

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keselamatan Pasien

1. Pengertian

Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes RI, 2017).

Keselamatan pasien atau (*patient safety*) menurut Nursalam (2014) merupakan suatu variabel untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan. Program keselamatan pasien adalah suatu usaha untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD) yang sering terjadi pada pasien selama dirawat di rumah sakit sehingga sangat merugikan baik pasien itu sendiri maupun pihak rumah sakit. KTD bisa disebabkan oleh berbagai faktor antara lain beban kerja perawat yang tinggi, alur komunikasi yang kurang tepat, penggunaan sarana kurang tepat dan lain sebagainya.

Menurut Tutiany, dkk (2017) dalam Salsabila & Dhamanti (2023),

keselamatan pasien merupakan proses pada pelayanan kesehatan di fasilitas pelayan kesehatan yang memfasilitasi pelayan kepada pasien secara aman. Proses ini terdiri dari pengkajian terhadap identifikasi, risiko, manajemen risiko kepada pasien serta menerapkan solusi agar dapat mencegah timbulnya risiko.

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman meliputi assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil suatu tindakan yang tidak seharusnya di ambil (Harigustian, 2019).

Berdasarkan definisi di atas, dapat disimpulkan keselamatan pasien adalah proses pencegahan dalam mengurangi kemungkinan kesalahan saat proses perawatan kesehatan.

2. Tujuan Keselamatan pasien

Keselamatan pasien bertujuan dalam terciptanya budaya keselamatan pasien, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya angka insiden keselamatan pasien di rumah sakit, dan terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Menurut *Institute of Medicine* (2008), tujuan keselamatan pasien terdiri dari meningkatnya keamanan pasien dari cedera, meningkatnya pelayanan yang efektif yang disesuaikan dengan kebutuhan terapi pasien, mengurangi waktu tunggu pasien dalam menerima pelayanan dan meningkatnya efisiensi dalam penggunaan sumber-sumber yang ada (Hadi, 2017).

Menurut Kemenkes RI (2020), tujuan utama pengembangan program *patient safety* di rumah sakit dan fasyankes lainnya adalah terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit, dan terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan. Menurut Depkes RI dalam Purba (2019), keselamatan pasien yang ada dirumah sakit bertujuan agar dapat melindungi pasien dari insiden yang tidak diinginkan. Risiko ini timbul dari kegiatan keperawatan yang dilalukan tenaga kesehatan. Untuk mengurangi angka KTD, maka dibuatlah sasaran keselamatan pasien agar dapat memberikan perbaikan dalam keselamatan pasien.

Berdasarkan deifinisi di atas, dapat disimpulkan bahwa keselamatan pasien bertujuan untuk mencegah, meminimalisir dan menghilangkan kejadian yang tidak diinginkan selama pemberian pelayanan, maka dari itu pentingnya menumbuhkan budaya keselamatan

pasien di rumah sakit dan menerapkan sasaran keselamatan pasien.

3. Insiden Keselamatan Pasien

Insiden mengenai keselamatan pasien merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien dan dapat menyebabkan kerugian terhadap pasien yang terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Potensial Cedera (KPC) dan Kejadian Sentinel (MRL, Mahendra & Mertajaya, 2019).

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / *Adverse Event* merupakan insiden yang membuat cedera, yang mana hal tersebut bukan suatu hal yang diharapkan terjadi oleh pasien. Fenomena tersebut terjadi bukan karena penyakit bawaan ataupun keadaan dari pasien.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / *Near Miss* merupakan fenomena belum sampai ke pasien, sehingga bisa menimbulkan cedera.
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC) merupakan insiden yang setelah terjadi kepada pasien namun tidak menyebabkan cedera, hal tersebut biasa dinamakan “keberuntungan”. Contohnya pada saat pasien mengkonsumsi sebuah obat yang seharusnya memiliki efek samping tertentu. Namun, pasien tersebut tidak mengalami efek tersebut pada dirinya dikarenakan antibodi yang kuat.
- d. Kejadian Potensial Cedera (KPC)/ *“reportable circumstance”* merupakan kondisi atau kejadian yang berisiko besar menyebabkan

cedera.

- e. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) yaitu suatu KTD yang membuat kematian ataupun cedera yang tidak diharapkan, kejadian ini biasanya terjadi akibat human error ataupun prosedur yang salah untuk dilakukan. Misalnya ketika dilakukan operasi pembedahan pada pasien yang seharusnya tidak diperlukan, yang mana hal tersebut memicu terjadinya kerusakan pada organ pasien dan kematian pada pasien.

B. Sasaran Keselamatan Pasien

1. Defini Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien (SKP) adalah hal mendasar yang harus diterapkan di setiap rumah sakit, terutama rumah sakit yang sudah terakreditasi. Sasaran keselamatan pasien pada hakikatnya merujuk pada pedoman secara internasional dan nasional. WHO (2007), dalam *Nine Life-Saving Patient safety*, dan *Joint Commission International (JCI)* merupakan pedoman internasional yang digunakan dalam menerapkan aturan keselamatan pasien. KKPRS PERSI merupakan pedoman secara nasional dalam rujukan aturan keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien mempunyai maksud agar dapat memberikan dorongan terhadap penyedia layanan kesehatan untuk memberikan perbaikan spesifik terhadap keselamatan pasien.

Tujuan SKP adalah untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien. Sasaran sasaran dalam SKP

menyoroti bidang-bidang yang bermasalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan nasihat para pakar. Dengan mempertimbangkan bahwa untuk menyediakan perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi diperlukan desain sistem yang baik, sasaran biasanya sedapat mungkin berfokus pada solusi yang berlaku untuk keseluruhan sistem (Kemenkes, 2017).

Berdasarkan Permenkes No 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, sasaran keselamatan pasien terdiri dari enam sasaran, yakni:

a. Ketepatan Identifikasi Pasien

Ketepatan identifikasi pasien merupakan point pertama yang penting serta perlu diperhatikan oleh seluruh tenaga medis. Identifikasi pasien adalah proses dimana akan diberikan pemberian tanda agar bisa membedakan satu sama lain, identifikasi ini terdiri dari no rekam medis serta identitas pasien. Tujuan lain dari penandaan ini supaya pada saat memberikan pelayanan, pengobatan serta tindakan prosedur kepada pasien.

Identifikasi terhadap pasien wajib untuk dilakukan secara tepat, karena proses identifikasi merupakan langkah awal yang akan menentukan bagaimana diagnosis dan juga penanganan yang akan diberikan terhadap pasien. Identifikasi yang salah berakibat fatal terhadap terjadinya penanganan selanjutnya. Proses dari identifikasi terhadap pasien dilakukan oleh tenaga kesehatan baik dalam keadaan

pasien sadar maupun tidak sadar.

Adapun komponen terhadap penilaian keselamatan pasien yakni:

- 1) Pasien tidak diperbolehkan dilakukan identifikasi dengan penomoran kamar ataupun lokasi namun menggunakan no rekam medis dan juga identitas dari pasien yang bersangkutan;
- 2) Pasien harus dilakukan identifikasi pada tahap pre pemberian obat-obatan, darah pasien serta produk darah;
- 3) Pasien harus diidentifikasi pada tahapan pra pengambilan darah atau keperluan medis lainnya;
- 4) Pasien harus diidentifikasi pada tahap pra diberikannya pengobatan serta tindakan atau prosedur; dan
- 5) Kebijakan serta tahapan dapat mengacu terhadap pelaksanaan pengidentifikasian yang konsisten dalam setiap lokasi dan situasi.

Tujuan dari mengidentifikasi pasien dengan benar yaitu:

- 1) Agar pasien sebagai seorang individu mendapat pelayanan serta pengobatan yang terpercaya dan aman
- 2) Agar dapat mencocokkan pengobatan atau pelayanan kepada individu tersebut
- 3) Agar dapat memastikan tidak terjadinya kesalahan pada proses identifikasi pasien saat perawatan di rumah sakit.
- 4) Meminimalisir kesalahan terkait salah identifikasi, contohnya seperti kesalahan prosedur, salah pasien, medikasi, pemeriksaan

diagnostik dan kesalahan transfusi.

5) Mengurangi kejadian cedera terhadap pasien.

b. Peningkatan Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif ialah komunikasi yang terjalin diantara petugas pemberi pelayanan yang dilaksanakan dengan akurat, efektif, efisien, tepat waktu, jelas serta dapat dimengerti oleh penerima, sehingga bisa meminimalisir kesalahan yang dapat terjadi dan memperoleh perbaikan dalam keselamatan pasien.

Penggunaan komunikasi dan pemberian informasi yang efektif, efisien, akurat, lengkap, jelas dan dipahami oleh pasien yang akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan melalui berbagai macam media, baik lisan, tulisan maupun melalui media elektronik. Kesalahan terbanyak didunia medis dalam komunikasi adalah komunikasi yang dilakukan secara lisan atau melalui telepon (Waruwu, 2021).

Menurut Fatmawati (2021) dalam (Junie, 2022), komunikasi efektif dapat diimplementasikan dengan cara tertulis, lisan dan atau elektronik. Kesalahan dalam komunikasi di dunia medis banyak terjadi pada komunikasi yang diimplementasikan secara lisan ataupun melalui telepon. Oleh karena itu, pemberian informasi secara lisan perlu diulang kembali serta perintah medis (contohnya dari dokter ke perawat) perlu dicatat kembali di komputer. Kemudian perlu dilakukan pemeriksaan kembali mengenai perintah medis tersebut

apakah sudah sesuai dan tepat.

Elemen yang harus di penuhi mengenai sasaran komunikasi efektif yakni :

- 1) Hasil dari pemeriksaan dituliskan dengan lengkap oleh penerima perintah dimana perintah lengkap tersebut dilakukan dengan lisan maupun dengan telepon.
- 2) Hasil dari pemeriksaan dibaca kembali secara lengkap oleh penerima perintah dimana lengkap tersebut dilakukan dengan lisan maupun dengan tulisan.
- 3) Pemberi perintah atau orang yang menyampaikan hasil pemeriksaan mengkonfirmasi kembali perintah.
- 4) Kebijakan serta prosedur mengacu kepada pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan maupun dengan telepon secara terus-menerus.

Menurut Tutiany et al. (2017), aspek atau komponen komunikasi efektif, berupa :

- 1) Kejelasann (*Clarity*) : pesan yang ingin diisampaikan haruslah jelas
- 2) Ketepatan (*Accuracy*) : informasi yaang ingin diberikan haruslah benar
- 3) Konteks (*Context*) : gaya bicara serta pesan yang akan disampaikan haruslah dalam situasi yang tepat.
- 4) Alur (*Flow*) : pesan yang ingin disampaikan haruslah dengan

urutan tepat.

- 5) Budaya (*Culture*) : pesan yang ingin disampaikan haruslah sesuai dengan gaya bicara, bahasa serta norma serta etika yang berlaku.

c. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

Salah satu hal penting yang patut dipahami oleh petugas medis yaitu kehati-hatian dalam pemberian obat atau rencana pengobatan pasien. Maka dari itu pada manajemen keselamatan pasien, rumah sakit wajib meningkatkan suatu pendekatan dalam memperbaiki keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert*). Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high alert medications*) merupakan obat yang dapat memicu terjadinya kesalahan serius (*sentinel event*), obat ini berisiko tinggi sehingga dapat mengakibatkan kejadian yang tidak diinginkan (*adverse outcome*), contohnya seperti obat-obatan yang tampak mirip, terdengarnya mirip (nama obat, rupa, dan ucapan mirip/ NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/ LASA* (Harigustian & Rachmawati, 2019).

Tujuan dari point ke 3 SKP, meningkatkan keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai dalam Tutiany et al. (2017) yaitu:

- 1) Memberikan pedoman manajemen sesuai dengan standar pelayanan farmasi serta keselamatan pasien rumah sakit dalam pemberian obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*)
- 2) Mengembangkan keselamatan pasien di rumah sakit.
- 3) Meminimalisir agar tidak terjadi *sentinel event* maupun *adverse*

outcome

- 4) Meminimalisir kesalahan ataupun error pada saat pelayanan pemberian obat yang perlu diwaspadai kepada pasien tidak terjadi.
- 5) Menambah mutu pelayanan pada rumah sakit.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien dikatakan bahwa kegiatan yang dilakukan supaya dapat meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai, yakni sebagai berikut:

- 1) Proses identifikasi, pemberian label, lokasi, dan penyimpanan obat-obat yang patut diwaspadai perlu dimuat dalam kebijakan serta prosedur yang diterapkan
- 2) Elektrolit konsentrat tidak berada pada unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis serta tindakan diambil agar mencegah pemberian yang tidak sengaja pada unit tersebut, jika diperbolehkan kebijakan.
- 3) Dalam menyimpan elektrolit konsentrat pada unit pelayanan pasien wajib diberikan label secara jelas, dan disimpan pada tempat yang dibatasi ketat (*restricted*).

Kesalahan pengobatan adalah suatu kejadian yang dapat membuat pasien menerima obat yang salah atau tidak mendapat terapi obat yang tepat. Kesalahan pengobatan dapat dilakukan dalam pembuatan resep, persiapan, penyaluran, dan pemberian obat. Untuk

mencegah kesalahan pengobatan, perawat harus bertanggung jawab dalam pemberian obat-obatan yang aman (Listianawati, 2018).

d. Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi

Rumah sakit perlu meningkatkan suatu strategi agar dapat memastikan tepatlokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien. Salah-lokasi, prosedur, dan salah pasien pada operasi, merupakan suatu hal yang meresahkan serta kerap terjadi pada rumah sakit atau fasilitas kesehatan. Kesalahan ini muncul tentunya karena berbagai faktor misalnya tidak adanya pengecekan ulang catatan medis, tidak terjalin komunikasi yang efektif diantara tim medis, tidak mengikutsertakan pasien pada saat penandaan lokasi pasien yang akan melakukan operasi (*site marking*), penggunaan singkatan sebagai instruksi dari tindakan maupun permasalahan yang berkaitan dengan tidak terbacanya tulisan (*illegible handwriting*).

Tujuan dari pengembangan startegi dalam memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien yaitu mencegah serta meminimalisir angka kejadian salah lokasi, prosedur, serta salah-pasien operasi.

Rumah sakit perlu memakai tanda yang jelas serta yang dapat dipahami dalam pengidentifikasian lokasi pasien serta ikut mengikutsertakan pasien saat proses penandaan, kegiatan tersebut berupa:

- 1) Dalam memverifikasi saat pre-operasi tepat lokasi, tepat prosedur,

dan tepat pasien rumah sakit memakai suatu checklist maupun cara lain . Serta seluruh dokumen dan peralatan yang diperlukan harus tersedia dan berfungsi serta tepat.

- 2) Sebelum dimulainya suatu prosedur maupun tindakan pembedahan, tim operasi yang lengkap perlu mencatat prosedur “sebelum insisi/timeout”.
- 3) Dalam memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien kebijakan serta prosedur perlu mendukung kesamaan proses tersebut (Tutiany et al., 2017).

e. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Pencegahan serta pengendalian infeksi adalah sebuah tantangan yang paling besar dihadapi oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Peningkatan biaya dalam menangani infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan adalah suatu hal yang prihatin bagi pasien maupun profesional layanan kesehatan. Karena, infeksi dapat ditemui pada seluruh bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan, misalnya infeksi pada aliran darah (*blood stream infection*), infeksi saluran kemih dan pneumonia yang seringkali dikaitkan dengan ventilasi mekanis yang tidak sesuai dengan standar. Oleh karena itu, solusi utama dan pencegahan terhadap seluruh jenis infeksi di rumah sakit adalah dengan kebijakan tentang cuci tangan. Praktik dalam mencuci tangan juga harus dilaksanakan oleh petugas medis, pasien rumah sakit dan seluruh elemen di rumah sakit dengan cara yang tepat.

Pedoman dalam mencuci tangan biasanya didapat dari acuan WHO. Ditiap rumah sakit juga harus meningkatkan kebijakan dalam mencuci tangan dengan support secara nyata. Contohnya menyediakan sarana untuk mencuci tangan seperti wastafel lengkap dengan sabun cuci tangan serta menaruh antiseptik pada setiap sudut ruangan yang di butuhkan (Harigustian & Rachmawati, 2019).

Fasilitas pelayanan kesehatan memiliki proses kerja sama dalam mengembangkan kebijakan atau prosedur yang sesuai dengan pedoman cuci tangan yang dapat diterima di khalayak umum dalam penerapan pedoman tersebut di fasilitas pelayanan kesehatan. Kemudian kegiatan yang dilakukan yaitu:

- 1) Pedoman *hand hygiene* terbaru yang telah dipublikasikan serta sudah diterima dikhalayak umum (*WHO Patient Safety*) perlu diterapkan dan disesuaikan oleh Fasilitas pelayanan Kesehatan.
 - 2) Program *hand hygiene* yang efektif perlu dilaksanakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.
 - 3) Pengurangan terus-menerus mengenai risiko infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan melalui kebijakan maupun prosedur.
- f. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Kasus mengenai pasien jatuh di rumah sakit bisa dilihat sebagai insiden yang cukup fatal dan menyebabkan cedera pada pasien rawat inap. Oleh karena itu, rumah sakit wajib melakukan evaluasi secara

rutin agar dapat mengecek apa saja penyebab yang dapat membuat pasien terjatuh. Contohnya dari segi kebersihan rumah sakit maupun kesalahan dari sisi petugas rumah sakit. Evaluasi juga bisa dilihat dari obat yang di berikan, riwayat penyakit pasien, gaya jalan sampai pada alat bantu jalan yang dipakai pasien tersebut. Selanjutnya sesudah diidentifikasi serta dievaluasi, maka dapat diterapkan kebijakan untuk pencegahan insiden pasien jatuh di rumah sakit (Harigustian and Rachmawati, 2019).

Kegiatan yang dapat dilaksanakan untuk pengurangan risiko pasien jatuh yakni :

- 1) Jika teridentifikasi terjadi perubahan kondisi maupun pengobatan fasilitas pelayanan kesehatan melaksanakan asesmen awal risiko pasien jatuh serta melaksanakan asesmen ulang kepada pasien.
- 2) Langkah-langkah yang dapat digunakan agar dapat meminimalisir risiko jatuh bagi pasien dengan hasil asesmen dianggap berisiko (Tutiany et al., 2017).

Tujuan dari kebijakan meminimalisir risiko cedera karena jatuh adalah:

- 1) Mengecek pasien yang memiliki risiko jatuh
- 2) Mengoptimalkan pemakaian asesmen jatuh agar dapat menetapkan kategori risiko jatuh.
- 3) Dapat membandingkan faktor risiko intrinsik dan ekstrinsik risiko jatuh.

- 4) Menjelaskan kebutuhan mengenai keperluan dalam pemahaman faktor risiko jatuh, penanganan dan pencegahannya untuk meningkatkan klinis, kepuasan pasien dan meminimalkan biaya kesehatan.
- 5) Memahami inti dari keberhasilan program faktor risiko jatuh, penanganan serta pencegahannya.
- 6) Mendapatkan sumber daya untuk mengembangkan serta meningkatkan program faktor risiko jatuh, penanganan serta pencegahannya.

2. Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien dalam penerapannya tentu dipengaruhi dari berbagai faktor. *Institute Of Medicine melalui laporannya To Err Is Human : Building A Safer Health System* menekankan bahwa yang meningkatkan pencegahan terhadap insiden adalah berupa faktor yang sistemik artinya tidak hanya berasal dari kinerja seorang perawat dokter, atau tenaga kesehatan lain (Dyer *et al*, 2008) dalam (Agustina, 2021).

Laporan tersebut juga memberi perhatian pada faktor komunitas manusia yang terlibat pada masalah pelayanan kesehatan. Insiden keselamatan pasien dihasilkan dari interaksi atau kecenderungan dari beberapa faktor yang diperlukan kecuali beberapa faktor yang tidak sesuai. Kekurangan pada faktor-faktor tersebut terlihat pada sistem yang telah lama ada sebelum terjadi suatu insiden. Yang menjadi poin penting adalah pada pemahaman bahwa ada kebutuhan untuk menyadari dan memahami

fungsi dari banyaknya sistem yang masing-masing berkaitan dengan setiap penyedia layanan kesehatan dan bagaimana kebijakan serta tindakan yang diambil pada suatu bagian (dalam sistem tersebut) akan berdampak pada keamanan, kualitas, dan efisiensi pada sistem bagian lainnya (Bardan, 2017).

Menurut (Depkes, 2008) mengungkapkan bahwa faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien adalah faktor eksternal/luar rumah sakit, faktor organisasi dan manajemen, faktor lingkungan kerja, faktor tim, faktor petugas dan kinerja, faktor tugas, faktor pasien, dan faktor komunikasi (Bardan, 2017).

Dalam Nursalam (2014) disebutkan bahwa insiden keselamatan pasien dapat disebabkan oleh berbagai faktor antara lain beban kerja perawat yang tinggi, alur komunikasi yang kurang tepat, dan penggunaan sarana kurang tepat.

Selain itu dalam Buku Medical Management yang ditulis oleh Markar dan Sullivan (2012) dalam Agustina (2021), *National Patient Safety Agency* menjelaskan bahwa faktor yang berkontribusi dalam insiden keselamatan pasien terdiri atas faktor pasien, faktor individu, faktor tugas/pekerjaan, faktor komunikasi, faktor kelompok/ tim, faktor pendidikan dan pelatihan, faktor peralatan dan sumber daya, faktor kondisi kerja, dan faktor organisasi. Faktor pasien meliputi kondisi klinik, faktor sosial, faktor fisik, faktor psikologis/ mental, dan hubungan interpersonal. Faktor individu meliputi keadaan fisik, psikologi, sosial, dan kepribadian. Faktor

tugas meliputi pedoman/ prosedur, desain pekerjaan. Faktor komunikasi meliputi komunikasi verbal, non-verbal, tertulis, dan elektronik. Faktor tim meliputi peran, kesesuaian, kepemimpinan, dukungan. Faktor pendidikan dan pelatihan yaitu kompetensi. Faktor peralatan dan sumber daya meliputi pengadaan peralatan dan penggunaan. Faktor kondisi kerja meliputi lingkungan, desain lingkungan fisik, dan beban kerja. Faktor organisasi meliputi struktur organisasi, kebijakan, dan budaya keselamatan.

3. Peran dan sikap perawat dalam penerapan sasaran keselamatan pasien

Perawat merupakan salah satu profesi penting dalam sebuah lembaga atau instansi penyedia layanan kesehatan. Perawat disebut sebagai petugas medis yang paling sering berada dirumah sakit. Perawat juga salah satu komponen utama pemberi layanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran penting karena terkait langsung dengan pemberi asuhan keparawatn kepada pasien sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. Perawat sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan yang ada dilapangan sangat menentukan dalam uapaya pencegahan dan memutus rantai transmisi infeksi dalam rangka memenuhi kebutuhan keselamatan pasien.

Menurut Junie (2022), profesionalitas perawat dalam program keselamatan pasien sangat dipengaruhi oleh adanya persepsi perawat. Artinya bagaimana sikap perawat terhadap pekerjaan, pelayanan, kualitas sikap dan penerapan *pasien safety*. Jika perawat memiliki presepsi yang tepat mengenai program dan konsep keselamatan pasien, maka tindakan

yang diambil juga dipastikan dengan bertujuan memberikan pelayanan secara aman dan bertanggungjawab.

Keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan menghindari adanya tuntutan malpraktik, sehingga perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien mengacu pada standar prosedur operasional. Salah satu upaya untuk menjaga keselamatan pasien adalah dengan menerapkan standar prosedur operasional (SPO) dalam setiap tindakan keperawatan. Tujuan dalam menerapkan standar prosedur operasional (SPO) yaitu:

a. Menggunakan SPO sebagai tindakan untuk mencegah kesalahan

Perawat menggunakan SPO untuk mencegah terjadinya kesalahan dalam setiap tindakan yang dilakukan kepada pasien. Hal tersebut dikarenakan dengan adanya SPO dan mengikuti aturan/panduan dalam SPO tersebut akan dapat mencegah KTD yang dilakukan oleh perawat selama memberikan perawatan kepada pasien. Perawat dengan antusias menyatakan SPO dijadikan sebagai aturan yang harus diikuti dalam melakukan tindakan keperawatan kepada pasien.

b. Menjadikan SPO sebagai instruksi kerja

Perawat menjadikan SPO sebagai instruksi kerja dalam melaksanakan tindakan keperawatan kepada pasien untuk mencegah terjadinya kesalahan.

c. Mengikuti langkah-langkah tindakan SPO

Perawat melakukan tindakan keperawatan dengan mengikuti langkah-langkah yang sesuai dengan SPO yang sudah ditetapkan rumah sakit untuk mencegah terjadinya kesalahan.

d. Menciptakan komunikasi efektif sebagai kunci keselamatan pasien.

Komunikasi efektif merupakan hal yang paling penting diterapkan oleh perawat di rumah sakit untuk mencegah kesalahan dan menjamin keselamatan pasien. Kategori dari sub-tema tersebut diatas yaitu:

- 1) Menggunakan komunikasi yang baik dan mudah dipahami, dan
- 2) Menganggap komunikasi penting dalam pencegahan kesalahan
(Anggriyanti, Harahap & Dalimunthe, 2018).

Menurut Solehati (2017), perawat dalam mengimplementasikan sasaran keselamatan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya:

a. Pengetahuan

Pengetahuan sumber daya manusia (SDM) kesehatan termasuk perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien.

b. Motivasi

Motivasi kerja perawat menentukan perilaku dan kinerja perawat ketika memberikan praktik keperawatan yang berkualitas.

c. Persepsi

Persepsi perawat adalah anggapan seseorang perawat terhadap stimulus dari perawat yang lain atau perawat pada umumnya yang kemudian diorganisasikan, diartikan, dievaluasi, dan ditanggapi dengan tindakan.

d. Karakteristik Individu

Karakteristik yang dimiliki seseorang berbeda antar individu, dan kadang-kadang perbedaan tersebut dapat bervariasi. Karakteristik tersebut melekat dalam diri seorang individu sehingga menjadi ciri khas tertentu. Karakteristik perawat ini meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan masa kerja.

e. Tindakan/ praktik

Setelah seseorang mengetahui tentang kesehatan, kemudian memberikan tanggapan terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya adalah melaksanakan dan mempraktikkan apa yang diketahui yang diwujudkan dalam sebuah perilaku.

C. Beban Kerja Perawat

1. Pengertian

Menurut Munandar (2011), beban kerja adalah salah satu aspek yang perlu diperhatikan bagi setiap perusahaan, dikarenakan beban kerja dapat meningkatkan produktivitas kerja bagi karyawan. Beban kerja merupakan tugas-tugas yang diberikan pada tenaga kerja untuk diselesaikan dalam waktu tertentu dengan keterampilan dan potensinya. Maka dapat dikatakan

setiap pekerjaan yang dilakukan seseorang merupakan beban kerja baginya. Beban-beban tersebut tergantung bagaimana orang tersebut bekerja. Dari sudut pandang ergonomik setiap beban kerja yang diterima seseorang harus sesuai dan seimbang baik terhadap kemampuan fisik, kemampuan kognitif maupun keterbatasan manusia yang menerima beban tersebut (Putri, 2021).

Beban kerja perawat adalah volume kerja perawat di suatu unit rumah sakit. Sedangkan volume kerja perawat adalah waktu yang dibutuhkan untuk menangani pasien per hari. Beban kerja penting diketahui sebagai dasar untuk mengetahui kapasitas kerja perawat agar terdapat keseimbangan antara tenaga keperawatan dengan beban kerja (Permana, Surya Mediawati & Maulana, 2020).

Setiap pekerjaan merupakan beban bagi pelakunya dan setiap tenaga kerja memiliki kemampuan tersendiri dalam menangani beban kerjanya. Beban kerja yang dianggap optimal bagi seseorang adalah apabila penempatan tenaga kerja yang tepat pada pekerjaan yang tepat. Derajat ketepatan suatu penempatan kerja meliputi kecocokan pengalaman, keterampilan, motivasi dan lain-lain (Buanawati, 2019).

2. Jenis- Jenis Beban Kerja Perawat

Prihatini (2008) dalam membagi beban kerja perawat menjadi dua tipe dasar, yaitu beban kerja fisik dan beban kerja mental.

- a. Beban kerja bersifat fisik meliputi mengangkat pasien, memandikan pasien, membantu pasien ke kamar mandi, mendorong peralatan kesehatan, merapikan tempat tidur pasien, mendorong brankart pasien.
 - b. Beban kerja yang bersifat mental dapat berupa bekerja dengan shift atau bergiliran, kompleksitas pekerjaan (mempersiapkan mental dan rohani pasien dan keluarga terutama bagi yang akan memerlukan operasi atau dalam keadaan kritis), bekerja dengan keterampilan khusus dalam merawat pasien, tanggung jawab terhadap kesembuhan serta harus menjalin komunikasi dengan pasien. (Buanawati, 2019).
3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Beban Kerja Perawat

Umansky & Rantanen (2016) menyatakan bahwa yang mempengaruhi beban kerja antara lain :

- a. *Patient-to-nurse ratio*, yaitu jumlah pasien yang harus ditangani oleh masing-masing perawat.
- b. *Activity type*, yaitu jenis kegiatan yang dilakukan perawat mulai dari kegiatan pokok yang penting seperti melakukan dokumentasi asuhan keperawatan, kegiatan tambahan yang bukan bagian tugas pokok seperti menyusun status pasien pada tempatnya, hingga kegiatan tambahan yang merupakan bagian tugas pokok seperti pemberian obat.
- c. *Time Pressure*, yaitu rasio waktu yang dibutuhkan (total waktu yang digunakan untuk mengerjakan tugas pokok) dan waktu yang tersedia harus diperhitungkan.

d. *Physical expenditure*, yaitu jumlah, rata-rata serta standar tiap perawat berjalan selama melaksanakan tugas (Buanawati, 2019).

4. Dampak Beban Kerja Perawat

Beban kerja haruslah seimbang, sebab beban kerja yang terlalu tinggi maupun terlalu rendah akan berdampak tidak baik pada karyawan. Beban kerja yang tinggi akan menimbulkan stres kerja, minimnya konsentrasi karyawan, timbulnya keluhan pelanggan dan menyebabkan tingginya angka ketidakhadiran karyawan. Sedangkan beban kerja yang terlalu rendah akan memunculkan kebosanan dan rendahnya konsentrasi terhadap pekerjaan. Baik beban kerja yang terlampau tinggi maupun terlalu rendah pada akhirnya akan menyebabkan rendahnya produktifitas karyawan (Koesomowidjojo, 2017).

Dalam profesi keperawatan sendiri menjadi beban kerja yang tidak sesuai dengan standar akan menimbulkan dampak seperti munculnya kesalahan pada pelaporan status pasien, kelelahan kerja, meninggalkan pekerjaan yang tidak selesai selama shift kerja, terganggunya alur kerja, hingga kesalahan pemberian medikasi pada pasien (McPhee, Dahinten, & Havaci, 2017) dalam (Buanawati, 2019).

5. Perhitungan Beban Kerja

Nursalam (2017) menyebutkan terdapat beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam menentukan beban kerja perawat antara lain:

- a. jumlah pasien yang dirawat setiap hari/bulan/tahun di unit tersebut;
- b. kondisi atau tingkat ketergantungan pasien;

- c. rata-rata hari perawatan;
- d. pengukuran keperawatan langsung, perawatan tidak langsung dan pendidikan kesehatan;
- e. frekuensi tindakan perawatan yang dibutuhkan pasien;
- f. rata-rata waktu perawatan langsung, tidak langsung dan pendidikan kesehatan.

Ada tiga cara yang dapat digunakan untuk menghitung beban kerja secara personel antara lain sebagai berikut.

a. *Work sampling*

Teknik ini dikembangkan pada dunia industri untuk melihat beban kerja yang dipangku oleh personel pada suatu unit, bidang maupun jenis tenaga tertentu.

Pada metode *work sampling* dapat diamati hal-hal spesifik tentang pekerjaan antara lain:

- 1) aktivitas apa yang sedang dilakukan personel pada waktu jam kerja;
- 2) apakah aktivitas personel berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja;
- 3) proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif;
- 4) pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu dan jadwal jam kerja.

Pada teknik *work sampling* kita akan mendapatkan ribuan pengamatan kegiatan dari sejumlah personel yang kita amati. Oleh

karena besarnya jumlah pengamatan kegiatan penelitian akan didapatkan sebaran normal sampel pengamatan kegiatan penelitian. Artinya data cukup besar dengan sebaran sehingga dapat dianalisis dengan baik.

b. *Time and motion study*

Pada teknik ini kita mengamati dan mengikuti dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh personel yang sedang kita amati. Melalui teknik ini akan didapatkan beban kerja personel dan kualitas kerjanya. Penelitian dengan menggunakan teknik ini dapat digunakan untuk melakukan evaluasi tingkat kualitas suatu pelatihan atau pendidikan yang bersertifikat atau bisa juga digunakan untuk mengevaluasi pelaksanaan oleh suatu instansi seperti rumah sakit.

c. *Daily log*

Daily log atau pencatatan kegiatan sendiri merupakan bentuk sederhana *work sampling* yaitu pencatatan dilakukan sendiri oleh personel yang diamati. Pencatatan meliputi kegiatan yang dilakukan dan waktu yang diperlukan untuk melakukan kegiatan tersebut. Pendekatan ini relatif lebih sederhana dan biaya yang murah. Peneliti biasa membuat pedoman dan formulir isian yang dapat dipelajari sendiri oleh informan. Sebelum dilakukan pencatatan kegiatan peneliti menjelaskan tujuan dan cara pengisian formulir kepada subjek personal yang diteliti, tekankan pada personel yang diteliti yang terpenting adalah jenis kegiatan, waktu dan lama kegiatan, sedangkan informasi

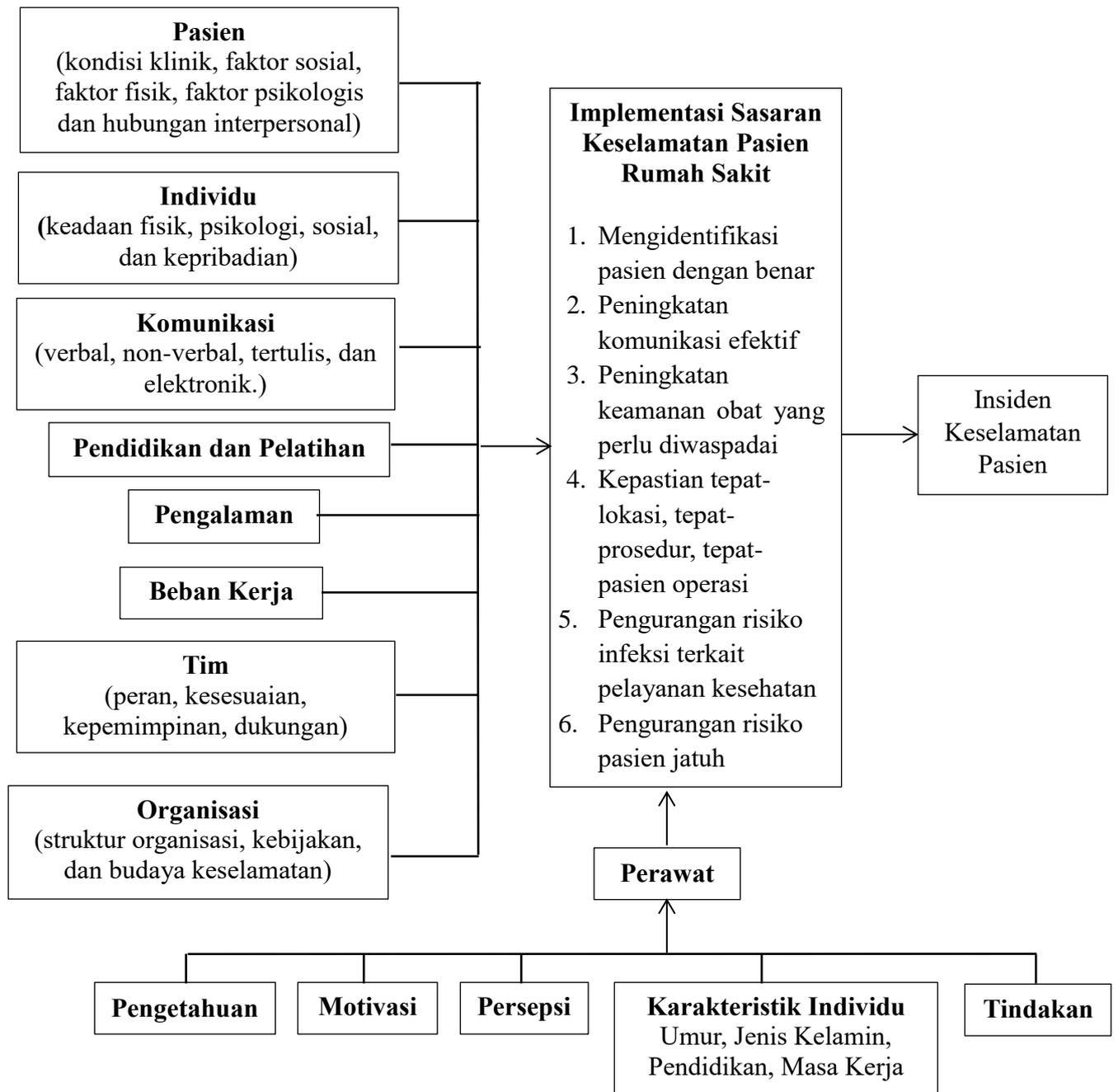
personel tetap menjadi rahasia dan tidak akan dicantumkan pada laporan penelitian.

Menurut Nursalam (2016) dalam Kristyaningsih (2018), terdapat 3 aspek yang dapat dilakukan penghitungan beban kerja, yaitu aspek fisik, aspek psikologis dan aspek waktu kerja.

- a. Aspek fisik, aspek ini terdiri dari tugas pokok dan fungsi, jumlah pasien yang dirawat dibandingkan dengan jumlah perawat serta tugas tambahan.
- b. Aspek psikologis, aspek beban kerja ini berdasarkan dengan hubungan antar individu, rekan sejawat, pimpinan, pasien dan keluarga yang dapat mempengaruhi kinerja dan produktivitas individu.
- c. Aspek waktu kerja, merupakan aspek yang mempertimbangkan penggunaan waktu untuk melakukan fungsi dan tugas yang sesuai. Mencakup jumlah waktu efektif melakukan pekerjaan setiap hari.

Pengukuran yang dilakukan melalui 3 aspek ini menggunakan kuesioner yang berdasarkan tugas dan fungsi pokok perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan, jumlah pasien yang dirawat, jumlah perawat yang bertugas dan waktu bekerja perawat dalam satu unit ruangan.

D. Kerangka Teori



Sumber: Modifikasi teori Depkes (2008), Nursalam (2014), Markar dan Sullivan (2012), Solehati (2017) dan Kemenkes (2017).

Gambar 2.1 Kerangka Teori