

**SKRIPSI**

**GAMBARAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SAYANG RAKYAT  
MAKASSAR TAHUN 2020**

**JERICHO CHRISTOFEL PENGGELE**

**K111 15 519**



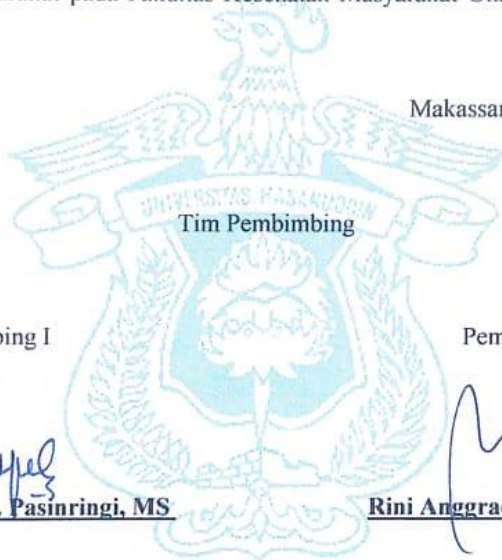
*Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh  
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2020**

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.


Makassar, 14 Agustus 2020




Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

  
Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS

  
Rini Anggraeni, SKM., M.Kes

Mengetahui,  
Ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin

  
Dr. Irwandy, SKM, M.ScPH, M.Kes

## PENGESAHAN TIM PENGUJI


Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Jumat, 14 Agustus 2020

Ketua : Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS



(.....)

Sekretaris : Rini Anggraeni, SKM., M.Kes



(.....)

Anggota :

Dr. Irwandy, SKM.,M.ScPH.,M.Kes



(.....)

A.Muflihah, SKM.,M.Kes



(.....)

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Jericho Christofel Penggele  
NIM : K11115519  
Tempat & Tanggal Lahir : Kendari, 19 Januari 1998  
Alamat Tempat Tinggal : Jln. Onta Lama No. 21  
Alamat Email : Jericho.19.jc@gmail.com  
Nomor HP : 081341666485

Dengan ini menyatakan bahwa Skripsi dengan judul “Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar” adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain baik berupa tulisan, data, gambar, atau ilustrasi baik yang telah dipublikasi atau belum dipublikasi, telah direferensikan dengan ketentuan akademis.

Saya menyadari plagiarism adalah kejahatan akademik, dan melakukannya akan menyebabkan sanksi yang berat, apabila dikemudian hari pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Makassar, 18 Agustus 2020

MATERAI  
TEMPEL  
B0815AHF552320035  
6000  
ENAM RIBU RUPIAH  
Aryatakan,  
Jericho Christofel Penggele

## RINGKASAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
MAKASSAR, AGUSTUS 2020

**JERICHO CHRISTOFEL PENGGELE**

**“Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020”**

**(xiii + 101 halaman + 25 tabel + 2 gambar + 5 lampiran)**

Penelitian ini dilatar belakangi oleh adanya insiden keselamatan pasien sebanyak 19 kasus di RSUD Sayang Rakyat Makassar sejak tahun 2017. Hal ini menunjukkan bahwa kejadian tersebut melebihi standar yang telah ditetapkan yaitu nol kejadian. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020.

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan analisis deskriptif. Metode pengambilan sampel penelitian ini adalah *Sampling Jenuh* dengan besar sampel sebanyak 284 orang tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lain. Alat pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner budaya keselamatan pasien yaitu *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien di RSUD Sayang Rakyat Makasasar pada dimensi Kerjasama mayoritas masuk kategori baik sebesar 60,6%, pada dimensi iklim keselamatan mayoritas masuk kategori baik sebesar 77,8%, pada dimensi kepuasan kerja mayoritas masuk kategori puas sebesar 52,5%, pada dimensi kondisi stress mayoritas masuk kategori stress ringan sebesar 71,1%, pada dimensi persepsi manajemen mayoritas masuk kategori baik sebesar 76,8%, dan pada dimensi kondisi kerja mayoritas masuk kategori baik sebesar 76,8%. Penelitian ini menyarankan agar pihak rumah sakit dapat lebih memperhatikan pentingnya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

**Daftar Pustaka : 68 (2000-2019)**

**Kata Kunci : Budaya, Keselamatan Pasien, Rumah Sakit**

## **ABSTRACT**

**HASANUDDIN UNIVERSITY  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH  
HOSPITAL MANAGEMENT DEPARTEMENT  
MAKASSAR, AGUSTUS 2020**

**JERICHO CHRISTOFEL PENGGELE**

***“Description of Patient Safety Culture at Sayang Rakyat Hospitals Makassar Regional In 2020”***

***(xiii + 101 pages + 25 tables + 2 pictures + 5 attachments)***

*This study is based on patient safety incidents of 19 cases at Sayang Rakyat Hospital Makassar Regional since 2017. This indicates that the case exceeds the standard set which is zero incidence. This research aims to determine the description of Patient Safety Culture at Sayang Rakyat Hospital Makassar Regional in 2020.*

*The type of research used in this study is quantitative research with a descriptive approach. Sampling method in this study is Saturated Sampling with a large sample of 284 people of medical, nursing, pharmacy and other service officers. The data collection tool is a patient safety culture questionnaire based on Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).*

*The results showed that the patient safety culture at the Hospital Sayang Rakyat Makassar on the teamwork dimension which was in the good category was 60.6%, the safety climate dimension which was in the good category was 77.8%, on the job satisfaction dimension which was in the satisfied category of 52.5 %, in the dimension of stress recognition it was in the light stress category of 71.1%, in the dimension of perception of management it was in the good category of 76.8%, and in the dimension of working conditions it was in good category of 76.8%. This research suggests that the hospital can pay more attention to the importance of patient safety culture in the hospital.*

***Bibliography : 68 (2000-2019)***

***Keywords : Culture, Patient Safety, Hospital***

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020”. Pembuatan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk penyelesaian studi penulis pada jenjang pendidikan Strata Satu Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.

Selama proses penyelesaian tugas akhir ini penulis menerima begitu banyak bantuan dari berbagai pihak baik berupa materi maupun non materi. Pertama-tama penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan kepada Bapak **Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS**, selaku pembimbing I dan Ibu **Rini Anggraeni, SKM.,M.Kes.**, selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu dan dengan sabar mengarahkan serta memberikan masukan-masukan kepada penulis selama penyelesaian skripsi ini.

Ucapan terima kasih juga penulis tujukan untuk seluruh informan yang telah bersedia meluangkan waktunya menjadi bagian terpenting dari skripsi ini dan memberikan informasi yang dibutuhkan oleh penulis yang tanpa kesediaan mereka tentu skripsi ini tidak akan selesai.

Pada kesempatan ini, penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Bapak Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat **Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M. Med. ED** dan para Wakil Dekan serta seluruh staf yang telah memberikan bantuan selama penulis mengikuti pendidikan di FKM Unhas

serta kepada bapak/ibu dosen FKM, terima kasih untuk segala ilmu yang telah diberikan.

2. Bapak **Sudirman Nasir, S.Ked, MWH, Ph.D** selaku penasehat akademik selama menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Bapak **Dr. Irwandy, SKM, M.ScPH.,M.Kes** selaku ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit.
4. Bapak **Dr. Irwandy, SKM, M.ScPH.,M.Kes** selaku penguji I, dan Ibu **A. Muflihah, SKM.,M.Kes** selaku penguji II yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama ini demi kesempurnaan tulisan ini.
5. Seluruh Dosen Bagian Manajemen Rumah Sakit yang telah banyak memberikan ilmu yang sangat berharga kepada penulis.
6. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar beserta staf yang telah memberikan izin penelitian dan membantu selama penelitian berlangsung.
7. Kepada staf Departemen Manajemen Rumah Sakit FKM Unhas (**bu Ija, kak Rani dan kak Fuad**) terima kasih atas segala bantuannya selama penulis menjadi mahasiswa Manajemen Rumah Sakit.
8. Keluarga besar HMSC (Hospital Management Student Community). Terima kasih untuk pengalaman dan ilmu yang tak bisa saya dapatkan selama di bangku kuliah.
9. Teman-teman Angkatan 2015 (GAMMARA) terima kasih untuk pengalaman kebersamaan nya selama di bangku kuliah.



10. Kak seli dan iin yang senantiasa membantu dalam analisi data, terima kasih atas kebaikan kalian berdua.
11. Alicia Gabriela Elisyeva yang telah membantu dan memberi motivasi pada saat pengerjaan skripsi, terima kasih.
12. Semua pihak yang telah memberikan bantuan kepada penulis baik berupa materi dan non materi yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, terima kasih untuk bantuan dan dukungannya.

Segala wujud bakti dan kasih sayang kupersembahkan skripsi ini terkhusus kepada kedua orang tua tercinta Johannis Isak Penggele dan Shelvina Apriaty Bansoe, serta saudara-saudara penulis (Joshua dan Jordan) terima kasih atas segala pengorbanan, kesabaran, doa, dan dukungan yang tak ternilai hingga penulis dapat menyelesaikan studi, kiranya amanah yang diberikan kepada penulis tidak tersia-siakan.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan penulis. Oleh karena itu, saran dan kritik demi penyempurnaan skripsi ini sangat penulis harapkan. Akhir kata, semoga apa yang disajikan dalam skripsi ini dapat bermanfaat bagi setiap yang membacanya.

Makassar, Agustus 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

RINGKASAN .....	ii
<i>ABSTRACT</i> .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN .....	xiii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Manfaat Penelitian .....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. Tinjauan Umum Tentang Keselamatan Pasien .....	12
B. Tinjauan Umum Tentang Budaya Keselamatan Pasien .....	16
C. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit.....	26
D. Matriks Penelitian Terdahulu.....	30
E. Kerangka Teori .....	39
BAB III KERANGKA KONSEP .....	40
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti .....	40
B. Kerangka Konsep .....	42
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif .....	43
BAB IV METODE PENELITIAN .....	50
A. Jenis Penelitian.....	50
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	50
C. Populasi dan Sampel Penelitian .....	50
D. Pengumpulan Data .....	51
E. Teknik Pengelolaan dan Analisis Data.....	52
F. Analisis Data.....	53

G. Penyajian Data .....	53
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	54
A. Hasil Penelitian .....	54
B. Pembahasan .....	78
C. Keterbatasan Penelitian .....	93
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....	94
A. Kesimpulan .....	94
B. Saran.....	95
DAFTAR PUSTAKA .....	96
LAMPIRAN.....	104

## DAFTAR TABEL

Tabel 1	Matriks Penelitian Terdahulu	30
Tabel 2	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	43
Tabel 3	Rincian Total Subpopulasi Penelitian	51
Tabel 4	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Umum di RSUD Sayang Rakyat Makassar 2020	54
Tabel 5	Distribusi Responden Berdasarkan Unit Kerja di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	57
Tabel 6	Distribusi Responden Berdasarkan Profesi di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	58
Tabel 7	Distribusi Responden Berdasarkan Keikutsertaan dalam Pelatihan Keselamatan Pasien di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	59
Tabel 8	Distribusi Penilaian Responden Terhadap Dimensi Kerja Sama di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	60
Tabel 9	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Kerja Sama di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	61
Tabel 10	Distribusi Frekuensi Dimensi Kerja Sama pada Unit Kerja /Instalasi di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	62
Tabel 11	Distribusi Penilaian Responden Terhadap Dimensi Iklim Keselamatan di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	63
Tabel 12	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Iklim Keselamatan di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	64
Tabel 13	Distribusi Frekuensi Dimensi Iklim Keselamatan pada Unit Kerja/Instalasi di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	65
Tabel 14	Distribusi Penilaian Responden Terhadap Dimensi Kepuasan Kerja di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	66
Tabel 15	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Kepuasan Kerja di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	67

Tabel 16	Distribusi Frekuensi Dimensi Kepuasan Kerja pada Unit Kerja/Instalasi di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	68
Tabel 17	Distribusi Penilaian Responden Terhadap Dimensi Kondisi Stress di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	69
Tabel 18	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Kondisi Stress di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	70
Tabel 19	Distribusi Frekuensi Dimensi Kondisi Stress pada Unit Kerja/Instalasi di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	71
Tabel 20	Distribusi Penilaian Responden Terhadap Dimensi Persepsi Manajemen di RSUD Sayang Rakyat Tahun 2020	72
Tabel 21	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Persepsi Manajemen di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	73
Tabel 22	Distribusi Frekuensi Dimensi Persepsi Manajemen Pada Unit Kerja/Instalasi di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	74
Tabel 23	Distribusi Penilaian Responden Terhadap Dimensi Kondisi Kerja di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	75
Tabel 24	Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Kondisi Kerja di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	76
Tabel 25	Distribusi Frekuensi Dimensi Kondisi Kerja Pada Unit Kerja/Instalasi di RSUD Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020	77

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Kerangka Teori Penelitian	39
Gambar 2	Kerangka Konsep Penelitian	42

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1	Kuesioner Penelitian Skripsi	103
Lampiran 2	Hasil Analisis Deskriptif	107
Lampiran 3	Dokumentasi	127
Lampiran 4	Surat-surat	128
Lampiran 5	Riwayat Hidup	131

## DAFTAR SINGKATAN

AHRQ	: <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
FMAQ	: <i>The Flight Management Attitude Questionnaire</i>
HSOPSC	: <i>Hospital Survey On Patient Safety Culture</i>
IKP	: Insiden Keselamatan Pasien
JCI	: <i>Joint Comission International</i>
Kemendes RI	: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
KKPRS	: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KS	: Kejadian Sentinel
KPC	: Kejadian Potensial Cedera
KTC	: Kejadian Tidak Cedera
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
MaPSaF	: <i>Manchester Patient Safety Framework</i>
NPSA	: <i>National Patient Safety Agency</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SAQ	: <i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Peningkatan mutu dalam segala bidang khususnya dalam bidang kesehatan salah satunya melalui akreditasi rumah sakit menuju kualitas pelayanan Internasional. Dalam sistem akreditasi yang mengacu pada standar Joint Commission International (JCI) diperoleh standar yang paling relevan terkait dengan mutu pelayanan Rumah Sakit International Patient Safety Goals (sasaran international keselamatan pasien) yang meliputi enam sasaran keselamatan pasien rumah sakit (Kemenkes RI, 2011).

Rumah sakit merupakan layanan jasa yang memiliki peran penting dalam kehidupan masyarakat. Rumah sakit merupakan tempat yang sangat kompleks dimana terdapat ratusan macam obat, ratusan test dan prosedur, banyak terdapat alat dan teknologi, bermacam profesi dan non profesi yang memberikan pelayanan pasien selama 24 jam secara terus menerus, dimana keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat mengakibatkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Dimana KTD merupakan kejadian yang akan mengancam keselamatan pasien (Depkes RI, 2008).

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan isu global hingga nasional bagi rumah sakit, komponen penting dari mutu layanan kesehatan, komponen kritis dari manajemen mutu dan prinsip dasar dari pelayanan pasien. Dengan demikian pada tahun 2004, WHO mencanangkan *World Alliance for Patient Safety*, program bersama dengan berbagai negara untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah

sakit, program keselamatan pasien dicanangkan pada tahun 2005 di Indonesia, dan terus berkembang menjadi isu utama dalam pelayanan medis. Hal tersebut didukung dengan dikeluarkannya Keputusan Menteri nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit, dengan tujuan utamanya adalah agar tercapainya pelayanan medis prima di rumah sakit yang jauh dari *medical error* dan hal-hal lain yang akan membahayakan keadaan pasien (Pinzon and Rizaldy, 2008).

Keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan masyarakat diseluruh dunia, tetapi isu-isu seputar keselamatan pasien berbeda tergantung pada peraturan, budaya lokal, dan sumber daya yang tersedia (WHO, 2012). Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil maka dilakukan implementasi solusi (Permenkes RI, 2017).

Tujuan utama penerapan *patient safety* di rumah sakit adalah mencegah dan mengurangi terjadinya Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dalam pelayanan kesehatan. Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisiyang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Kejadian Potensial Cedera (KPC) (Kemenkes RI., 2011).

Budaya keselamatan memerlukan pengakuan bersama di antara para anggota organisasi pemberi layanan kesehatan, dikuatkan secara rutin oleh profesional dan pemimpin organisasi bahwa layanan kesehatan sangat kompleks, rawan kesalahan, dan berisiko tinggi. Kegagalan tidak terelakkan ketika berurusan dengan manusia dan sistem yang kompleks, seberat apapun kerasnya manusia mencoba menghindari kesalahan. Namun, bahaya dan kesalahan dapat diantisipasi. Proses dapat dirancang untuk menghindari kegagalan, mencegah pasien cedera ketika terjadi kegagalan. Pelaporan insiden secara tertulis menggunakan format yang tepat akan mulai menanamkan bibit keyakinan dan nilai bersama ini (Institute of Medicines, 1999).

*World Health Organization* (WHO) juga mempublikasi kumpulan angka-angka penelitian rumah sakit pada tahun 2004 di berbagai negara diantaranya Amerika, Inggris, Denmark dan Australia, hingga kemudian ditemukan KTD dengan rentang 3,2-16,6%. Dengan rata-rata persentase insiden tersebut, berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan Sistem Keselamatan Pasien (Depkes, 2008). Foster et al. di Ottawa Hospital Kanada menyatakan bahwa 24 pasien dari 64 pasien diantaranya sakit akibat infeksi, namun sebenarnya dapat dicegah dan 3 pasien lainnya meninggal karena kejadian tidak diharapkan yang disebabkan oleh terapi obat, komplikasi operasi, dan/atau infeksi nosokomial (Carroll, 2009).

Dalam upaya meminimilisir terjadinya KTD yang terkait dengan aspek keselamatan pasien, maka manajemen rumah sakit perlu menciptakan budaya keselamatan pasien, maka manajemen rumah sakit perlu menciptakan budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien merupakan pondasi utama dalam menuju keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien akan menurunkan KTD

secara signifikan sehingga akuntabilitas RS di mata pasien dan masyarakat akan meningkat dan pada akhirnya kinerja rumah sakit pun meningkat (Nieva & Sorra, 2003).

Penerapan budaya keselamatan pasien akan mendatangkan keuntungan bagi pasien dan pihak penyedia pelayanan kesehatan. Penerapan budaya keselamatan pasien akan mendeteksi kesalahan yang akan terjadi atau jika telah terjadi kesalahan. Budaya keselamatan pasien akan meningkatkan kesadaran untuk mencegah error dan melaporkan jika ada kesalahan. Budaya keselamatan pasien juga dapat mengurangi pengeluaran finansial yang diakibatkan oleh kejadian keselamatan pasien. Pentingnya penerapan budaya keselamatan pasien juga berpengaruh pada aspek mutu pelayanan terkait potensi kejadian yang berdampak pada keselamatan pasien (Carthey & Clarke, 2010). Meningkatkan budaya keselamatan masing-masing unit akan memberikan kontribusi untuk meningkatkan budaya keselamatan seluruh organisasi (Halligan & Zecevic, 2011).

Budaya keselamatan pasien menurut Agency Health Care and Research Quality (AHRQ) dapat diukur dari segi perspektif staf rumah sakit yang terdiri dari 12 dimensi, diantaranya: kerjasama dalam unit, harapan manajer dan tindakan promosi keselamatan, pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan, dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien, keseluruhan persepsi tentang keselamatan pasien, umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan, keterbukaan komunikasi, frekuensi pelaporan kejadian, kerjasama antar unit, staffing, pergantian shift dan perpindahan pasien, respon tidak menyalahkan terhadap error. (AHRQ, 2004).

Budaya keselamatan dapat diukur dari dengan alat ukur yang biasa digunakan yaitu *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). SAQ berasal dari *The Flight Management Attitude Questionnaire* (FMAQ), sebuah survey faktor manusia yang digunakan untuk mengukur budaya kokpit dalam penerbangan komersial. SAQ memiliki 6 dimensi, diantaranya: (1) kerjasama, (2) iklim keselamatan, (3) kepuasan kerja, (4) kondisi stress, (5) persepsi manajemen, dan (6) kondisi kerja (Sexton, 2006).

Kelebihan alat ini adalah penggunaannya yang lebih luas, dapat digunakan di beberapa organisasi/industri di luar organisasi kesehatan. Alat ini telah disesuaikan untuk digunakan di unit perawatan intensif, bioskop, rawat inap umum seperti bangsal medis dan bedah, unit gawat darurat, klinik rawat jalan/ fasilitas kesehatan primer, panti jompo dan fasilitas perawatan jangka Panjang. SAQ adalah salah satu alat yang paling umum digunakan dan divalidasi secara ketat untuk mengukur iklim keselamatan di perawatan kesehatan. Fitur yang membedakan adalah bahwa skor yang lebih tinggi pada survei ini dikaitkan dengan data *outcome* pasien dan staf yang positif. Ini berbeda dengan alat lain yang cenderung berhubungan langsung dengan *outcome* pasien (Pronovost & Sexton, 2005). SAQ ini juga dapat digunakan untuk membandingkan sikap berbagai tipe staf dalam perawatan kesehatan dan sepenuhnya divalidasi untuk tujuan tersebut. Kekuatan alat lainnya adalah relatif singkat dan cepat selesai, dan dapat digunakan untuk memantau perubahan dari waktu ke waktu dengan implementasi berulang (*The Health Foundation*, 2011).

Meski banyak diuji di Amerika Serikat SAQ belum banyak di implementasikan di Inggris. Kelemahan SAQ yaitu : seperti kebanyakan survey budaya keselamatan pasien lainnya, alat ini cenderung memiliki tingkat respons yang rendah pada responden, rata-rata sekitar setengah dari staf diminta untuk menyelesaikan survey tersebut. Hal tersebut dikarenakan kuesioner terlalu sederhana, tidak banyak menjelaskan beberapa hal mengenai dimensi yang terkandung, sehingga responden enggan mengisi. SAQ juga dapat menunjukkan perbedaan dalam sikap antar kelompok seperti alat ukur lainnya, namun tidak mengeksplorasi mengapa hal tersebut dapat terjadi. Misalnya, alat ini dapat mengidentifikasi perbedaan dalam persepsi antar perawat dan dokter atau antara dokter dan manajer, namun tidak menyelidiki mengapa ada perbedaan tersebut atau bagaimana cara meringankannya (*The Health Foundation, 2011*).

Maturitas budaya keselamatan pasien merupakan tahap perkembangan budaya keselamatan pasien (Fleming, 2000). Penilaian budaya keselamatan pasien dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yaitu The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) yang didanai oleh Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dan Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) adalah alat yang mengukur tingkat kematangan budaya keselamatan yang dikembangkan oleh Badan keselamatan Pasien Nasional (NPSA) di Manchester, UK. MaPSaF adalah alat yang membantu organisasi pelayanan kesehatan untuk menilai kemajuan mereka mengembangkan budaya keselamatan. Tingkat maturitas budaya keselamatan pasien berdasarkan 5 pendekatan dalam

peningkatan budaya keselamatan pasien. Antara lain : Pathological, reactive, Bureaucratic, Proactive dan generative (Parker D. 2008).

Penelitian lainnya mengenai budaya keselamatan pasien yang dilakukan di Rumah Sakit Pemerintah di Kota Jambi menunjukkan bahwa lebih dari setengah dari perawat Rumah Sakit pemerintah (60,5%) menyatakan dimensi kerja sama masih kurang baik, hampir setengah dari perawat rumah sakit pemerintah (43,8%) menyatakan bahwa iklim keselamatan memiliki iklim baik lebih dari setengah perawat (51,4%) memiliki kepuasan kerja yang puas, lebih dari setengah perawat (56,8%) menyatakan stress tinggi, lebih dari setengah menyatakan bahwa manajemen baik (56,2%) dan hampir setengah dari perawat rumah sakit pemerintah menyatakan bahwa lingkungan kerja sudah baik terkait penerapan budaya keselamatan pasien (41,6%) (Mulyati dkk, 2016).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sayang Rakyat. RSUD Sayang Rakyat adalah salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan. Berangkat dari niat meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu di Sulawesi Selatan, Pemerintah Provinsi sebagai pemilik mengupayakan adanya sarana dan fasilitas yang memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di Sulawesi Selatan, terutama bagi pasien kurang mampu yang tidak mendapatkan pelayanan kesehatan kelas III di Rumah Sakit lain. Mulai beroperasi pada tanggal 1 Juli 2010, telah mewujudkan mimpi Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dengan mendirikan Rumah Sakit Sayang Rakyat yang peruntukkannya diprioritaskan bagi masyarakat

kurang mampu yang mendapatkan fasilitas pelayanan kelas III (Pelayanan Kesehatan gratis).

RSUD Sayang Rakyat merupakan Rumah Sakit Kelas C pada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK 03.05/I/2467/II. RSUD Sayang Rakyat mengembangkan pelayanan Rehabilitasi pengguna Narkoba bagi masyarakat Sulawesi Selatan, dengan menyiapkan Gedung dan fasilitasnya yang diberi nama Rumah Sayang Anak Bangsa (MAYANG ASA), Program unggulan ini bekerjasama dengan Badan Narkotika Nasional Provinsi Sulawesi Selatan.

Berdasarkan data awal yang diperoleh di RSUD Sayang Rakyat, terdapat beberapa Insiden Keselamatan Pasien (IKP) pada tahun 2017 yaitu sebanyak 3(tiga) kasus Kejadian Potensial Cedera (KPC) serta 1(satu) kasus Kejadian Nyaris Cedera (KNC). Pada tahun 2018, hanya didapatkan 3(tiga) kasus Kejadian Potensial Cedera (KPC). Dan pada tahun 2019, didapatkan 12 (dua belas) kasus Kejadian Potensial Cedera (KPC). Hal tersebut menunjukkan bahwa insiden yang terjadi di RSUD Sayang Rakyat Makassar melebihi standar yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang diatur dalam Kepmenkes No.129 Tahun 2008 yaitu Nol Kejadian. Berdasarkan laporan dari Tim KPRS, melaporkan bahwa minimnya pelaporan Insiden Keselamatan Pasien tahun 2017 dan 2018 dapat disebabkan oleh karena Takut disalahkan jika melapor sebab budaya *patien safety* yaitu “*No Blaming*” masih belum tumbuh secara merata di seluruh RS, kurangnya pengetahuan tentang pelaporan IKP, malas melaporkan sebab komitmen kurang dari pihak manajemen atau unit terkait, tidak ada *reward* dari RS jika melaporkan, dan kurangnya keaktifan dari Tim KPRS.



Berdasarkan jumlah kejadian IKP yang melebihi standar maka dapat diasumsikan bahwa penerapan budaya keselamatan pasien di RS Sayang Rakyat masih relatif rendah, , sehingga dapat berakibat buruk kepada pasien bahkan seluruh staf di Rumah Sakit Sayang Rakyat.

Beranjak dari hal tersebut, sebagai langkah awal untuk dapat meningkatkan upaya keselamatan pasien, perlu bagi pihak Rumah Sakit Sayang Rakyat Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan untuk terlebih dahulu mengetahui bagaimana budaya keselamatan pasien yang ada di Rumah Sakit tersebut maka penulis merasa tertarik untuk mengkaji lebih dalam tentang “Gambaran Budaya Keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar Tahun 2020”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, dimana ada nya beberapa insiden keselamatan pasien yang melebihi standar yang telah ditetapkan oleh Kepmenkes No.129 Tahun 2008 yaitu nol kejadian serta kurang nya pelaporan mengenai insiden keselamatan pasien, ya maka penulis tertarik untuk mengkaji tentang : “Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Di RSUD Sayang Rakyat Makassar” berdasarkan dimensi kerjasama, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi stress, persepsi manajemen, dan kondisi kerja.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Kota Makassar

## 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi kerjasama pada setiap unit kerja di Rumah Sakit Umum Daerah kota Makassar.
- b. Untuk mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi iklim keselamatan di Rumah Sakit Umum Daerah kota Makassar.
- c. Untuk mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi kepuasan kerja di Rumah Sakit Umum Daerah kota Makassar.
- d. Untuk mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi kondisi stress di Rumah Sakit Umum Daerah kota Makassar.
- e. Untuk mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi persepsi manajemen di Rumah Sakit Umum Daerah kota Makassar.
- f. Untuk mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi kondisi kerja di Rumah Sakit Umum Daerah kota Makassar.

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah dan memperkaya ilmu bagi pembaca, khususnya dalam budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan.

### 2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi manajemen rumah sakit untuk dapat lebih meningkatkan dan menegah insiden kecelakaan yang dapat merugikan

pasien serta perbaikan pelayanan secara berkelanjutan di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan.

3. Bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sarana pembelajaran dan penerapan ilmu-ilmu manajemen rumah sakit yang telah dipelajari selama mengikuti perkuliahan dan menambah pengetahuan serta pengalaman peneliti mengenai permasalahan nyata di rumah sakit.

4. Bagi Program Studi Manajemen Rumah Sakit

Penelitian ini dapat dijadikan referensi terkait gambaran budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Sayang Rakyat Provinsi Sulawesi Selatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Mengenai Keselamatan Pasien**

##### **1. Definisi Keselamatan pasien**

Keselamatan pasien merupakan suatu proses atau struktur yang digunakan untuk mengurangi kemungkinan dampak kejadian tidak diharapkan dari kesalahan prosedur dan system yang digunakan dalam sistem pelayanan kesehatan (AHRQ, 2011). Kementerian Kesehatan RI (2011) juga memberikan definisi yang serupa, yaitu keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: assessmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

Tujuan keselamatan pasien yaitu tercapainya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunkan kejadian tidak diharapkan di rumah sakit, terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

## 2. Faktor yang Berpengaruh terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien

Menurut (KKP-RS, 2015), faktor yang berkontribusi terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien, dalam hal ini yang melatarbelakangi meningkatnya risiko suatu kejadian, digolongkan menjadi faktor kontributor eksternal dan internal. Faktor kontributor eksternal yakni regulator dan ekonomi; peraturan dan kebijakan Kemenkes; peraturan nasional, dan hubungan dengan organisasi lain. Sedangkan faktor internal merupakan faktor kontribusi dari dalam rumah sakit, yaitu faktor organisasi dan manajemen, budaya keselamatan pasien, lingkungan kerja, tim, petugas, serta pasien.

## 3. Jenis Kejadian dalam Keselamatan Pasien

Menurut (Permenkes RI, 2017), kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien di pelayanan kesehatan dikenal dengan beberapa istilah, yaitu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), dan Kejadian Sentinel.

### a. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / *Near Miss*

*Near Miss* atau Kejadian Nyaris Cedera (KNC) merupakan suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena keberuntungan (misalnya, pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), pencegahan (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat

diberikan), dan peringanan (suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya).

b. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / *Adverse Event*

*Adverse Event* atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), dan bukan karena “*underlying disease*” atau kondisi pasien.

c. Kejadian Sentinel

Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius yang biasanya berupa kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima. Seperti operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata sentinel terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi misalnya amputasi pada kaki yang salah, sehingga pencarian fakta terhadap kejadian.

4. Standar Keselamatan Pasien

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang penting dalam sebuah rumah sakit, maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang dapat digunakan sebagai acuan bagi rumah sakit di Indonesia. Standar keselamatan pasien rumah sakit yang saat ini digunakan mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan oleh *Join Commision on Accreditation of Health Organization di Illinois* pada tahun 2002 yang kemudian disesuaikan dengan situasi dan

kondisi di Indonesia. Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

- a. Hak pasien
- b. Mendidik pasien dan keluarga
- c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
- d. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- f. Mendidik staff tentang keselamatan pasien.
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien

#### 5. Tujuan Keselamatan Pasien

Menurut Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit oleh Depkes Republik Indonesia (2006), tujuan dari Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Menurunnya KTD di rumah sakit.
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

Adapun tujuan nasional keselamatan pasien dalam *National Patient Safety Goals* tahun 2015 adalah:

- a. *Improve the accuracy of patient identification* yakni meningkatkan ketelitian terhadap identifikasi pasien.
- b. *Improve the effectiveness of communication among caregivers* yakni meningkatkan efektivitas komunikasi antar pemberi pelayanan.
- c. *Improve the safety of using medications* yakni meningkatkan keamanan penggunaan obat.
- d. *Reduce the harm associated with clinical alarm systems* yakni mengurangi bahaya yang berkaitan dengan sistem alarm klinis.
- e. *Reduce the risk of health care-associated infections* yakni mengurangi risiko infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan.
- f. *The hospital indentifies safety risks inherent in its patient population* yakni rumah sakit mengidentifikasi risiko keselamatan melekat pada populasi pasien.

## **B. Tinjauan Umum Mengenai Budaya Keselamatan Pasien**

### **1. Budaya Organisasi**

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 (Budihardjo, 2008).

Budaya organisasi yang dominan berpengaruh kuat pada perilaku para anggota organisasi. Deal (2000) mengemukakan bahwa budaya yang dominan bahkan berpengaruh terhadap kinerja organisasi. Rumah Sakit seyogyanya 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.

## 2. Budaya Keselamatan pasien

### 1. Pengertian Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien merupakan nilai, kepercayaan, yang dianut bersama dan berkaitan dengan struktur organisasi, dan system pengawasan dan pengendalian untuk menghasilkan norma–norma perilaku (Setiowati, 2010). Menurut Budiharjo (2008) budaya keselamatan adalah suatu keluaran dari nilai individu dan kelompok, perilaku, kompetensi, dan pola serta kebiasaan yang mencerminkan komitmen dan gaya dan kecakapan dari manajemen organisasi dan keselamatan pasien.

Menurut *National Patient Safety Agency* (2004), budaya keselamatan pasien merupakan kesadaran konstan dan potensi aktif oleh staff sebuah organisasi dalam mengenali sesuatu yang tampak bermasalah. Staff dan organisasi yang mampu mengakui kesalahan, belajar dari kesalahan, dan mau mengambil tindakan untuk mengadakan perbaikan dikatakan sudah melaksanakan budaya keselamatan.

Menurut Nieva & Sorra (2004), budaya keselamatan pasien merupakan keluaran dari nilai individu dan kelompok, perilaku, kompetensi dan pola serta kebiasaan yang mencerminkan komitmen dan gaya serta kecakapan dari manajemen organisasi dan keselamatan kesehatan. Budaya keselamatan pasien dikembangkan dari konsep-konsep budaya keselamatan di dunia industri. Walaupun memiliki karakteristik yang berbeda, berbagai penelitian budaya keselamatan di industri lain menjadi dasar pengembangan konsep keselamatan pasien di rumah sakit. Salah satu perbedaan konsep budaya keselamatan yang ada di rumah sakit adalah fokus untuk melindungi pasien lebih besar daripada perlindungan terhadap personel sendiri. Menurut *Institute of Medicines* (1999), terciptanya lingkungan yang aman bagi pasien berarti tercipta juga lingkungan yang aman bagi pekerja, karena keduanya terikat satu sama lain. *World Health Organization* (2009) menyatakan organisasi pelayanan kesehatan harus mengembangkan budaya keselamatan pasien seperti tujuan yang jelas, prosedur yang tetap, dan proses yang aman.

## 2. Model Budaya Keselamatan pasien

Model manajemen keselamatan adalah latar belakang asumsi organisasi tentang cara di mana keamanan harus dikelola dan ditingkatkan. Model manajemen keselamatan secara implisit atau eksplisit meliputi: unit analisis, konsep dan sarana yang dibutuhkan untuk mengembangkan keselamatan, cara dimana manajemen keselamatan terintegrasi dalam pengelolaan organisasi secara menyeluruh, fenomena yang harus dipertimbangkan dalam pengembangan system manajemen keselamatan. Badan Nasional Keselamatan Pasien mengidentifikasi tujuh langkah untuk keselamatan pasien (NPSA, 2004):

- a) Membangun budaya keselamatan. Melakukan audit untuk menilai budaya keselamatan.
- b) Memimpin dan mendukung tim. Memandang pentingnya keselamatan pasien, dan menerapkannya dalam usaha nyata.
- c) Mengintegrasikan aktivitas manajemen risiko. Secara teratur meninjau arsip pasien.
- d) Meningkatkan pelaporan. Berbagi insiden keselamatan pasien.
- e) Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat. Mencari tahu pandangan pasien. Mendorong umpan balik dengan survei pasien.
- f) Belajar dan berbagi pelajaran keselamatan. Meningkatkan pertemuan.
- g) Mengimplementasikan solusi untuk mencegah kerusakan memastikan bahwa tindakan yang telah disetujui didokumentasikan,

diimplementasikan dan review, dan disetujui siapa yang harus bertanggung jawab.

Ketujuh langkah untuk keselamatan pasien, menangani bidang utama model manajemen keselamatan, mulai dari komitmen manajemen untuk berkomunikasi, terbuka dan budaya tidak menyalahkan, budaya untuk pelaporan insiden dan analisa, integrasi manajemen keselamatan dalam fungsi manajemen lain untuk pelaksanaannya dan dokumentasi.

Budaya keselamatan mempengaruhi keselamatan pasien dengan memotivas pegawai dalam memilih kebiasaan yang meningkatkan disbanding yang menurunkan keselamatan pasien (Nieva & Sorra, 2004). Langkah pertama menuju Keselamatan pasien Rumah Sakit adalah membangun budaya keselamatan pasien.

Dalam menciptakan budaya keselamatan pasien dan menurunkan angka kesalahan, diperlukan pemimpin yang menanamkan budaya yang jelas, mendukung usaha pegawai, dan tidak bersifat menghukum yang disebut dengan kepemimpinan transformasional. Budaya keselamatan pasien yang kuat dengan sendirinya akan menurunkan angka kesalahan medis.

### 3. Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Menurut *Agency for Healthcare Research and Quality* (2004) metode pengukuran budaya ini terdiri dari beberapa dimensi sebagai berikut:

#### a. Kerjasama Tim dalam Unit

Kerjasama tim dapat diukur dari sikap staff yang saling mendukung satu sama lain, memperlakukan satu sama lain dengan hormat, dan bekerja sama sebagai sebuah tim.

- b. Harapan dan Tindakan Supervisor / Manajer dalam Mempromosikan Keselamatan Pasien:

Penerapan budaya dalam sebuah organisasi tidak terlepas dari peran aktif atasan dalam hal ini supervisor ataupun manajer dalam mempromosikan nilai-nilai yang dianut dengan melakukan tindakan-tindakan terkait yang mampu mendukung proses penanaman nilai yang dimaksudkan.

- c. Pembelajaran Organisasi- Peningkatan Berkelanjutan

Pembelajaran organisasi dan peningkatan berkelanjutan dapat dinilai dari adanya budaya belajar pada organisasi yang menganggap kesalahan membawa perubahan baik dan perubahan dievaluasi untuk efektivitas.

Banyak kejadian insiden yang terjadi kemudian tidak dilaporkan yang dikarenakan laporan yang diadakan tersebut akan dikaitkan dengan area kerja mereka dimana insiden terjadi. Hasilnya, para pengambil kebijakan di rumah sakit tidak mengetahui peringatan akan potensial bahaya yang dapat menyebabkan *error* (Tamuz *et al.*, 2002).

- d. Dukungan Manajemen RS

Dalam penerapan budaya keselamatan pasien manajemen rumah sakit memiliki tugas untuk menyediakan iklim kerja yang mempromosikan keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah

prioritas utama. Dukungan manajemen rumah sakit dalam penerapan budaya keselamatan pasien dapat dilihat dari kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan terkait pelaksanaan keselamatan pasien seperti kebijakan prosedur pelaporan insiden, kebijakan yang mengatur rasio antara perawat dan pasien yang dilayani, standar operasional prosedur pelayanan dan beberapa kebijakan lain yang harus dikembangkan untuk menjamin penyelenggaraan pelayanan yang aman bagi pasien.

e. Persepsi secara Keseluruhan

Persepsi secara keseluruhan merupakan interpretasi pada prosedur dan sistem yang baik untuk mencegah kesalahan dan ada tidaknya masalah keselamatan pasien.

f. Umpan Balik terhadap *Error*

Umpan balik terhadap kesalahan dalam mengukur budaya keselamatan pasien dapat dilihat dari informasi yang diterima staff mengenai kesalahan yang terjadi seperti umpan balik yang diberikan tentang perubahan pengimplementasian, dan membahas cara-cara untuk mencegah terjadinya kesalahan.

g. Keterbukaan komunikasi

Komunikasi terbuka adalah kebebasan yang diberikan kepada staff dalam mengemukakan pendapat yang berpengaruh terhadap keputusan yang diambil dalam memberikan pelayanan yang aman bagi pasien.

h. Frekuensi Pelaporan Kejadian

Menurut Yulia (2010), salah satu bentuk nyata penerapan identifikasi risiko adalah dirumuskannya suatu bentuk sistem pelaporan kejadian atau insiden. Pelaporan kejadian merupakan laporan tertulis setiap keadaan yang tidak konsisten dengan kegiatan rutin terutama untuk pelayanan kepada pasien. Tujuan pelaporan insiden adalah untuk mengingatkan manajemen bahwa ada resiko atau keadaan mengancam terjadinya klaim atau komplain.

i. Kerjasama Tim antar unit

Setiap unit di rumah sakit bekerja sama dan melakukan koordinasi yang baik dengan satu sama lain untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien. Selain itu kerjasama tim antarunit di rumah sakit juga dapat dilihat dari kenyamanan yang dirasakan pada saat bekerja dengan staff dari unit lain.

j. *Staffing*

Ketersediaan sumberdaya manusia merupakan salah satu faktor yang perlu dipertimbangkan dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Kurangnya jumlah maupun kualitas tenaga perawatan berdampak pada tingginya beban kerja perawat yang merupakan faktor kontribusi terbesar sebagai penyebab *human error* dalam pelayanan keperawatan.

k. Penyerahan dan Pemindahan Pasien antarunit

Penyerahan dan pemindahan merupakan proses transfer informasi dalam rangkaian transisi keperawatan dengan tujuan memastikan

keberlanjutan dan keselamatan pasien selama dalam perawatan. Selama proses penyerahan dan pemindahan ini terjadi transfer informasi yang akurat mengenai perawatan, pengobatan, pelayanan, kondisi terkini pasien, perubahan yang terjadi dan perubahan yang dapat diantisipasi (Yulia, 2010).

1. Respon Tidak Menyalahkan *error*

Respon tidak menyalahkan dapat diukur dengan memperhatikan sikap staff terhadap kesalahan atas insiden yang terjadi yang menganggap bahwa kesalahan mereka dan laporan yang diadakan terhadap mereka akan disimpan dalam data personalia mereka.

Sexton *et al.*, (2006) mengemukakan dimensi budaya keselamatan sebagai berikut:

a. Kerjasama

Budaya ini menggambarkan kolaborasi dan kerjasama antar staff dalam sebuah tim yang terkoordinasi .

b. Iklim Keselamatan

Budaya ini menggambarkan persepsi dari komitmen organisasi yang kuat dan proaktif untuk keselamatan.

c. Kepuasan Kerja

Budaya dimana staff menyukai tempat kerja mereka dan menganggap tempat mereka bekerja adalah tempat yang baik.

d. Kondisi Stress



Budaya ini menggambarkan bagaimana kinerja staff dapat dipengaruhi oleh stress dan ketika beban kerja menjadi tinggi maka kinerja menjadi terganggu.

e. Persepsi Manajemen

Dukungan manajemen dalam mengambil tindakan manajerial terhadap pekerjaan staff.

f. Kondisi Kerja

Kondisi terhadap lingkungan kerja staff dan dukungan persediaan logistik terhadap pekerjaan mereka.

Reason dalam *National Patient Safety Agency* (2004) menyebutkan bahwa budaya keselamatan pasien dapat dibagi menjadi beberapa dimensi seperti:

a. Budaya keterbukaan (*open culture*)

Budaya keterbukaan dalam suatu organisasi merupakan proses pertukaran informasi antar perawat dan staff. Dimensi ini memiliki karakteristik bahwa perawat akan merasa nyaman membahas insiden yang terkait dengan keselamatan pasien serta mengangkat isu-isu terkait keselamatan pasien bersama dengan rekan kerjanya, juga supervisor atau pimpinan.

b. Budaya pelaporan (*reporting culture*)

Budaya pelaporan merupakan bagian penting dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien. Perawat akan membuat pelaporan jika merasa aman. Aman yang dimaksud apabila membuat laporan maka tidak

akan mendapatkan hukuman. Perawat yang terlibat merasa bebas untuk menceritakan atau terbuka terhadap kejadian yang terjadi.

c. Budaya keadilan (*just culture*)

Perawat saling memperlakukan secara adil antarperawat ketika terjadi insiden, tidak berfokus untuk mencari kesalahan individu (*blaming*), tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan. Aspek dalam budaya keadilan yang perlu mendapat perhatian adalah keseimbangan antara kondisi laten yang mempengaruhi dan dampak hukuman yang akan diberikan kepada individu yang berbuat kesalahan.

d. Budaya pembelajaran (*learning culture*)

Budaya pembelajaran memiliki pengertian bahwa sebuah organisasi memiliki sistem umpan balik terhadap kejadian kesalahan atau insiden dan pelaporannya, serta pelatihan-pelatihan untuk meningkatkan kualitas perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Perawat dan manajemen berkomitmen untuk mempelajari insiden yang terjadi, mengambil tindakan atas insiden untuk diterapkan guna mencegah terulangnya kesalahan

## 2. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit

### 1. Definisi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang tentang rumah sakit No. 44 tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna

yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit adalah salah satu sarana kesehatan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan (Siregar, 2004).

Rumah sakit di Indonesia dapat dibedakan atas kepemilikan, jenis pelayanan dan kelas. Rumah sakit Indonesia atas kepemilikannya, dapat dibedakan menjadi rumah sakit pemerintah diantaranya yakni pusat, provinsi dan kabupaten. Hal ini berarti rumah sakit pemerintah di Indonesia dibedakan atas Rumah Sakit Pemerintah Pusat, Rumah Sakit Pemerintah Provinsi dan Rumah Sakit Pemerintah Daerah/Kabupaten. Untuk Rumah Sakit Pemerintah Pusat dan Daerah dapat diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit Pemerintah Pusat dan Daerah, kemudian dapat diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit Umum kelas A, B, C dan kelas D. Klasifikasi tersebut didasarkan pada unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan.

- a. Rumah Sakit Umum Kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisistik

- luas dan subspecialistik luas. Pemerintah menetapkan tipe ini sebagai tempat pelayanan rujukan tertinggi (*top referral hospital*) atau disebut pula sebagai rumah sakit pusat.
- b. Rumah Sakit Umum Kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya 11 spesialisik dan subspecialistik terbatas. Direncanakan rumah sakit tipe ini didirikan di setiap ibukota provinsi (*provincial hospital*) dan menjadi tempat rujukan dari rumah sakit kabupaten. Rumah sakit pendidikan yang tidak termasuk kelas A diklasifikasikan dalam kelas ini.
  - c. Rumah Sakit Umum Kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar. Rumah sakit kelas C didirikan di setiap ibukota kabupaten (*regency hospital*) yang menampung pelayanan rujukan dari puskesmas. Pada saat ini, terdapat empat macam pelayanan yaitu pelayanan penyakit dalam, bedah, kesehatan, anak serta kebidanan dan kandungan.
  - d. Rumah sakit umum kelas D adalah rumah sakit umum yang bersifat transisi karena pada suatu saat akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C. Rumah sakit kelas D menampung rujukan dari puskesmas. Hingga saat ini kemampuan rumah sakit kelas D hanyalah memberikan pelayanan kedokteran umum dan kedokteran gigi.

## **2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

Rumah sakit mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, bahwa rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Adapun fungsi rumah sakit, sebagai berikut:

- a. Penyelenggara pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dari ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

## D. Matriks Penelitian

**Tabel 1**  
**Matriks Penelitian Terdahulu**

No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Variabel Penelitian	Temuan Hasil Penelitian
1.	(Abdou & Saber, 2011)	<i>A Baseline Assessment of Patient Safety Culture among Nurses at Student University Hospital</i>	deskriptif korelasi	165 perawat	Menggunakan 6 dimensi budaya keselamatan pasien yaitu teori <i>Safety Attitude Questionnaire (SAQ)</i> 1. Iklim kerja tim 2. Stres iklim 3. Kepuasan kerja 4. Pengakuan stres 5. Persepsi manajemen 6. Kondisi kerja (Sexton, 2006)	Terdapat respons positif dari dimensi budaya keselamatan pasien memiliki peringkat tertinggi di antara perawat sedangkan mereka umumnya puas dengan pekerjaan mereka diikuti oleh iklim kerja tim saat mereka melaporkan. Peringkat terendah termasuk persepsi manajemen. Juga, perawat teknis yang dipekerjakan di ICU mencerminkan persepsi tertinggi secara signifikan terhadap keseluruhan dimensi budaya keselamatan dibandingkan dengan perawat profesional yang bekerja di unit CCU dan umum.
2.	(J. S. Sorra & Dyer, 2010)	<i>Hospital Survey On Patient Safety Culture</i>	Survey dengan analisis korelasi	1400 karyawan dari 21 rumah sakit di Amerika Serikat	Dependen : a. Persepsi keselamatan secara keseluruhan b. Frekuensi pelaporan kejadian c. Jumlah kejadian yang dilaporkan	Indikator patient safety berkorelasi satu sama lain. Manajemen rumah sakit berperan dalam kemajuan isu-isu keselamatan pasien yang lebih tinggi ketika rumah sakit mendukung secara mental. Peningkatan pelaporan lebih mungkin dicapai melalui komunikasi dan umpan balik melalui penciptaan budaya tidak menyalahkan.

No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Variabel Penelitian	Temuan Hasil Penelitian
					Independen: a. Harapan manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien b. Pembelajaran organisasi c. Kerjasama tim dalam unit d. Keterbukaan komunikasi e. Umpan balik dan komunikasi terhadap <i>error</i> f. Respon tidak menyalahkan g. <i>Staffing</i> h. Dukungan manajemen untuk <i>patient safety</i> i. Kerjasama antar unit j. Penyerahan dan pemindahan pasien menggunakan 12 dimensi budaya keselamatan pasien yang dikembangkan oleh <i>The Agency for Healthcare</i>	

No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Variabel Penelitian	Temuan Hasil Penelitian
					<i>Research and Quality (AHRQ)</i>	
3.	Ramos and Calidgid (2018)  <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189718302933">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189718302933</a>	<i>Patient Safety Culture Among Nurses at a Tertiary Government Hospital in the Philippines</i>  <i>Applied Nursing Research</i>	Studi deskriptif, <i>cross sectional</i>	292 perawat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Teamwork within units</i></li> <li>2. <i>Organizational Learning – Continuous Improvement</i></li> <li>3. <i>Feedback and Communication About Error</i></li> <li>4. <i>Teamwork Across Units</i></li> <li>5. <i>Supervisor / Manager</i></li> <li>6. <i>Management Support for Patient Safety</i></li> <li>7. <i>Handoffs and Transitions</i></li> <li>8. <i>Frequency of Events Reported</i></li> <li>9. <i>Overall Perceptions of Patient Safety</i></li> <li>10. <i>Communications Openness</i></li> <li>11. <i>Staffing Nonpunitive Response to Error</i></li> </ol>	292 perawat menyelesaikan survei, menghasilkan tingkat respons 86,65%. Dari 12 komposit yang dievaluasi, <i>Teamwork Across Units</i> (91,50%) adalah peringkat baik tertinggi diikuti oleh <i>Organizational Learning – Continuous Improvement</i> (86,89%) sementara <i>Nonpunitive Response to Error</i> (17,65%) adalah yang berperingkat paling baik. Sebagian besar (71,48%) dari responden tidak melaporkan peristiwa apa pun dalam 12 bulan terakhir. Mayoritas (45%) melaporkan bahwa tingkat keamanan pasien di rumah sakit secara keseluruhan sangat baik dan tidak ada yang mengira itu gagal.



No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Variabel Penelitian	Temuan Hasil Penelitian
4.	(Armellino, Griffin, & Fitzpatrick, 2010)	<i>Structural Empowerment And Patient Safety Culture Among Registered Nurses Working In Adult Critical Care Units</i>	<i>Deskriptif</i>	257 sampel	<p>Independen : pemberdayaan struktural (umur, lama bekerja sebagai <i>Registered Nurses</i> dan lama masa kerja di rumah sakit) Laschinger et al. 2001</p> <p>Dependen : Budaya keselamatan pasien menggunakan kuesioner HSOPSC (Sorra &amp; Nieva 2004a)</p>	Pemberdayaan struktural dan budaya keselamatan pasien yang secara signifikan berkorelasi. Pemberdayaan struktural meningkat begitu pula persepsi perawat terhadap budaya keselamatan pasien.
5.	(Tabrizchi & Sedaghat, 2012)	<i>The First Study of Patient Safety Culture in Iranian Primary Health Centers</i>	<i>Cross-Sectional</i>	Dari 21 pusat kesehatan di kota Shahr-e-Ray, Iran, 16 pusat (12 perkotaan, 4 pedesaan) dipilih secara acak. Di setiap	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kerjasama tim antar unit</li> <li>b. Dukungan supervisor</li> <li>c. <i>Staffing</i></li> <li>d. Respon tidak menyalahkan</li> <li>e. Umpan balik dan komunikasi</li> <li>f. Keterbukaan komunikasi</li> <li>g. Kerjasama tim dalam unit</li> <li>h. Pembelajaran organisasi</li> <li>i. Harapan dan tindakan supervisor</li> </ul>	Presentasi tertinggi yaitu pada kerja sama antar unit dan yang terendah yaitu respon tidak menyalahkan terhadap kesalahan.

No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Variabel Penelitian	Temuan Hasil Penelitian
				cluster 100% kepala pusat dan dokter gigi dan 50-100% tenaga kesehatan, bidan, dan dokter adalah termasuk dalam penelitian ini.	j. Frekuensi dan pelaporan kejadian k. Persepsi keselamatan secara keseluruhan  Menggunakan teori Sorra & Nieva 2004 (HSOPSC)	
6.	Smits <i>et al.</i> , (2018)	<i>Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level</i>  Quality and Safety in Health Care	<i>Random-sampling</i>	1899 karyawan rumah sakit	1. <i>Feedback about and learning from error</i> 2. <i>Overall perceptions of safety</i> 3. <i>Teamwork across hospital units</i> 4. <i>Frequency of event reporting</i> 5. <i>Supervisor / manager expectations and actions</i> 6. <i>Teamwork within units</i> 7. <i>Non-punitive response to error</i>	Level unit adalah level yang mendominasi untuk pengelompokan respon ke 11 dimensi. Korelasi intraclass (ICC) pada tingkat unit berkisar antara 4,3 hingga 31,7, mewakili variasi tingkat yang lebih tinggi. Untuk tiga dimensi budaya keselamatan pasien, ada juga pengelompokan respon yang signifikan di tingkat rumah sakit: (1) <i>Feedback about and learning from error</i> , (2) <i>Teamwork across hospital units</i> and (3) <i>Non-punitive response to error</i>

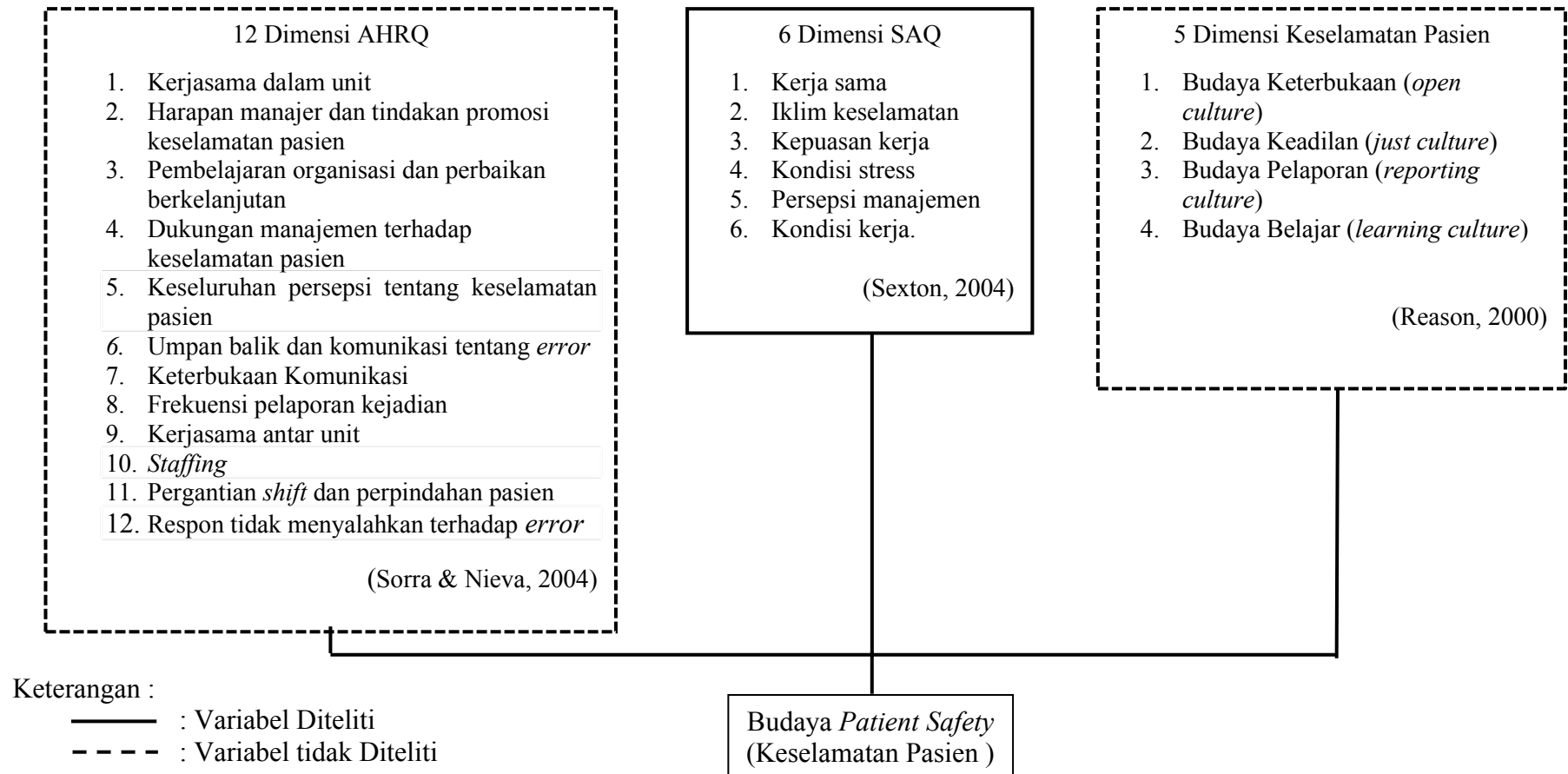
No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Variabel Penelitian	Temuan Hasil Penelitian
					8. <i>Smooth transitions</i> 9. <i>Openness of communication</i> 10. <i>Adequate staffing Hospital management support</i>	
7.	(Zakari, 2011)	<i>Attitude of Academic Ambulatory Nurses toward Patient Safety Culture in Saudi Arabia</i>	<i>Cross Sectional-deskriptif studi korelasional</i>	250 responden	sikap perawat terhadap budaya keselamatan pasien menggunakan teori SAQ (Sexton, <i>et al</i> 2006)	Sikap positif tertinggi adalah terhadap kepuasan kerja dan pengalaman kerja. Kondisi kerja dan kualitas lingkungan kerja serta dukungan logistik memiliki sikap positif tertinggi kedua. Namun, kualitas kolaborasi antara personel dan proaktif komitmen organisasi terhadap keselamatan memiliki sikap positif terendah di antara perawat. Hubungan signifikan yang kuat ditunjukkan antara kepuasan kerja di antara perawat dan kondisi kerja.
8.	(Turunen, Partanen, Kvist, Miettinen, & Vehvilainen-Julkunen, 2013)	<i>Patient safety culture in acute care: A web-based survey of nurse managers' and registered nurses'</i>	Penelitian kuantitatif	832 perawat (Nurse managers (NMs) and registered nurses (RNs))	1. Keseluruhan persepsi terhadap <i>error</i> 2. Umpan balik dan komunikasi terhadap <i>error</i> 3. Respon tidak memyalahkan terhadap <i>error</i>	Kedua kelompok mengakui masalah keselamatan pasien dan mekanisme pencegahan kesalahan yang dievaluasi secara kritis di rumah sakit. RN, khususnya, memperkirakan situasi lebih secara kritis. Ada kebutuhan untuk mengembangkan budaya keselamatan pasien di rumah sakit dengan berdiskusi secara terbuka tentang mereka dan belajar dari kesalahan dan dengan

No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Variabel Penelitian	Temuan Hasil Penelitian
		<i>views in four Finnish hospitals</i>			4. Frekuensi dan pelaporan kejadian 5. Harapan manajer dan tindakan promosi keselamatan pasien 6. Dukungan manajer terhadap keselamatan pasien  Menggunakan Survei tentang kuesioner Budaya Keselamatan Pasien(HSPSC) oleh Sorra dan Nieva 2004	mengembangkan praktik dan mekanisme untuk mencegahnya. NMs memiliki peran sentral dalam mengembangkan budaya keselamatan pada tingkat sistem di rumah sakit untuk memastikan bahwa perawat yang merawat pasien melakukannya dengan aman.
9.	Leonard and Donovan (2017)	<i>Measuring Safety Culture: Application of The Hospital Survey on Patient Safety Culture to Radiotherapy Departments Worldwide</i>	<i>Cross-sectional</i>	222 kuesioner	1. <i>Teamwork within units</i> 2. <i>Organizational Learning – Continuous Improvement</i> 3. <i>Feedback and Communication About Error</i> 4. <i>Teamwork Across Units</i> 5. <i>Supervisor / Manager</i>	Skor persen baik untuk 12 dimensi HSPSC bervariasi dari 50% hingga 79%. Skor komposit tertinggi di antara 12 dimensi adalah kerja tim dalam unit dan skor komposit terendah adalah <i>handoffs and transitions</i> .

No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Variabel Penelitian	Temuan Hasil Penelitian
	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28967578">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28967578</a> (2017)	Practical Radiation Oncology			<ol style="list-style-type: none"> <li>6. <i>Management Support for Patient Safety</i></li> <li>7. <i>Handoffs and Transitions</i></li> <li>8. <i>Frequency of Events Reported</i></li> <li>9. <i>Overall Perceptions of Patient Safety</i></li> <li>10. <i>Communications Openness</i></li> <li>11. <i>Staffing Nonpunitive Response to Error</i></li> </ol>	
10.	Gunes, Gurlek and Sonmez (2015)  <a href="http://www.elsevier.com/locate/coll">www.elsevier.com/locate/coll</a>	<i>A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey</i>  Science Direct	Studi deskriptif, cross sectional	554 perawat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Teamwork within units</i></li> <li>2. <i>Organizational Learning – Continuous Improvement</i></li> <li>3. <i>Feedback and Communication About Error</i></li> <li>4. <i>Teamwork Across Units</i></li> <li>5. <i>Supervisor / Manager</i></li> <li>6. <i>Management Support for Patient Safety</i></li> <li>7. <i>Handoffs and Transitions</i></li> </ol>	Skor tertinggi dari 12 dimensi adalah <i>teamwork within units, followed by organizational learning / continuous improvement</i> . Dan skor tertinggi terdapat pada dimensi <i>non-punitive response to error and frequency of event reporting</i> .

No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Variabel Penelitian	Temuan Hasil Penelitian
					8. <i>Frequency of Events Reported</i> 9. <i>Overall Perceptions of Patient Safety</i> 10. <i>Communications Openness</i> 11. <i>Staffing Nonpunitive Response to Error</i>	
11.	Marita Danielsson dan Per Nilsson (2017)  <i>Journal Patient Safety Volume 05, Number 01, January 2017</i>	<i>A National Study of Patient Safety Culture in Hospital in Sweden</i>	<i>Cross sectional dengan analisis multivariat</i>	23.781 peserta yakni manajer, perawat dan dokter di Swedia	Budaya Keselamatan Pasien 12 dimensi AHRQ	Dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien yang dinilai tertinggi adalah kerjasama dalam unit (rata-rata 73,5), respon tidak menyalahkan terhadap kesalahan (rata-rata 67,2), harapan manajer dan tindakan promosi keselamatan pasien (rata-rata 66,7%), keterbukaan komunikasi (rata-rata 66,3). Sedangkan yang terendah adalah dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien (rata-rata 47,9) dan <i>staffing</i> (rata-rata 51,9). Analisis multivariat menunjukkan bahwa probabilitas untuk keselamatan pasien secara keseluruhan lebih tinggi untuk perawat dan dokter dibandingkan dengan manajer.

## E. KERANGKA TEORI



**Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian** (Teori Sorra & Nieva (2004), Sexton (2004), Reason, (2000))