

# Review Sistematis: Elemen-Elemen Utama dalam Membangun Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

## *Key Elements in Building a Culture of Patient Safety in Hospitals*

Adik Wibowo

Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok 16424, Telp/Fax. 021-7864974

\*E-mail: kacapiring97@yahoo.com

---

### ABSTRAK

Budaya keselamatan pasien di rumah sakit merupakan landasan dari seluruh kegiatan di rumah sakit untuk menciptakan rumah sakit menjadi tempat yang aman, nyaman demi kesembuhan pasien. Review sistematis ini bertujuan untuk menganalisis 1) hubungan budaya organisasi rumah sakit dengan budaya keselamatan pasien, 2) konsep tradisional dan konsep modern dalam budaya keselamatan pasien, 3) tujuh elemen dasar untuk membangun budaya keselamatan pasien di rumah sakit dan 4) instrumen untuk menelaah budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Dalam sistem rumah sakit, para pakar menenggarai tujuh elemen utama untuk membangun budaya keselamatan pasien. Budaya menghakimi dan juga menghukum pembuat kesalahan medis direkomendasikan untuk ditinggalkan dan digantikan dengan budaya keteradilan atau budaya *Just*. Pertimbangannya adalah bahwa kesalahan medis yang dilakukan oleh staf rumah sakit yang langsung berhubungan dengan pasien bukanlah merupakan kesalahan pelaku semata, sebab mungkin saja sistem rumah sakit berkontribusi dan berperan dalam perbuatan salah yang dilakukan staf. Survei AHRQ tentang budaya keselamatan pasien selanjutnya menjabarkan tujuh elemen utama menjadi 12 dimensi dan sudah digunakan oleh ratusan rumah sakit. Sangat dianjurkan agar setiap rumah sakit melakukan analisis situasi tentang budaya keselamatan pasiennya, sehingga dapat diketahui elemen serta dimensi mana saja yang masih perlu diperbaiki demi meningkatkan mutu pelayanan dan kenyamanan serta keselamatan pasien.

**Kata kunci:** budaya keselamatan pasien, elemen utama budaya keselamatan pasien, instrument survey AHRQ tentang budaya keselamatan pasien.

### ABSTRACT

*Patient safety culture in a hospital setting is the foundation for all health care activities, with the aim to provide safe and comfortable environment throughout the healing process of the patients. This systematic review aims to describe: 1) the relationship between hospital as an organization and patient safety culture, 2) the traditional and the modern concepts on patient safety, 3) the seven basic elements as foundation of hospital patient safety culture and 4) the instrument to analyse hospital patient safety culture. The paradigm has changed from traditional way of punishing hospital staff when doing medical error to the just culture, with the philosophy that hospital system as an organization to some extent could contribute to the errors made by staff. The AHRQ survey further elaborates the seven basic elements of patient safety culture into 12 dimensions and this instrument has been used by hundreds of hospitals. It is recommended for hospitals to conduct situation analysis on patient safety culture to identify the strengths and the weaknesses as evidence to improve patient safety.*

**Keywords:** patient safety culture, the main elements of patient safety culture, AHRQ survey instrument on patient safety culture.

---

### PENDAHULUAN

Penelitian penelitian terbaru membuktikan bahwa walaupun pelayanan kesehatan di institusi kesehatan makin maju sejalan dengan perkembangan teknologi dan pen-

gobatan, tetap saja rumah sakit masih dianggap sebagai tempat yang tidak aman bagi pasien. Sebaliknya, rumah sakit lebih dilihat sebagai tempat yang sangat berbahaya bagi keselamatan pasien, salah satu faktor yang menyebabkannya adalah tidak lain karena faktor

manusianya (Domnariu 2012).

Sumpah Hipocrates pada abad 5 sebelum Masehi telah menyerukan agar dalam menangani pasien, prinsip etika yang harus ditegakkan adalah *do no harm* (Prioreshi 1995) (Jr. 7AD). Beratus tahun sesudahnya, pada tahun 1847, perlakuan dengan prinsip *do no harm* pertama kali diperkenalkan dalam budaya kedokteran di Inggris oleh W. Hooker bersamaan dengan prinsip etika pelayanan pasien yang kedua yaitu *non-maleficence* (De Roubaix 2011). Keselamatan pasien menjadi sangat terkenal di dunia kesehatan dengan munculnya tulisan the Institute of Medicine (IOM) yang berjudul *To Err is Human* (Havens & Boroughs 2000).

Dalam dua dasawarsa terakhir budaya keselamatan pasien telah menjadi pembicaraan hangat diantara para manajer, para praktisi kesehatan dan klinisi sebab diduga terdapat hubungan erat antara sifat organisasi, sifat manusia didalam organisasi dan tingkatan keselamatan pasien yang terjadi (Antonsen 2009).

Tujuan artikel ini adalah untuk melihat sejauh manakah hubungan antara sifat-sifat organisasi pemberi layanan kesehatan dengan budaya keselamatan serta elemen-elemen utama apa yang perlu untuk menumbuhkan budaya keselamatan pasien, utamanya di rumah sakit.

## METODOLOGI REVIEW SISTEMATIK

Morello (Morello et al. 2013) mengatakan pentingnya mencantumkan cara penelaahan dan penganalisisan pustaka yang dipergunakan untuk menghasilkan sebuah artikel ilmiah. Terdapat beberapa cara, yang pertama adalah meta analisis, kemudian review sistematis dan kombinasi keduanya.

Pencarian data dan informasi dikerjakan elektronik dengan membuka berbagai situs sebagai sumber data. Pembukaan situs diawali dengan membuka laman <http://lib.ui.ac.id> (bila di luar lokasi UI, maka dilakukan melalui [remote-lib.ui.ac.id](http://remote-lib.ui.ac.id), dan sesudahnya memasukkan kata sandi dan kunci untuk dapat masuk dan mengakses laman tersebut). Selanjutnya dibuka laman lain yang berhubungan dengan substansi kesehatan seperti Jstor, Ebsco dan proQuest. Sebagai tambahan dan untuk mendapatkan data-data mengenai Indonesia, juga dibuka basis data UI yang berisi tesis (*open*) mahasiswa tentang keselamatan pasien. Kriteria inklusi untuk memasukkan pustaka yang diinginkan adalah 1) artikel berbahasa Inggris dan bahasa Indonesia, 2) artikel berupa hasil penelitian dan artikel berupa hasil review sistematis dari kata kunci yang dipakai, 3) artikel diterbitkan sejak Januari 2005 sampai dengan Agustus 2016. Kata kunci adalah keselamatan pasien, organisasi rumah sakit dan ahrq, singkatan dari *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ).

Kriteria eksklusi adalah artikel dengan kata kunci diatas, namun artikel merupakan hasil penelitian uji klinik. Ekstraksi data dan analisis dari setiap artikel yang diunduh dilakukan oleh penulis. Hasil kemudian di analisis secara tematik. Selanjutnya, data disusun sesuai dengan analisis tema dan disusun dalam bentuk makalah yang naratif.

Untuk hasil pencarian artikel, dipakai instrumen *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews & Meta-Analyses* (PRISMA) dan diagram alur yang disusun berdasarkan pedoman checklist PRISMA 2009 menyisihkan secara berurutan artikel yang tidak sesuai dengan menggunakan secara berurutan kriteria kriteria identifikasi, skrining, eligibilitas dan akhirnya pengunduhan dari artikel yang diharapkan. Ditemukan sejumlah lebih dari 25432 artikel tentang keselamatan pasien yang kemudian disaring lagi dengan menambahkan kata organisasi rumah sakit dan kemudian jumlah artikel turun menjadi sekitar 12500. Selanjutnya dilakukan penyempitan pencarian dengan memasukkan kata kunci yang sesuai untuk artikel ini, yaitu AHRQ. Jumlah artikel mengecil menjadi 1400, lalu berikutnya memasukkan faktor inklusi seperti pembatasan tahun publikasi, hanya artikel berbahasa Inggris dan tidak melibatkan artikel-artikel yang berhubungan dengan klinis medis. Akhirnya, tersisa 16 artikel yang memenuhi semua persyaratan diatas. Bagan penelusuran pustaka ada dalam lampiran.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Budaya Keselamatan Organisasi

Apapun budaya yang diciptakan oleh sebuah rumah sakit untuk menjadi dasar dari pelaksanaan program-program kesehatannya, seperti budaya keselamatan pasien, atau budaya penjaminan mutu pelayanan bagi pasien, semuanya berbasis pada budaya besar, yaitu budaya organisasi rumah sakit tersebut.

Menurut *the Agency for Healthcare Research and Quality* (2004), definisi dari Budaya Keselamatan/*Safety Culture* pada organisasi adalah sebagai berikut:

*“The safety culture of an organization is the product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies, and patterns of behavior that determine the commitment to, and the style and proficiency of, an organization’s health and safety management. Organizations with a positive safety culture are characterized by communications founded on mutual trust, by shared perceptions of the importance of safety, and by confidence in the efficacy of preventive measures”.* Study Group on Human Factors. *Organising for safety: third report of the ACSNI (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations)*. Sudbury, England: HSE

*Books; 1993.(Agency for Healthcare Research and Quality 2004).*

Budaya organisasi diterjemahkan ke dalam sebuah sistem yang bertujuan untuk dapat mencapai harapan organisasi dengan selalu perlu diingat bahwa setiap sistem yang dibentuk pastilah selalu mempunyai risiko. Sebagai bagian dari budaya organisasi, maka budaya keselamatan terbentuk harus sejalan dengan struktur, manajemen organisasi dan karakter manusia manusia yang mengendalikan organisasi tersebut. Di dalam sebuah organisasi rumah sakit yang mengandalkan pelayanan kesehatan kepada pasiennya, maka budaya keselamatan diterjemahkan dalam bentuk sistem mutu pelayanan yang bertujuan agar pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, sehingga pasien akan segera sembuh dan mampu untuk beraktifitas kembali seperti kondisinya sediakala. Dapat disimpulkan bahwa budaya keselamatan pasien didalam sebuah organisasi merupakan resultante dari nilai-nilai perorangan dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, komitmen dan ketersediaan komponen-komponen lain seperti sarana, prasarana dan juga lingkungan kerja yang nyaman dan juga kondusif. (*Health and Safety Commission Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations, 1990.*)

*The World Alliance For Patient Safety (World Alliance For Patient Safety 2011)* kemudian menurunkan definisi dari budaya keselamatan pasien, khususnya di institusi pelayanan kesehatan sebagai berikut:

*“a culture that exhibits the following five high level attributes that health-care professionals strive to operationalize through implementation of strong safety management systems; (1) a culture where all health-care workers (including front line staff, physicians, and administrators) accept responsibility for the safety of themselves, their co-workers, patients, and visitors; (2) a culture that prioritizes safety above financial and operational goals; (3) a culture that encourages and rewards the identification, communication, and resolution of safety issues; (4) a culture that provides for organizational learning from accidents; (5) a culture that provides appropriate resources, structure, and accountability to maintain effective safety systems.”*

### **Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit**

#### *Model Reason*

Seorang psikologis asal Inggris bernama James Reason

(Dominariu,2012),(Albrecht 2015) (Stein & Heiss 2015) mengembangkan model timbulnya kecelakaan yang bisa terjadi di organisasi apapun dan dimanapun . Model nya diberi nama *A mental model of safety systems* atau *the Health Care Error Proliferation Model* atau *the Swiss Cheese Model* (Gambar 1). Model ini dikembangkan sesudah penyelidikan pada berbagai kecelakaan seperti kecelakaan penerbangan, nuklir, yang semuanya berakhir pada kesimpulan bahwa sangatlah sulit untuk menunjuk atau menuding hanya satu orang untuk bertanggung jawab pada kecelakaan yang terjadi. Model Reason kemudian diadopsi menjadi salah satu konsep bila membahas tentang keselamatan pada pasien.

*Model Reason* membedakan dua jenis kesalahan, yang pertama adalah kesalahan laten (*latent error*), yaitu kesalahan atau cacat atau defek yang bisa atau sedang terjadi pada sistem, organisasi, manajemen, pelatihan dan sarana prasarana yang menyebabkan staf rumah sakit yang berhubungan langsung dengan pasien melakukan kesalahan.

Kesalahan yang kedua disebut sebagai kesalahan aktif (*active error*) yaitu kesalahan yang benar benar terjadi yang dilakukan pada kelompok staf rumah sakit yang langsung berhadapan dan melayani pasien .

Untuk menjelaskan kesalahan laten dan juga kesalahan aktif, maka model Reason divisualisasikan sebagai sebuah “sistem” yang terdiri dari banyak lapisan lapisan keratan keju (subsistem) yang berlubang lubang. Lubang lubang dalam keratan keju melambangkan kesalahan laten yaitu cacat atau defek atau kesalahan yang bisa saja terjadi pada subsistem. Sebagai contoh, misalnya di sebuah rumah sakit, belum terbentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS). Kesalahan yang sangat besar akan terjadi bila lubang-lubang pada keratan-keratan keju tersebut berada sejajar dan juga beraturan sehingga kesalahan akan “ menembus” setiap keratan secara garis lurus sampai ke ujung. Contoh, misalnya pada subsistem kebijakan, belum terdapat keharusan untuk membentuk tim KPRS, pada subsistem pelayanan pasien, belum ada cara pencatatan pelaporan kejadian yang tidak diinginkan dan seterusnya. Adapun kesalahan-kesalahan laten ini berujung pada kesalahan aktif yaitu kesalahan yang dilakukan oleh staf rumah sakit yang secara langsung berhadapan dan melayani para pasien, yang pada *model reason* dikelompokkan kedalam mereka mereka yang berada pada *sharp end*, sedangkan kelompok yang tidak berhadapan dan tidak melayani pasien secara langsung, tetapi terlibat dalam melakukan kesalahan laten, seperti para direktur rumah sakit oleh Reason masuk ke dalam kelompok *blunt end*.

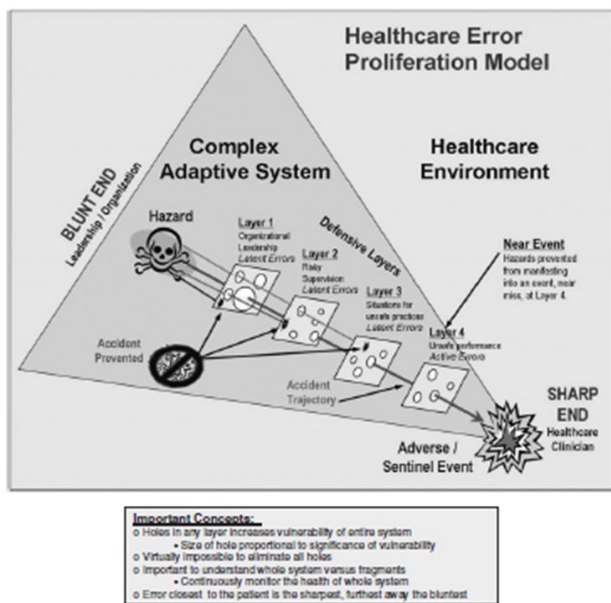


Fig. 1. Health Care Error Proliferation Model. Source: Based on Concepts from Reason (1990, 1998). Artistic and Graphic Assistance by Larry Reising.

**Gambar 1. the Swiss Cheese Model dari Reason**

Sumber : Palmier Patrick A. i, Patricia R. DeLucia, Lori T. Peterson, Tammy E. Ott and Alexia Green, *The Anatomy and Physiology of Error in Adverse Health Care Events in Patient Safety and Healthcare Management* Edited Editor Grant Savage and Eric W. Ford, Texas Tech University, USA (p 41-56)

Model ini menitik beratkan bahwa semua kesalahan medis yang tidak diinginkan harus dicari akar penyebabnya dan tidak hanya menganalisis kesalahan yang dilakukan oleh staf yang secara langsung menangani pasien. Menurut Charles Vincent dalam Domnariu ( 20) akar penyebab bisa saja berkisar dari tidak tersedianya ceklist atau prosedur standar untuk melakukan sebuah prosedur medis, atau kelelahan staf, atau keengganan staf klinis (dokter atau perawat) untuk menyatakan pendapatnya bila mencurigai terjadinya sebuah kesalahan. Hal hal demikian justru merupakan ancaman terbesar bagi keselamatan pasien, tetapi koreski masih mungkin dilakukan dengan menganalisis secara rinci faktor manusia di dalam organisasi. James Reason mengemukakan bahwa 70% kesalahan medis disebabkan oleh faktor manusia terutama dalam aspek komunikasi di dalam organisasi, dalam hal kepemimpinan dan kerjasama dalam tim, kohesi, dan dinamika, yang semuanya merupakan ancaman keselamatan pasien.

**Pendekatan Tradisional dan Sistem dalam Upaya Memperkecil Budaya Kesalahan**

Pendekatan tradisional (*the traditional approach*) menilai bahwa orang terpelajar, berpendidikan tinggi, dan juga dipercaya dapat melakukan tindakan dengan baik, tidak akan berbuat kesalahan. Namun sebaliknya, orang yang tidak berkompetenlah yang berpotensi untuk melakukan

kesalahan dan oleh karenanya membutuhkan hukuman dengan harapan bahwa hukuman akan membuat orang menjadi jera dan juga menjadi lebih berhati-hati dalam bertindak .Ternyata, menghukum justru berakibat buruk sebab para pelaku kesalahan akhirnya tidak berani mengemukakan kesalahannya, sehingga korban ataupun atasan tidak mengetahui sama sekali tentang kesalahan yang diperbuat. Ditambah lagi dengan buruk atau tidak adanya sistem pelaporan menyebabkan pembelajaran atas perbuatan yang salah tidak dimungkinkan. Sering kali, kesalahan sengaja ditutupi untuk menghindari tuntutan hukum. Cara berpikir tradisional ini justru menumbuhkan kecurigaan dan merupakan langkah mundur dalam hal pemberian layanan dan pengobatan pada pasien.

Pada tahun 1999, terjadi perubahan pola pikir didasarkan pada: pertama, bahwa kesalahan medis klinis paling sering terjadi dibandingkan dengan kesalahan lain, dan banyak yang dapat dicegah. Kedua, bahwa kesalahan aktif yang dilakukan oleh kelompok *sharp end* pada model Reason, merupakan akibat dari kesalahan latent yang dilakukan oleh kelompok *blunt end* pada model tersebut .

Karenanya, dikatakan bahwa tidaklah sepadan dan tidak sepenuhnya tepat menghukum individu rumah sakit yang melakukan kesalahan pada pasien tersebut, sebab mungkin sekali bahwa kesalahan yang terjadi pada *sharp end* adalah sebagai akibat kesalahan laten yang ada pada sisi *blunt end*, dan bila demikian, maka kesalahan pada *sharp end* akan berulang selama kesalahan laten tidak ditangani.

Di awal, unsur-unsur pada *blunt end* lebih sering dikenal dengan unsur kebijakan dan proses di dalam organisasi rumah sakit yang secara perlahan membentuk perilaku individu yang bekerja pada *sharp end*. Sebagai contoh, misalnya, budaya organisasi di rumah sakit milik keluarga yang budayanya bersifat *laizes faire* atau kekeluargaan, sehingga budaya itu juga terbentuk pada kelompok staf di *sharp end*, sebagai contoh, misalnya tindakan ataupun pelayanan pasien yang dilakukan dengan santai padahal seharusnya hal tersebut dilakukan dengan cepat, sehingga berisiko dterjadi kesalahan.

**Elemen-Elemen Utama Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit**

Christien E. Sammers et al (Sammer et al. 2010) bersama dengan Starvianopoulos (Stavrianopoulos 2012) telah mengidentifikasi 7 elemen utama keselamatan pasien di institusi pelayanan kesehatan yaitu:

- 1) kepemimpinan,
- 2) kerjasama dalam tim,
- 3) berbasis data,
- 4) komunikasi ,
- 5) budaya belajar,
- 6) keteradilan - *the just culture*, serta
- 7) fokus utama pada pasien.

## 1. Kepemimpinan

Dickey (Ungerleider dan Ungerleider 2011) telah menyarankan bahwa budaya keselamatan pasien harus dimulai dari pimpinan rumah sakit dan juga direksi, utamanya direktur medis (*chief executive officer* /CEO). Budaya ini kemudian perlu diteruskan kepada setiap pimpinan pada hirarki dibawahnya. Di tahun 2002, Dennis O'Leary, Presiden dari *the Joint Commission* menyatakan bahwa para pimpinan rumah sakit banyak yang menganggap keselamatan pasien tidak penting.

Di tahun 2004, Lucian Leape yang dikenal sebagai bapak keselamatan pasien di Amerika Serikat. Dalam artikel yang memuat wawancara dengannya (Grazier 2008), (Buerhaus 2004), tertulis bahwa ketidakhadiran kepemimpinan adalah kendala utama dalam upaya menegakkan keselamatan pasien di institusi pelayanan kesehatan. Leape menceritakan pengalamannya bahwa ketika ia memberikan ceramah tentang keselamatan pasien, para pimpinan rumah sakit yang hadir dapat dihitung dengan jari.

Beberapa penelitian di luar negeri mengamati bahwa peranan pemimpin merupakan elemen kunci untuk merancang strategi dan membangun struktur rumah sakit yang bisa menjadi acuan dalam membentuk dan memelihara budaya keselamatan pasien (NQF, 2006 dalam Sammer (2010). Sammers menuliskan bahwa beberapa rumah sakit yang pola kepemimpinannya sangat pro pasien, dengan giat mengambil langkah-langkah untuk meningkatkan keselamatan pasien. *The Children's National Medical Center* in Washington, DC misalnya, melaporkan perubahan yang signifikan dalam menjaga keselamatan pasien di rumah sakit tersebut sejak pimpinan rumah sakit mengumumkan perubahan budaya kinerja demi keselamatan pasien. Mercy Health System, St. Louis menggabungkan keselamatan pasien dengan nilai moral dan elemen teologis (Ballard, 2006). Di Inggris keselamatan pasien yang menjadi prioritas organisasi rumah sakit ternyata behubungan dengan menurunnya keluhan pasien. Pimpinan rumah sakit tersebut secara nyata menunjukkan keseriusan mereka terhadap keselamatan pasien dengan berkunjung secara berkala ke unit unit pemberi pelayanan.

## 2. Kerjasama dalam Tim

Kerjasama tim: semangat kolegalitas dan kolaborasi harus terjadi di antara para eksekutor dan staf yang langsung berhubungan dengan para pasien. Hubungan kerjasama yang terbuka, dapat dipercaya, saling hormat dan dinamis diwarnai oleh struktur dan ciri anggota tim, status, hirarki dan aturan main dalam tim tersebut. Di zaman modern ini, ternyata masih banyak dokter yang menempatkan dirinya lebih superior daripada profesi lainnya. Adapun rumah sakit sebagai organisasi yang

memperkerjakan berbagai profesi harus mampu dalam mengatasi hal ini, bila tidak, maka tidak akan pernah tercapai kerjasama tim dengan baik, sebab jelas dengan waham superioritas tidak akan mungkin menciptakan kedudukan yang sejajar dalam sebuah team. Rumah sakit harus menekankan bahwa yang paling superior adalah pasien, dan bukan superioritas diantara profesi. Oleh karenanya, setiap profesi, dengan keunggulannya masing masing wajib memberikan pelayanan terbaik demi pasien.

## 3. Berbasis Data

Berbagai penelitian di luar negeri membuktikan bahwa rumah sakit yang mempunyai sistem informasi yang baik, cenderung berhasil dalam menumbuhkan budaya keselamatan pasien yang baik (Sammer, 2010). Tim ahli WHO baru baru ini mengeluarkan standar ceclis yang harus digunakan oleh tim sebelum melakukan tindakan bedah.(Aveling et al. 2015).

Walau dampak dari kurangnya sumber daya dan juga lemahnya tatakelola, namun juga ditemukan bahwa akar masalah adalah pada faktor manusia, yang diaman mana sama, sumber daya, budaya dan perilaku.

Rumah sakit yang berbasis data mempunyai keunggulan dalam hal belajar dari kesalahan dan dari kesuksesan sebab memiliki data untuk menelusuri dan menganalisis permasalahan sampai ke akarnya. Rumah sakit harus transparan dalam melaporkan setiap kejadian yang tidak diinginkan yang perlu diperbarui secara reguler.

## 3. Komunikasi

Pada tingkat apapun jabatannya, setiap staf di rumah sakit mempunyai hak untuk berbicara. Pada tahun-tahun terakhir, ditenggarai oleh para ahli yang mengadvokasi pentingnya penciptaan komunikasi yang efektif dan kerja team dalam memberikan pelayanan pada pasien. Kegagalan komunikasi paling banyak terjadi pada laporan kejadian sentinel. Perlu ada instrumen yang standar untuk komunikasi, juga suasana psikologis yang aman untuk membahas kesalahan yang dilakukan sehingga individu merasa nyaman membahasnya. Tim kerjasama yang efektif dan juga esensial, di mana mengartikulasikan *goal* dengan jelas dan membuat keputusan secara kolektif berdasar masukan anggota tim (Frush 2008). Penelitian telah membuktikan bahwa masalah komunikasi merupakan salah satu penyebab utama dalam keselamatan pasien. Seperti misalnya, kualitas informasi pasien pada rekam medis, status banyak staf rumah sakit tidak berani melapor ketika melakukan kesalahan, informasi penting tentang pasien tidak disampaikan pada waktu pengalihan shift petugas, dokter tidak menyampaikan instruksinya secara jelas.

Frankel et al., 2003 dan Bonacum, 2004 dalam Frush 2008 mengemukakan betapa pentingnya melakukan sesi briefing setiap pagi sebelum memulai kegiatan Petugas apda *sharp end* ingin mengetahui apakah pemdaatnya didenagr, karenanyua perlu diciptakan mekanisme umpan balik.

Penelitian di 42 rumah sakit di Taiwan menggunakan survai AHRQ (Chen & Li 2010) menemukan bahwa hampir semua merespon positif terhadap 12 dimensi budaya keselamatan pasien. Staf RS merasakan bahwa rumah sakit mereka sangat positif terhadap budaya keselamatan pasien, dengan dimensi kerjasama tim dalam unit mencapai nilai tertinggi. Dimensi dengan nilai terendah adalah Staffing. Adapun analisis statistik menemukan adanya perbedaan di rumah sakit Taiwan dengan rumah sakit di Amerika Serikat dalam hal 3 dimensi, yaitu *Feedback and communication about error*, *Communication openness*, dan *Frequency of event reporting*. Hal ini mungkin karena masing-masing negara mempunyai budaya yang berbeda.

#### 5. Budaya Belajar

Budaya belajar tercipta bila budaya rumah sakit telah menetapkan bahwa setiap kesalahan baik pada sistem ataupun perorangan harus dianggap sebagai substansi pembelajaran dan tidak saling menyalahkan. Kesalahan justru menjadi pemicu untuk dapat belajar, menjadi peringatan untuk tidak melakukan kesalahan yang sama dan menjadi kesempatan untuk dapat meningkatkan penampilan kinerja.

Budaya belajar harus dimulai dari pimpinan rumah sakit dalam bentuk kemauan dan juga keinginan untuk membangun dan meningkatkan mutu pelayanan, tidak hanya belajar dari kesalahan internal tetapi juga dari hubungan erat hubungannya dengan pelayanan pasien di luar rumah sakit seperti halnya perusahaan farmasi, perusahaan peralatan medis dan lain-lain.

Staf rumah sakit yang berada pada kelompok *sharp end* ingin mengetahui apakah keluhannya didengar dan juga diperhatikan oleh kelompok *blunt end*. Dalam hal ini, umpan balik (*feedback*) yang transparan dipercaya menjadi sangat penting untuk diciptakan.

#### 6. Keteradilan - *the Just Culture*

*Just Culture* adalah budaya yang melihat kesalahan sebagai akibat kegagalan sistem ketimbang kesalahan individu, dan pada saat bersamaan si pelaku perlu diminta pertanggung jawaban tanpa menghukum.

Lucian Leape dan beberapa penulis lain menjelaskan bahwa budaya keselamatan pasien yang tradisional adalah budaya menghukum sebab pemikiran yang berlaku adalah bahwa pemberi layanan mempunyai

kebebasan dan tjuga angung jawab penuh dalam menentukan tindakan pelayanan. Karenanya, kesalahan yang dilakukannya harus dipertanggung jawabkan dan dihukum. Tiga jenis kesalahan yang dikenal pada saat itu adalah kesalahan ringan, kesalahan yang dapat mengakibatkan risiko dan kesalahan besar yang mana akibatnya tidak dapat diperbaiki. Apakah kesalahan ini akan berulang? Ya, terlebih apabila pelayanan pasien dilakukan dalam suasana yang kaotik, penuh gangguan konsentrasi atau ditengah malam ketika konsentrasi dalam batas ambang terendah.

Mengacu pada budaya keselamatan tradisional di atas, maka organisasi yang bernama *Outcome Eengineering* mengembangkan model budaya keselamatan pasien yang diberi nama *the Just culture model*. Menurut model ini, apabila terjadi kesalahan, maka bukan pelakunya yang harus dihukum, melainkan sistemnya juga yang harus ditinjau ulang. Model *Just Culture* memberikan pedoman merubah budaya keselamatan pasien yang konvensional ke budaya keselamatan pasien yang baru.

Alamedine dkk (Alameddine et al. 2015) melakukan penelitian tentang kesiapan dokter dan perawat dalam rangka memberikan pelayanan aman kepada pasien dan juga keterkaitannya dengan kompetensi dan akreditasi pelayanan kesehatan di Lebanon. Ternyata, kelompok perawat adalah yang paling tidak merasa siap untuk memberikan pelayanan yang aman dengan alasan beban kerja terlalu besar dan ketakutan untuk dihukum bila melaporkan kesalahan.

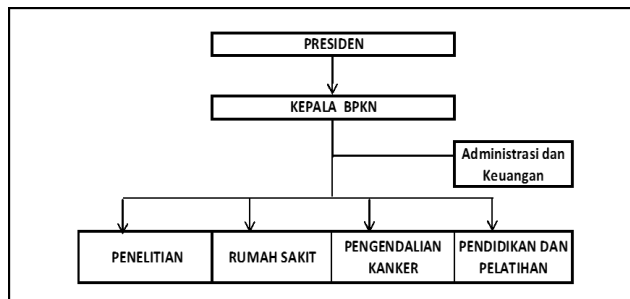
Karakteristik dari *Just culture* adalah saling percaya, tidak menghukum bila berbuat kesalahan dan tidak menciptakan suasana menyalahkan bila seseorang melaporkan kesalahan yang dibuatnya.

#### 7. Fokus Utama pada Pasien

Pasien tidak hanya peserta aktif dalam skenario pengobatannya namun pasien juga perlu dilihat sebagai penghubung antara rumah sakit dengan masyarakat. Kesuksesan rumah sakit dalam menyembuhkan pasien akan diteruskan kepada masyarakat dan hal inilah yang akan membuat rumah sakit dikenal dan eksis.

Adalah menjadi tanggung jawab pemimpin rumah sakit untuk menjadikan fokus pada pasien sebagai nilai utama di rumah sakit nya .Pemimpin rumah sakit harus senantiasa menantang dan mendukung kebutuhan seluruh stafnya untuk selalu berfokus dan menjaga keselamatan pasien . Kisah sukses pasien perlu didengar dan dapat dijadikan alat motivasi unuk meningkatkan keselamatan pasien.

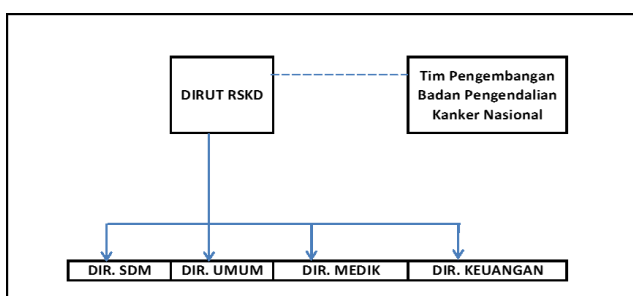
Dari hasil telaah pustaka (NCC; Australia 2009; NCI 2011) 22, 9.b, 8.b wawancara dan juga CDMG (*Consensus Decision Making Group*), maka bentuk ideal lembaga pengendalian kanker di Indonesia adalah seperti gambar 5. berikut.



**Gambar 5. Struktur Organisasi Badan Pengendalian Kanker Nasional (BPKN)**

Gambar struktur BPKN dalam bentuk LNS (Lembaga Non Struktural) di atas merupakan struktur organisasi ideal yang diharapkan. Untuk dapat mendirikan BPKN dengan bentuk ideal dan memenuhi kriteria pembentukan, maka dibutuhkan sebuah tim pengembangan khusus sebagai bentuk antara. Adapun tim pengembangan sangat berperan dalam merumuskan bentuk BPKN yang ideal di bawah Presiden atau Menteri Kesehatan. Pada gambar di atas juga ditunjukkan bahwa dengan dibantu oleh Administrasi dan Keuangan, Kepala BPKN membawahi urusan penelitian, Rumah Sakit, pengendalian kanker, serta pendidikan dan pelatihan.

Agar tim tersebut dapat menjalankan perannya dengan maksimal, maka perlu dipikirkan bentuk, keberadaan dan keberlangsungan dari tim ini. Dari hasil analisis situasi, telaah pustaka dan juga telaah data sekunder, maka peneliti mengusulkan bentuk seperti pada gambar 6. berikut ini



**Gambar 6. Gambar Tim Pengembangan Pusat Kanker Nasional**

Struktur di atas diusulkan berbentuk tim dan berkoordinasi langsung dengan Dirut RSKD. Bentuk ini dipilih dengan beberapa pertimbangan, di antaranya adalah:

- Merupakan bentuk antara yang berfungsi memastikan terbentuknya BPKN dengan bentuk ideal.
- Merupakan bentuk yang feasible untuk kondisi saat ini.
- Koordinasi di bawah Presiden yang berbentuk LNS atau pun di bawah Menteri Kesehatan belum memungkinkan

mengingat reformasi birokrasi yang sedang digalakkan oleh Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara.

- Apabila dilihat dari sisi kebijakan, bentuk tersebut lebih terlihat memungkinkan karena Direktur RSKD dapat mengusulkan bentuk ini ke Kementerian Kesehatan.
- Memberikan kemudahan dalam hal mobilisasi sumber daya.
- Menjamin akuntabilitas dalam kegiatannya.

Kedepannya, tim pengembangan ini akan beranggotakan beberapa orang yang memiliki integritas dan semangat tinggi. Tim merupakan perwakilan dari *stakeholder* dalam upaya pengendalian kanker seperti dari kalangan profesi, Rumah Sakit khusus kanker, Kementerian Kesehatan, dan juga akademisi.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil penelitian, maka dapat disimpulkan bahwa jejak perkembangan penyakit kanker di Indonesia menunjukkan tren yang terus meningkat dengan angka kematian yang diakibatkan oleh *non communicable disease* yang juga menunjukkan tren yang terus menerus meningkat, di mana di dalamnya kanker menempati urutan ketiga. Pembiayaan untuk penyakit kanker juga menunjukkan tren yang terus meningkat. Besar kemungkinan, hal ini disebabkan karena pemerintah belum juga memiliki kebijakan pengendalian kanker yang mampu laksana, sehingga sebagian besar biaya dihabiskan untuk pengobatan.

RS Kanker “Dharmais” sebagai pusat rujukan pelayanan kanker berada di posisi yang hampir sama dengan rumah sakit lainnya, sebagai contoh RSCM dalam hal pelayanan, pendidikan, pendidikan dan kegiatan pengendalian kanker. RSKD sedikit lebih unggul dikarenakan memiliki kekuatan hukum sebagai pusat rujukan kanker dan perannya sebagai koordinator dalam registrasi kanker.

Seluruh informan dalam penelitian ini sepakat menyatakan pentingnya memiliki sebuah lembaga nasional yang aktif berperan dalam pengendalian kanker secara komprehensif. Bentuk lembaga yang paling ideal untuk fungsi di atas adalah sebuah lembaga non struktural dengan nomenklatur Badan Pengendalian Kanker Nasional (BPKN) yang mana berada di bawah Presiden. Namun, untuk mencapainya dibutuhkan bentuk antara yang disebut Tim Pengembangan Badan Pengendalian Kanker Nasional (TP BPKN).

Untuk menjamin keberlangsungan dan akuntabilitasnya, tim pengembangan tersebut akan berada di dalam wadah yang akan berkoordinasi dengan Direktur Utama RSKD. Strategi dan indikator kinerjanya dijabarkan ke dalam 4 perspektif *balanced scorecard*, yaitu perspektif keuangan, perspektif konsumen, perspektif proses bisnis internal, serta perspektif pertumbuhan dan pembelajaran.

Dari hasil penelitian ini disarankan:

1. Segera dilakukannya pembentukan tim pengembangan BPKN.
2. Mengajukan usulan pembentukan Tim Pengembangan BPKN ke Kementerian Kesehatan untuk dibuatkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan.
3. Menyusun target dan juga kegiatan untuk memenuhi indikator kinerja TP BPKN.
4. Perlunya penelitian lanjutan yang melihat lebih banyak dari sisi kebijakan pendirian sebuah lembaga baru.

#### DAFTAR RUJUKAN

1. World Health Organization (WHO). (2011). *Global Status Report on Non-Communicable Diseases 2010 y. Burden: Mortality, Morbidity, and Risk Factors*. Geneva: World Health Organization.
2. GLOBOCAN. (2010). *Estimate Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Disability-Adjusted Life Years (DALYs) Worldwide in 2008* dalam <<http://globocan.iarc.fr/>> (diakses pada 6 Februari 2013).
3. DeVita, V. T., T. S. Lawrence, et al., Eds. (2011). *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology*. Global Cancer Incidence and Mortality Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Business.
4. Balitbangkes. (2013). *Penyajian Pokok-Pokok Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
5. Litbangkes. (2008). *Riset Kesehatan Dasar 2007: Laporan Nasional 2007 Badan*. Jakarta, Kementerian Kesehatan.
6. IOM (2013). *Delivering Affordable Cancer Care in the 21st Century: Workshop Summary. National Cancer Policy Forum. M. P. Erin Balogh, and Sharyl J. Nass*. Washington: The National Academies Press.
7. National Cancer Institute (NCI). (2011). *The NCI (National Cancer Institute) dalam* <<http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/NCI/NCI>>.
8. National Cancer Center (NCC). (2011). *NCC Mission dalam* <<http://ncc.re.kr/english/about/mission.jsp>> (diunduh pada 8 Februari 2013).
9. Australia, C. (2009). *Cancer Australia: Annual Report 2008-2009*. Dickson Cancer Australia.
10. RSKD. (2011). *Rencana Strategi Bisnis Rumah Sakit Kanker Dharmais "Sebagai Comprehensive Cancer Center Tahun 2011-2014*. Jakarta: RS Kanker Dharmais.
11. Rustapa, A.K. (2000). *Sekitar Pembangunan Rumah Sakit Kanker Dharmais*. Jakarta: Yayasan Ilmu Memajukan Penyakit Dalam (YMIP).
12. World Health Organization (WHO). (2013). *Cancer dalam* <<http://www.who.int/topics/cancer/en/index.html>>.
13. World Health Organization (WHO). (2013). *National Cancer Control Programmes dalam* <<http://www.who.int/cancer/nccp/en/>>.
14. World Health Organization. (2013). *Physical Activity Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health dalam* [www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html) (diunduh pada 28 Mei 2013).
15. NCC. (2012). *Cancer Facts & Figures 2012*. Seoul: National Cancer Center.
16. David, F. R. (2009). *Strategic Manajement Manajemen Strategis, Konsep*. Jakarta, Salemba Empat.
17. Ronchetti, J.L. (2006). *An Integrated Balanced Scorecard Strategic Planning Model for Nonprofit Organizations*. Journal of Practical Consulting 1.
18. Zimmerman, J. (2004). *Using a Balanced Scorecard in a Nonprofit Organization*.
19. Berg, BL. (2001). *Qualitative Research Methods For Social Sciences*. Needham Heights, Allyn & Bacon.
20. Green, J. and N. Thorogood (2004). *Qualitative Methods for Health Research*. London: SAGE Publications.
21. Notoadmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
22. NCC. *National Cancer Control Program dalam* <<http://ncc.re.kr/english/programs/intro.jsp>> (diunduh pada 16 Maret 2013).