

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Karya Bhakti Pratiwi Bogor Tahun 2015

Factors Associated With Patient Safety Culture in Karya Bhakti Pratiwi Bogor Hospital 2015

Yulia Yasmi¹, Hasbullah Thabrany²

^{1,2}Program Pasca Sarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit Indonesia
Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

*E-mail: yuliyasmi@gmail.com

ABSTRAK

Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di RSKBP berkisar antara 0,31% sampai dengan 3,01% dengan angka kematian 2,22%. IKP di RSKBP dinilai masih *under reporting* karena sebagian besar IKP tidak dilaporkan. Membangun budaya keselamatan pasien merupakan elemen penting untuk meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui budaya keselamatan pasien dan faktor-faktor yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien di RSKBP tahun 2015. Penelitian dilakukan bulan Maret s/d April 2015, dengan sampel 115 responden. Desain penelitian *explanatory sequential*. Analisa data dilakukan dengan *regresi logistic*. Penelitian menunjukkan budaya keselamatan pasien di RSKBP masih kurang. Faktor-faktor yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien di RSKBP adalah umpan balik laporan insiden ($p=0,021$ $\alpha=0,05$, OR= 15,516) budaya tidak menyalahkan ($p=0,019$ $\alpha=0,05$, OR= 14,396) dan budaya belajar ($p=0,006$ $\alpha=0,05$, OR= 0,096). Disarankan agar RSKBP dapat memperbaiki budaya keselamatan pasien dengan upaya yang komprehensif dan terstruktur.

Kata kunci: Keamanan pasien; budaya keselamatan pasien; faktor yang terkait dengan budaya keselamatan pasien.

ABSTRACT

Adverse even (AE) in RSKBP ranged from 0.31% to 3.01% with a mortality rate of 2.22%. AE in RSKBP still considered under-reporting because most AE not reported. Building a culture of patient safety is an important element to improve patient safety and quality. This research aims to know the culture of patient safety and the factors related to the patient safety culture in RSKBP 2015. The study was conducted in March to April 2015, with a sample of 115 respondents it is *Sequential explanatory research design*. The data analysis with *regression logistic*. Patient safety culture in RSKBP still lacking. Factors related to the patient safety culture in RSKBP feedback is incident report ($p = 0.021$ $\alpha = 0.05$, OR = 15.516) culture is not to blame ($p = 0.019$ $\alpha = 0.05$, OR = 14.396) and a learning culture ($p = 0.006$ $\alpha = 0.05$, OR = 0.096). RSKBP suggest to improve patient safety culture with a comprehensive and structured efforts.

Keywords: Patient safety; patient safety culture; factors related to the patient safety culture.

PENDAHULUAN

Keberagaman dan kerutinan pelayanan di rumah sakit apabila tidak dikelola dengan baik dapat mengakibatkan terjadinya kejadian tidak diharapkan (KTD) atau *Adverse Event*, yang mengancam keselamatan pasien (Depkes, 2006).

Keselamatan pasien menjadi perhatian dunia sejak *Institute of Medicine (IOM)* melaporkan hasil penelitiannya di Amerika Serikat tahun 2000 “*To Err Is Human*” bahwa di Utah dan Colorado ditemukan KTD sebesar 2,9% dimana 6,6% diantaranya meninggal. Sedangkan di New York, 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 tahun, berkisar 44.000 – 98.000 pasien”. (Depkes RI, 2008). Angka ini sebanding dengan 1 pesawat jumbo jet berpenumpang 268 orang jatuh setiap tahun dalam satu tahun (Lumenta, 2011). Publikasi WHO pada tahun 2004 dari penelitian *World Alliance for Patient Safety Forward Program*, di berbagai Negara (Amerika, Inggris, Denmark dan Australia) menyatakan “*Adverse event* dalam pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit berkisar antara 3-16% (Depkes RI, 2006).

Di Indonesia data tentang KTD apalagi kejadian nyaris cedera (KNC) masih langka (Depkes RI, 2008). Dari beberapa penelitian diperoleh data bahwa insiden keselamatan pasien berdasarkan provinsi pada tahun 2007 adalah sebagai berikut: provinsi DKI Jakarta menempati urutan tertinggi yaitu 37,9%, Jawa Tengah 15,9%, D.I. Yogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Sumatra Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Aceh 1,07% dan Sulawesi Selatan 0,7% (Budiharjo, 2008 dalam Puspitasari, 2015). Angka di atas belum mewakili KTD yang sebenarnya di Indonesia karena pelaporan insiden masih rendah (Depkes RI, 2008). Menurut Smits (2008) dalam Rahmawati (2011) 50 % dari KTD merupakan kejadian yang dapat dicegah. *National Patient Safety Agency (NPSA)*, menyatakan bila terjadi satu KTD berat berarti telah terjadi 25 KTD ringan dan 300 Kejadian Nyaris Cedera (KNC) (Lestari, 2013).

Di rumah sakit Karya Bhakti Pratiwi keselamatan pasien menjadi prioritas, akan tetapi KTD selalu terjadi setiap bulan hampir di semua unit dengan

akibat yang bervariasi. Mengingat pentingnya program keselamatan pasien agar RSKBP tetap bisa mempertahankan eksistensinya dan untuk meningkatkan mutu pelayanan serta memberikan jaminan terhadap pengguna jasanya maka diperlukan upaya untuk dapat menurunkan dan mencegah KTD ini dimasa yang akan datang sehingga keselamatan pasien di RSKBP semakin baik.

Weaver et al (2013) mengatakan bahwa “*Developing a culture of safety is a core element of many efforts to improve patient safety and care quality*” “*Safety culture refers to the way patient safety is thought about, structured and implemented in an organization* (Kristensen, S).

Sehubungan dengan kondisi di atas, yang menjadi permasalahan adalah belum diketahuinya budaya keselamatan pasien di RSKBP dan faktor yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien tersebut, karena belum pernah dilakukan penelitian mengenai hal ini. Oleh karena itu dirasa perlu melakukan penelitian mengenai budaya keselamatan pasien dan faktor-faktor yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien di RSKBP tahun 2015 sehingga dapat dibuat perencanaan kegiatan untuk peningkatan keselamatan pasien dimasa yang akan datang

TINJAUAN PUSTAKA

Keselamatan pasien rumah sakit adalah: suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan yang lebih aman melalui upaya-upaya, mengidentifikasi resiko, pengelolaan resiko, belajar dari resiko yang terjadi agar tidak terulang dimasa yang akan datang. Dengan lebih sederhana dapat dikatakan keselamatan pasien rumah sakit adalah mencegah kejadian yang tidak diinginkan, apabila tidak dapat dicegah diupayakan agar tidak terulang, melalui upaya belajar dari kesalahan. Keselamatan merupakan prinsip dasar dalam pelayanan pasien dan komponen kritis dari manajemen mutu. (WHO, 2004 dalam Lumenta, 2011).

WHO pada tanggal 2 Mei 2007 menerbitkan panduan “*Nine life-saving patient safety solution*” Sembilan solusi keselamatan pasien rumah sakit

(KKP-RS, 2008) yaitu: perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*Look Alike, Sound- Alike Medication Name*), pastikan identifikasi pasien, komunikasi secara benar saat serah terima atau pengoperan pasien, pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar, kendalikan cairan elektrolit pekat, pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan, hindari salah kateter dan salah sambung selang gunakan alat injeksi sekali pakai, tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

KKP-RS dalam Panduan Nasional keselamatan Pasien Rumah sakit membuat sistematis langkah penerapan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) yang terdiri dari 3 fase yaitu: fase persiapan, fase pelaksanaan dan fase evaluasi.

1. Fase Persiapan:

Menetapkan kebijakan, rencana jangka pendek dan program tahunan keselamatan pasien rumah sakit.

2. Fase Pelaksanaan

Deklarasi gerakan Keselamatan pasien, program 7 langkah keselamatan pasien, penerapan standar akreditasi keselamatan pasien, buat unit sebagai model (*pilot project*), buat program-program kususterkait keselamatan pasien seperti, program cuci tangan, dokter penanggung jawab pasien, pelaporan dan sebagainya, bentuk forum diskusi periodik untuk pengembangan KPRS.

3. Fase Evaluasi

Evaluasi menyeluruh setahun sekali untuk memperbaiki program KPRS.

Mengacu pada hal tersebut, maka RS harus merancang proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Proses perancangan tersebut harus mengacu pada visi, misi dan tujuan RS, 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", yaitu: (Depkes RI, 2008).

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien. Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
2. Pimpin dan dukung staf anda. Bangunlah komitmen dan fokus kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit anda.
3. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan assessmen hal yang potensial.
4. Kembangkan sistem pelaporan. Pastikan staf anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian atau insiden serta RS mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS)
5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien
6. Belajar dan berbagi sebuah pengalaman tentang keselamatan pasien. Dorong staf anda untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul
7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien. Gunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

Terkait dengan upaya-upaya keselamatan pasien untuk menekan angka kejadian tidak diinginkan di rumah sakit, diyakini bahwa upaya menciptakan atau membangun budaya keselamatan (*safety culture*) merupakan langkah pertama dalam langkah-langkah mencapai keselamatan pasien, sebagaimana tercantum pula dalam langkah pertama dari konsep "Tujuh Langkah Menuju keselamatan pasien RS" di Indonesia, yaitu "Bangun Kesadaran akan Nilai keselamatan pasien, ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil" (Depkes, 2008).

Inti dari budaya keselamatan pasien adalah keyakinan karyawan tentang pentingnya keselamatan, yang ditunjukkan melalui sikap, norma-norma yang berlaku dan perilaku termasuk nilai-nilai yang menjadi asumsi dasar tentang bagaimana bertindak, "The essence of safety culture resides in employee's beliefs about the importance of safety, including their values, norms, attitudes and basic assumptions, It is demonstrated through attitudes, accepted norms and behaviors. It is about how things work and "the way things are done around here" (Kristensen, S).

Keselamatan pasien adalah sebuah transformasi budaya, dimana budaya yang diharapkan adalah budaya keselamatan, budaya tidak menyalahkan, budaya lapor dan budaya belajar. Dalam proses ini diperlukan upaya transformasional yang menyangkut intervensi multi tingkat dan multi dimensional yang terfokus pada misi dan strategi organisasi, *leadership style*, serta budaya organisasi. Keberhasilan transformasi 70%-90 % ditentukan oleh peran *leadership* dan sisanya (0% - 30%) oleh peran *managership* (Adib, 2012).

Menurut *Agency of Healthcare Research and Quality* (2004) dalam menilai budaya keselamatan pasien di rumah sakit terdapat beberapa aspek dimensi yang perlu diperhatikan yaitu harapan dan tindakan supervisor atau manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien, pembelajaran, peningkatan berkelanjutan, kerjasama tim dalam unit, keterbukaan komunikasi, umpan balik terhadap *error*, respon tidak menyalahkan, staf yang adekuat, persepsi secara keseluruhan, dukungan manajemen rumah sakit, kerjasama tim antar unit, penyerahan dan pemindahan pasien dan frekuensi pelaporan kejadian (AHRQ, 2004).

Penilaian terhadap budaya keselamatan merupakan permulaan dari proses pengembangan program keselamatan pasien itu sendiri yang hasilnya dapat digunakan untuk mengidentifikasi area/unit yang akan dikembangkan, untuk evaluasi program, untuk membuat perbandingan secara internal maupun eksternal dan sebagai dasar pembuatan kebijakan (Nieva, 2003). Survey budaya atau iklim keselamatan sudah menjadi pendekatan yang umum untuk memonitoring keselamatan pasien, dan berbagai jenis instrumen pengukurannya terus mengalami pengembangan (Matsubara et al, 2008) dalam Rahmawati (2011). Pengukuran budaya keselamatan pasien dapat dilakukan berdasarkan dimensi yang mendasari ataupun berdasarkan tingkat maturitas dari organisasi dalam menerapkan budaya keselamatan pasien. Dikarenakan belum adanya konsensus mengenai standard pengukuran budaya keselamatan pasien, menyebabkan bervariasinya definisi, konsep maupun dimensi budaya keselamatan pasien. Beberapa organisasi mengembangkan standard pengukuran dengan masing-masing instrumennya, antara lain AHRQ, Stanford dan MaPSaF (*Manchester Patient*

Safety Assesment Framework). Namun, sejauh ini kuesioner HSOPSC dari AHRQ yang paling banyak direkomendasikan untuk mengukur budaya keselamatan pasien karena telah terjamin validitas dan reliabilitasnya secara internasional dan mempunyai sifat psikometris yang terbaik dan dirancang untuk seluruh pekerja di RS. *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), terdiri dari 10 dimensi budaya keselamatan pasien dan 4 dimensi outcome. 10 dimensi budaya keselamatan AHRQ yaitu: Kerjasama tim dalam satu unit, Pembelajaran organisasi dan pengembangan berkelanjutan, Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, Dukungan manajemen, Sikap supervisor dalam mendukung keselamatan pasien, Kerjasama antar tim, Ketenagaan, Serah terima, Komunikasi, Budaya tidak menyalahkan (*Respon non punitive*). 4 Dimensi *Out Come* dari AHRQ yaitu: *Perceptions of Safety* (Persepsi terhadap Keselamatan Pasien RS), *Frequency of Event Reporting* (Frekuensi Pelaporan), *Patient Safety Grade of the Hospital Unit* (Keselamatan Pasien Tingkat Unit Di RS), *Number of Events Reported* (Jumlah Insiden yang Dilaporkan).

METODOLOGI PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah urutan pembuktian (*The Explanatory Sequential Design*) yang dimulai dengan penelitian kuantitatif diikuti dengan penelitian kualitatif untuk kemudian dilakukan analisa secara keseluruhan. Penelitian ini merupakan penelitian eksplorasi untuk mengukur budaya keselamatan pasien, melihat struktur organisasi serta pelaksanaan dari program keselamatan pasien di RSKBP dan mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien di RSKBP tahun 2015. Dari hasil penelitian ini kemudian akan dirumuskan langkah-langkah untuk memperbaiki keselamatan pasiendi RSKBP.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan bersamaan dengan penelitian. Sampel uji validitas dan reliabilitas adalah karyawan yang tidak termasuk kriteria inklusi sebagai responden penelitian. Pengujian validitas kuesioner dilakukan dengan sampel 30 responden. Dari semua item kuesioner terdapat 1 item pada dimensi ketenagaan yang tidak valid dan tidak

diikuti dalam pengolahan data. Uji reliabilitas dilakukan setelah uji validitas. Uji reliabilitas dilakukan terhadap item yang valid dan hasilnya semua reliabel.

Responden terdiri dari 64,35% perempuan dan 35,65% laki-laki dengan kelompok umur terbanyak adalah 31-40 tahun (39,13%), sebagian besar responden (58,3%) telah menjalankan profesinya selama 1-5 tahun, 79,1% responden bekerja antara 40 sampai dengan 59 jam dalam satu minggu, 71,3% kontak langsung dengan pasien dan 28,7% tidak kontak langsung dengan pasien.

Responden menganggap bahwa keselamatan pasien itu penting, 81,57% responden tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien untuk mengerjakan pekerjaan yang lebih banyak, akan tetapi karena prosedur kerja yang belum baik, jumlah tenaga dan sarana kurang, beberapa responden tidak yakin kalau di unitnya tidak ada masalah berhubungan dengan keselamatan pasien (ditampilkan dalam tabel 1).

Hasil penelitian diolah dan dianalisis secara multivariat dengan menggunakan regresi logistik ganda. Sebelum dilakukan uji multivariat masing-masing variabel independen diuji secara bivariat dengan variabel dependen (Budaya Keselamatan Pasien). Bila hasil uji bivariat variabel independen tersebut p value nya $< 0,25$ maka variabel tersebut langsung masuk ke tahap uji multivariate (Hastono, S P, 2007) (ditampilkan dalam tabel 2).

Variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap Budaya keselamatan pasien adalah Umpan Balik Laporan dengan Odds Ratio (OR = 15,516), disusul oleh Budaya tidak Menyalahkan (OR = 14,396) dan Budaya Belajar (OR = 0,096).

Frekuensi Pelaporan Insiden

Faktor – faktor yang bermakna berhubungan dengan frekuensi laporan adalah budaya tidak menyalahkan dengan OR = 2,959 (ditampilkan dalam tabel 3).

Pendapat Responden mengenai Keselamatan Pasien Tingkat Unit

Faktor yang berhubungan secara bermakna dengan keselamatan pasien tingkat unit adalah komunikasi

(OR = 2,832), Umpan Balik laporan insiden (OR = 2,551) dan Budaya belajar (OR = 0,200) (ditampilkan dalam tabel 4).

Tingkat Keselamatan Pasien

Tingkat keselamatan pasien terbukti berhubungan secara bermakna dengan budaya belajar dan budaya tidak menyalahkan (ditampilkan dalam tabel 5).

Jumlah Insiden yang dilaporkan

Jumlah insiden yang telah dilaporkan tidak terbukti berhubungan dengan faktor-faktor yang ada.

Struktur Organisasi, Pengelolaan Keselamatan Pasien dan Pelaksanaan Program Keselamatan Pasien di RSKBP tahun 2015

Struktur Organisasi, pengelolaan dan pelaksanaan program keselamatan pasien di RSKBP diteliti secara kualitatif melalui wawancara mendalam kepada direktur sebagai perwakilan pembuat kebijakan, *Manager on duty* (MOD) sebagai pengawas kebijakan dan ketua tim di tiap-tiap unit sebagai perwakilan pelaksana kebijakan, disertai dengan telaah dokumen dan pengamatan di lapangan, untuk validasi data yang didapatkan dari wawancara (*Triangulasi*).

Dari hasil wawancara diperoleh informasi bahwa di RSKBP belum ada tim khusus yang dibentuk yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan keselamatan pasien. Kebijakan terkait keselamatan pasien yang ditetapkan oleh direktur juga belum ada, demikian juga dengan program tahunan dan rencana jangka pendek terkait keselamatan pasien belum ada. Saat ini di RSKBP kalau ada insiden keselamatan pasien sesuai dengan kebijakan direktur dilaporkan kepada atasan langsung atau kepada MOD. Alur pelaporan insiden belum ada akan tetapi petugas tahu kalau ada insiden melapor ke atasan atau ke MOD. Direktur melakukan pertemuan rutin dengan MOD membahas permasalahan yang terjadi seminggu sekali setiap hari Selasa. Jadwal pertemuan tertulis yang dibuat tidak ada, akan tetapi notulen dan hasil pertemuan tercatat dalam buku catatan MOD. Dalam pertemuan biasanya dibahas mengenai permasalahan terkait keselamatan pasien baik yang terkait dengan kebijakan, sarana dan prasarana serta operasional di lapangan. Ronde

keselamatan pasien belum pernah dilakukan, serta belum ada metoda untuk evaluasi, analisa dan tindak lanjut terhadap KTD. Pencatatan dan pelaporan dilakukan oleh MOD. Pelaksana memendang pelaporan yang ada saat ini belum mencari akar permasalahan, tetapi cenderung mencari siapa yang salah dan yang terbukti bersalah akan diberi surat peringatan. Pelaksana belum semuanya berani melapor, karena takut disalahkan.

Dari telaah dokumen peneliti juga melihat bahwa dokumen standar operasional prosedur dimaksud ada, dan petugas dilapangan sudah mengetahuinya dan sudah dilaksanakan, tetapi belum pernah dilakukan supervisi dan evaluasi pelaksanaannya. Saran prasarana pendukung terkait prosedur tersebut juga ada, seperti gelang pasien untuk identifikasi, wastafel dan *hand rub* di setiap tempat, dan setiap ruang perawatan, poster terkait 7 langkah cuci tangan juga ada di setiap wastafel, akan tetapi untuk kamar mandi belum semua dilengkapi pegangan untuk mencegah pasien jatuh, demikian juga dengan tempat tidur khususnya tempat tidur ruangan perawatan Jasmin Kelas III pengamannya tidak memadai (Anak bisa lolos karena rongga pengamannya sangat lebar). Evaluasi keselamatan pasien belum pernah dilakukan, kalau ada insiden tidak ada sosialisasi kepada unit terkait maupun unit lainnya.

Membangun budaya keselamatan pasien merupakan elemen penting untuk meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan. Penilaian budaya keselamatan pasien di rumah sakit dapat dilakukan dengan menilai dimensi-dimensi yang terkait dengan budaya keselamatan pasien. Salah satu survey untuk menilai budaya keselamatan pasien adalah dari AHRQ. Ada 12 dimensi yang dinilai dalam survey AHRQ, 4 diantaranya merupakan dimensi *outcome*. (AHRQ, 2004).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien di RSKBP tahun 2015 masih kurang. Hasil penilaian terhadap *outcome* budaya keselamatan pasien yang menggambarkan budaya keselamatan pasien di RSKBP tahun 2015 termasuk kategori kurang (tabel 1). Variabel yang dinilai paling jelek diantara ke empat variabel *outcome* ini adalah jumlah insiden yang dilaporkan dalam 1 tahun terakhir,

hanya 2,61% responden yang pelaporan insidennya termasuk kategori baik.

Outcome kedua untuk menilai budaya keselamatan pasien adalah frekuensi pelaporan insiden. IKP yang paling jarang dilaporkan adalah kejadian potensial cedera (KPC). Hanya 42,61% dari responden yang selalu atau sering melaporkan KPC 48,70% yang selalu atau sering melaporkan KNC dan 56,52% responden yang selalu atau sering melaporkan KTD. Hasil ini lebih baik dari yang didapatkan Elrifda di Jambi dengan rata-rata responden yang selalu dan sering melaporkan IKP hanya rata-rata 35%, dan hampir sama dengan yang didapatkan Yogyaswaridi RS harapan kita dimana IKP dilaporkan selalu atau sering oleh 43% responden.

Frekuensi pelaporan kejadian yang kurang merupakan hambatan staf untuk melakukan pembelajaran dari insiden yang terjadi. Laporan merupakan awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali. Agar segala kejadian atau insiden dapat terdokumentasi dengan baik, sehingga dapat dilakukan analisis serta tindakan korektif atau preventif selanjutnya (KKPRS, 2008). Hal ini terkait dengan budaya tidak menyalahkan merupakan dimensi yang dinilai masih sangat rendah. Dari semua dimensi budaya keselamatan pasien yang dinilai, budaya tidak menyalahkan merupakan dimensi kedua terjelek setelah ketenagaan. Rendahnya frekuensi pelaporan kejadian merupakan hambatan bagi Manajemen RSKBP untuk belajar dari kesalahan. Hal ini diperburuk oleh persepsi sebagian staf bahwa manajemen akan memberikan surat peringatan (SP) pada karyawan yang telah melakukan kesalahan, karyawan takut dihukum apabila salah, serta takut kesalahan yang mereka lakukan akan mempengaruhi penilaian kinerja. Kondisi ini diperburuk dengan belum disusunnya alur yang jelas untuk pelaporan insiden keselamatan pasien di RSKBP. Selama ini kalau ada IKP dilaporkan langsung kepada atasan atau MOD yang bertugas saat kejadian terjadi.

Dari keempat variabel di atas (jumlah insiden yang dilaporkan, frekuensi pelaporan insiden, keselamatan pasien tingkat RS, dan keselamatan pasien tingkat unit) disimpulkan bahwa budaya keselamatan pasien di RSKBP termasuk kategori kurang dan masih perlu

ditingkatkan. Elrifda di Jambi memperoleh hasil yang hampir sama.

Uji statistik yang dilakukan menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien di RSKBP tahun 2015 secara bermakna berhubungan dengan 3 dimensi. Dari ketiga dimensi tersebut yang mempunyai hubungan paling kuat dengan budaya keselamatan pasien di RSKBP tahun 2015 adalah umpan balik laporan insiden ($OR = 15,516$), disusul oleh Budaya tidak Menyalahkan ($OR = 14,396$) dan Budaya Belajar ($OR = 0,096$).

Nafas dari keselamatan pasien adalah budaya belajar, belajar dari KTD yang terjadi dimasa lalu untuk selanjutnya disusun langkah-langkah agar kejadian serupa tidak terulang kembali, baik di unit yang sama maupun di unit yang lain dalam satu rumah sakit atau di rumah sakit yang lain. Proses pembelajaran ini bukan merupakan hal yang sederhana, dimulai dari proses pelaporan kejadian, dilanjutkan dengan analisa kejadian, sampai ditemukan akar masalahnya sebagai dasar dasar untuk mendisain ulang suatu sistem sehingga tercapai suatu asuhan pasien yang lebih aman di rumah sakit. Kalau kita perhatikan maka proses di atas merupakan suatu siklus, yang awal penggerakannya diawali dengan sistem pelaporan, sistem pelaporan merupakan detak jantung dari keselamatan pasien (KKPRS, 2008).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa umpan balik laporan insiden di RSKBP dinilai positif oleh 51,15% responden. Hasil ini berbeda dengan Yogyakarta di RS harapankita dimana respon positif dari responden adalah 73%, tetapi hampir sama dengan Elrifda di Jambi 49,2%. Sedangkan budaya belajar di RSKBP dinilai baik oleh 74,78% responden, berbeda dengan Elrifda di Jambi 50,8% dan Yogyakarta di RS harapan Kita 81%. Disini kita lihat bahwa budaya belajar di RSKBP sudah lebih baik dari RS di Jambi akan tetapi masih kurang bila dibandingkan dengan RS harapan kita. Beberapa upaya telah dilakukan manajemen untuk meningkatkan pembelajaran di RSKBP, akan tetapi masih perlu ditingkatkan lagi di masyarakat datang.

Yang terjadi di RSKBP adalah sebagai berikut: Laporan insiden sangat rendah, disebabkan oleh budaya tidak menyalahkan masih kurang, budaya

tidak menyalahkan yang kurang akibat belum dipahaminya budaya keselamatan pasien karena budaya belajarnya juga masih kurang, sehingga umpan balik dari laporan insiden juga rendah yang secara akumulatif akan menyebabkan budaya keselamatan pasien kurang dan keselamatan pasien di RSKBP rendah. Disamping 3 dimensi budaya keselamatan pasien di atas yang berhubungan secara bermakna dengan budaya keselamatan pasien di RSKBP dimensi-dimensi budaya keselamatan lainnya tidak bisa diabaikan, karena sewaktu dilakukan uji statistik mengeluarkan dimensi yang pvalue nya lebih dari 0,05 secara bertahap nilai OR dari variabel lain berubah lebih dari 10% ini artinya antara variabel tersebut terdapat interaksi (Hastono, 2007).

Dimensi ketenagaan merupakan dimensi yang paling sedikit (2,61%) responden yang menilai baik, artinya 97,39% responden berpendapat bahwa tenaga di RSKBP saat ini kurang, hal ini dibenarkan oleh kepala seksi kepegawaian, memang saat ini jumlah tenaga yang tersedia kurang jika dibandingkan dengan bankerja. Saat ini sedang diupayakan untuk pemenuhan tenaga secara bertahap. Hasil yang sama pada penelitian Elfrida yaitu 10,5% dan Yogyakarta 42% responden yang menilai ketenagaan di unitnya cukup.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari empat dimensi *outcome* AHRQ yang dinilai untuk menentukan budaya keselamatan pasien di RSKBP tahun 2015 yaitu: frekuensi pelaporan, jumlah insiden yang dilaporkan, keselamatan pasien tingkat unit dan keselamatan pasien tingkat rumah sakit disimpulkan bahwa budaya keselamatan pasien di RSKBP masih kurang. Frekuensi pelaporan dan jumlah insiden yang dilaporkan masih sangat kurang, Kurangnya frekuensi pelaporan ini berhubungan dengan budaya tidak menyalahkan ($p = 0,007$ $\alpha = 0,05$, $OR = 2,959$). Di RSKBP budaya tidak menyalahkan menempati urutan ke dua yang dinilai paling jelek setelah ketenagaan. Saat ini dari 115 responden hanya 41,74% yang menilai baik budaya tidak menyalahkan. Karyawan takut melapor karena takut diberi surat peringatan, takut laporannya akan menyebabkan penilaian kinerjajanya menjadi jelek dan

takut dihukum. Keselamatan pasien tingkat unit dan keselamatan pasien tingkat rumah sakit menurut responden juga masih kurang. Saat ini hanya 9,57% dari responden yang menilai keselamatan pasien tingkat rumah sakit baik dan 40% yang menilai bahwa keselamatan pasien di unit kerjanya sudah baik. Faktor-faktor yang berhubungan secara bermakna dengan keselamatan pasien tingkat unit adalah: komunikasi ($p=0,014$, $\alpha=0,05$, $OR=2,832$), budaya belajar ($p=0,001$, $\alpha=0,05$, $OR=0,200$) dan umpan balik laporan insiden ($p=0,035$, $\alpha=0,05$, $OR=2,511$). Responden menilai keselamatan pasien di rumah sakit maupun tingkat unit masih kurang berhubungan dengan jumlah tenaga yang kurang dan fasilitas pendukung pekerjaan dan keselamatan pasien belum memadai. Secara keseluruhan faktor-faktor yang berhubungan signifikan dengan budaya keselamatan pasien di RSKBP tahun 2015 adalah umpan balik laporan insiden ($p=0,021$, $\alpha=0,05$, $OR=15,516$) budaya tidak menyalahkan ($p=0,019$, $\alpha=0,05$, $OR=14,396$) dan budaya belajar ($p=0,006$, $\alpha=0,05$, $OR=0,096$).

Dari 10 dimensi budaya keselamatan pasien yang dinilai di RSKBP, tiga dimensi termasuk kategori baik. Sedangkan 7 dimensi lainnya dinilai masih termasuk kategori kurang. Struktur organisasi dan pelaksanaan program keselamatan pasien di RSKBP jugabelum ada. Belumataditinkusussertabelum ada program dan implementasi keselamatan pasien di RSKBP untuk tahun 2015 ini. Belum ada alur, format dan sistem pelaporan insiden yang disepakati, disosialisasikan serta diterapkan di RSKBP. Standar Operasional Prosedur terkait Keselamatan pasien: Identifikasi, Komunikasi, Kewaspadaan Obat LASA, Pencegahan pasien Jatuh, Pencegahan Infeksi Nosokomial, dan Prosedur pencegahan salah sisi operasi sudah ada, sudah dilaksanakan tetapi tidak ada supervisi dan belum pernah dievaluasi. Beberapa upaya telah dilakukan manajemen untuk meningkatkan keselamatan pasien di RSKBP. Evaluasi program keselamatan pasien juga belum berjalan. Demikian juga dengan fasilitas yang mendukung keselamatan pasien di RSKBP masih kurang, beberapa peralatan tidak dalam kondisi siap untuk digunakan, serta belum adanya (SOP) penyiapan alat sebelum dan sesudah digunakan, hal ini akan menjadi suatu potensi timbulnya kejadian tidak diharapkan apabila tidak menjadi perhatian dari manajemen. Upaya yang

sudah dilakukan manajemen baru berupa pelatihan-pelatihan tentang keselamatan pasien bagi seluruh karyawan, baik yang baru bergabung maupun karyawan lama.

Saran

Disarankan agar RSKBP dapat memperbaiki budaya keselamatan pasien dengan upaya yang komprehensif dan terstruktur berpedoman kepada permenkes 1691 tahun 2011 dan pedoman keselamatan pasien rumah sakit dari KKPRS-DEPKES 2008. Usulan rencana implementasi untuk pengembangan budaya keselamatan pasien di RSKBP terkait dengan hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

- A. Membentuk tim keselamatan pasien rumah sakit (TKPRS), Dengan Uraian tugas sebagai berikut:
 - a. Membuat usulan program kerja untuk meningkatkan keselamatan pasien.
 - b. Mengusulkan kebijakan dan prosedur terkait program keselamatan pasien kepada direktur.
 - c. Menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan evaluasi tentang penerapan program keselamatan pasien.
 - d. Melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisis insiden serta mengembangkansolusi untuk pembelajaran.
 - e. Memberikan pertimbangan kepada direktur rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan yang berhubungan dengan keselamatan pasien.
 - f. Membuat laporan kegiatan dan evaluasi program kepada direktur rumah sakit.
- B. Meningkatkan Frekuensi pelaporan dan jumlah insiden yang dilaporkan dengan target $\geq 75\%$ karyawan melaporkan setiap IKP yang ditemukannya dengan cara:

Manajemen dibantu oleh TKPRS merumuskan:

 - a. Sistem pelaporan insiden yang terorganisir.
 - b. Alur pelaporan insiden.
 - c. Format laporan insiden.

Pihak manajemen yang dibantu oleh TKPRS mensosialisasikan:

 - a. Tujuan dan manfaat pelaporan insiden.
 - b. Apa yang harus dilaporkan.
 - c. Siapa yang harus melapor.

- Berpedoman kepada pedoman pelaporan insiden dari KKPRS-Depkes 2008.
- C. Meningkatkan Umpan Balik laporan Insiden dengan target minimal 75 % dari laporan insiden diberikan umpan balik dalam bentuk sistem/alur/ atau SOP baru kepada unit terkait dan unit lain di rumah sakit supaya kejadian yang sama tidak terulang kembali. Hal ini dimungkinkan apabila:
- TKPRS melakukan Root Cause Analysis (RCA) terhadap insiden yang dilaporkan serta *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) untuk mencari potensi adanya IKP.
 - TKPRS memanfaatkan wadah komunikasi yang sudah berjalan seperti pertemuan unit, pertemuan komite medik, pertemuan komite keperawatan untuk menyampaikan umpan balik laporan insiden dan hasil FMEA secara berkala (sebulan sekali).
- D. Menghilangkan persepsi karyawan bahwa apabila melakukan kesalahan akan dihukum. Upaya yang bisa dilakukan adalah melalui pembelajaran bagi seluruh unsur terkait mulai dari manajemen sampai kepada pelaksana sehingga pemahaman terhadap kesalahan bisa bergeser dari mencari siapa yang salah menjadi apa yang salah. Dan TKPRS dengan dukungan manajemen membuat program penghargaan bagi yang melaporkan IKP.
- E. Meningkatkan pengetahuan semua pihak di rumah sakit tentang keselamatan pasien melalui upaya pembelajaran berkelanjutan.
- Bagian kepegawaian memasukkan keselamatan pasien sebagai bagian program pendidikan dan pengembangan karyawan baik melalui pelatihan eksternal maupun internal.
 - Pelatihan RCA bagi Tim KPRS dan pelatihan investigasi sederhana bagi katim dan kepala instalasi.
 - Pelatihan *Risk Grading* bagi Tim KPRS dan katim serta kepala instalasi.
 - Pelatihan komunikasi yang baik (metode SBAR) untuk seluruh karyawan.
- F. Supervisor jenjang pelaksanaan SOP, komunikasi efektif dan evaluasi pelaksanaannya.
- G. Membuat program percontohan pada salah satu unit sebagai pedoman bagi unit lain.
- H. Menyusun prioritas program untuk mencapai 6 sasaran keselamatan pasien yang berupa contoh: Program cucitangan, Program pelaporan insiden dll, serta diadakan lomba sebagai motivasi bagi unit-unit terkait.
- I. Meningkatkan dukungan dari manajemen terkait keselamatan pasien dengan cara:
- Manajemen menghitung ulang jumlah tenaga dan beban kerja, sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku
 - Manajemen melengkapi secara bertahap fasilitas untuk keselamatan pasien.
 - Manajemen melengkapi SOP terkait keselamatan pasien.
- J. Setelah usulan strategi-strategi peningkatan budaya keselamatan pasien tersebut dilakukan manajemen melakukan evaluasi pelaksanaannya dan evaluasi ulang budaya keselamatan pasien di RSKBP minimal setiap tiga tahun sekali.

DAFTAR PUSTAKA

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2011). *Organizational Culture Distinguishes Top-Performing Hospitals in Patient Outcomes from Heart Attack*. Research Activities, June 2011, No.370. Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/news/newsletters/researchactivities/jun11>.
- Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville MD. (2012). *Surveys on Patient Safety Culture*. www.ahrq.gov/professionals/qualitypatientsafety/patientsafetyculture/index.html.
- Agrawal, A. (2014). *Patient Safety, A case-based comprehensive guide* p-ix. New York: Springer.
- Akbar, R.Uji. *Validitas dan reliabilitas instrument penelitian* diunduh dari https://www.google.co.id/?gws_rd=ssl#q=uji+reliabilitas+cronbach+alpha
- Cahyono. (2008). *Memangung Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktek Kedokteran*, diunduh dari <http://www.kanisusmedia.com/product/detail/027686MEMBAN-GUN-BUDAYA-KESELAMATAN-PASIEIN-DALAM-PRAKTIK-KEDOKTERAN> Maret 2015
- Cooper, D. (2000). *Towards a Model of Safety Culture* diunduh dari http://158.132.155.107/post97/private/culturemodel_of_safety_culture.html.
- Cooper, D. (2001). *Improving safety Culture: a Practical Guide*. London, John Wiley & Sons.
- Creswel, J. (2012). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education dalam Fischer, Abraham S. *Mixed Method*. Nova: Southeastern University, diunduh tanggal 17 April 2015 dari http://www.fischerschool.nova.edu/Resources/uploads/app35/files/ARC_Doomixed_methods.pdf.
- Current News. (2013). *77% Bisa Adaptasi Kurang dari Enam Bulan*, Edisi Rabu, 20 Nov 2013 diunduh dari web <http://carenews.webid.issues/view/2166-77-Bisa-Adaptasi-Kurang-dari-Enam-Bulan>.
- Daud, A. (2010). *Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit*, Slide workshop Patient Safety, Jakarta: PERSI.
- Dean, Bryony, Mike Schachter, Charles Vincent, Nick Barber. THE LANCET • Vol 359 • April 20, 2002 • www.thelancet.com h1375.
- Departemen Kesehatan, KKP-RS. (2006). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (patient Safety)* Edisi-1. Jakarta: Depkes.
- Departemen Kesehatan, KKP-RS. (2008). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (patient Safety)* Edisi-2. Jakarta: Depkes.
- Depkes. (2008). *Keputusan Menteri Kesehatan no 129 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah sakit*, Jakarta: Dirjen Bina Pelayanan Medik.
- Depkes. (2012). *Peraturan Menteri Kesehatan no 12 tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit*, Jakarta: Menkumham, Berita Negara Rln 0413.
- Depkes. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan no 59 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Penetapan Rumah sakit*, Jakarta: Menkumham, Berita Negara Rln 1221.
- Dodsworth, M. (2007). *Organizational Climate Metrics as a Leading She Performance Indicator and an Aid to Relative Risk Ranking within Industry* diunduh dari <http://homepages.nildram.co.uk/~doddy/index.htm>.
- Elrifka, S. (2001). *Budaya Keselamatan Pasien dan Karakteristik Kesalahan Pelayanan Di Salah Satu Rumah Sakit Di Kota Jambi*, Jurnal Kesmas: FKM UI Depok.
- Emanuel, Linda. *What exactly is patient safety?* <http://www.ahrq.gov/professionals/qualitypatient-safety/patient-safety-resources/advance-in-patient-safety-2/voladvances-Emanuel/Berwick> Diunduh Feb 2015.
- Gibson, et al. (2012). *Organizations, Behavior, Struktur and Process*. New York: McGraw-Hill.
- Hastono, SP. (2007). *Analisa Data Kesehatan FKMUI*: Depok.
- Haryanti, A. (2006). *Analisis Faktor-Faktor Yang Menjadi Prediktor Organisasi Pembekalan Untuk Meningkatkan Kinerja Karyawan*, Tesis, Undip: Semarang.
- Health and Safety Executive (HSE), United Kingdom. (2005). *A Review of Safety Culture and Safety Climate Literature for the Development of the Safety Culture Inspection Toolkit*.
- Ilyas, Y. (2003). *Kiat Sukses Manajemen Tim Kerja*, Gramedia Pustaka Utama: Jakarta.
- Ilyas, Y. (2011). *Perencanaan SDM Rumah Sakit*, Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Depok: Jakarta.
- Ivancevich, Jhon A, Kanopaske, R, Matesson, M. (2007). *Perilaku dan Manajemen Organisasi Edisi ke-7* diterjemahkan oleh Gania, Gina. Jakarta: Airlangga.
- Kemenkes. (2011). *Peraturan Menteri Kesehatan no 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah sakit*, Jakarta: Menkumham, Berita Negara RI.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), 2011. *Standar Akreditasi Rumah sakit*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2012). *Instrumen Akreditasi Versi Standar akreditasi 2012*, Jakarta: KARS.
- Kristensen, Satal. *Patient Safety Culture as a measure of patient Safety* diunduh dari http://www.zdravstvokvalieta.org/attachments/article/5/Solvejg_PSC_as_performace_measure_Croatia_24052013%20Compatibility%20Model.pdf. Tanggal 14 April 2015.
- KKP-RS. (2008). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien*, Jakarta: KKP-RS.
- Lestari, P. (2013). *Gambaran Budaya Keselamatan Pasien oleh perawat dalam melaksanakan Pelayanan di Instalasi Rawat Inap RSUPD Wahidin Sudiro diunduh dari* <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/5447/JURNAL.pdf?sequence=23> April 2014 jam 13.30 WIB.
- Lumenta, N. (2011). *State of the art comprehensive patient Safety*, slide presentasi, lokakarya Keselamatan Pasien Rumah Sakit Jakarta: KKP-RS.
- Nieva V, Sora J. (2003). *Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Healthcare Organizations*, *Qual Saf Health Care*.
- Puspitasari, M. (2015). *Merumuskan Learning Organization Melalui Analisis Budaya Keselamatan Pasien Dan Budaya Organisasi Di RS. Masmita*, Jakarta: UI.
- Raharjo, S. (2014). *Tutorial Uji Validitas dan Reliabilitas SPSS Lengkap*, You tube diunduh dari <https://www.youtube.com/watch?v=cu5lm3mfFKs>.
- Rahmawati, E. (2011). *Model Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien di RS Muhammadiyah-Aisyiyah tahun 2011*, *Disertasi Doktor*. Jakarta. Univ Prof Hamka.
- Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang no 44 Tahun 2009, Tentang Rumah Sakit*, Jakarta: Sekretariat, Negara Lemberan Negara RI tahun 2009, no 153.
- Republik Indonesia. (2003). *Undang-Undang no 13 Tahun 2003, Tentang Ketenagakerjaan*, Jakarta: Sekretariat, Negara Lemberan Negara RI tahun 2003, no 39.
- Roughton, J. Cruchfield N. 2014. *Safety Culture, An Innovative Leadership Approach*, Waltham: Elsevier.
- Rumus-numus pengambilan Sampel diunduh dari <http://tesisdisertasi.blogspot.com/2009/12/rumus-rumus-pengambilan-sampel.html>.
- Safety Matters! A Guide to Health & Safety at Work* diunduh dari http://www.managementbriefs.com/_media/pdfs/safety_matters_chapter3.pdf tanggal 14 April 2015.
- Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. *What is patient safety culture? A review of the literature*. *J Nurs Scholash* 2010 Jun; 42(2):156-65. Dalam Kristensen.
- Sammer, Christine E. et al. (2011). *Patient Safety Culture: The Nursing Unit Leader's Role*. *Online J Issues Nurs*. 2011; 16(3).
- Timpe, A. (1992). *Kinerja, Seri Ilmu dan Manajemen Bisnis*, Jakarta: Elek Media Komputindo, Gramedia.
- Virawan, KM. (2012). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan staf perawat dan staf farmasi menggunakan enam benar dalam menuunikan kasus kejadian yang tidak diharapkan dan kejadiannya risis cidera di rumah sakit umum surya husada*, Tesis. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Prober ER, Martinez KA, Dy SM. *Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review*. *Ann Intern Med*. 2013 Mar 5; 158(5 Pt 2):369-74. Doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002 Review. *Pub Med PMID: 23460092*. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23460092> tanggal 17 April 2015.
- WHO. (2015). *Patient Safety* Februari 2015. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety>.
- Wong, J. Beglaryan, H. (2004). *Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A Review of the Research* diunduh dari <http://www.providence.on.ca/wp-content/uploads/2012/05/Change-Foundation-Improve-Patient-Safety.pdf> tanggal 15 April 2015.
- Yahya, A. (2012). *Meninjau Pinda Mendukung Staf dan Komunitas Fokus pada Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Workshop keselamatan pasien dan manajemen sik klinis di rumah sakit Jakarta: PERSI.
- Youngberg, Barbara J. (2013). *Patient Safety Handbook, second edition* Burlington: Edwards Brothers Mailco.

Tabel 1. Penilaian Terhadap Budaya Keselamatan Pasien Dan Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan Kuesioner AHRQ Di RSKBP Tahun 2015

No	Dimensi Yang Dinilai	Responden yang menilai Baik (%)	Kesimpulan
	Budaya Keselamatan Pasien		Kurang
1	Frekuensi pelaporan kejadian	42,61-56,52	Kurang
2	Pendapat responden mengenai keselamatan pasien di unitnya	40,00	Kurang
3	Tingkat keselamatan pasien di RSKBP	9,57	Kurang
4	Jumlah kejadian yang dilaporkan dalam 12 bulan terakhir	2,61	Kurang
	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Budaya Keselamatan Pasien		
1	Kerjasama Dalam unit	85,22	Baik
2	Kerjasama Antar Unit	81,74	Baik
3	Tindakan Kepala Instalasi untuk Keselamatan Pasien	81,74	Baik
4	Budaya Belajar	74,78	Kurang
5	Dukungan Manajemen	72,17	Kurang
6	Serah Terima	63,48	Kurang
7	Umpan balik Insiden Keselamatan Pasien	52,15	Kurang
8	Komunikasi	46,09	Kurang
9	Budaya Tidak Menyalahkan	41,74	Kurang
10	Ketenagaan	2,61	Kurang

*Diurutkan berdasarkan persentase penilaian baik terbanyak

Tabel 2. Faktor-Faktor Yang Terbukti Secara Bermakna Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di RSKBP Tahun 2015.

Variabel	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Budaya Belajar	-2,346	0,858	7,472	1	0,006	0,096
Budaya Tidak Menyalahkan	2,667	1,134	5,527	1	0,019	14,396
Umpan Balik Laporan	2,742	1,187	5,332	1	0,021	15,516
Constant	-4,696	1,425	10,854	1	0,001	0,009

Tabel 3. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Frekuensi Pelaporan Insiden di RSKBP tahun 2015

Variabel	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Budaya Tidak Menyalahkan	1,085	0,399	7,381	1	0,007	2,959
Constant	-1,001	0,276	13,202	1	0,000	0,367

Tabel 4. Faktor-faktor berhubungan dengan Pendapat Responden Mengenai Keselamatan Pasien di Unitnya tahun 2015

Variabel	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Komunikasi	1,041	0,424	6,036	1	0,014	2,832
Budaya Belajar	-1,611	,504	10,207	1	0,001	0,200
Umpan Balik Insiden	0,921	0,437	4,437	1	0,035	2,511
Constant	-0,213	0,453	0,221	1	0,638	0,808

Tabel 5. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Keselamatan Pasien di RSKBP tahun 2015

Variabel	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Budaya Belajar	-2,521	0,766	10,827	1	0,001	0,080
Budaya Tidak Menyalahkan	2,206	0,860	6,574	1	0,010	9,082
Constant	-2,225	0,758	8,608	1	0,003	0,108

Tabel 6. Faktor-faktor yang Berhubungan secara bermakna dengan Jumlah Insiden Yang dilaporkan di RSKBP tahun 2015

Variabel	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Budaya Belajar	-0,855	0,630	1,840	1	0,175	0,425
Constant	-1,569	0,492	10,182	1	0,001	0,208