/Per/VII/2011 Tentang KP*

Tabel 1.17 hasil penelitian pada kolom pendapat, diketahui bahwa reponden paling banyak menyatakan bahwa pelaksanaan keselamatan pasien belum sesuai dengan Permenkes No. 1691/Menkes/Per/VII/2011 tentang Keselamatan Pasien dari rumah sakit sebanyak 47,1%, yang menyatakan tidak tahu sebanyak 44,1% dan yang menyatakan sesuai sebanyak 8,8%.

Tabel 1.17  
 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan KP Sesuai Permenkes No. 1691/Menkes/Per/VII/2011 tentang Keselamatan Pasien

No.	Sosialisasi Permenkes No. 1691/Menkes/Per/VII/2011	n	Persentase (%)
1	Tidak Tahu	75	44,1
2	Belum	80	47,1
3	Sesuai	15	8,8
<b>Total</b>		<b>170</b>	<b>100,0</b>

**2. Pembahasan**

*a. Harapan dan tindakan supervisor dalam promosi KP*

Hasil analisis menunjukkan variabel harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam promosi keselamatan pasien sebesar 15,05%. Hal ini menunjukan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian

yang dilakukan oleh Nurwahidah (2014) yang menyatakan bahwa ekspektasi supervisor /manajemen dan tindakan promosi keselamatan telah diterapkan dengan baik.

#### **b. Pembelajaran Organisasi**

Hasil analisis menunjukkan bahwa pembelajaran organisasi sebesar 12,28%. Hal ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sabila (2014) yang menyatakan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi *Organization Learning* dikategorikan baik atau membudaya kuat.

#### **c. Kerjasama dalam Unit**

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel kerjasama dalam unit sebesar 16%. Hal ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bea (2013) yang menyatakan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi kerjasama dalam unit di Rumah Sakit UNHAS tergolong tinggi.

#### **d. Keterbukaan Komunikasi**

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel keterbukaan komunikasi sebesar 11,12%. Hal ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sabila (2014) yang menyatakan bahwa pada dimensi keterbukaan komunikasi mendapatkan respon positif sebesar 86,1% yang dikategorikan dalam budaya keselamatan pasien yang kuat.

#### **e. Umpan Balik Kesalahan**

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel umpan balik kesalahan sebesar 10,41%. Hal ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Vellyana (2015) yang menyatakan bahwa dimensi umpan balik kesalahan dikategorikan baik.

#### **f. Pemindehan dan Pergantian**

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel pemindehan dan pergantian sebesar 14,22%. Hal ini menunjukkan bahwa budaya

keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Faisal (2015) yang menyatakan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi pemindahan dan pergantian berjalan dengan baik dan dikategorikan kuat.

**g. Respon Non Punitive**

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel respon *non punitive* terhadap kesalahan sebesar 9,51%. Hal ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Agustina (2013) yang menyatakan bahwa dimensi respon *non punitive* dikategorikan lemah.

**h. Dukungan Manajemen**

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel dukungan manajemen sebesar 10,08%. Hal ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nurwahidah (2014) yang

menyatakan dimensi dukungan manajemen tergolong tinggi.

**i. Gambaran Staffing**

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel *staffing* sebesar 13,23%. Hal ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Agustina (2013) yang menyatakan bahwa dimensi *staffing* pada budaya keselamatan pasien tergolong rendah.

**j. Gambaran Kerjasama antar Unit**

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel kerjasama antar unit sebesar 15%. Hal ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien pada dimensi tersebut lemah. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Vellyana (2014) yang menyatakan bahwa dimensi kerjasama antar unit dikategorikan kuat.

Berdasarkan hasil analisis multivariat, variabel yang masuk dalam permodelan akhir multivariat adalah organisasi pembelajaran, umpan balik kesalahan dan keterbukaan komunikasi. Didapatkan OR paling besar 6,518

yaitu variabel keterbukaan komunikasi. Dapat disimpulkan bahwa variabel yang paling berpengaruh atau paling dominan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien adalah variabel keterbukaan komunikasi.

Komunikasi dalam keselamatan pasien telah menjadi standar dalam *Joint Commission Accreditation of Health Organization* sejak 2010. Dalam komunikasi, hal yang menjadi penting salah satunya adalah komunikasi efektif. Komunikasi efektif merupakan salah satu strategi untuk membangun budaya keselamatan pasien.

Komunikasi efektif sangat berperan dalam menurunkan KTD dalam sebuah asuhan medis pasien. Strategi ini ditetapkan oleh JCAHO sebagai tujuan nasional keselamatan pasien. Hal ini didasarkan pada paloran AHRQ bahwa komunikasi merupakan 65% menjadi akar masalah dari KTD. Strategi yang diterapkan JCAHO untuk menciptakan proses komunikasi efektif adalah pendekatan standarisasi komunikasi

dalam serah terima pasien (Cahyono, 2008).

## E. Kesimpulan dan Saran

### *Kesimpulan*

1. Berdasarkan hasil analisis univariat diperoleh bahwa kesepuluh faktor yang mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD Sumbawa dikategorikan lemah.
2. Berdasarkan hasil analisis bivariat diperoleh lima faktor yang mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien yaitu variabel harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam promosi keselamatan pasien, pembejalaran organisasi, kerjasama dalam unit, keterbukaan komunikasi dan umpan balik kesalahan. Ada lima faktor yang tidak mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien yaitu variabel respon *non punitive*, *staffing*, dukungan manajemen, pemindahan dan pergantian dan kerjasama antar unit.
3. Berdasarkan hasil analisis multivariat diperoleh variabel yang paling berpengaruh (dominan) dalam penerapan budaya

keselamatan pasien yaitu variabel keterbukaan komunikasi dengan nilai OR paling besar yaitu 6,5 artinya responden yang keterbukaan komunikasi kuat akan menerapkan budaya keselamatan pasien sebesar 6,5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang keterbukaan komunikasinya lemah.

### **Saran**

#### *1. Bagi RSUD Sumbawa*

- a. RSUD Sumbawa wajib membentuk tim KPRS agar sistem pencatatan dan pelaporan mengenai insiden menjadi akurat.
- b. RSUD Sumbawa diharapkan melakukan sosialisasi mengenai PMK No.1691/Menkes/Per/VII/2011 tentang keselamatan pasien secara menyeluruh kepada staf rumah sakit
- c. RSUD Sumbawa diharapkan dapat melakukan traning kepada seluruh staf mengenai keselamatan pasien.
- d. RSUD Sumbawa diharapkan dapat meningkatkan dimensi-dimensi budaya keselamatan pasien yang lemah menjadi dimensi yang kuat karena

berdasarkan hasil penelitian budaya keselamatan pasien di RSUD Sumbawa dapat dikategorikan dalam budaya keselamatan pasien yang kuat dan manajemen dapat mengembangkan program-program keselamatan pasien.

- e. RSUD Sumbawa diharapkan dapat melakukan pengukuran budaya keselamatan pasien secara menyeluruh di semua unit dan dilakukan secara periodik minimal 1 tahun sekali.
- #### *2. Bagi Staf RSUD Sumbawa*
- Staf RSUD Sumbawa diharapkan dapat menerapkan upaya keselamatan pasien dengan mengaplikasikan dimensi-dimensi budaya keselamatan budaya serta meningkatkan kesadaran untuk melaporkan insiden yang terjadi di unit/bagian.
- #### *3. Bagi Pemerintah Daerah*
- Pemerintah daerah diharapkan dapat meningkatkan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan keselamatan pasien yang dilaksanakan minimal 1 tahun sekali.

## F. Daftar Pustaka

- Agustina, P. 2013. *Gambaran Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat dalam Melaksanakan Pelayanan di Instalasi Rawat Inap RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo*. FKM UNHAS. Makassar.
- AHRQ. 2004. *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. <http://www.ahrq.gov>
- AHRQ. 2016. *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide*. <http://www.ahrq.gov>
- Bea, F. I. 2013. *Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di RS UNHAS Tahun 2013*. FKM UNHAS. Makassar.
- Cahyono, J.B., Suharjo B. 2008. *Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius
- Depkes RI. 2006. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*; Jakarta
- Faisal. 2015. *Budaya Keselamatan Pasien di RSIA Kurnia Cilegon Tahun 2015 Analisis Persepsi Tenaga Medis*. FKM UI. Depok
- Guntur, S. 2004. *Implementasi dalam Birokrasi Pembangunan*. Balai Pustaka: Jakarta.
- Hastono, S. P. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. FKM UI.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurwahidah. 2014. *Gambaran Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Ajjapange*. FKM UNHAS. Makassar.
- PMK Nomor 1691 Tahun 2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- Sabila, R. D. 2014. *Gambaran Budaya Keselamatan Pasien pada Perawat Unit Rawat Inap Kelas III RSUD Pasar Rebo Bulan Juni Tahun 2014*. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Vellyana, D. 2015. *Analisis Budaya Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping*. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta: Yogyakarta.