



Penerapan Kebijakan Keselamatan Pasien Rawat Inap Kasus Medikal Bedah

*Siti Nur Qomariah^①, Iswati^②, Abu Bakar^③

¹ Prodi Sarjana Keperawatan, STIKES Adi Husada, Indonesia

² Prodi Diploma III Keperawatan, STIKES Adi Husada, Indonesia

³ Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga, Indonesia

Correspondence*: Siti Nur Qomariah

Address: Jl. Kapasari No.95, Surabaya, Indonesia, 60141 | e-mail: snqomariah@adihusada.ac.id

Kata kunci:

Kebijakan,
Keselamatan Pasien,
Penerapan.

Abstrak

Latar Belakang: Kebijakan merupakan suatu konsep yang menjadi pedoman atau rencana dalam melakukan suatu pekerjaan dan bagaimana tindakan tersebut akan dilakukan. Kebijakan yang dikembangkan oleh manajemen mengharuskan seluruh pesertanya untuk bekerjasama dengan semua pihak. Kebijakan merupakan hal terpenting dalam sistem manajemen termasuk pengelolaan lingkungan hidup, manajemen mutu dan sistem lainnya. Tujuan dari penelitian ini untuk menjelaskan pengaruh kebijakan penerapan keselamatan pasien rawat inap kasus medikal bedah.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain kualitatif deskriptif. Empat penggerak keselamatan juga dikenal sebagai Quality Link Safety Champion (QLSC), di ruang rawat inap untuk kasus medikal bedah merupakan informan utama. Penentuan sampel dengan purposive sampling. Variabel penelitian adalah penerapan kebijakan keselamatan pasien dan implementasi tujuh langkah keselamatan pasien oleh perawat di ruangan rawat inap medikal bedah.

Hasil: Penerapan keselamatan pasien masih sebatas pendataan, mentalitas menjalankan kebijakan masih belum ada perbaikan, kurangnya komitmen manajemen dalam menunjukkan keselamatan pasien, masih adanya keterlambatan pelaporan kejadian keselamatan pasien. Selama penelitian, tidak ada kebijakan komunikasi mengenai pemberian informasi kepada pasien dan keluarga mereka mengenai insiden dan tidak ada penyelidikan aktif terhadap insiden keselamatan pasien yang terjadi di ruangan rawat inap kasus medikal bedah.

Saran: Kebijakan keselamatan pasien tetap menjadi komitmen bersama yang perlu dilaksanakan dengan baik. Rumah Sakit sebagai lembaga pelayanan kesehatan yang langsung merawat pasien wajib mengedepankan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai standar pelayanan rumah sakit.

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien, keselamatan pekerja atau staf medis, keselamatan gedung dan peralatan rumah sakit dapat mempengaruhi keselamatan pasien dan staf, keselamatan lingkungan (produktivitas hijau) mempengaruhi pencemaran lingkungan dan keamanan "bisnis" rumah sakit dan kelanjutan kehidupan rumah sakit. Namun harus diakui, aktivitas kelembagaan rumah sakit bisa tetap berjalan jika ada pasien. "Untuk itu keselamatan pasien menjadi prioritas utama yang harus diambil dan hal ini berkaitan dengan masalah kualitas dan citra rumah sakit (Asyiah, 2020). Keselamatan pasien di rumah sakit mengartikan keselamatan sebagai tidak adanya bahaya atau risiko (Yunita & Sumiati, 2022).

Keselamatan pasien adalah mencegah cedera pasien. Pencegahan cedera didefinisikan sebagai tidak terjadinya bahaya yang tidak diinginkan atau dapat dihindari melalui perawatan medis (Sembiring, 2015). Keselamatan pasien didefinisikan sebagai menghindari, mencegah, dan memperbaiki konsekuensi atau kerugian yang tidak diinginkan yang disebabkan oleh proses pelayanan kesehatan (Rachmawati, 2011). Kejadian Tidak Diharapkan- KTD (Adverse Event) jika tidak dilakukan dengan hati-hati karena di rumah sakit terdapat ratusan obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat teknologi, banyak jenis tenaga profesional dan non-profesional yang siap melayani pasien 24 jam dalam 7 hari. Apabila variasi dan rutinitas pelayanan tidak dikelola dengan baik, kejadian yang tidak terduga dapat terjadi (Sharfina, 2019).



Sesuai Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011, rumah sakit dan tenaga medis yang bekerja di rumah sakit wajib melaksanakan program yang berkaitan dengan kebijakan nasional Komisi Kesehatan Nasional ahli keselamatan pasien di rumah sakit. Setiap rumah sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang ditunjuk oleh kepala rumah sakit untuk melaksanakan kegiatan keselamatan pasien. TKPRS yang dimaksud bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit. Keselamatan pasien adalah hak pasien. Pasien berhak mendapat jaminan keselamatan dan keamanan selama menjalani perawatan di rumah sakit (Mulyatiningsih & Sasyari, 2021). Keselamatan pasien adalah tidak adanya kesalahan atau cedera yang tidak disengaja (Rika & Sumarwanto, 2022). Rumah Sakit adalah organisasi layanan dengan kepadatan (kesibukan kerja) yang tinggi; Khususnya, padat perdagangan, padat modal, padat teknologi maju, padat sumber daya manusia dan keahlian; karena hal ini menyebabkan organisasi rumah sakit menghadapi banyak permasalahan. Kegagalan layanan yang dapat membahayakan keselamatan pasien dapat terjadi karena kompleksitas rumah sakit yang tidak dikelola dengan baik. Standar keselamatan pasien dibuat oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Rumah sakit harus merencanakan/ meningkatkan proses, memantau dan menilai kinerja mereka selama ini, mempelajari masalah, dan melakukan perubahan yang meningkatkan kinerja dan keselamatan pasien. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien menetapkan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit" sebagai dasar untuk proses perancangan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Setiap rumah sakit dapat menggunakan tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien untuk melaksanakan program keselamatan pasien. Langkah-langkah ini termasuk meningkatkan kesadaran tentang nilai prinsip keselamatan pasien, mendukung dan memimpin staf, memasukkan aktivitas pelaporan risiko, membuat sistem pelaporan, berkomunikasi dan terlibat dengan pasien, berbagi dan belajar tentang keselamatan pasien, dan menerapkan sistem keselamatan untuk mencegah cedera (Octaviani et al., 2020). Lebih dari 50% insiden Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang menyebabkan cedera pada pasien terjadi dalam tiga bulan terakhir, menurut hasil studi pendahuluan. Baik RS pemerintah maupun swasta memiliki sistem pelaporan insiden, tetapi implementasinya masih tertunda dan beberapa unit gagal melaporkan. Ini juga berlaku untuk laporan manajemen risiko. Sampai saat ini, deadline untuk Failure Mode Effect Analysis (FMEA) dan Root Cause Analysis (RCA) masih belum dipenuhi. Di unit kerja juga masih ada banyak dokumen keselamatan pasien yang belum diselesaikan. Selain itu, belum layak atau kecukupan sarana dan prasarana yang ada di unit kerja.

Keselamatan Pasien (Patient Safety) jauh lebih penting daripada efektivitas pelayanan. Solusi keselamatan pasien adalah sistem atau intervensi yang menciptakan, mencegah, atau mengurangi cedera pasien yang timbul dari proses pelayanan kesehatan. Insiden keselamatan pasien yang sering terjadi pada kasus medikal bedah. Kasus salah prosedur atau pembedahan pada sisi yang salah, sebagian besar disebabkan oleh buruknya komunikasi dan kurangnya informasi atau informasi yang tidak akurat. Kesalahan komunikasi adalah penyebab umum kesalahan di ruang operasi, serta selama perawatan sebelum dan sesudah operasi. Jenis kegagalan komunikasi termasuk kegagalan untuk mendengarkan atau mengumpulkan informasi dari pasien, keluarga dan dokter lain dan kegagalan untuk menyampaikan informasi yang relevan untuk status pasien(Qomariah & Lidiyah, 2015). Hasilnya bisa membahayakan yang signifikan atau bahkan kematian kepada pasien. Faktor yang paling banyak kontribusinya terhadap kesalahan macam ini adalah tidak ada atau kurangnya proses pra bedah yang distandarisasi (Trisna, 2016). Jika saja diterapkan secara disiplin maka kecelakaan kerja, kegagalan operasi dan permasalahan lain yang menyangkut keselamatan pasien niscaya dapat dikurangi. Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti ingin menjelaskan penerapan kebijakan keselamatan pasien rawat inap kasus medikal bedah.

Metode



Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kualitatif-deskriptif. Metode purposive sampling digunakan untuk menentukan sampel. Empat teladan *Quality Link Safety Champion* (QLSC) untuk keselamatan pasien, di rawat inap untuk kasus bedah merupakan informan utama. Penelitian ini dilakukan selama bulan Januari-Juni tahun 2019. Instrumen penelitian yang digunakan adalah SOP kebijakan keselamatan pasien dan rekapan data bulanan insiden keselamatan pasien di beberapa ruangan rawat inap medikal bedah di RS Swasta dan RS Pemerintah wilayah Gresik. Pengambilan data dilakukan secara wawancara *indepth interview* tentang adalah penerapan kebijakan keselamatan pasien dan implementasi tujuh langkah keselamatan pasien oleh perawat di ruangan rawat inap medikal bedah.

Hasil dan Pembahasan

Hasil dari penelitian menunjukkan insiden keselamatan pasien yang sering terjadi adalah insiden kejadian nyaris cedera, insiden tertinggi berikutnya adalah kejadian potensial cedera. Kejadian sentinel tidak pernah terjadi selama penelitian. Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian tidak diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian tidak cedera dan Kejadian Potensial Cedera. Kejadian Tidak Diharapkan adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Kejadian Nyaris Cedera adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Kejadian Tidak Cedera adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Kejadian Potensial Cedera adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran (Salsha & Siregar, 2020).

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) dibentuk oleh RS bertujuan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Di unit kerja KMKP memiliki empat teladan keselamatan pasien atau *Quality Link Safety Champion* (QLSC) untuk menjalankan program keselamatan pasien. QLSC membantu KMKP dengan memberikan informasi tentang keselamatan bagi pasien kepada petugas kesehatan, berdiskusi dalam rapat pembahasan terkait keselamatan bagi pasien, dan memberikan umpan balik kepada KMKP.

Ketua KMKP dan Wakilnya bekerja di bagian lain dari RS, yang berakibat mereka belum dapat melaksanakan tugasnya dengan penuh waktu dan pemikiran dalam menjalankan program KMKP. Jumlah staf KMKP dan QLSC di unit kerja dianggap cukup, tetapi mereka harus diperbarui secara berkala. Tidak ada pelatihan khusus tentang Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien yang diberikan kepada anggota KMKP. Sosialisasi yang dilakukan hanya pada tahun 2017 sebelum akreditasi, dan belum ada evaluasi tentang seberapa efektif sosialisasi tersebut.

Langkah pertama adalah meningkatkan kesadaran dan pemahaman pasien tentang pentingnya keselamatan mereka. Berdasarkan hasil penelitian, RS berupaya untuk meningkatkan kesadaran melalui penerapan sistem penghargaan yang membayar unit kerja yang melaporkan insiden hingga selesai. Selain itu, KMKP sering mengingatkan karyawan untuk melaporkan insiden, menyebarkan formulir insiden ke unit kerja, bersosialisasi dengan karyawan baru saat mereka diorientasi, dan memastikan bahwa pelaporan dikoordinasi antara KMKP dan unit kerja. Karena RS telah disertifikasi, orang masih berpikir bahwa keselamatan pasien di RS hanyalah proses yang sedang berlangsung. Mereka hanya perlu memperbaiki sistem dan budaya keselamatan pasien. Kesadaran untuk memperbaiki masih kurang. Tidak ada upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman sehingga berdampak terhadap penerapan keselamatan pasien; insiden tetap akan terjadi dan akan berulang karena tidak ada upaya pembelajaran, kedulian, inisiatif, dan diskusi bersama untuk meningkatkan pelayanan dan mengutamakan keselamatan bagi pasien di fasilitas



kesehatan rawat inap. Pada tahun 2019, pernah ada survey penilaian keselamatan pasien yang dilakukan, tetapi tidak ada tindakan yang diambil. Karena evaluasi hanya mewakili tingkat budaya pada waktu tertentu, sehingga mereka harus dilakukan penilaian atau evaluasi secara teratur untuk menilai perkembangannya. Karena Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Bagi Pasien tidak dibahas dalam panduan atau pedoman apa pun, dan langkah-langkah tersebut tidak disosialisasikan secara khusus, QLSC belum mengetahui atau mengenal Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Bagi Pasien. Tidak ada sosialisasi kembali tentang Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien sejak tahun 2017. Ini terkait dengan pencatatan, pelaporan, dan analisis akar masalah. Sampai saat ini, unit kerja dan KMKP terus mengeluh tentang pelaporan yang dianggap sulit dan pemahaman yang kurang.

Langkah kedua adalah memimpin dan mendukung petugas kesehatan. Belum rutin dilakukan kunjungan monitoring lapangan yang dilakukan Direksi dan KMKP ke unit kerja, tidak berfokus pada keselamatan bagi pasien, dan tidak semua ke keseluruhan unit kerja. Setiap minggu, pemimpin harus meluangkan waktu satu jam untuk mengunjungi tempat kerja yang berbeda untuk membicarakan tata kelola klinis dan keselamatan pasien dengan petugas kesehatan untuk menunjukkan bahwa mereka memperhatikan keselamatan pasien. Belum ada pertemuan khusus untuk keselamatan bagi pasien. Sekali saat tahun 2017, sebelum akreditasi RS, sosialisasi tentang Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien dilakukan.

Langkah ketiga adalah mengintegrasikan aktivitas manajemen risiko. Manajemen risiko yang terintegrasi berarti bahwa tindakan dan risiko yang diambil di satu bagian rumah sakit dapat diterapkan di bagian lain. Manajemen risiko di RS masih dalam tahap pelaporan namun belum optimal. Setiap tiga bulan sekali unit kerja menemukan risiko, melakukan penilaian risiko, dan melaporkan hasilnya kepada KMKP. Belum ada proses pembelajaran dari risiko yang terjadi di tempat kerja. Karena kesibukan Ketua KMKP, pertemuan manajemen risiko yang seharusnya diadakan tiga bulan sekali sekarang diadakan satu tahun sekali. Tidak semua karyawan memiliki pengalaman dalam manajemen risiko. Karena kurangnya pemahaman tentang manajemen risiko, tidak semua unit melakukan monitoring risiko di unit kerja masing-masing. Di RS, belum ada prosedur operasi standar (SOP) yang berkaitan dengan pelaksanaan manajemen risiko. Selain itu, banyak unit belum melaporkan pelaporan manajemen risiko, dan pelaporan masih tertunda.

Langkah keempat adalah membangun sistem pelaporan kesalahan. Ini akan terjadi jika karyawan sadar akan pentingnya melaporkan setiap kejadian dan tidak menutupinya. Apabila lingkungan kerja bebas dari upaya saling menyalahkan, mekanisme pelaporan insiden baru dapat bekerja dengan baik. Laporan insiden internal ke KMKP dapat dilakukan melalui telepon atau langsung melalui formulir insiden. Untuk menilai insiden hijau dan biru, KMKP hanya menerima dan mengumpulkan laporan. RS masih memiliki sistem pelaporan yang kurang optimal. Pelaporan insiden bulanan unit kerja masih tertunda. Karena budaya menghukum dan menyalahkan di tempat kerja, banyak insiden yang tidak dilaporkan. Untuk mencegah budaya penyesalan di RS, KMKP sudah melakukan sosialisasi, Tapi ini belum dilakukan oleh semua unit kerja RS, yang berarti tidak ada budaya menyalahkan di wilayah Gresik. Ini didukung oleh hasil penelitian lain tentang penurunan laporan insiden yang menunjukkan bahwa ketakutan disebabkan oleh kurangnya perhatian terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Faktor-faktor seperti rumit, kesibukan unit kerja, keyakinan karyawan bahwa mereka tidak perlu melaporkan insiden yang tidak menyebabkan cedera pada pasien, dan kurangnya peran KMKP yang aktif dalam menyelesaikan pelaporan insiden semuanya membuat pelaporan insiden dianggap sebagai beban(Bakar et al., 2022; Qomariah & Lidiyah, 2015). Tidak ada kebiasaan untuk melaporkan peristiwa eksternal ke PERSI. Selain itu, PERSI belum pernah memberikan komentar tentang pelaporan kepada KMKP.

Melibatkan dan Berkommunikasi dengan Pasien adalah Langkah kelima. Tidak ada pedoman atau kebijakan yang terkait dengan mengkomunikasikan insiden kepada pasien. Selain itu, staf bingung apakah harus tetap terbuka atau pura-pura tidak tahu. Rumah sakit harus melakukan pengungkapan kesalahan medis atau pengungkapan kesalahan medis dengan mempertimbangkan keadaan dan kondisi. Pasien dapat lebih mudah mengatasi dan



menghadapi konsekuensi dari kesalahan yang telah terjadi jika mereka memberi tahu orang lain tentang apa yang telah terjadi dan melakukan diskusi masalah dengan penuh kasih dan segera.

Langkah enam adalah Mempelajari dan Berbagi Pengalaman tentang Keselamatan Pasien. Ini dilakukan dengan berdiskusi selama rapat ruangan. Untuk insiden dengan grade kuning atau merah, metode RCA digunakan untuk analisis akar masalah. RCA melibatkan KMKP, pihak-pihak yang terlibat dalam insiden, dan unit kerja yang mengalami insiden. Hasil RCA belum disebarluaskan ke seluruh unit kerja karena beberapa masalah. Misalnya, mengumpulkan semua pihak yang terlibat dalam insiden sekaligus membutuhkan waktu yang lama, terutama untuk menyelesaikan kasus yang membutuhkan biaya yang tinggi. Akibatnya, pelaksanaan RCA melebihi batas waktu.

Langkah ke-7 adalah menerapkan Sistem Keselamatan Pasien untuk Mencegah Cedera. Pembelajaran insiden belum secara aktif dilakukan di seluruh unit kerja. Rapat pimpinan tiga bulanan hanya menyampaikan jumlah insiden. Tidak sering, blog IT rumah sakit digunakan untuk menyebarkan informasi tentang judul insiden dan tindak lanjut insiden. Metode FMEA, yang digunakan satu tahun sekali, digunakan untuk mencegah cedera RS. KMKP memberi prioritas pada risiko di unit kerja yang akan diubah. Risiko dengan grading tinggi sampai sangat tinggi adalah yang paling penting. Tidak sedikit hambatan yang masih tersisa dalam pelaksanaan FMEA, termasuk, tetapi tidak terbatas pada, kekurangan ruang untuk pertemuan manajemen risiko, kebutuhan akan dana yang besar sehingga prosesnya harus dilakukan bertahap dan membutuhkan waktu yang lama, dan seringkali bertentangan dengan program rumah sakit yang lain.

Ketersediaan Dana dalam Pelaksanaan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien: KMKP menyusun dana untuk pelaksanaan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien setiap tahun dan diserahkan kepada Direksi. Dana yang tersedia sudah cukup, bahkan lebih, karena tahun ini KMKP tidak memiliki kegiatan yang terlalu banyak dilaksanakan. Pelaksanaan prosedur, serta pencatatan dan pelaporan, terhambat oleh kurangnya sarana dan prasarana komputer di unit kerja. Rumah sakit tidak memiliki teknologi informasi yang terintegrasi, yang menghalangi pelaporan insiden di unit kerja. Saat terjadi insiden, unit kerja harus mencatat nomor rekam medis pasien, waktu dan tanggal insiden, perawat mana yang berhubungan dengan pasien, dan informasi lainnya. Saat ini, prosesnya harus dilakukan secara manual. Artinya, unit kerja harus pergi ke rekam medis pasien untuk melihat nomornya. Meskipun unit kerja masing-masing sudah sibuk dengan tugas pentingnya. Karena tidak ada sistem komputer yang mencatat, unit kerja sering lupa kapan dan di mana insiden terjadi. Hal ini akhirnya menyebabkan unit malas melaporkan insiden, pelaporan yang tertunda, dan formulir insiden yang tidak memiliki data yang cukup.

Tidak ada dokumen yang menjelaskan petunjuk pelaksanaan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien di kebijakan dan SOP Pelaksanaan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien RS, sehingga staf masih kurang familiar. Namun, RS sudah memiliki panduan terkait poin-poin seperti RCA, FMEA, pencatatan dan pelaporan insiden..

Tinjauan Umum Tentang Pencatatan dan Pelaporan di Rumah Sakit (Sutejo et al., 2021), bahwa:

1. Setiap unit kerja di rumah sakit mencatat semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien (Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Diharapkan dan Kejadian Sentinel) pada formulir yang sudah disediakan oleh rumah sakit.
2. Tim Keselamatan Pasien di Rumah Sakit menganalisis akar penyebab masalah semua kejadian yang dilaporkan oleh unit kerja.
3. Pimpinan rumah sakit melaporkan insiden dan hasil solusi masalah ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) setiap terjadinya insiden dan setelah melakukan analisis akar masalah yang bersifat rahasia.
4. Setiap unit kerja di rumah sakit melaporkan semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien (Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Diharapkan dan Kejadian



- Sentimel) kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada formulir yang sudah disediakan oleh rumah sakit.
5. Berdasarkan hasil analisis akar masalah maka Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit merekomendasi solusi pemecahan dan mengirimkan hasil solusi pemecahan masalah kepada Pimpinan Rumah Sakit.
 6. Pimpinan rumah sakit melakukan monitoring dan evaluasi pada unit kerja-unit kerja di rumah sakit, terkait dengan pelaksanaan keselamatan pasien di unit kerja.

Kesimpulan dan Saran

RS belum melaksanakan semua langkah dalam "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien", terutama langkah kelima, yang mencakup komunikasi terbuka kepada pasien dan keluarga tentang insiden. Berbagai upaya telah dilakukan untuk mencapai langkah ini, tetapi hasilnya belum optimal. Pihak manajemen rumah sakit untuk mensosialisasikan program keselamatan pasien dan mengadakan pelatihan patient safety kepada seluruh staf rumah sakit. Membiasakan melakukan diskusi atau pertemuan terkait keselamatan pasien, agar menjadi kebiasaan yang dapat menjadi budaya positif dalam upaya menciptakan budaya keselamatan pasien.

Acknowledgment

Kami ingin mengucapkan terima kasih kepada direktur RS wilayah Gresik dan tim KMPK yang telah memberikan izin penelitian, dukungan dan kerjasama yang baik mulai awal sampai penelitian ini berakhir.

References

- Asyiah, N. (2020). Keselamatan Pasien Sebagai Prioritas Utama Dalam Meningkatkan Pelayanan Rumah Sakit. *Jurnal*.
- Bakar, A., Qomariah, S. N., & Iswati, I. (2022). Effect of caring behaviour approach to improve nurses' caring character in medical-surgical wards. *Jurnal Ners*, 17(2). <https://doi.org/10.20473/jn.v17i2.34982>
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Peraturan menteri kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien*.
- Mulyatiningsih, S., & Sasyari, U. (2021). Gaya Kepemimpinan yang Efektif dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien. *JURNAL ILMIAH KEPERAWATAN ALTRUISTIK*. <https://doi.org/10.48079/vol4.iss1.60>
- Octaviani, N., Hilda, H., & Nulhakim, L. (2020). EVALUASI PELAKSANAAN TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN DI PUSKESMAS LOA KULU KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA. *Jurnal Kedokteran Mulawarman*, 7(2). <https://doi.org/10.30872/j.ked.mulawarman.v7i2.4255>
- Qomariah, S. N., & Lidiyah, U. A. (2015). HUBUNGAN FAKTOR KOMUNIKASI DENGAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (Correlation of Communication Factor with Patient Safety Incident). *Journals of Ners Community*, 6(2).
- Rachmawati, E. (2011). Model Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien Di Rs Muhammadiyah-'Aisyiyah Tahun 2011. *Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof. DR. Hamka*.
- Rika, W., & Sumarwanto, E. (2022). KEBIJAKAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT. *Indonesian Journal of Dentistry*, 2(2). <https://doi.org/10.26714/ijd.v2i2.9222>



- Salsha, A., & Siregar, S. (2020). Budaya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien. *Ofspreprints*, 1(1).
- Sembiring, N. G. C. (2015). Resiko dan hazard dalam tahap asuhan keperawatan. *Keperawatan*.
- Sharfina, D. (2019). Pentingnya Kolaborasi Antar Profesi Demi Keselamatan Pasien di RS. *Osf Preprints*.
- Sutejo, S., Prasetijo, A. B., & Agushybana, F. (2021). Designing Integrated Patient Safety Incident Reporting with Hospital Information System. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 6(3). <https://doi.org/10.30604/jika.v6i3.968>
- Trisna, E. (2016). Hubungan Persepsi Tim Bedah dengan Kepatuhan Penerapan Surgical Patient Safety pada Pasien Operasi Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Mayjend HM. Ryacudu. *Jurnal Kesehatan*, 7(2). <https://doi.org/10.26630/jk.v7i2.209>
- Yunita, A., & Sumiati, S. (2022). Hubungan Faktor Komunikasi dan Beban Kerja Terhadap Keselamatan Pasien Saat Bekerja di RSUD Kota Madiun. *Indonesian Journal on Medical Science*, 9(2). <https://doi.org/10.55181/ijms.v9i2.376>