

## PENINGKATAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN MELALUI PEMBERDAYAAN *CHAMPION* KESELAMATAN PASIEN

Wice Purwani Suci\*)

\*)Universitas Riau, Jalan Pattimura No. 9 Gedung G Pekanbaru Riau.

E-mail: ns.wice@gmail.com

---

### ABSTRAK

Budaya keselamatan pasien merupakan pondasi utama dalam pelaksanaan keselamatan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberdayaan *champion* keselamatan pasien terhadap penerapan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Haji Jakarta. Metode penelitian ini menggunakan *pre-experiment design: pretest-posttest without control group design*. Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah 81 perawat. Data dianalisis dengan menggunakan tes *mcnemar*. Hasil penelitian menunjukkan terdapat peningkatan persentasi penerapan budaya keselamatan pasien setelah program pemberdayaan *champion* keselamatan pasien dengan pengaruh yang tidak bermakna secara statistik ( $p= 0,451$ ;  $CI= 0.084-0.928$ ). Penelitian ini merekomendasikan perlunya pengembangan pemberdayaan *champion* keselamatan pasien untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien. Pengembangan ini harus memperhatikan kriteria *champion* keselamatan pasien dan kondisi rumah sakit.

Kata kunci: *champion* keselamatan pasien, budaya keselamatan pasien

### ABSTRACT

*Patient safety culture is a main fondation in implementation of patient safety. The purpose of this study was to know the effects of patient safety champion empowerment on the patient safety culture Rumah Sakit Haji Jakarta. This study was pre-experiment design : one group pretest posttest, with 81 nurses as a samples. Data were analyzed with mcnemar test. Result: implementation of patient safety culture increased not significantly 7,4 % after got a patient safety champion empowering program ( $p=0,451$ ;  $CI= 0.084-0.928$ ). Recommendation: Patient safety champion empowering need to developed to increase patient safety's culture at hospital.*

*Keyword : patient safety champion ; patient safety culture*

## LATAR BELAKANG

Budaya keselamatan pasien (KP) merupakan hal pokok dan mendasar dalam pelaksanaan KP di rumah sakit (RS). Setiap RS harus menjamin penerapan KP pada pelayanan kesehatan yang diberikannya kepada pasien (Fleming & Wentzel, 2008). Upaya KP diawali dengan penerapan budaya KP (KKP-RS, 2008). Hal ini dikarenakan fokus pada budaya KP akan menghasilkan penerapan KP yang lebih baik dibandingkan jika hanya berfokus pada program KP saja (El-Jardali, Dimassi, Jamal, Jaafar, & Hemadeh, 2011). Budaya KP sebagai fondasi dalam usaha penerapan KP yang merupakan prioritas utama dalam pemberian layanan kesehatan (Disch, Dreher, Davidson, Sinioris, & Wainio, 2011; NPSA, 2004). Fondasi KP yang baik akan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya asuhan keperawatan.

Penerapan KP memungkinkan perawat mencegah terjadinya kesalahan kepada pasien saat pemberian layanan kesehatan di RS. Hal ini dapat meningkatkan rasa aman dan nyaman pasien yang dirawat di RS (Armellino, Griffin, & Fitzpatrick, 2010). Pencegahan kesalahan yang akan

terjadi tersebut juga dapat menurunkan biaya yang dikeluarkan pasien akibat perpanjangan masa rawat yang mungkin terjadi (Kaufman & McCaughan, 2013). Pelayanan yang aman dan nyaman serta berbiaya rendah merupakan ciri dari perbaikan mutu layanan. Perbaikan mutu pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan memperkecil terjadinya kesalahan dalam pemberian layanan kesehatan. Penerapan budaya KP akan mendeteksi kesalahan yang akan dan telah terjadi (Fujita et al., 2013; Hamdan & Saleem, 2013; Kaufman & McCaughan, 2013). Budaya KP tersebut akan meningkatkan kesadaran untuk mencegah *error* dan melaporkan jika ada kesalahan (Jeffs, Law, & Baker, 2007). Hal ini dapat memperbaiki *outcome* yang dihasilkan oleh RS tersebut. Dimensi-dimensi keselamatan pasien meliputi kerja sama tim antar unit; kerja sama dalam tim di unit RS; operan; frekuensi pelaporan kejadian; respon tidak menghukum terhadap kesalahan; komunikasi terbuka; umpan balik; pembelajaran organisasi; persepsi secara umum tentang KP.

Masalah KP tidak hanya masalah individu atau salah satu kelompok.

Penerapan KP melibatkan seluruh sistem yang ada di RS. Oleh karena itu kerja sama tim antar unit di RS sangat berperan dalam penerapan budaya KP yang pada gilirannya berperan dalam pelaksanaan KP di RS. Kerja sama tim sangat dibutuhkan dalam pelaksanaan KP. Setiap anggota tim bertanggung jawab dan bekerja sama untuk mencapai tujuan dengan perbedaan peran masing-masing yang spesifik (Aboul-Fotouh, et al., 2012). Perawat dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya seperti dokter dan apoteker dalam keakuratan pemberian obat pada pasien (ICN, 2002). AHRQ melakukan survey rumah sakit di Amerika tentang pelaksanaan budaya KP pada kerja sama sebesar 57%.

Operan termasuk salah satu jenis komunikasi yang dapat dilakukan perawat dalam upaya menerapkan budaya KP. Perawat dapat berkomunikasi mengenai kesalahan yang telah terjadi atau yang mungkin terjadi dalam proses pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien.

Pelaporan kejadian merupakan suatu sistem yang penting dalam membantu mengidentifikasi masalah KP dan dalam menyediakan data pada organisasi sebagai sistem pembelajaran

(Walshe & Boaden, 2006). Tenaga profesional merupakan pekerja yang perfeksionis sehingga apabila terjadi kesalahan, maka akan mengakibatkan permasalahan psikologis yang dapat berdampak pada penurunan kinerja.

Respon dalam menanggapi kesalahan yang dilaporkan merupakan hal yang sensitif. Oleh karena itu, pertanyaan individu perlu dihindari, dan fokus pada apa yang terjadi, bukan siapa yang melakukan, hambatan dalam melakukan kerja yang baik, serta kejadian yang mungkin bisa timbul. Berdasarkan survei yang dilakukan AHRQ, perawat beranggapan RS menerapkan budaya tidak menyalahkan sebesar 74%.

AHRQ melakukan survei RS di Amerika tentang pelaksanaan budaya KP pada komunikasi terbuka sebesar 62%. Bentuk komunikasi dalam KP yang dilakukan perawat antara lain *briefing* dan *ronde KP*. *Briefing* merupakan cara sederhana bagi staf untuk berbagi informasi tentang KP. *Ronde KP* terdiri dari perawat senior dan 1-2 perawat ruangan, dilakukan supervisi setiap minggu pada area berbeda di RS dan berfokus pada masalah KP.

Beberapa hambatan dalam sistem pelaporan kejadian di antaranya takut akan hukuman, fokus pada hukuman, fokus pada ketidakjelasan identitas, bentuk dari pelaporan kejadian, kebingungan dari hukuman kejadian yang tidak diharapkan/kejadian nyaris cedera, sentinel, pengaruh yang tidak signifikan dalam peningkatan kualitas pelayanan, kurangnya dukungan dari profesi dan kurangnya umpan balik dari supervisor/ manajer (Armellino, et al., 2010; Disch, Dreher, Davidson, Sinioris, & Wainio, 2011; Firth-Cozens, 2001). Memberikan umpan balik pada staf saat mereka memberikan pelaporan kejadian dan berfokus pada pembelajaran tentang kejadian dengan akar masalah merupakan salah satu dari tujuh langkah menuju sistem pelaporan yang baik (NPSA, 2004).

Pembelajaran dalam tim di RS menjadi sumber yang berpengaruh dalam penghargaan pembelajaran sendiri individu tentang isu KP. Setiap disiplin ilmu yang berbeda akan memperhatikan KP berdasarkan prioritas masing-masing. Tim bedah dalam kamar operasi menjadikan aspek teknis sebagai prioritas dalam KP. Apoteker dengan isu keselamatan obat. Perawat pada tindakan/terapi dan

penggunaan tim pendukung yang efektif untuk membentuk jaringan KP (Walshe & Boaden, 2006). Perbaikan terus-menerus dilakukan dengan belajar dari kesalahan yang terjadi dan memperbaiki sistem yang ada. Pembelajaran yang terjadi juga dapat melalui diskusi. Diskusi ini sebagai media pembelajaran tentang kesalahan (Armellino, et al., 2010).

Budaya KP merupakan nilai, kepercayaan, yang dianut bersama dan berkaitan dengan struktur organisasi, dan sistem pengawasan dan pengendalian untuk menghasilkan norma-norma perilaku (Ferguson & Fakelman, 2005). Hal ini melibatkan persepsi individu tersebut. Staf dengan persepsi baik terhadap KP akan memudahkan penerapan budaya KP (Disch, et al., 2011).

Budaya KP yang baik dapat memperkecil insiden yang berhubungan dengan KP. Penelitian *Harvard School of Public Health* (HSPH) tahun 2011 menyebutkan bahwa dari seluruh dunia 43 juta orang dirugikan setiap tahun akibat perawatan yang tidak aman. Sekitar 70% dari pasien yang mengalami kesalahan medis menderita cacat ringan atau sementara, 7% pasien cacat

permanen pada dan dalam 13,6% kasus hasilnya adalah fatal (Collinson, Thorne, Dee, MacIntyre, & Pidgeon, 2013). Data dari *National Patient Safety Agency*, menyebutkan dari kurun waktu April-September 2012 di London Inggris pada pelayanan kesehatan akut spesialis terjadi insiden yang tidak diinginkan sebanyak 56.1%. Persentase insiden tersebut menimbulkan kerugian ringan sebanyak 34.3 %, kerugian sedang sebanyak 21.1%, kerugian berat sebanyak 0.5% dan sebanyak 0.2% berakibat fatal.

Data insiden tersebut berbeda dengan data di Indonesia. Indonesia belum memiliki sistem pencatatan kesalahan secara nasional. Pelaporan data tentang Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) belum banyak dilakukan oleh RS di Indonesia. Data tentang KTD dan KNC di Indonesia masih sulit ditemukan untuk dipublikasikan. Namun diperkirakan dampak kerugian akibat KTD dan KNC tersebut cukup besar. Dampak dari KTD dapat berupa cacat ringan, sedang hingga berat, bahkan dapat berakibat fatal dan kematian.

Besarnya dampak yang dapat timbul akibat insiden KP mengharuskan

organisasi pelayanan kesehatan melaksanakan tindakan terkait KP. Beberapa upaya membangun budaya KP pada skala internasional dengan membuat kebijakan terkait KP antara lain *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) di Amerika, sejak 2007 menetapkan penilaian tahunan terhadap budaya keselamatan sebagai target KP. *National Patient Safety Agency* (NPSA) di Inggris mencantumkan budaya keselamatan sebagai langkah pertama dari "Seven Steps to Patient Safety" (Kachalia, 2013). Program sejenis juga dilakukan di Indonesia.

Kebijakan di Indonesia secara jelas mengatur kedudukan dan peran sistem berupa adanya komite KP baik secara nasional maupun RS. Kebijakan tersebut di antaranya diatur dalam panduan nasional KP rumah sakit yang disusun oleh Depkes RI tahun 2008. Pedoman tersebut berisi aturan agar RS mengidentifikasi di tiap bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi "penggerak" dalam gerakan KP. Istilah "penggerak" tersebut juga dikenal dengan *champion*.

Pemberdayaan *champion* merupakan salah satu upaya untuk mengaktualisasikan kemampuan yang

dimiliki khususnya mengenai pelaksanaan KP, sehingga dapat membudayakan KP di RS. *Champion* tersebut merupakan sebuah model peran bagi perawat. Model peran yang dibentuk melalui pemberdayaan *champion* dapat membantu proses resosialisasi bagi staf dalam pelaksanaan KP dan penerapan budaya KP (Marquis & Huston, 2010). Panduan keselamatan tersebut menyebutkan bahwa penggerak atau *champion* merupakan orang-orang dapat diandalkan dan dapat memonitor insiden terkait keselamatan yang terjadi di RS. *Champion* erat kaitannya dengan perawat.

Peran kritis perawat memposisikan perawat sebagai orang yang dapat diandalkan dan dapat memonitor kegiatan terkait KP. Keberadaan perawat sebagai bagian dari SDM kesehatan di RS berperan penting dalam penerapan KP. Profesi ini memiliki waktu interaksi dengan pasien yang paling lama dibandingkan dengan profesi lain (Gillies, 1996). Perawat merupakan salah satu bagian dari pilar asuhan yang aman bagi pasien. Perawat juga merupakan ‘*sharp end*’ dalam pelayanan yang berorientasi pada KP (Walston, Al-Omar, & Al-Mutari, 2010).

Keberadaan perawat dalam tim secara efektif sangat menentukan keberhasilan penerapan KP (Armellino, et al., 2010). Peran tersebut sesuai dengan peran kritisnya dalam melakukan deteksi dini, deteksi risiko dan koreksi abnormalitas yang terjadi pada pasien dalam rangka pencegahan KTD. Hal ini menjadikan perawat sebagai salah satu profesi yang layak untuk menjadi *champion*. Oleh karena hal tersebut, maka penulis melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberdayaan *champion* keselamatan pasien terhadap penerapan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Haji Jakarta.

## **METODE PENELITIAN**

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kuantitatif *pre-experiment pretest-posttest without control group*. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *probability sampling* yaitu *simple random sampling*. Sampel dipilih dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Pertimbangan dalam pemilihan sampel dilakukan peneliti adalah dengan menentukan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi pada

penelitian ini adalah semua perawat pelaksana yang (1) bersedia menjadi responden, (2) pendidikan minimal D3 Keperawatan, sedangkan kriteria eksklusi adalah perawat pelaksana yang sedang dalam masa tugas belajar dan izin belajar dan yang sedang cuti (cuti hamil, cuti menikah, cuti sakit).

Responden dalam penelitian ini berjumlah 81 perawat pelaksana dengan 11 *champion* keselamatan pasien. Pelaksanaan program pemberdayaan *champion* keselamatan pasien dilakukan selama 3 sesi dalam 2 kali pertemuan sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat. Pelaksanaan program *champion* keselamatan pasien diikuti oleh *champion* keselamatan pasien, kepala bidang keperawatan dan komite keperawatan. Tahap selanjutnya dilakukan observasi selama 3 minggu terhadap *champion* keselamatan pasien pada masing-masing unit

Alat pengumpul data yang digunakan adalah kuesioner dan lembar observasi. Kuesioner terdiri dari kuesioner A dan B. Kuesioner A memuat data demografi dan kuesioner B mengenai penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana yang mengukur 9 dimensi keselamatan pasien. Dimensi tersebut meliputi: kerja sama tim antar

unit; kerja sama dalam tim di unit RS; operan; frekuensi pelaporan kejadian; respon tidak menghukum terhadap kesalahan; komunikasi terbuka; umpan balik; pembelajaran organisasi; persepsi secara umum tentang KP.

## HASIL PENELITIAN

Penerapan budaya keselamatan pasien pada responden sebelum program pemberdayaan *champion* keselamatan pasien berada pada budaya kuat yaitu 64.2%. Budaya keselamatan pasien meningkat sebesar 7.4%. Peningkatan tersebut tidak bermakna secara statistik ( $p = 0.451$ ; CI= 0.084-0.928). Perbedaan proporsi penerapan budaya keselamatan pasien sebelum dan sesudah intervensi program pemberdayaan *champion* keselamatan pasien secara rinci dapat dilihat pada tabel karakteristik responden berikut:

Tabel 1 Distribusi Karakteristik perawat di RS Haji Jakarta Mei-Juni 2014

No	Variabel	Nilai (n=81)	CI 95%
1	<b>Umur</b>		
	Mean	33.23	31.89-
2	<b>Masa Kerja</b>		
	SD	6.065	34.58
3	<b>Jenis Kelamin n (%)</b>		
	Laki-laki	9.30	8.21-
4	<b>Pendidikan n (%)</b>		
	DIII Keperawatan	4.898	10.38
5	<b>Pelatihan n (%)</b>		
	S1 / Ners	(17.3)	(82.7)
5	<b>Pelatihan n (%)</b>		
	Pernah	(85.2)	(14.8)
5	<b>Pelatihan n (%)</b>		
	Tidak Pernah	(95.1)	(4.9)

### A. Pengaruh Pemberdayaan *Champion* Keselamatan Pasien terhadap Budaya Keselamatan Pasien

Tabel 2 Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Sebelum dan Sesudah Dilakukan Program Pemberdayaan *Champion* Keselamatan Pasien di RS Haji Jakarta Mei-Juni 2014

Variabel	Sebelum		Sesudah		P
	Le mah	Kuat	Le mah	Kuat	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Budaya Keselamatan Pasien</b>	29 (35.8)	52 (64.2)	23 (28.4)	58 (71.6)	0,451
<b>Dimensi kerja sama antar unit</b>	49 (60.5)	32 (39.5)	39 (48.1)	42 (51.9)	0,017*
<b>Dimensi kerja sama tim dalam unit</b>	10 (12.3)	71 (87.7)	14 (17.3)	67 (82.7)	0,503
<b>Dimensi operan</b>	11 (13.6)	70 (86.4)	10 (12.3)	71 (87.7)	0,125
<b>Dimensi pelaporan</b>	55 (67.9)	26 (32.1)	50 (61.7)	31 (38.3)	0,511
<b>Dimensi respon tidak menghukum</b>	46 (56.8)	35 (43.2)	40 (49.4)	41 (50.6)	0,044*
<b>Dimensi komunikasi terbuka</b>	8 (9.9)	73 (90.1)	11 (13.6)	70 (86.4)	0,648
<b>Dimensi umpan balik</b>	39 (48.1)	42 (51.9)	36 (44.4)	45 (55.6)	0,749
<b>Dimensi pembelajaran organisasi</b>	28 (34.6)	53 (65.4)	19 (23.5)	62 (76.5)	0,015*
<b>Dimensi persepsi terhadap KP</b>	16 (19.8)	65 (80.2)	19 (23.5)	62 (76.5)	0,701

\*bermakna pada  $\alpha$  0,05

Proporsi dimensi budaya keselamatan pasien paling rendah adalah dimensi pelaporan, yaitu hanya 32.1% perawat yang memiliki budaya pelaporan yang kuat. Proporsi dimensi yang paling tinggi adalah dimensi operan yaitu sebanyak 87.7% perawat memiliki budaya operan yang kuat. Terdapat enam dimensi yang mengalami peningkatan setelah intervensi program pemberdayaan *champion* keselamatan pasien yaitu dimensi kerja sama antar tim, dimensi operan, dimensi pelaporan, dimensi respon tidak menghukum, dimensi umpan balik dan dimensi pembelajaran.

Dimensi kerja sama tim antar unit mengalami peningkatan sebesar 12.4% dan bermakna secara statistic ( $p=0.017$ ). Dimensi respon tidak menghukum juga mengalami peningkatan yang bermakna yaitu sebesar 7.4% ( $p= 0.044$ ). Selain itu, dimensi pembelajaran organisasi juga mengalami peningkatan yang bermakna secara statistic yaitu sebesar 11.7% ( $p= 0.015$ ). Beberapa dimensi juga mengalami penurunan setelah intervensi program pemberdayaan *champion* keselamatan pasien yaitu dimensi kerja sama tim dalam unit,



dimensi komunikasi terbuka dan dimensi persepsi terhadap KP.

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat kenaikan pada skor penerapan budaya keselamatan pasien sebelum program pemberdayaan *champion* keselamatan pasien dibandingkan dengan setelah pemberdayaan *champion* keselamatan pasien. Peningkatan *pre test* dibandingkan *post test* sebesar 7.4%. Peningkatan tersebut tidak bermakna secara statistik ( $p = 0.451$ ;  $CI = 0.084-0.928$ ). Hasil penelitian ini menjawab hipotesis bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pemberdayaan *champion* keselamatan pasien terhadap penerapan budaya keselamatan pasien. Keselamatan pasien yang berjalan di RS tempat penelitian masih bersifat reaktif terhadap insiden yang terjadi dan belum berkembang ke arah penataan sistem yang baik. Tingkat maturitas budaya keselamatan pasien berada pada kategori tingkat maturitas reaktif, yaitu organisasi hanya berpikir tentang keselamatan pasien setelah terjadi insiden (Ajeigbe, 2012).

Penerapan budaya keselamatan pasien tidak terlepas dari pembentukan *capacity building*. Pembentukan kelompok kecil efektif dalam peningkatan *capacity building*\_ budaya keselamatan pasien dan mampu menyediakan lingkungan yang baik dalam proses belajar (Fleming, 2005). *Champion* keselamatan pasien di rumah sakit tempat penelitian ditunjuk dari kepala ruangan. Hal ini diharapkan dapat lebih meningkatkan keterjangkauan program ke unit terkecil. Namun penunjukkan kepala ruangan sebagai *champion* meningkatkan beban kerja kepala ruangan yang sudah *overload* sehingga peran sebagai *champion* keselamatan pasien menjadi tidak optimal.

Beberapa rumah sakit di Toronto menunjuk *champion* berdasarkan kriteria-kriteria tertentu. Kriteria tersebut berdasarkan pengalaman, kemampuan memimpin dan menjadi *role model* serta pengetahuan mengenai keselamatan pasien itu sendiri. Biasanya *champion* keselamatan pasien ditunjuk dari perawat senior yang berpengalaman dan sudah berada pada level supervisor (Soo, 2010). Penerapan ini di rumah sakit Indonesia belum sesuai. Hal ini dikarenakan supervisor pada rumah sakit di

Indonesia juga mempunyai beban kerja yang tinggi serta rentang kendali yang cukup luas. Rentang kendali yang besar akan menyebabkan pengarahan yang diberikan menjadi kurang efektif (Hasibuan, 2008).

Insiden keselamatan pasien tidak selamanya terjadi karena kesalahan manusia. Keselamatan pasien berhubungan dengan semua elemen di rumah sakit. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya insiden keselamatan pasien, tidak hanya kesalahan individu tetapi dapat juga diakibatkan oleh kesalahan sistem (Baird & Wang, 2010). Sistem yang kurang tertata merupakan kondisi yang sering kali menjadi faktor pencetus terjadinya kesalahan dalam keselamatan pasien.

Sistem yang tertata dengan baik adalah sistem yang memfasilitasi adanya kerja sama tim antar unit yang solid dan terintegrasi dalam mewujudkan tujuan keselamatan pasien. Organisasi pelayanan kesehatan harus mengembangkan budaya KP dengan tujuan yang jelas, prosedur yang tetap, dan proses yang aman (WHO, 2009). Fleming & Wentzell (2008) menyatakan budaya keselamatan dipengaruhi oleh perubahan

organisasi, seperti perubahan kepemimpinan atau pengenalan sistem baru. Suatu organisasi dengan budaya keselamatan yang lemah akan membatasi sistem keselamatan, sedangkan yang memiliki budaya positif akan mempunyai banyak cara yang tepat untuk mempromosikan KP.

Peningkatan penerapan budaya keselamatan pasien yang hanya sebesar 7.4% membuktikan bahwa membangun budaya keselamatan pasien memerlukan waktu yang lama dan tidak hanya melibatkan perawat tetapi semua elemen dalam organisasi (Armellino, et al., 2010). Efektifitas program juga akan lebih terlihat jika dilakukan satu tahun atau lebih (Ali & Panther, 2008). Program pemberdayaan *champion* keselamatan pasien dilakukan dalam waktu sebulan. Pada kurun waktu tersebut telah terjadi peningkatan pada penerapan budaya keselamatan pasien. Apabila program tersebut terus dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan, diharapkan penerapan budaya keselamatan pasien dapat mengalami peningkatan yang lebih baik.

Peningkatan pengetahuan staf melalui diskusi yang dilakukan *champion* saat interaksi mengubah persepsi perawat

pelaksana mengenai upaya keselamatan pasien yang dilakukan di RS. Hal ini meningkatkan kesadaran dan cara berpikir perawat dalam mempersepsikan keselamatan pasien itu sendiri. Budaya KP merupakan nilai, kepercayaan, yang dianut bersama dan berkaitan dengan struktur organisasi, dan sistem pengawasan dan pengendalian untuk menghasilkan norma-norma perilaku (Ferguson & Fakelman, 2005). Hal ini melibatkan persepsi individu tersebut. Staf dengan persepsi baik terhadap KP akan memudahkan penerapan budaya KP (Disch, et al., 2011). Namun pada RS tempat penelitian belum didukung oleh struktur organisasi dan system pengawasan yang optimal. Hal ini dapat menjadi faktor lain yang berperan dalam penurunan skor dimensi persepsi terhadap keselamatan pasien.

Hasil penelitian ini memberikan informasi bahwa program pemberdayaan *champion* keselamatan pasien merupakan upaya positif dalam peningkatan penerapan budaya keselamatan pasien. Hal ini terlihat dari peningkatan penerapan budaya keselamatan pasien secara keseluruhan setelah dilaksanakannya program tersebut. Sebagian besar dimensi

budaya keselamatan mengalami peningkatan setelah program pemberdayaan *champion* keselamatan pasien dilaksanakan, meskipun terdapat beberapa dimensi yang mengalami penurunan. Dimensi-dimensi pada budaya keselamatan pasien tersebut saling mempengaruhi dan tidak dapat berdiri sendiri dan keterlibatan semua elemen di RS sangat diperlukan dalam penerapan budaya KP (Hudson, 1999; Jeff, Law & Baker, 2007; Reilling, 2006). Program pemberdayaan *champion* dapat meningkatkan peran serta seluruh elemen di RS khususnya elemen mayoritas yaitu perawat pelaksana.

Pembentukan *champion* keselamatan pasien di RS Haji Jakarta relatif masih baru. *Champion* yang ditunjuk adalah juga merupakan kepala ruangan pada masing-masing ruangan di RS. *Champion* berperan sebagai pendorong, penggerak, pencipta ide-ide baru, sebagai pelindung, panutan, penasehat dan panduan (Greenhalgh, Trisha, Robert, MacFarlane, Bate & Kyriakidou, 2004). Karakteristik *champion* yang baik adalah pendengar yang baik, dihargai sebagai profesional, dapat didekati, tidak menghakimi, antusias memberi saran/dorongan, bijaksana,

berpengalaman, menyukai tantangan dan kreatif (Hellings, et al., 2010). Karakteristik lain dari seorang *champion* adalah dapat berpikir kritis, mempunyai kemampuan memecahkan masalah, dan memberi respon yang akurat (Walston, et al., 2010). Hal tersebut diatas sulit dilakukan secara optimal oleh *champion* yang merangkap juga sebagai kepala ruangan mengingat banyaknya tanggung jawab dan beban kerja yang harus diemban.

Fenomena dilapangan yang menunjukkan beban kerja yang berlebih dan tanggung jawab yang besar jika kepala ruangan merangkap juga sebagai *champion* menyebabkan peran dan pemberdayaan *champion* itu sendiri menjadi tidak optimal. Pada gilirannya penerapan budaya keselamatan pasien tidak mengalami peningkatan secara signifikan. Rumah sakit seharusnya membentuk *champion* secara khusus dan tidak merangkap pada jabatan lain. *Champion* dapat dibentuk dari supervisor setelah memenuhi kriteria tertentu yang dapat menjamin orang yang ditunjuk sebagai *champion* dapat menjalankan peran sebagaimana yang diharapkan oleh RS (Soo, 2010).

## KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat kenaikan pada skor penerapan budaya keselamatan pasien sebelum program pemberdayaan *champion* keselamatan pasien dibandingkan dengan setelah pemberdayaan *champion* keselamatan pasien.

Perubahan budaya memerlukan waktu yang lama. Oleh sebab itu, diperlukan pemberdayaan *champion* keselamatan pasien secara terus menerus agar penerapan budaya keselamatan pasien mencapai hasil yang optimal.

Penerapan budaya keselamatan pasien yang belum menunjukkan peningkatan yang signifikan setelah program pemberdayaan *champion* keselamatan pasien diterapkan salah satunya disebabkan oleh *champion* yang ditunjuk mempunyai jabatan ganda. *Champion* yang ditunjuk pada tempat penelitian juga merupakan kepala ruangan.

Hasil penelitian ini memberikan implikasi bagi pelayanan dan pendidikan keperawatan untuk mengembangkan metode pengarahan sesuai dengan kebutuhan perawat rumah sakit.

## SARAN

Rumah sakit disarankan untuk memasukkan program pemberdayaan *champion* keselamatan pasien kedalam kebijakan keselamatan pasien dan membuat standarisasi *champion* keselamatan pasien. Standarisasi program pemberdayaan *champion* sebagai langkah untuk mendukung pengembangan keselamatan pasien di rumah sakit.

Rumah sakit dapat mengevaluasi program pemberdayaan *champion* keselamatan pasien dan budaya keselamatan pasien secara berkala. Tim keselamatan pasien juga harus mensosialisasikan budaya keselamatan pasien dalam bentuk pelatihan, seminar, atau poster-poster terkait keselamatan pasien. Pengembangan standar kinerja perawat yang mendukung penerapan keselamatan pasien melalui penerapan konsep keselamatan pasien dalam indikator mutu pelayanan keperawatandan standar kinerja perawat sebagai bentuk fasilitasi terhadap peran *champion* yang telah dilakukan, dan juga meningkatkan keterlibatan dan dukungan koordinasi terhadap proses penelitian yang membutuhkan peran

dan kontribusi SDM dalam lingkup keselamatan pasien.

Keilmuan keperawatan dapat menjadikan keselamatan pasien sebagai bahan kajian yang harus dikembangkan dalam kurikulum pendidikan tinggi keperawatan untuk penguasaan kompetensi yang dapat membentuk kemampuan intelektual, psikomotor, manajerial dan sosial.

Pengembangan berbagai metode untuk meningkatkan pemberdayaan *champion* keselamatan pasien dan penerapan budaya keselamatan pasien. Partisipasi dalam pengembangan keselamatan pasien melalui kerja sama dengan institusi pelayanan dalam bentuk pemberdayaan *champion* yang mengacu pada penelitian terbaru dan penyusunan standar kinerja.

Faktor-faktor lain perlu diperhatikan agar penerapan budaya keselamatan pasien meningkat secara signifikan. Selain itu memperhatikan instrument yang diberikan berupa modul dan waktu intervensi yang cukup.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ali, P. A., & Panther, W. (2008). Professional development in nursing. *Journal of Nursing Standard*, 22(42), 35-39.
- Armellino, D., Griffin, M. T. Q., & Fitzpatrick, J. J. (2010). Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. [Article]. *Journal of Nursing Management*, 18(7), 796-803. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01130.x
- Baird, K., & Wang, H. (2010). Employee empowerment: extent of adoption and influential factors. *Personnel Review*, 39(5), 574-599. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/00483481011064154>
- Collinson, L., Thorne, K., Dee, S., MacIntyre, K., & Pidgeon, G. (2013). RMO patient safety forums in New Zealand: agents for change. *The New Zealand Medical Journal (Online)*, 126(1380).
- Departemen Kesehatan RI. (2006). *Pedoman pengembangan jenjang karir profesional perawat*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Dirjen Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (patient safety)*. Jakarta: Depkes RI.
- Disch, J., Dreher, M., Davidson, P., Sinioris, M., & Wainio, J. A. (2011). The role of the chief nurse officer in ensuring patient safety and quality. *The Journal Of Nursing Administration*, 41(4), 179-185. doi: 10.1097/NNA.0b013e318211874b
- El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M., & Hemadeh, N. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research*, 11, 45-45. doi: 10.1186/1472-6963-11-45
- Elbeyi, P., Yüksel, Ö., & Yalçın, A. (2011). The effects of employee empowerment on employee job satisfaction. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 23(6), 784-802. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/09596111111153475>
- Fleming, M. (2006). *Patient safety culture: sharing & learning from each other*. <http://www.capch.org/patientsafetyculture>. diperoleh 12 Februari 2014.
- Fleming, M & Wentzell, N. (2008). Patient safety culture improvement tool: Development and gguidelines for use. *Health Care Quarter*, 11, 10-15.. <http://www.chsrf.ca/patientsafetyculture>.
- Fujita, S., Seto, K., Ito, S., Wu, Y., Huang, C.-C., & Hasegawa, T. (2013). The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. *BMC Health Services Research*, 13, 20-20. doi: 10.1186/1472-6963-13-20
- Gillies Dee Ann. (1996). *Manajemen Keperawatan: Suatu pendekatan Sistem*. Philadelphia: WB Saunders Company.
- Hasibuan, M. S. P. (2008). *Organisasi & motivasi dasar peningkatan produktivitas*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Hellings, J., Ward, S., Klazinga, N. S., & Vleugels, A. (2010). Improving patient safety culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(5), 489-506. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/09526861011050529>

- Jeffs, L., Law, M., & Baker, G. R. (2007). Creating reporting & learning cultures in health-care organizations. *The Canadian Nurse*, 103(3), 16.
- Kaufman, G., & McCaughan, D. (2013). The effect of organisational culture on patient safety. *Nursing Standard*, 27(43), 50-56.
- KKP-RS (2008). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP)*. Jakarta: KKP-RS.
- Marquis & Houston. (2012). *Leadership Role and Management Function In Nursing, Theory and Application*. Third Edition. Philadelphia: Lippincott.
- McGuire, M. J., Noronha, G., Samal, L., Yeh, H.-C., Crocetti, S., & Kravet, S. (2013). Patient safety perceptions of primary care providers after implementation of an electronic medical record system. *Journal Of General Internal Medicine*, 28(2), 184-192. doi: 10.1007/s11606-012-2153-y
- National Patient Safety Agency. (2004). *Seven steps to patient safety: the full reference guide*. London: National Patient Safety Agency. *practice*. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reiling, J. G. (2006). Creating a culture of patient safety through innovative hospital design. *Journal Advance in Patient Safety*. 2 (20), 1-5 <http://www.ahrq.gov>.
- Slater, B. L., Lawton, R., Armitage, G., Bibby, J., & Wright, J. (2012). Training and action for patient safety: embedding interprofessional education for patient safety within an improvement methodology. *The Journal Of Continuing Education In The Health Professions*, 32(2), 80-89. doi: 10.1002/chp.21130
- Walston, S. L., Al-Omar, B. A., & Al-Mutari, F. A. (2010). Factors affecting the climate of hospital patient safety. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(1), 35-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/09526861011010668>
- WHO. (2009). Human factor in patient safety: reviews on topics and tool. 8 Februari 2014. <http://www.who.int/patientsafety/research/methodsmeasures/humanfactorsreview.pdf>.