

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Safety Attitude*

2.1.1 Pengertian *Safety Attitude*

Menurut Wulandari et al. (2020), *Safety Attitude* merupakan salah satu elemen penting dalam manajemen yang berorientasi pada pelanggan dan keselamatan pasien. Budaya keselamatan yang kuat di kalangan perawat dapat meningkatkan kualitas pelayanan pasien, terutama pasien di ruang operasi, sekaligus meminimalkan risiko terjadinya kesalahan medis selama pemberian asuhan keperawatan di rumah sakit. Budaya keselamatan yang baik diharapkan mampu membantu perawat dalam mencegah kesalahan medis. Temuan ini sejalan dengan penelitian oleh Rivai (2016), yang menunjukkan bahwa sebagian besar kategori memiliki budaya keselamatan yang baik.

Keselamatan pasien sendiri adalah langkah pencegahan terhadap risiko bahaya yang tidak disengaja maupun yang dapat dicegah melalui perawatan medis. Menurut Hughes (2008), praktik keselamatan pasien bertujuan untuk mengurangi risiko terjadinya insiden yang tidak diinginkan yang berkaitan dengan proses diagnosis maupun perawatan medis. Budaya keselamatan mencerminkan pendekatan terhadap keselamatan pasien yang dirancang dan diterapkan dalam struktur organisasi serta proses yang mendukungnya (*The Health Foundation*, 2011). Selaras dengan pernyataan Hipokrates yang dikutip oleh Vellyana (2015), keselamatan pasien adalah misi utama organisasi pelayanan kesehatan dan harus dijadikan prioritas.

2.1.2 Tujuan *Safety Attitude*

Tujuan *Safety Attitude* keselamatan pasien adalah terciptanya budaya keselamatan pasien di RS, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya KTD di RS, terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD (Depkes RI, 2011) Departemen Kesehatan RI (2009) menyatakan tujuan keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

- a. Tercapainya budaya keselamatan pasien
- b. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit
- c. Menurunkan kejadian tidak diharapkan dirumah sakit
- d. Terlaksananya program pencegahan pengulangan kejadian tidak diharapkan

Menurut *The Joint Commission* (2011) tujuan *safety attitude* atau keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan keakuratan identifikasi pasien menggunakan identitas pasien untuk mengidentifikasi kesalahan tranfusi
- b. Meningkatkan komunikasi pemberi pelayanan kesehatan dengan menggunakan prosedur komunikasi, secara teratur melaporkan informasi yang bersifat kritis, memperbaiki pola serah terima pasien
- c. Meningkatkan keselamatan penggunaan obat dengan memberilabel obat, mengurangi bahaya penggunaan antikoagulan
- d. Meningkatkan keselamatan penggunaan pengobatan dengan infeksi, menjaga penyebaran infeksi melalui darah
- e. Menggunakan pengobatan kepada petugas selanjutnya, membuat daftar pengobatan, upayakan pasien mendapatkan pengobatan
- f. Mengurangi risiko bahaya jatuh

- g. Mencegah luka tekan
- h. Organisasi mengidentifikasi risiko keselamatan pasien
- i. Protokol umum untuk mencegah kesalahan tempat, prosedur dan orang saat tindakan operasi

2.1.3 Komponen Patient *Safety Attitudes*

Dalam penelitian Bitan et al (2019) pada *Australasian Journal of Paramedicine* menyatakan bahwa terdapat beberapa komponen patient *safety attitudes*, sebagai berikut:

- a. *Safety climate*: Iklim keselamatan mencerminkan persepsi tenaga kesehatan terhadap budaya keselamatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini mencakup kemudahan melaporkan insiden keselamatan, kesediaan untuk belajar dari kesalahan, serta kepercayaan terhadap sistem manajemen dalam menangani masalah keselamatan pasien.
- b. *Teamwork Climate*: Komponen ini mengukur persepsi tenaga kesehatan terhadap kualitas kerja sama dalam tim mereka. Iklim kerja sama yang positif ditandai dengan komunikasi yang terbuka, saling menghargai, dan adanya dukungan di antara anggota tim dalam menyelesaikan tugas-tugas klinis. Teamwork yang efektif dapat meningkatkan efisiensi pelayanan, mengurangi risiko kesalahan medis, dan memperkuat keselamatan pasien.
- c. *Stress Recognition*: Komponen ini mengukur kesadaran tenaga kesehatan terhadap dampak stres dalam pekerjaan mereka. Stres yang tinggi dapat mengganggu kinerja dan meningkatkan risiko kesalahan medis. Oleh karena itu, pengelolaan stres yang efektif sangat penting dalam menjaga keselamatan pasien.
- d. *Perception to management*: Komponen ini mengukur bagaimana tenaga kesehatan menilai kinerja manajemen dalam mendukung keselamatan pasien. Manajemen yang baik akan memberikan informasi yang cukup dan tepat waktu,

mengalokasikan sumber daya yang memadai, serta menciptakan lingkungan kerja yang kondusif.

- e. *Working conditions*: Kondisi kerja meliputi faktor-faktor seperti beban kerja, ketersediaan sumber daya, serta sistem supervisi bagi tenaga kesehatan baru. Lingkungan kerja yang baik dapat meningkatkan efektivitas layanan dan mengurangi risiko kesalahan medis.
- f. *Job satisfaction*: Kepuasan kerja berhubungan dengan bagaimana tenaga kesehatan merasa bangga dan nyaman bekerja di fasilitas kesehatan. Faktor-faktor seperti penghargaan terhadap kontribusi mereka, lingkungan kerja yang positif, dan kesempatan untuk berkembang dapat mempengaruhi tingkat kepuasan dan motivasi kerja.

2.1.4 Standar *Safety Attitude*

Standar keselamatan pasien (Asyiah, 2020) rumah sakit yang disusun ini mengacu pada "*Hospital Patient safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2002, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahsakitannya di Indonesia (Depkes, 2006). Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar menurut Depkes (2006) yaitu :

- a. Standar I: Hak Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.
- b. Standar II: Mendidik pasien dan keluarga Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien

- c. Standar III: Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan Rumah Sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
- d. Standar IV : Penggunaan metoda- metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
- e. Standar V : Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
 - 1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan.
 - 2) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - 3) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
 - 4) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
- f. Standar VI: Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
 - 1) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.

- 2) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan Untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.
- g. Standar VII: Komunikasi merupakan kunci bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien
- 1) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
 - 2) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Menurut Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2015), dalam menerapkan standar keselamatan pasien maka rumah sakit harus melaksanakan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien yaitu sebagai berikut.

- a. Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- b. Pimpin dan Dukung Staf Anda Bangunlah Dorong staf Anda melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul. Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang penerapan program keselamatan pasien rumah sakit Anda
- c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.
- d. Kembangkan Sistem Pelaporan Pastikan staf Anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS).

- e. Libatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien Mengembangkan cara- cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
- f. Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien Dorong staf Anda melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul
- g. Cegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan

2.2 Konsep PSC 119

2.2.1 Pengertian PSC 119

Menurut Rheni Prihanti et al (2022) *Public Safety Center* (PSC) 119 merupakan upaya pelayanan kegawatdaruratan yang mirip dengan *Emergency Medical Service* (EMS) yang menitikberatkan pada aspek kompetensi kegawatdaruratan petugas, sistem transportasi dan *call center*.

2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Dibentuknya PSC 119

Budi Sylvana (2020) menjelaskan PSC 119 dibentuk karena kesulitan masyarakat dalam mendapat layanan *emergency* :

1. Masyarakat tidak mengetahui nomor telepon layanan *emergency*.
2. Masyarakat sulit mendapat akses ambulans dalam mengantar pasien ataupun jenazah.
3. Masyarakat kesulitan dalam mendapatkan ruang perawatan terutama perawatan intensif.
4. Besarnya tagihan pelayanan yang dibebankan kepada masyarakat.

2.2.3 Tujuan Pembentukan PSC 119

Budi Sylvana (2020) menjelaskan PSC 119 dibentuk dengan tujuan, sebagai berikut :

1. Mendekatkan akses layanan *emergency* pada masyarakat.
2. Layanan *emergency* yang lebih aktif menjangkau masyarakat.
3. Menggunakan nomor tunggal 119, yang mudah di akses secara nasional.
4. Turun langsung kemasyarakat dengan menggunakan pendekatan *Public Safety Center* (PSC) 119, tidak hanya melalui *Call Center* saja.
5. Pembiayaan yang bersumber dari pemerintah dan/atau CSR.

2.2.4 Kelebihan PSC 119

Budi Sylvana (2020) menjelaskan bahwa PSC 119 mempunyai kelebihan, yaitu sebagai berikut :

1. Masyarakat mendapat pelayanan kesehatan tanpa membedakan status ekonominya.
2. Layanan gawat darurat yang lebih terorganisir sehingga memudahkan informasi dan pelayanan.
3. Memudahkan proses rujukan baik tingkat kabupaten/kota dan provinsi.
4. Dapat menurunkan angka kecacatan dan kematian di Indonesia.

2.2.5 Kekurangan PSC 119

Rheni Prihanti et al (2022) juga menyebutkan faktor yang mempengaruhi PSC 119

1. Sumber daya manusia
2. Infastruktur – sarana prasarana
3. Pengetahuan dan respon masyarakat
4. Teknologi informasi
5. Komunikasi tim

6. Monitoring dan evaluasi
7. Sosialisasi
8. Peran lintas sektor
9. Anggaran
10. Standart operasional prosedur

2.3 Konsep Kegawatdaruratan di area *Pre hospital*

2.3.1 Konsep Kegawatdaruratan

Menurut BNPB (2016), keadaan darurat bencana merupakan kondisi yang mengancam dan mengganggu kehidupan kelompok atau masyarakat tertentu, sehingga memerlukan penanganan segera dan memadai. Istilah "gawat" merujuk pada situasi yang mengancam nyawa, sedangkan "darurat" mengindikasikan perlunya tindakan cepat untuk mengatasi ancaman tersebut. Oleh karena itu, gawat darurat adalah keadaan yang membahayakan nyawa yang memerlukan tindakan segera untuk mencegah kecacatan atau kematian (Hutabarat & Putra, 2016).

Keadaan gawat darurat tidak hanya disebabkan oleh lalu lintas jalan raya yang padat, tetapi juga dapat terjadi di lingkungan keluarga maupun perumahan. Situasi semacam ini harus ditangani dengan cepat, seringkali dalam hitungan menit atau bahkan detik, sehingga diperlukan pengetahuan praktis tentang pertolongan pertama pada kondisi gawat darurat. Pertolongan pertama ini merupakan serangkaian tindakan awal yang dilakukan untuk menyelamatkan pasien dari ancaman kematian dalam situasi darurat (Sutawijaya, 2009).

2.3.2 Jenis Kegawatdarutan

- 1) *Pre hospital*

Rentang kondisi gawat darurat pada *pre hospital* dapat dilakukan orang awam khusus ataupun petugas kesehatan diharapkan dapat melakukan tindakan penanganan berupa :

- a) Menyingkirkan benda-benda berbahaya di tempat kejadian yang berisiko menyebabkan jatuh korban lagi, misalnya pecahan kaca yang masih menggantung dan lain-lain.
 - b) Melakukan triase atau memilih dan menentukan kondisi gawat darurat serta memberikan pertolongan pertama sebelum petugas kesehatan yang lebih ahli datang untuk membantu.
 - c) Melakukan fiksasi atau stabilisasi sementara.
 - d) Melakukan evakuasi yaitu korban dipindahkan ke tempat yang lebih aman atau dikirim ke pelayanan kesehatan yang sesuai kondisi korban.
 - e) Mempersiapkan masyarakat awam khusus dan petugas kesehatan melalui pelatihan siaga terhadap bencana
- 2) *In Hospital*
- Kondisi gawat darurat in hospital dilakukan tindakan menolong korban oleh petugas kesehatan. Tujuan pertolongan di rumah sakit adalah :
- a) Memberikan pertolongan profesional kepada korban bencana sesuai dengan kondisinya.
 - b) Memberikan Bantuan Hidup Dasar (BHD) dan Bantuan Hidup Lanjut (BHL).
 - c) Melakukan stabilisasi dan mempertahankan hemodinamika yang akurat
 - d) Melakukan rehabilitasi agar produktifitas korban setelah kembali ke masyarakat setidaknya setara bila dibanding bencana menyimpannya.
 - e) Melakukan pendidikan kesehatan dan melatih korban mengenali kondisinya dengan segala kelebihan yang dimiliki.

3) *Post Hospital*

Kondisi gawat darurat *post hospital* hampir semua pihak menyatakan sudah tidak ada lagi kondisi gawat darurat padahal kondisi gawat darurat ada yang terjadi setelah diberikan pelayanan di rumah sakit, Tujuan diberikan pelayanan dalam rentang *post hospital* adalah :

- a) Mengembalikan rasa percaya diri pada korban
- b) Mengembalikan rasa harga diri yang hilang sehingga dapat tumbuh dan berkembang.
- c) Meningkatkan kemampuan bersosialisasi pada orang-orang terdekat dan masyarakat yang lebih luas.
- d) Mengembalikan pada permanen sistem sebagai tempat kehidupan nyata korban
- e) Meningkatkan persepsi terhadap realitas kehidupannya pada masa yang akan datang (Hutabarat & Putra, 2016).

