

PENTINGNYA *SAFETY CULTURE* DI RUMAH SAKIT

UPAYA MEMINIMALKAN *ADVERSE EVENTS*

Andreas Budihardjo

Prasetya Mulya Business School, Jakarta
andreasbs@pmbs.ac.id

Adverse Events (AEs), which are also known as the unexpected events, can happen in any hospital, and can cause dangerous impacts on patients' life. In Indonesia, empirical research on AEs is still limited in number therefore there are a lot of AEs which are not identified and analyzed. In fact, a great number of AEs can be prevented through the implementation of safety culture, safety system and information technology. It is now the time for hospitals and health centres to apply patient-safety culture more effectively. This article discusses the role and essence of patient-safety culture in minimizing the total number of AEs. Hospitals and health centres are encouraged to manage their corporate culture change into the direction of applying the safety culture appropriately in order to provide a positive impact on the patient life and hospitals' image. Eventually, an integrative model which links the patient safety culture with the hospital performance is provided.

Abstract



Keywords: *Adverse Events (AEs), patient safety-culture, RCA (Root Cause Analysis)*

Fakta menunjukkan bahwa banyak pasien rumah sakit (RS) yang menjadi korban *adverse events* (AEs) atau dalam bahasa Indonesia disebut kejadian yang tidak diharapkan (KTD). AEs yang disebabkan lebih oleh kesalahan pengobatan (*treatment*) dan bukan karena kondisi pasien. Korban AEs bervariasi dari yang ringan seperti mual, gatal-gatal dan diare sehingga harus dirawat lebih lama sampai pada akibat yang fatal seperti misalnya cacat seumur hidup dan bahkan meninggal. AEs jelas merugikan pasien, selain mereka harus membayar lebih untuk pengobatan karena suatu kesalahan namun juga kesehatan fisik dan juga jiwa mereka turut terancam.

AEs bisa terjadi di RS di mana saja termasuk juga di RS Indonesia kendati banyak kejadian yang tidak dilaporkan. Menurut penelitian IOM dalam buku "*To Err is Human*", jika hasil-hasil penelitian di sejumlah rumah sakit diekstrapolasi dengan mendasarkan pada persentase AEs yang menjadi penyebab kematian dari 33.6 juta rawat inap di Amerika (tahun 1997) maka dapat diprediksi bahwa sekitar 98.000 pasien meninggal karena kesalahan medis (*medical errors*). Angka kematian akibat AEs di Amerika tersebut jauh melebihi angka kematian karena kecelakaan

motor (43.458 orang); kanker payudara (42.297 orang) dan AIDS (16.516 orang). Dari angka kematian akibat AEs tersebut, lebih dari 50 % disebabkan oleh *errors* (kesalahan) yang sebenarnya dapat dicegah (*preventable adverse events*).

Masih dari sumber yang sama, hasil penelitian di Colorado dan Utah pada tahun 1992, menunjukkan bahwa AEs terjadi 2.9 % dari jumlah pasien yang dirawat; 6.6 % dari korban AEs tersebut meninggal; padahal 53% dari jumlah AEs tersebut adalah *preventable*. Hasil penelitian di sejumlah RS di New York lebih parah; AEs terjadi 3,7 % dari pasien yang dirawat; 58% dari jumlah tersebut adalah *preventable* dan 13,6 % dari korban AEs tersebut meninggal. Data statistik nasional mengenai AEs di Indonesia belum ada namun berdasarkan penelitian-penelitian yang ada dan kasus-kasus yang terjadi, jumlah AEs dapat diperkirakan relatif tinggi.

Ada berbagai macam AEs, antara lain salah memberi obat, salah membaca hasil pemeriksaan laboratorium dan salah mendiagnosis pasien. AEs tersebut disebabkan oleh berbagai faktor seperti misalnya dokter kelelahan, alat yang tidak

berfungsi dengan semestinya ataupun perawat yang salah mencatatnya. Pada umumnya RS menerapkan sistem keselamatan kerja tetapi AEs masih saja terjadi.

Berbuat salah adalah manusiawi (*To err is human*) tetapi kalau akibat dari kesalahan tersebut fatal dan merugikan orang lain, padahal kesalahan tersebut dapat dicegah maka sudah sepantasnya manajemen rumah sakit (*health care*) mengupayakan seoptimal mungkin melakukan tindakan preventif. Pendekatan sistem banyak diadopsi oleh rumah sakit untuk meningkatkan keselamatan kerja (*safety*) namun tidak jarang sistem tersebut tidak berjalan karena faktor manusia serta nilai-nilai organisasi yang tidak mendukung. Artikel ini memfokuskan pada pembahasan peran *safety-culture* dalam meminimalkan AEs, bahkan jika mungkin meniadakannya (*zero-AE*). Meniadakan terjadinya AEs yang disebabkan oleh *errors* medis juga berarti menjauhkan RS dari kemungkinan tuntutan hukum.

Apa Itu *Adverse Events*?

Menurut Wikipedia, *an adverse event (AE) is any adverse change in health or "side-effect"*

that occurs in a person who participates in a clinical trial while the patient is receiving the treatment (study medication, application of the study device, etc.) or within a pre-specified period of time after their treatment has been completed.

Adverse Events (AEs) secara sederhana dapat didefinisikan sebagai suatu kejadian yang tidak diharapkan (KTD yang disebabkan oleh kesalahan pengobatan/*treatment* serta dapat berdampak negatif bahkan fatal pada pasien. IOM mendefinisikan AE sebagai *an injury caused by medical management rather than the underlying condition of the patient.*

Pada dasarnya, AEs bersifat ketidaksengajaan. Jadi tidak direncanakan untuk merugikan orang lain. Namun apa pun alasannya hal tersebut tidak boleh terjadi karena bisa berdampak negatif dan bahkan fatal pada pasien. Bayangkan seorang pasien yang berpenyakit rematik tulang tetapi ia diagnosis menderita kanker tulang stadium empat sehingga harus segera dioperasi, dan tindakan medis (operasi) dilakukan padahal penyakit tersebut tidak perlu dilakukan maka dapat dibayangkan apa yang akan terjadi pada pasien tersebut. Selain secara ekonomis dan psikologis pasien dirugikan,

mungkin juga ia menderita seumur hidup atau bahkan mungkin meninggal. Kasus AEs banyak terjadi di mana-mana oleh karena itu WHO mengangkat isu tersebut agar dicegah dan ditangani secara efektif. Di Indonesia, misalnya AE tampaknya sudah mulai diperhatikan. Penelitian-penelitian dan seminar-seminar berkaitan dengan AEs juga sudah mulai banyak dilakukan.

Mengatasi Adverse Events

Kesalahan adakah bagian dari manusia; apa pun pekerjaannya manusia tak luput dari berbuat salah. Namun, kesalahan dapat dicegah dengan sistem rancangan yang mempersulit orang berbuat salah, sebaliknya mengarahkan orang untuk berbuat benar. Dengan perkataan lain, para penganut pendekatan sistem berpendapat bahwa kesalahan dapat dicegah atau dikendalikan dengan sistem, misalnya supaya orang tidak salah menekan tombol maka tombol tersebut diberi warna yang sangat mencolok, supaya perawat tidak kelelahan sehingga berbuat kelalahan maka penjadwalan dilakukan berdasarkan sistem yang mengacuh pada jumlah jam kerja maksimum.

Banyak RS mengaplikasi sistem keselamatan

yang baik namun fakta menunjukkan bahwa AEs tetap terjadi hal. Memang jika sistem dapat dijalankan dengan semestinya maka AEs dapat ditekan sekecil-kecilnya namun fakta menunjukkan bahwa sistem tidak dapat berjalan dengan secara optimal jika kompetensi dan nilai-nilai/budaya yang ada tidak mendukungnya.

Memang pendekatan sistem banyak dipergunakan di RS maupun pada pesawat terbang; sistem dibuat sedemikian rupa sehingga membuat orang tidak membuat kesalahan. Pertanyaannya, sejauh mana sistem dapat mengatasi semua persoalan? Dalam hal tertentu pendekatan sistem sangat efektif namun tentunya tidak untuk semua persoalan sebab bagaimanapun juga faktor manusia sering kali sangat menentukan pada *to err is human*. Berdasarkan pertimbangan tersebut perpadua pendekatan (*holistic approach*) dan budaya untuk mengatasi AEs perlu dipergunakan. Pendekatan sistem lazim dikenal sebab *hard approach* sedang pendekatan budaya/manusia lazim dikenal sebagai *soft approach*. Sebagai *hard approach*, pendekatan sistem dapat dipergunakan untuk membudayakan nilai-nilai.

Pengelolaan AEs bertujuan meminimalkan

atau meniadakan AEs melalui pendekatan terpadu antara sistem *safety* dan budaya *safety* yang dikaitkan dengan visi dan misi RS. Pendekatan integratif tersebut cocok disebabkan oleh berbagai penyebab AEs:

Pertama, nilai-nilai, serta tindakan para medis dan non-medis yang belum berorientasi pada keselamatan pasien.

Kedua, kompetensi para medis/non-medis yang kurang/tidak memadai, misalnya seorang dokter yang tidak kompeten dalam mengoperasi pasien karena sudah lama tidak melakukan pekerjaan tersebut tetapi melakukannya.

Ketiga, keterbatasan pengetahuan; secara keilmuan misalnya belum ditemukan cara-cara yang efektif untuk mengobati penyakit tertentu, misalnya terapi *cell*, *stem cell*, dan DNA tidak dimungkinkan lima puluh tahun lalu.

Keempat, keterbatasan kompetensi dan fasilitas RS; secara keilmuan sudah dimungkinkan tetapi rumah sakit tidak memiliki dokter yang kompeten dan peralatan yang canggih yang mendukung.

Kelima, nilai-nilai pasien yang tidak

berorientasi pada *safety values*, misalnya pasien yang tidak mematuhi dokter dan aturan keselamatan.

Keenam, kurang efektifnya sistem *safety* termasuk IT untuk membantu para medis dan non-medis di rumah sakit.

Pengertian dan Peran Budaya Organisasi

Budaya organisasi berasal dari kata Inggris, *organizational culture*; budaya organisasi secara resmi diperkenalkan oleh Pettigrew pada tahun 1979 dalam tulisannya di *Administrative Science Quarterly*. Menurut Martin (2002), pada dasarnya konsep budaya organisasi mengacuh pada tiga paradigma: a) *Integrated approach* menyatakan bahwa setiap organisasi mempunyai satu jenis budaya yang mewarnai semua nilai dan perilaku para anggotanya. b) *Differentiation approach* menekankan pada konsensus sub-budaya. Pada pendekatan ini dimungkinkan bahwa setiap organisasi mempunyai satu atau lebih sub-budaya yang dibedakan menjadi tiga yaitu: *enhancing sub culture* yaitu sub-budaya yang sejalan dan sama dengan budaya organisasi, *orthogonal sub culture* yaitu sub-budaya yang berbeda dengan budaya organisasi namun tidak

bertentangan dan *encounter sub culture* yaitu sub-budaya yang berlawanan dengan budaya organisasi. Suatu contoh di RS JHX terdapat beberapa sub-budaya. Sub-budaya divisi ICU berbeda dengan sub-budaya divisi Radiologi. c) *Fragmentation approach* menyatakan bahwa budaya organisasi tersebut sebenarnya tidak ada; yang ada adalah nilai-nilai pribadi anggota organisasi. Penganut pendekatan ini menganggap bahwa *shared values* tersebut tidak relevan.

Schein (2004: hal. 17) mendefinisikan budaya organisasi sebagai *a pattern of basic assumptions – invented, discovered, or developed by a given group as it learns to cope with its problems of external adaptation and internal integration - that has worked well enough to be considered valid and, therefore, to be taught to new members as the correct way to perceive, think, and feel in relation to those problems.*

Schein menekankan bahwa budaya tersebut diciptakan dan dikembangkan oleh sekelompok orang; ia menekankan pada pendekatan *integration* atau *differentiation*. Schein selanjutnya membagi budaya menjadi tiga tingkatan. *Pertama, Artifacts*, adalah elemen budaya organisasi yang paling

luar, kasat mata, dan konkret. *Artifacts* mencerminkan nilai-nilai dan asumsi dasar yang dianut oleh organisasi. Yang masuk dalam kategori ini antara lain adalah logo RS, slogan-slogan di RS, tata-ruang, dan simbol-simbol lainnya.

Kedua, Values (nilai) merupakan elemen dasar budaya organisasi yang mengarahkan perilaku anggotanya. Nilai berkaitan dengan moral; ia berperan menentukan apa yang seharusnya dilakukan. Seseorang yang menganut nilai *safety* akan berperilaku sesuai dengan nilai yang dianutnya karena dianggap sebagai sesuatu yang benar.

Ketiga, Basic assumptions (asumsi dasar) merupakan bagian yang terdalam (filosofi) dari budaya organisasi yang mendasari sikap, keyakinan dan nilai para anggotanya. misalnya asumsi dasar mengenai orang jujur akan menang, ada kehidupan setelah meninggal, banyak anak banyak rezeki, bekerja adalah beribadah dan sebagainya.

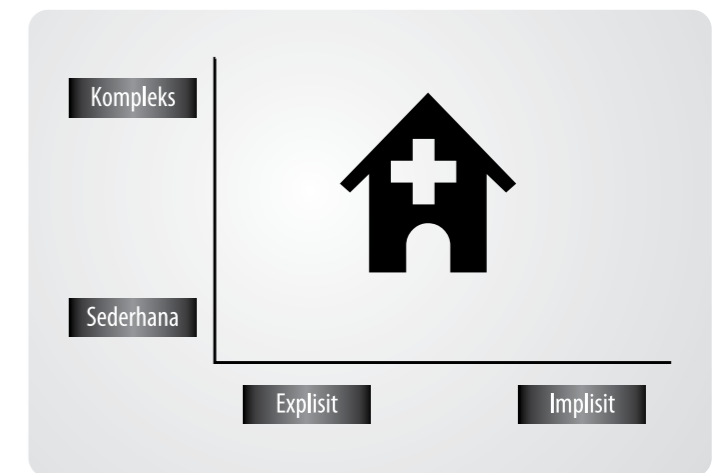
Budaya organisasi adalah suatu realita asumsi dasar, nilai-nilai, kebiasaan-kebiasaan yang hidup dan dihayati dan dilakukan oleh para anggotanya (*culture-in-practice*). Budaya bukan sekadar slogan-slogan yang mencantumkan nilai-nilai yang diinginkan

(*espoused culture*). Karena itu dalam mengkaji budaya organisasi, harus difokuskan pada kebiasaan, perilaku dan nilai-nilai yang dianut dan dijalankan oleh para anggotanya (*das Sein*) dan bukan mengkaji budaya yang diinginkan (*das Sollen*).

Memang akan ideal jika budaya yang diinginkan tersebut tepat (misalnya: *professional/safety-culture*) dan budaya yang hidup (*das Sein*) sesuai dengan budaya yang diinginkan (*das Sollen*). Pada umumnya pembentukan budaya organisasi ditentukan oleh para pendiri organisasi. Mengacu pada filosofi, visi, misi, nilai-nilai yang dianutnya, pendiri organisasi memilih orang-orang yang mempunyai relatif menganut hal-hal yang sama.

RS Johns Hopkins yang didirikan pada tahun 1889 merupakan RS terkemuka di Amerika (peringkat I tahun 2007) memiliki cabang di Singapura dan tetap mempertahankan nilai-nilai yang dicerminkan dalam perilaku anggotanya. Budaya Johns Hopkins Singapura: *professionalism, respect, integrity, dedication* dan *excellence*. Singapore General Hospital menganut nilai-nilai *Commitment, Collegiality, Compassion, Respect, Integrity, Openness* dan *Professionalism* yang tercermin dalam visinya

Gambar 1. Tingkat Kesulitan Proses Pembudayaan Nilai



“To be a renowned organization at the leading edge of Medicine, providing quality healthcare to meet our nation’s aspirations”.

Budaya organisasi yang dominan berpengaruh kuat pada perilaku para anggota organisasi. Deal dan Kennedy (2002) mengemukakan bahwa budaya yang dominan bahkan berpengaruh terhadap kinerja organisasi. RS seyogianya mengaplikasikan *das Sein* yang bersumber pada *das Sollen* yang tepat (*patient-safety culture*). Secara umum, *safety culture* dapat didefinisikan sebagai pola terpadu perilaku individu dan organisasi yang berorientasi pada nilai-nilai dan asumsi dasar yang secara terus menerus berupaya meminimalkan kejadian-kejadian yang tidak diharapkan karena dapat membahayakan pasien.

Tabel 1. Ilustrasi Hasil Identifikasi *Patient Safety Culture* RS. XYZ

Nilai-nilai	Das Sein	Das Sollen	Prioritas penanganan
• Safety oriented	2.5	5.0	
• Continuous learning	2.0	4.0	
• Prestasi / Achievement	2.5	4.5	
• Team work (within)	3.7	4.5	
• Openness	1.5	4.5	Urgent
• Umpan balik thd errors	3.0	4.0	
• Non-punitive respond	2.0	4.0	Urgent
• Staffing	2.0	4.5	Urgent
• Hospital support	2.2	5.0	
• Team work (across)	2.1	5.0	
• Hospital handoffs	1.8	5.0	Urgent

Budaya organisasi pada dasarnya memiliki berbagai peranan antara lain: a) Peran batas yaitu karakteristik yang khas yang membedakan organisasi satu dengan yang lainnya. Misalnya, RS Pantai Indah Kapuk berbeda dalam berbagai hal dengan RS Pondok Indah dalam hal peraturan-peraturan, kebiasaan-kebiasaan karyawannya, cara memberi layanan, dan lain sebagainya. b) Pemberi identitas berperan memberi identitas anggota suatu organisasi; ia membedakan dengan anggota organisasi yang lain. c) Perikat komitmen menyatukan para anggotanya agar komit dalam mencapai sasaran organisasi. Tanpa fungsi ini, bisa terjadi setiap karyawan atau departemen mengutamakan kepentingan sendiri dan

mengurbankan kepentingan yang lebih besar yaitu organisasi, misalnya perekat komitmen dalam menjangankan budaya *safety*. d) Peningkat kekompakan meningkatkan kekompakan anggotanya melalui penciptaan iklim kerja yang bersahabat sehingga mereka bermotivasi dalam bekerja. Tidak jarang karyawan RS tetap bertahan dan bekerja hingga berpuluh-puluh tahun padahal mereka ditawari untuk bekerja pada RS lain dengan imbalan yang jauh lebih besar.

Budaya Organisasi dan Komitmen

Beberapa fakta menunjukkan bahwa manusia bekerja tidak hanya karena uang; banyak orang bekerja lebih demi nilai-nilai

atau ikatan emosional. Apalagi kalau ikatan nilai atau emosi dipadukan dengan motivasi (*self-actualization*) maka orang akan merasa nyaman dan senang bekerja untuk suatu organisasi. Agar aktualisasi diri dan komitmen terwujud, kebutuhan dasar manusia yang lazim dikenal sebagai *hygiene factors* seyogianya dipenuhi oleh pihak manajemen. Komitmen kerja yang kebersamaan antar-unit serta komunikasi dan nilai berskor terendah adalah serah terima, kerja sama antar-bidang dan *staffing*. Untuk lebih memahami kesepuluh nilai yang berorientasi pada *safety*, pada Tabel 1 disajikan contoh pernyataan-pernyataan pada instrumen yang dipergunakan.

Penanaman Budaya *Safety*

Berdasarkan konsep budaya tersebut dapat diidentifikasi sejauh mana budaya yang diinginkan sudah dicapai. Dengan mengacu pada hasil identifikasi dapat dilakukan upaya penanaman budaya dan pengelolaan perubahan budaya. Pertanyaan yang sering muncul adalah bagaimana membudayakan nilai dalam organisasi? Pada umumnya budaya organisasi diciptakan oleh pendiri organisasi. Misalnya Thomas Watson, pendiri IBM, menciptakan nilai-nilai yang mendorong

kreativitas karyawannya. Budaya organisasi ditanamkan dan dipelihara dengan baik melalui simbol, cerita, ritual, proses sosialisasi, keteladanan, manajemen puncak dan sistem manajemen. Brown (1998) mengemukakan bahwa proses sosialisasi budaya terdiri dari dua dimensi: eksplisit - implisit dan sederhana - kompleks.

Elemen budaya yang abstrak dan kurang tercerminkan pada tindakan dikategorikan sebagai implisit, sedang elemen budaya yang tercantum pada peraturan dan tindakan dikategorikan sebagai eksplisit, sedang elemen budaya yang memiliki banyak simbol, ritual, artifak, *basic assumptions*, dan sub budaya dikategorikan sebagai kompleks sebaliknya jika berjumlah relatif sedikit dikategorikan sederhana (*simple*). Sosialisasi budaya yang masuk dalam kategori implisit dan kompleks membutuhkan cara pembudayaan relatif lebih sulit sebab pembudayaannya diarahkan pada pembentukan asumsi dasar dan nilai-nilai. Beberapa organisasi termasuk RS melakukan pembudayaannya melalui pelatihan-pelatihan khusus, *briefing*, dan *stories telling*. Mengacu pada proses tersebut, pembudayaan *safety culture* di RS dapat dilihat pada **Gambar 1**.

Tabel 2. Strategi Mengelola Perubahan Budaya Rumah Sakit

Nilai-nilai	Deskripsi Perilaku	Metode Pembudayaan	Saran / Target (<i>what, who, when</i>)	Metode Evaluasi
• <i>Safety oriented</i>				
• <i>Continuous learning</i>				
• <i>Prestasi/achievement</i>				
• <i>Team work (within)</i>				
• <i>Openness</i>				
• Umpan balik pada <i>errors</i>				
• <i>Non-punitive respond</i>				
• <i>Staffing</i>				
• <i>Hospital support</i>				
• <i>Team work (across)</i>				
• <i>Hospital handoffs</i>				

Drennan (1999) mengemukakan bahwa pembentukan budaya organisasi dipengaruhi oleh pemimpin, sejarah dan tradisi organisasi, teknologi, produk dan layanan, industri dan persaingan, pelanggan, ekspektasi organisasi, sistem informasi dan kendali, aturan-aturan dan lingkungan organisasi, prosedur dan kebijaksanaan, sistem penggajian, organisasi dan sumber daya, sasaran serta nilai-nilai perlu dipertimbangkan untuk melakukan penanaman dan sosialisasi budaya organisasi. Pembudayaan *patient-safety culture* perlu mempertimbangkan faktor-faktor tersebut serta diawali tahap pertama yang mengidentifikasi nilai.

Beberapa pertanyaan-pertanyaan berikut perlu dijawab untuk mengetahui sejauh mana kesiapan organisasi dalam melakukan pembudayaan nilai-nilai *safety*:

Adakah pemimpin karismatik yang mampu memimpin pembudayaan nilai-nilai *safety*?

Sejauh mana tradisi RS mendukung pembudayaan nilai-nilai tersebut?

Sejauh mana teknologi dipergunakan untuk mendukung pencapaian pembudayaan nilai-nilai tersebut? Sejauh mana pihak RS melakukan investasi untuk teknologi/peralatan medis secara tepat untuk meningkatkan *safety culture*?

Sejauh mana layanan selama ini mencerminkan nilai-nilai yang diinginkan? Sejauh mana para pesaing sudah mengaplikasikan budaya *safety*?

Apa yang diharapkan para pelanggan berkaitan dengan isu *safety*?

Sejauh mana ekspektasi para anggota RS berkaitan dengan masalah *safety*?

Sejauh mana sistem informasi dibangun untuk mendukung budaya *safety*?

Sejauh mana sistem MSDM dikaitkan dengan budaya *safety*?

Apakah visi, misi dan sasaran RS sudah berorientasi pada budaya *safety*?

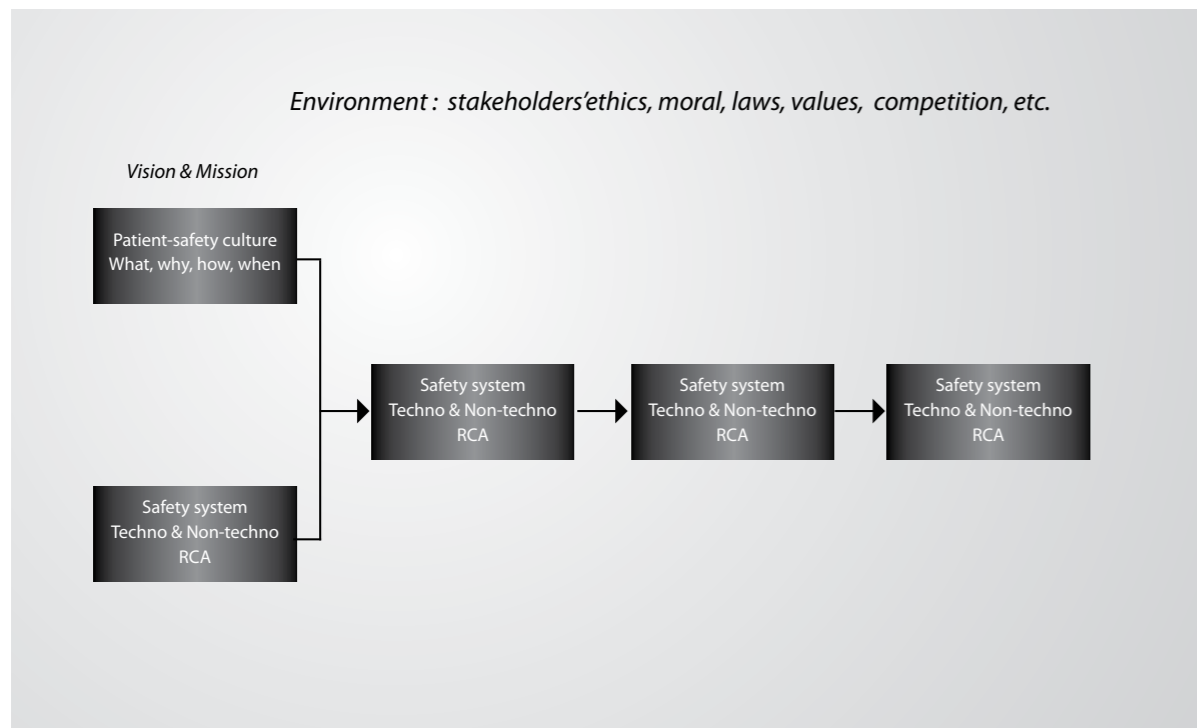
Penanaman nilai-nilai *safety* dapat dilakukan antara lain sebagai berikut:

Pertama, sosialisasi dapat dilakukan baik secara informal maupun formal, misalnya pada waktu *morning tea session* selalu dilakukan penanaman nilai-nilai tersebut melalui cerita. Sosialisasi dapat pula dilakukan melalui *walk the talk*, atau MBWA (*Management By Walking Around*); para pemimpin secara berkala mendatangi para stafnya selain mengontrol juga selalu meningkatkan pentingnya *safety*. Di samping itu, dilakukan sosialisasi pada ritual tertentu seperti misalnya pemilihan karyawan teladan dan acara-acara *formal family day*. Slogan-slogan, poster, dan simbol-simbol

yang mempromosikan *safety* seyogianya dipasang tempat-tempat strategis di RS agar semua karyawan dan pasien ikut berpartisipasi dalam menanamkan budaya *safety*.

Kedua, pelatihan yang bersasaran dari kognitif, afektif sampai pada ranah psikomotorik. Pelatihan *Root Cause Analysis* (RCA) untuk mencari penyebab AEs dapat dilakukans secara berkala. RCA adalah metode pemecahan persoalan yang berorientasi pada pengidentifikasian akar persoalan atau kejadian. RCA memiliki banyak metode atau tools yaitu: *safety-based, production-based, processed-based, failure-based* dan *system-based*. RCA pada *patient-safety culture* RS mengacu pada *safety-based*. Tim inti perlu memiliki kompetensi RCA yang tinggi agar mampu menganalisis penyebab persoalan yang menyarankan penanganannya.

Ketiga, *organizational learning* yang dilakukan tim inti untuk menentukan strategi pembudayaan nilai-nilai *safety*. Tim tersebut secara berkala bertemu untuk menganalisis RCA dari *adverse events*, menentukan pola sosialisasi serta mengevaluasi program yang telah dilaksanakan melalui riset-riset aplikatif. Melalui *organizational learning* akan diperoleh *tacit* dan *explicit knowledge* yang berguna untuk menangani persoalan AEs.

Gambar 2. Model Peran *Patient-Safety Culture* terhadap *AEs & Performance*

Keempat, keteladanan para pemimpin yang menginspirasi dan mengarahkan para anak buahnya untuk menganut nilai-nilai safety serta mewujudkannya dalam bentuk perilaku meraka sehari-hari.

Kelima, sistem MSDM yang mengkaitkan aktivitas SDM: rekrutment dan seleksi, pemeliharaan serta pengembangan dengan *patient-safety culture*. Sistem seleksi karyawan mengacu pada nilai-nilai tersebut. Pembentukan nilai-nilai juga dikaitkan dengan sistem *reward and punishment*.

Keenam, sistem *safety* yang mendorong orang untuk sulit berbuat salah, misalnya

bor gigi yang secara otomatis berhenti jika bersentuhan dengan benda lunak seperti gusi atau lidah. Foto X-ray akan berhenti berfungsi jika posisi pasien belum tepat benar. Pada mobil ambulans terdapat lampu pengingat pengemudi apabila pintu belakang belum tertutup sempurna dan posisi korban belum tepat.

Mengubah Budaya Rumah Sakit

Pertanyaan yang mungkin muncul adalah apakah budaya RS perlu berubah? Perkembangan teknologi yang begitu pesat serta dunia bisnis yang mengarah pada

perdagangan bebas menyebabkan lingkungan bisnis semakin kompetitif pada skala dunia. Keadaan ini mendorong agar organisasi termasuk RS harus dikelola secara profesional. RS yang dahulu tidak berorientasi pada teknologi misalnya sekarang sudah harus mengaplikasikan teknologi dalam berbagai hal mulai dari sistem administrasi sampai dengan pengaplikasian peralatannya. *Patient-safety culture* RS dewasa ini sudah merupakan keharusan. Nilai-nilai profesionalitas antara lain mencakup kedisiplinan, inovasi, *continuous learning*, layanan, produk, dan orientasi pelanggan yang diarahkan pada *patient safety*, perlu ditanamkan. Lingkungan usaha yang kompetitif menuntut RS untuk mengaplikasi strategi inovatif yang berorientasi pada *patient-safety culture* agar mampu menawarkan layanan-layanan medis yang unggul dan bertanggung jawab.

Budaya RS tidak jarang harus diubah agar mampu bertahan dan berkembang. Banyak RS melakukan perubahan budaya ke arah profesional dan kepuasan pelanggan namun cara-cara yang ditempuh kurang tepat sehingga berdampak kurang positif. Para karyawan yang meliputi dokter, perawat, dan tenaga non-medis merasa kecewa dan demotivasi karena mereka belum siap terhadap

perubahan tersebut. Pada prinsipnya sebelum melakukan perubahan budaya organisasi, perlu ditentukan dengan tepat budaya yang dikehendaki. Kemudian, diidentifikasi budaya yang ada sekarang sehingga ditemukan kesenjangannya. Kendala antara kedua budaya tersebut perlu diperkecil melalui *change management*. Pengelolaan perubahan budaya perlu dilakukan secara sistematis dengan mengacu **Tabel 2**. Berikut penjelasan tabel ini:

Kolom nilai: nilai-nilai yang hendak ditanamkan.

Deskripsi perilaku: menguraikan perilaku yang mencerminkan suatu nilai.

Sasaran: menunjukkan suatu perilaku (*who, what & when*) yang diharapkan.

Metode penanaman nilai-nilai: cara-cara untuk menanamkan nilai-nilai.

Evaluasi: cara mengevaluasi keberhasilan penanaman nilai.

Mengubah budaya organisasi yang dominan tidak mudah karena budaya tersebut telah dianut oleh para anggotanya dalam waktu relatif cukup lama dan bahkan sudah menjadi suatu dasar perilaku mereka. Lewin (1952) mengemukakan tiga tahapan penting cara mengelola perubahan budaya organisasi secara efektif yaitu:

Pertama, Unfreezing: pada tahap ini biasanya muncul karena para pemimpin terdorong untuk berubah karena peristiwa yang tidak menyenangkan, misalnya kejadian AEs yang cenderung meningkat dan keluhan pasien terus meningkat bahkan beberapa diajukan ke pengadilan. RS yang semula kurang mengutamakan budaya keselamatan dan lebih mengandalkan pada sistem; mau tidak mau harus mengaplikasi budaya tersebut. Perubahan budaya RS ke budaya *safety* harus diteruskan sampai ke tingkat yang paling bawah. Memang pada tahap ini tidak jarang karyawan yang diliputi rasa cemas, sebab itu penjelasan *what, why and how* dilakukan dengan seksama.

Kedua, change: pada tahap ini perubahan sebenarnya terjadi; budaya baru mulai kelihatan dan para karyawan tampaknya mulai memahami perlunya perubahan. Pada tahap ini pula, peraturan-peraturan baru, kebiasaan-kebiasaan baru serta sistem baru mulai berlaku. Pelatihan-pelatihan tampaknya dilakukan serta program sosialisasi dan ritual-ritual tertentu juga dilakukan mendukung pembudayaan nilai-nilai baru. Tak jarang, simbol dan slogan organisasi pun dipasang di mana-mana.

Kedua, refreezing: pada tahap ini karyawan

tampak mulai bermotivasi lagi. Mereka mulai dapat menerima nilai-nilai dan kebiasaan-kebiasaan baru sebagai implikasi dari perubahan budaya. Karyawan RS X dengan budaya baru *safety culture* mulai berperilaku ke arah budaya tersebut. Kendati demikian, sistem manajemen yang efektif perlu dipertimbangkan untuk membudayakan nilai-nilai yang dikehendaki.

Agar pengelolaan budaya organisasi efektif, pendekatan yang tepat perlu dilakukan. Manajemen perlu membentuk tim inti untuk mensosialisasikan *patient-safety culture*. Di samping itu, perubahan budaya perlu didukung oleh aktivitas-aktivitas berikut:

Keterlibatan pemimpin yang berkarisma.

Penciptaan simbol, slogan, ritual, dan cerita-cerita baru yang relevan.

Penyelarasan sistem seleksi, pemeliharaan, dan sistem kompensasi.

Pengorganisasian sistem manajemen.

Pemberian pelatihan mengenai nilai-nilai baru.

Implikasi Budaya Organisasi

Patient-safety culture berimplikasi pada strategi SDM organisasi yang tercerminkan pada aktivitas

SDM: rekrutment dan seleksi, pemeliharaan, pelatihan dan pengembangan. Organisasi yang menganut budaya *safety* seyogianya merekrut karyawan yang menganut nilai-nilai tersebut dan memiliki kompetensi yang disyaratkan. Kesesuaian antara nilai yang dianut karyawan dengan budaya organisasi merupakan salah faktor yang sangat penting sebab kesesuaian nilai akan memotivasi karyawan dan juga memberikan kepuasan kerja.

Di samping itu, kondisi tersebut tentu akan menguntungkan organisasi sebab baik secara langsung maupun tidak langsung, kesesuaian nilai (*value congruency*) akan mendorong karyawan berprestasi dan tentu hal tersebut berdampak pada kinerja organisasi. Dapat dibayangkan, apa yang akan terjadi jika seorang yang kurang peduli pada keselamatan kerja diterima bekerja di sebuah RS yang menuntut *patient-safety* yang tinggi.

Merekrut karyawan yang kompeten, komitmen dan nilai-nilai *safety* yang tinggi tidak mudah sebab itu organisasi dalam hal ini RS pada umumnya mempersiapkan program-program induksi, pelatihan, sosialisasi dan pelatihan. Berkaitan dengan nilai dan strategi SDM, maka melalui program orientasi atau induksi, nilai-nilai yang

diharapkan (10 nilai *safety*) harus ditanamkan secara efektif. Setiap calon karyawan dilatih agar mereka berperilaku sesuai yang diharapkan yaitu peduli pada keselamatan pasien. Pada tahap pemeliharaan karyawan (*maintenance*), strategi SDM perlu diarahkan pada penguatan nilai-nilai *safety* antara lain melalui suatu sistem "*reward and punishment*", ritual dan program sosialisasi.

Penerapan *safety-culture* di RS adalah sesuatu yang mutlak harus diaplikasikan sejalan dengan sistem *safety* agar mampu menurunkan AEs secara signifikan. Tim khusus perlu dipersiapkan untuk mengelola baik budaya dan sistem *safety* secara komprehensif melalui proses *continuous learning* yang berorientasi pada *patient-culture safety*. Selain menurunkan angka AEs, budaya *safety* akan meningkatkan kualitas layanan dan akhirnya berpengaruh pada kinerja RS. Dengan demikian, budaya *safety* diharapkan akan meningkatkan akuntabilitas RS. Secara singkat, keterkaitan budaya dan sistem *safety* dengan angka AEs, *patient satisfaction index* dan kinerja RS digambarkan pada **Gambar 2**.

Budaya Safety, Tidak Sekadar Slogan

Patient safety-culture di RS sangat besar

pengaruhnya terhadap citra, tanggung jawab sosial, moral, serta kinerjanya. Budaya organisasi akan mengarahkan perilaku anggotanya dalam mencapai sasaran organisasi. Karena itu seyogianya budaya *safety* secara efektif tidak hanya melalui slogan, simbol, dan upacara-upacara, tetapi secara strategis dikaitkan dengan sistem sosialisasi, strategi SDM, teknologi, pelatihan-pelatihan dan keteladanan.

Budaya organisasi merupakan suatu "pendorong" yang mempengaruhi berbagai aspek organisasi seperti misalnya, strategi

sumber daya manusia, dan kebijakan-kebijakannya. Konsekuensinya, konstruksi *patient-safety-culture* perlu dipahami secara seksama agar pengidentifikasian, penanaman maupun pengelolaan nilai-nilai *safety* (Nivea dan Sora, 2002) dapat dilakukan secara efektif. Dari proses identifikasi nilai-nilai organisasi diketahui kesenjangan antara nilai-nilai yang ada dan yang diharapkan sehingga pengelolaan budaya termasuk manajemen perubahan melalui proses *unfreezing, change*, dan *refreezing* dapat dilakukan secara efektif dan strategis. ■

- Brown, A. 1998. Organizational culture. Great Britain: Redwood Books.
- Becker, B.E., Huselid, M.A., & Ulrich, D. 2001. The HR scorecard. Boston: Harvard Business School Press.
- Budihardjo, A. 2003. Raw data penelitian budaya PT ABC. (Unpublished).
- Dafts, R.L. 2007. Understanding the theory and design of organizations. China: Thompson South-Western Colege, Publishing.
- Daniel. 2006. Praktik kedokteran yang baik mencegah malpraktik kedokteran. *www.majalah-farmacia.com*, Vol 5 No. 8 Maret, 2006

- Davis, S. 1984. Managing corporate culture. Cambridge, MA: Ballinger.
- Deal, T & Kennedy, A. 2000. The new corporate culture, Great Britain: Cox & Wyman, Ltd.
- Drennan, D. 1992. Transforming company culture. London: McGraw-Hill.
- Furham, A. & Gunter, B. 1993. Corporate assessment. New York: Routledge.
- Harrison, R. 1972. Understanding your organization's character. *Harvard Business Review*, 50, May-June, 119-28.
- Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N., & Vleugels, A. 2007. Challenging patient safety culture: survey results. *International*

- Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 20 No. 7, 620-632.
- Hofstede, G. 1991. *Cultures and Organizations: Software of the Mind*, London: McGraw-Hill.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M. 1999. *To Err is Human: Building a safer healthy system*. Washington: Institute of Medicine.
- Lewin, K. 1952. *Field Theory in social Science*. London: Tavistock.
- Martin, J. 1992. *Cultures in Organizations: Three perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Martin, J. 2002. *Organizational Culture. USA*: Sage publications.
- Nieva, V.F. & Sorra, J. 2007. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Heath Care*, 12 (Supl II): ii17-ii23.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. *The knowledge creating company*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Payne, R. L. 2002. *The concepts of culture and climate*. Working paper. UK: Manchester Business School.
- Sathe, V. 1985. *Culture and related corporate realities*. Homewood, Ill.: Irwin.
- Schein, E.H. 2004. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Shortell, S.M. Jones, R.H., Rademaker, R.W., Gillies, R.R., Dranove, D.S., Hugher, E.F.X., Budetti, P.P., Reynolds, K.S.E., & Huanf, C. 2000. Assessing the impact of total quality management and organizational culture on multiple outcomes of care for coronary artery bypass graft surgery Patients. *Medical Care* 38 (2): 207 -217.
- Shutz, A.L., Counte, A.A., & Meurer, S. 2007. Deveploment of a patient safety culture measurement tool for ambulatory health care settings: Analysis of content validity. *Health Care Management Science* 10: 139-149.
- Sieveking, N., Bellet, W. & Marston, R.C. 1993. Employees' views of their work experience in private hospitals. *Health Services Management Research* 6, (2): 129-138.
- Silverweig, S. & Allen, R.F. 1976. Changing the corporate culture. *Sloan Management Review*, 17 (3), 33-49.
- Shortell, S.M, Waters T.M, & Clarke, K.W.B, et al. 1998. Physicians as double Agents: Maintaining trust in an era of multiple accountabilities. *JAMA*; 280: 102-108.
- Sorge, A. 2002. *Organization*. Great Britain: TJ International, Padstow, Cornwall.
- Tylor, E.B. 1971. *Primitive culture: Researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art and custom*, London: Murray.
- Westat, R., Sorra, J. & Nieva, V., 2004. *Hospital*

Daftar Pustaka

survey on patient culture. America :
AHRQ Publication.

Wikipedia – Adverse Events

Zohar 2000. A group-level model of safety climate:
Testing the effect of group climate on
micro accidents in manufacturing Jobs.
Journal of Applied Psychology, (85) 4,
587-596.