

**ANALISIS PENGARUH IKLIM KESELAMATAN PASIEN TERHADAP
BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT ANDI
MAKKASAU KOTA PAREPARE**

***ANALYSIS THE EFFECT OF PATIENT SAFETY CLIMATE ON PATIENT
SAFETY CULTURE IN ANDI MAKKASAU HOSPITAL OF PAREPARE.***

NURUL HIDAYAH NUR



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2019

**ANALISIS PENGARUH IKLIM KESELAMATAN PASIEN TERHADAP
BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT ANDI
MAKKASAU KOTA PAREPARE**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

NURUL HIDAYAH NUR

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2019


TESIS**Analisis Pengaruh Iklim Keselamatan Pasien Terhadap Budaya
Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare
Tahun 2019**

Disusun dan diajukan oleh

Nurul Hidayah Nur
Nomor Pokok K012171088

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 8 Agustus 2019
dan dinyatakan telah memenuhi syarat




Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS
Ketua


Dr. dr. Masyita Muis, MS
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat



Dr. Masni, Apt., MSPH

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Nurul Hidayah Nur

NIM : K012171088

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 10 Agustus 2019

Yang menyatakan

Nurul Hidayah Nur

PRAKATA

Dengan mengucapkan puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan berkah, rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini. Tesis ini dibuat dalam rangka memenuhi sebagian persyaratan yang harus ditempuh untuk menyelesaikan pendidikan S2 pada Program Magister Administrasi Rumah Sakit UNHAS.

Penulis sangat menyadari bahwa penyusunan tesis ini tidak dapat terselesaikan dengan baik tanpa dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Terima kasih penulis ucapkan kepada kepada **Bapak Dr.Syahrir A. Pasinringi. MS selaku pembimbing I**, dan **Ibu Dr. dr. Masyitha Muis, MS selaku pembimbing II**. Dalam kesempatan ini, dengan segala kerendahan hati penulis juga ingin menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Pascasarjana Unhas
2. Dr. Aminuddin Syam, SKM.,M.Kes.,M.Med.Ed., selaku dekan FKM Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan studi pada pendidikan Program Pascasarjana Unhas

3. Dr. Masni, Apt., MSPH selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat.
4. Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS selaku Ketua Departemen Magister Manajemen Rumah Sakit.
5. Dr. dr. Hj. A. Indahwaty Sidin, MHSM, Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc, dan Prof. Dr. Abdul Rahman Kadir, M.Si selaku penguji yang bersedia memberikan waktu dan pikirannya untuk perbaikan tesis ini.
6. Seluruh dosen pengajar pada Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit FKM UNHAS yang telah menembah wawasan penulis mengenai dunia perumahsakitan
7. Direktur, staf, kepala rawat inap, kepala ruangan, dan perawat di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare yang memberikan izin untuk melakukan penelitian dan partisipasinya dalam penyusunan tesis ini.
8. Seluruh Direksi, Pimpinan dan Staf Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit FKM UNHAS atas segala bantuannya selama penulis menjadi mahasiswa pada Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit dan selama proses penyusunan tesis ini.
9. Teristimewa keluarga tercinta ; orang tua yang telah memperjuangkan hidupnya untuk kebahagiaan anak-anaknya, terima kasih atas semua dukungan, pengertian yang tulus selama ini.

10. Rekan-rekan mahasiswa Pascasarjana Magister Administrasi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang telah memberikan dukungan selama penyusunan tesis ini.

11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan salah satu yang telah membantu penulis menyelesaikan tesis ini, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa penulisan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan yang ada, namun penulis berharap dapat memberikan inspirasi bagi penulis berikutnya serta kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan penulisan tesis ini.

Makassar, 10 Agustus 2019

Penulis

Nurul Hidayah Nur

ABSTRAK

NURUL HIDAYAH NUR. *Analisis Pengaruh Iklim Keselamatan Pasien terhadap Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Andi Makkasau Kota Parepare.* (Dibimbing oleh **Syahrir A. Pasinringi** dan **Masyitha Muis**)

Keselamatan pasien merupakan prinsip dasar pelayanan pasien dan komponen penting peningkatan mutu layanan kesehatan di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh *leadership*, iklim keselamatan, *teamwork*, kepuasan kerja, kondisi kerja, persepsi manajemen dan *stress recognition* terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare. Desain penelitian ini menggunakan rancangan observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional study* dengan 158 responden staf medis dan paramedis data dianalisis menggunakan uji regresi linear.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh *leadership* terhadap budaya keselamatan pasien ($p=0,024$). Ada pengaruh iklim *teamwork* terhadap budaya keselamatan pasien ($p=0,008$). Ada pengaruh iklim keselamatan terhadap budaya keselamatan pasien ($p=0,001$). Ada pengaruh kepuasan kerja terhadap budaya keselamatan pasien ($p=0,016$). Ada pengaruh kondisi kerja terhadap budaya keselamatan pasien ($p=0,002$). Ada pengaruh persepsi terhadap manajemen terhadap budaya keselamatan pasien ($p=0,009$). Tidak ada pengaruh *stress recognition* terhadap budaya keselamatan pasien ($p=0,637$). Diharapkan rumah sakit dapat menciptakan *no blame culture* untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien

Kata Kunci : keselamatan pasien, *stress recognition*, *leadership*, *teamwork*, rumah sakit



ABSTRACT

NURUL HIDAYAH NUR. Analysis The Effect Of Patient Safety Climate On Patient Safety Culture In Andi Makkasau Hospital Of Parepare. (Supervised by **Syahrir A. Pasinringi** and **Masyitha Muis**)

The safety of patients in hospitals is a basic principle of patient care and an important component of improving the quality of health services in hospitals. This study aims to analyze the influence of leadership, safety climate, teamwork climate, job satisfaction, work conditions, management perceptions and stress recognition on patient safety culture. The design of this study used an observational analytic design with a cross sectional study approach. The sample of this study was 158 respondents of medical and paramedic staffs in the hospital. Data analysis was used linear regression test.

The results showed that there was a leadership influence on the patient safety culture ($p=0,024$). There was an influence of teamwork climate on the patient safety culture ($p=0,008$). There was an influence of safety climate on the patient safety culture ($p=0,001$). There was an influence of job satisfaction on the patient safety culture ($p=0,016$). There was an influence of working conditions on the patient safety culture ($p=0,002$). There was an influence of management perception on the patient safety culture ($p=0,009$). There was not influence of stress recognition on the patient safety culture ($p=0,637$). It is expected that the hospital can create a no blame culture to improve the patient safety culture.

Keywords: patient safety, stress recognition, leadership, teamwork, hospital



DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
PRAKATA.....	v
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Kajian Masalah.....	11
C. Rumusan Masalah.....	14
D. Tujuan Penelitian	16
E. Manfaat Penelitian.....	17
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	19
A. Keselamatan Pasien	19
B. Budaya Keselamatan Pasien.....	26
C. Faktor Yang Mempengaruhi Budaya Keselamatan Pasien.....	33
D. Pengaruh Antara Iklim Keselamatan Pasien Dengan Budaya Keselamatan Pasien	61
E. Rumah Sakit.....	65
F. Penelitian Terdahulu	70
G. Kerangka Teori Penelitian	73
H. Kerangka Konsep	74
I. Hipotesis Penelitian	75
J. Definisi Operasional.....	78
BAB III METODE PENELITIAN.....	85
A. Rancangan Penelitian	85
B. Lokasi Dan Waktu.....	85
C. Populasi Dan Sampel.....	85
D. Jenis Data Dan Sumber Data	88
E. Teknik Pengumpulan Data.....	89
G. Teknik Analisa Data	90

H. Uji Validitas Dan Reabilitas	90
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	92
A. Gambaran Lokasi Penelitian	92
B. Hasil Penelitian	96
C. Pembahasan	129
D. Implikasi Penelitian.....	177
E. Keterbatasan Penelitian.....	177
BAB V PENUTUP.....	179
A. Kesimpulan.....	179
B. Saran.....	181
DAFTAR PUSTAKA.....	183
LAMPIRAN.....	193

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kajian Masalah	12
Gambar 2. Faktor organisasi dan personal dalam sistem sosioteknikal (Moray, 2000)	24
Gambar 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi dampak keselamatan pasien (Jackson & Flin, 2003)	24
Gambar 4. Kerangka Konsep	74

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 10 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2018	10
Tabel 2. Matriks Penelitian Terdahulu.....	70
Tabel 3. Definisi Operasional Variabel Penelitian Iklim Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan Pasien.....	78
Tabel 4. Proporsi Sampel Penelitian Pada RSUD Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019	87
Tabel 5. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Kelompok Umur Responden di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019.....	97
Tabel 6. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin Responden di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019.....	97
Tabel 7. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Masa Kerja di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019.....	98
Tabel 8. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Tingkat Pendidikan Responden di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019 ..	98
Tabel 9. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Profesi Responden di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019.....	99
Tabel 10. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Sosialisasi Patient Safety di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019	99
Tabel 11. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Pelatihan Patient Safety di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019	99
Tabel 12. Distribusi Penilaian Responden Terhadap dimensi leadership di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019.....	100
Tabel 13. Distribusi Penilaian Responden Terhadap dimensi leadership di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019.....	101
Tabel 14. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel <i>Leadership</i> di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019.....	102
Tabel 15. Distribusi Penilaian Responden Terhadap dimensi iklim <i>teamwork</i> di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019.....	103
Tabel 16. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan dimensi iklim <i>Teamwork</i> di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019	104
Tabel 17. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan dimensi iklim <i>Teamwork</i> di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019	105
Tabel 18. Distribusi Penilaian Responden Terhadap variabel iklim keselamatan di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019.....	105
Tabel 19. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan dimensi iklim keselamatan di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019.....	106

Tabel 20. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan dimensi Iklim Keselamatan di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019	107
Tabel 21. Distribusi Penilaian Responden Terhadap dimensi kepuasan kerja di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019	107
Tabel 22. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan dimensi kepuasan kerja di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019	108
Tabel 23. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kepuasan Kerja di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019	109
Tabel 24. Distribusi Penilaian Responden Terhadap dimensi kondisi kerja di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019	110
Tabel 25. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan dimensi kondisi kerja di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019	110
Tabel 26. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan dimensi Kondisi Kerja di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019.....	111
Tabel 27. Distribusi Penilaian Responden Terhadap dimensi persepsi manajemen di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019.....	112
Tabel 28. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan dimensi persepsi manajemen di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019.....	113
Tabel 29. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Persepsi Manajemen di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019.....	114
Tabel 30. Distribusi Penilaian Responden Terhadap dimensi <i>Stress Recognition</i> di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019	114
Tabel 31. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan dimensi stress recognition di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019.....	115
Tabel 32. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel <i>Stress Recognition</i> di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019	116
Tabel 33. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019....	117
Tabel 34. Pengaruh <i>leadership</i> pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare	118
Tabel 35. Pengaruh iklim <i>teamwork</i> pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare	119
Tabel 36. Pengaruh iklim keselamatan pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare	120
Tabel 37. Pengaruh kepuasan kerja pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare	121

Tabel 38. Pengaruh kondisi kerja pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare	123
Tabel 39. Pengaruh persepsi manajemen pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare	124
Tabel 40. Pengaruh <i>stress recognition</i> pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare	125
Tabel 41. Pengaruh dimensi <i>leadership</i> , iklim <i>teamwork</i> , iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi kerja, persepsi manajemen pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.	127

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian	194
Lampiran 2. Uji Validitas dan Reabilitas.....	208
Lampiran 3. Hasil Penelitian	213
Lampiran 4. Surat Penelitian	247
Lampiran 5. Curriculum Vitae	250

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Arti dan Keterangan
KNC	Kejadian Nyaris Cedera
NRLS	National Reporting and Learning System
KTD	Kejadian Tidak Diharapkan
IKP	Insiden Keselamatan Pasien
KP RS	Keselamatan Pasien Rumah Sakit
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
NPSA	National Patient Safety Agency
WHO	World Health Organization
IOM	Institute of Medicine
KKPRS	Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
RS	Rumah Sakit
UU	Undang-Undang
NNISS	National Nosocomial Infections Surveillance System

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan pasien merupakan isu global yang paling penting saat ini dimana sekarang banyak dilaporkan tuntutan pasien atas *medical error* yang terjadi pada pasien. Keselamatan pasien muncul dan berkembang seiring dengan semakin bertambahnya jumlah insiden keselamatan pasien. Keselamatan pasien berfokus pada usaha untuk menurunkan angka insiden keselamatan pasien yang sebenarnya dapat dicegah (Raleigh, Cooper, Bremner, & Scobie, 2008).

Insiden keselamatan pasien dalam Permenkes No. 11 Tahun 2017 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 potensi cedera. *Institute of Medicine* pada Tahun 1999 dalam *To Err is Human : Building a Safer Health Care System* mengemukakan bahwa 44.000 sampai 98.000 orang setiap tahunnya meninggal di rumah sakit Amerika akibat insiden keselamatan pasien padahal sebenarnya hal tersebut dapat dicegah. Kematian akibat insiden keselamatan pasien menempati urutan kedelapan penyebab kematian pasien di Amerika Serikat.

World Health Organization (WHO) 2014, Angka insiden keselamatan pasien juga dilaporkan oleh berbagai negara. Di Eropa pasien dengan resiko infeksi 83,5% dan bukti kesalahan medis menunjukkan 50-72,3%. Dikumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit diberbagai Negara, ditemukan KTD dengan rentang 3,2 – 16,6 %.

Berdasarkan laporan insiden keselamatan pasien (IKP) di Inggris yang dilaporkan pada National Reporting and Learning System (NRLS) pada tahun 2015 bahwa dalam enam bulan terakhir terlapor 825.416 insiden. Laporan tersebut meningkat 6% dari insiden terlapor ditahun sebelumnya. Dari laporan tersebut, 0.22% insiden yang menyebabkan kematian (NHS England, 2015), sedangkan *National Patient Safety Agency* pada tahun 2017 telah melaporkan angka kejadian IKP di Inggris pada tahun 2016 sebanyak 1.879.822 insiden, dan untuk Indonesia dalam rentang waktu 2006–2011, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) melaporkan 877 insiden (RSUDZA, 2017).

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) dalam laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Indonesia, jumlah laporan IKP setiap tahun meningkat, diantaranya tahun 2010 sebanyak 103 kasus, dan periode Januari – April 2011 sebanyak 34 kasus. Pada tahun 2010, jumlah laporan IKP di rumah sakit pemerintah daerah lebih tinggi daripada rumah sakit swasta yaitu sebesar 16,45%. Jumlah laporan IKP di rumah sakit umum juga lebih tinggi daripada rumah sakit khusus, yaitu 25,69% pada 2010 dan 27,79% pada 2011 (KKP-RS, 2010; 2011).

Data lain mengenai insiden keselamatan pasien di Indonesia menunjukkan bahwa kejadian nyaris cedera (KNC) lebih banyak dilaporkan daripada kejadian tidak diinginkan (KTD). Pelaporan kejadian nyaris cedera sebesar 47,6 % sedangkan kejadian tidak diinginkan sebesar 46,2 %. Di Indonesia, meskipun publikasi tentang malpraktik cukup sering muncul di media massa, namun data resmi insiden keselamatan pasien masih jarang ditemui. Penelitian pertama tentang keselamatan pasien di Indonesia dilakukan di 15 rumah sakit dengan 4500 rekam medik. Hasilnya menunjukkan angka insiden keselamatan pasien berkisar antara 8,0%-98,2% untuk kesalahan diagnosis dan 4,1%-91,6% untuk kesalahan pengobatan (KKP-RS, 2010; 2011). Di Sulawesi Selatan Laporan Insiden Keselamatan Pasien menemukan adanya pelaporan kasus KTD (14,41%) dan KNC (18,53%) yang disebabkan karena proses atau prosedur klinik (9,26 %), medikasi (9,26%), dan Pasien jatuh (5,15%). (KKP RS, 2011).

Jenis-jenis kesalahan yang mengakibatkan KTD ini dapat berupa kesalahan ketika diagnosis, kesalahan ketika pengobatan, kesalahan ketika pencegahan, dan kesalahan sistem lainnya (Leape , 1993). IOM pada tahun 2008 juga melaporkan data KTD pada rumah sakit di Amerika Serikat, yaitu 1,5 juta pasien terluka per tahun akibat kesalahan pengobatan, dan 7000 diantaranya dilaporkan meninggal (Khushf, Raymond, dan Beaman, 2008). Selain itu, National Nosocomial Infections Surveillance System (NNISS) pada tahun 2009 melaporkan bahwa telah

ditemukan 2 juta kasus infeksi nosokomial per tahunnya yang menimbulkan 2 kali risiko kesakitan dan kematian.

Hal ini dinilai jika angka insiden keselamatan pasien makin meningkat maka akan memberikan dampak yang dapat merugikan. Dampak dari KTD dapat berupa cacat ringan, sedang hingga berat, bahkan dapat berakibat fatal dan kematian. Besarnya dampak yang dapat timbul akibat insiden keselamatan pasien mengharuskan organisasi pelayanan kesehatan melaksanakan tindakan terkait keselamatan pasien. Hal ini untuk menjamin kualitas perawatan dipertahankan dan perawatan berkualitas diberikan kepada pasien (Swansburg, 2000).

Baker (2006) dalam *The Canadian Adverse Events Study*, mengidentifikasi bahwa dampak dari kesalahan-kesalahan dan KTD yang terjadi ketika pelayanan dapat memperpanjang masa perawatan, meningkatkan cedera, kematian, meningkatnya perilaku saling menyalahkan, konflik antara petugas dan pasien, tuntutan dan proses hukum, blow up media massa, dan dapat menurunkan citra dari sebuah rumah sakit. Dampak lainnya adalah kesalahan-kesalahan dan KTD yang berdampak pada keselamatan pasien ini, dapat mengindikasikan bahwa mutu pelayanan di sebuah rumah sakit masih kurang baik dikarenakan belum matangnya implementasi budaya keselamatan pasien yang merupakan langkah awal yang harus dilakukan untuk mencapai keselamatan pasien (WHO, 2009).

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan prinsip dasar dari pelayanan pasien dan komponen penting dari peningkatan mutu layanan kesehatan di rumah sakit. Program keselamatan pasien adalah menjamin keselamatan pasien di rumah sakit melalui pencegahan terjadinya insiden/kesalahan saat memberikan pelayanan kesehatan antara lain: infeksi nosokomial, ulkus decubitus, plebitis, efek alergi obat, efek samping transfusi darah, cedera, pasien jatuh, cacat, kematian dan lain-lain yang tidak seharusnya terjadi jika pelayanan kesehatan dilakukan secara ekstra hati-hati. Program keselamatan pasien merupakan proses yang tak pernah berhenti, karena itu diperlukan budaya termasuk motivasi yang tinggi untuk bersedia melaksanakan program keselamatan pasien secara berkesinambungan dan berkelanjutan (Utarini & Hanevi, 2014)

Insiden keselamatan pasien dapat dikurangi atau dicegah kejadiannya dengan mengetahui faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien. Sebelumnya telah dipaparkan bahwa program keselamatan pasien merupakan program yang dilaksanakan untuk mengurangi dan mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien. Dalam Panduan Nasional Keselamatan Pasien Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2006 dipaparkan bahwa tujuan dari pelaksanaan keselamatan pasien salah satunya adalah untuk menurunkan angka kejadian tidak diinginkan (KTD) di rumah sakit.

Institute of Medicine (1999) juga mengemukakan bahwa untuk mengurangi insiden keselamatan pasien perlu dilakukan peningkatan

program budaya keselamatan pasien. Program budaya keselamatan pasien akan membuat petugas sulit melakukan kesalahan dan mudah melakukan yang benar (Landstrom, 2015). Keselamatan pasien juga merupakan salah satu indikator yang mempengaruhi mutu rumah sakit (Sammer, Lykens, Singh, Mains, & Lackan, 2010).

Dalam upaya meminimalisir terjadinya insiden keselamatan pasien, maka manajemen rumah sakit perlu menciptakan budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien merupakan pondasi utama dalam upaya menuju keselamatan pasien, sebagaimana tercantum dalam langkah pertama dari konsep "Tujuh Langkah Menuju KP RS" di Indonesia, yaitu "Bangun kesadaran akan nilai KP, ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil" dicanangkan oleh Menteri Kesehatan Dr.Siti Fadillah Supari pada 21 Agustus 2005 dalam Seminar Nasional PERSI di Jakarta. Selain itu, hambatan terbesar untuk memperbaiki pelayanan kesehatan yang lebih aman adalah budaya dari organisasi kesehatan (Cooper, 2000). Beberapa contoh dalam hal upaya membangun budaya KP adalah JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*) di Amerika, sejak tahun 2007 menetapkan penilaian tahunan terhadap budaya keselamatan sebagai target KP; NPSA (*National Patient Safety Agency*) di Inggris mencantumkan budaya keselamatan sebagai langkah pertama dari "Seven Steps to Patient Safety" (Phillips, 2005). Budaya keselamatan pasien akan menurunkan insiden secara signifikan, sehingga akuntabilitas rumah sakit

di mata pasien dan masyarakat akan meningkat dan pada akhirnya kinerja RSpun meningkat (sora & nieva, 2004).

Penerapan budaya keselamatan pasien yang baik, akan menghasilkan keuntungan bagi pasien dan rumah sakit sebagai penyedia jasa pelayanan kesehatan. Karena meskipun pada umumnya jika system dapat dijalankan dengan sebagaimana mestinya maka insiden keselamatan pasien dapat ditekan sekecil-kecilnya, namun fakta menunjukkan bahwa system tidak dapat berjalan secara optimal jika kompetensi dan nilai-nilai atau budaya yang ada tidak mendukung (Budihardjo, 2008).

Penerapan budaya keselamatan pasien yang baik akan mendeteksi kesalahan yang akan terjadi. 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 insiden keselamatan pasien (carthey & Clarke, 2010).

Selain dipengaruhi oleh pelaksanaan program keselamatan pasien, budaya keselamatan pasien juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. WHO dalam *Human Factors in Patient Safety : Review of Topics and Tools* pada tahun 2009 mengemukakan beberapa faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien. WHO mengembangkan empat kategori faktor yang sangat berhubungan dengan budaya keselamatan pasien. Kategori faktor individu yang terdiri atas

kewaspadaan situasi, pengambilan keputusan, stres, dan kelelahan. Kategori faktor kerja tim yang terdiri atas kerja tim dan supervisi. Kategori faktor organisasi dan manajemen terdiri atas budaya keselamatan, kepemimpinan manajer, dan komunikasi. Kategori faktor lingkungan terdiri atas lingkungan kerja dan bahaya.

Vincent et al tahun 1998 menjelaskan Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien adalah faktor organisasi seperti iklim keselamatan dan moral, faktor lingkungan kerja seperti susunan kepegawaian dan dukungan manajerial, faktor tim seperti kerja tim dan supervisi, dan faktor staf seperti kepercayaan dan keyakinan diri (Mulyana, 2013).

Iklim keselamatan pasien dipertimbangkan sebagai salah satu prinsip utama dalam organisasi perawatan kesehatan. Hal ini karena hampir setiap proses yang dilakukan oleh para profesional perawatan kesehatan yang berpotensi risiko dan menjadi masalah yang terkait dengan penggunaannya dalam praktek (Flin, Burns, Mearns, Yule, & Robertson, 2006). Dengan demikian, pentingnya iklim keselamatan pasien dalam organisasi kesehatan karena memiliki potensi yang bermanfaat, terutama pengurangan kesalahan yang dapat menyebabkan konsekuensi yang serius pada pasien (S. Singer, Lin, Falwell, Gaba, & Baker, 2009).

Cooper (2000) mengatakan bahwa hambatan besar dalam memperbaiki pelayanan kesehatan yang lebih aman adalah berasal dari budaya organisasi kesehatan. Hal ini menjadikan budaya keselamatan

pasien merupakan fondasi keselamatan pasien. Sementara Leape (1994) menyatakan bahwa salah satu hambatan yang paling penting dalam budaya organisasi yang melaksanakan program keselamatan pasien adalah kurangnya komitmen kepemimpinan. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien juga telah menjadi standar kelima dalam standar keselamatan pasien rumah sakit di Indonesia (Depkes, 2008).

Rumah Sakit Umum Daerah Andi Makkasau merupakan rumah sakit yang memiliki visi “Menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan, dan Pendidikan Yang Unggul berstandar Internasional”. Dengan tujuan tersebut, diharapkan rumah sakit ini dapat menjadi rumah sakit yang pengelolaan rumah sakit diarahkan kepada peningkatan kualitas pelayanan dan manajemen dilaksanakan secara menyeluruh, terintegrasi dan berkesinambungan untuk mendukung rumah sakit sebagai pusat pelayanan, rujukan dan pendidikan unggul berstandar internasional.

Survey pendahuluan yang telah dilakukan di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare dalam menilai budaya keselamatan ialah sebagai berikut:

Tabel 1. 10 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2018

NO	10 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien	Hasil (%)	Standar Kemenkes No. 129 Tahun 2008 tentang Budaya Keselamatan Pasien (%)	Nilai
1	Harapan terhadap atasan dan tindak lanjut	45	80	Kurang
2	Learning Organization – Peningkatan Berkelanjutan	86	80	Baik
3	Kerjasama dalm internal unit	80	80	Baik
4	Keterbukaan komunikasi	40	80	Kurang
5	Umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan	60	80	Cukup
6	Non punitive respons terhadap kesalahan	30	80	Kurang
7	Manajemen SDM dan staf	35	80	Kurang
8	Dukungan rumah sakit untuk keselamatan pasien	69	80	Cukup
9	Kerjasama antar unit	44	80	Kurang
10	Kelamahan saat transisi/overshift	15	80	Kurang
	Rata-rata	50,4		

Sumber : Data Sekunder RSUD Andi Makkasau Kota Parepare

Penilaian tersebut dapat disimpulkan bahwa pencapaian RSUD Andi Makkasau Kota Parepare rata – rata bernilai 50,4%. Telah terjadi gap sebesar 29,6% antara pencapaian RSUD Andi Makkasau Kota Parepare dengan Standar Kemenkes No. 129 Tahun 2008 tentang Budaya Keselamatan Pasien. Masih dibutuhkan strategi –strategi pengembangan yang mendukung tercapainya budaya keselamatan pasien. Salah satu strategi untuk mengembangkan budaya keselamatan adalah dengan melibatkan staf mulai dari perencanaan dan pengembangan budaya

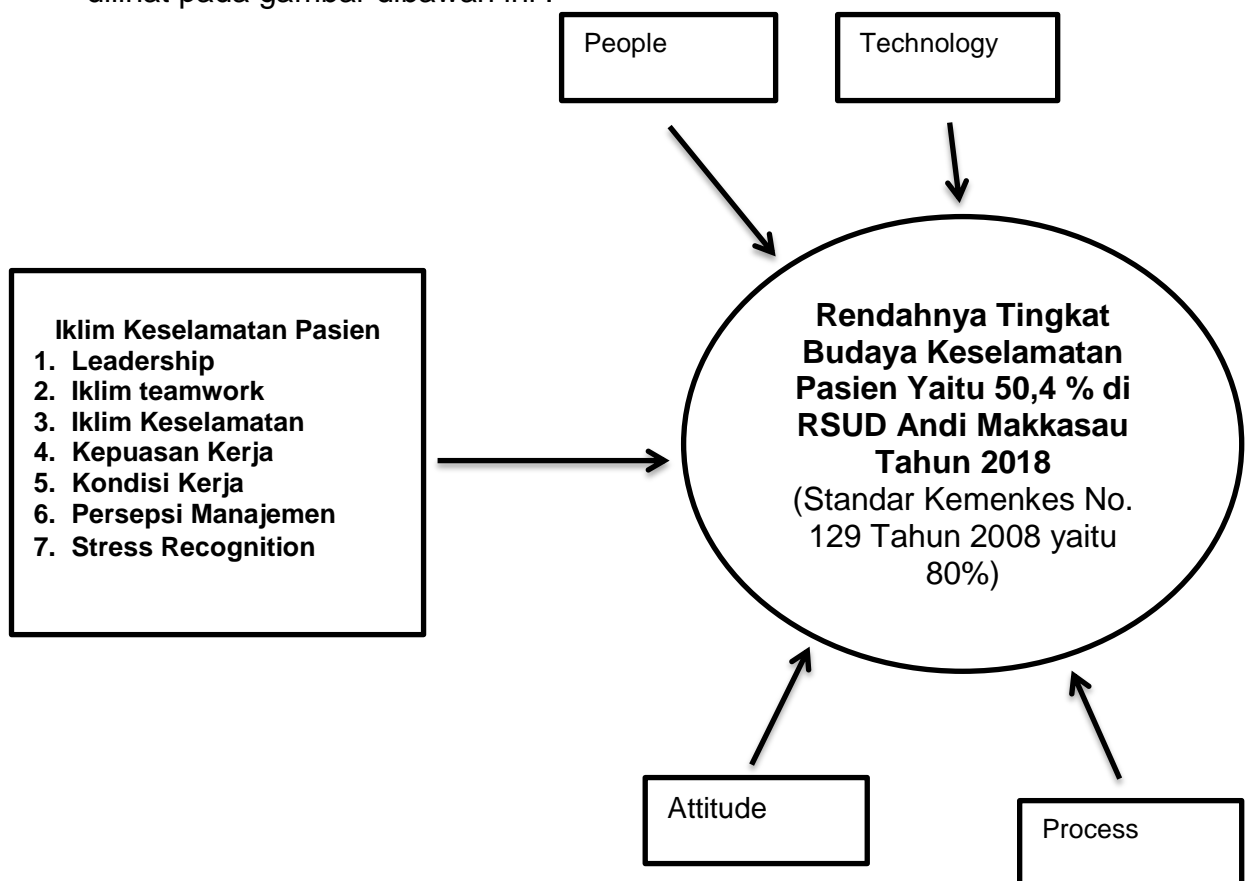
keselamatan pasien (Fleming, 2005). Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf dalam penerapan keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam menciptakan budaya keselamatan pasien (Permenkes No.11 Tahun 2017). Selain itu, panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit yang disusun oleh DEPKES RI tahun 2008 berisi tentang aturan agar rumah sakit mengidentifikasi di tiap bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi “penggerak” dalam gerakan keselamatan pasien. Dengan kata lain seluruh tenaga medis yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan dapat dikatakan sebagai penggerak untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien. Oleh karena itu peneliti mengambil sasaran tenaga medis dan paramedis dalam penelitian ini.

Berdasarkan penjelasan mengenai pentingnya penerapan budaya keselamatan pasien maka diharapkan usaha meningkatkan budaya keselamatan pasien ini juga perlu dilaksanakan di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare yang terletak di Parepare. Hasil dari penelitian ini juga diharapkan nantinya dapat menjadi bahan pertimbangan dalam pengembangan budaya keselamatan pasien di RSUD selanjutnya.

B. Kajian Masalah

Budaya keselamatan mengacu pada cara keselamatan pasien dipikirkan dan diimplementasikan dalam suatu organisasi serta struktur dan proses untuk mendukungnya. Mengukur budaya keselamatan penting karena budaya organisasi dan sikap tim telah ditemukan dapat

mempengaruhi hasil keselamatan pasien dan langkah-langkah ini dapat digunakan untuk memantau perubahan dari waktu ke waktu (Institute of Medicine, 2011). Berdasarkan dengan hasil survey pendahuluan yang telah dilakukan di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare dimana hasil tersebut menunjukkan perlunya upaya untuk mengembangkan strategi dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien. Salah satu langkah awal yang dianggap penting ialah dengan membantu organisasi untuk menemukan faktor-faktor yang dapat mendukung terciptanya budaya keselamatan pasien yang lebih baik. Pemaparan kajian masalah ini dapat dilihat pada gambar dibawah ini :



Gambar 1 Kajian Masalah

Kerangka kajian masalah tersebut disusun berdasarkan model yang telah dikemukakan oleh berbagai pakar atau ahli yang telah meneliti hubungan tersebut diantaranya :

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien
Budaya keselamatan pasien dalam suatu organisasi dapat dinilai pada faktor-faktor di tingkat unit, tingkat rumah sakit dan sebagai variabel hasil (Katherine et al, 2008). Menurut WHO (2009) ada empat kategori faktor-faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien antara lain: *Leadership* (manajerial) , kerja tim, pegawai individual, serta lingkungan kerja. Selain itu, menurut sexton et al (2006) ada empat faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien yaitu iklim teamwork, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi kerja, persepsi dalam manajemen, dan stress recognition.
2. Henriksen (2008) juga menyebutkan faktor individu, faktor sifat dasar pekerjaan, faktor lingkungan fisik, faktor manajemen, dan faktor eksternal organisasi sebagai penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien. Namun program keselamatan pasien dianggap sebagai faktor yang langsung memberikan efek terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien (Hughes, 2008)
3. Menurut pendapat Davenport dan Prusak, *knowledge management* difokuskan pada proses dan mekanisme untuk menemukan serta berbagi apa yang dikenal oleh organisasi atau *stakeholder external*. Kemampuan untuk berbagi pengalaman internal yang baik, dianggap

penting untuk kinerja organisasi secara keseluruhan. Michael *et al* (2009) juga mengemukakan bahwa memanfaatkan pengetahuan external sangat penting dalam mengarahkan inovasi produk baru. *Elemen Knowledge Management 70%* ada pada people karena manusia adalah makhluk paling tinggi derajatnya dan diberi Tuhan Akal untuk berpikir dan menentukan baik buruknya kehidupan di dunia ini.

4. Pronovost (2003) mengemukakan bahwa attitude berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien, tentang sikap dan pengalaman pekerja dan cara-cara di mana persepsi budaya keselamatan berbeda di antara rumah sakit dan di antara jenis personel.
5. Menurut Dilip Bhatt (2000) mengemukakan peran *tecnology* Merupakan infrastruktur teknologi yang standar, konsisten, dan dapat diandalkan dalam mendukung alat-alat perusahaan. Dalam mempermudah penerapan KM, diperlukan sebuah teknologi yang dapat membantu dalam aliran informasi dan data yang terjadi dalam proses KM, diantaranya dengan meng-capture, menyimpan, dan mempermudah dalam penggunaan informasi dalam organisasi atau perusahaan. Adapun teknologi yang dibangun dapat berupa: Forum, Portal, Share Point, dan lain-lain.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah yang dikemukakan tersebut di atas, maka peneliti mengajukan rumusan masalah yaitu:

“Apakah ada pengaruh antara iklim keselamatan pasien dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare?”

Adapun pertanyaan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Apakah ada pengaruh dimensi *leadership* dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare?
2. Apakah ada pengaruh antara dimensi iklim *teamwork* dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare?
3. Apakah ada pengaruh antara dimensi iklim keselamatan dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare?
4. Apakah ada pengaruh antara dimensi kepuasan kerja dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare?
5. Apakah ada pengaruh antara dimensi kondisi kerja dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare?
6. Apakah ada pengaruh antara dimensi persepsi manajemen dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare?

7. Apakah ada pengaruh antara dimensi *stress recognition* dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh iklim keselamatan pasien dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis pengaruh dimensi *leadership* dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019
- b. Menganalisis pengaruh dimensi iklim *teamwork* dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019
- c. Menganalisis pengaruh dimensi iklim keselamatan dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019
- d. Menganalisis pengaruh dimensi kepuasan kerja dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019

- e. Menganalisis pengaruh dimensi kondisi kerja dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019
- f. Menganalisis pengaruh dimensi persepsi manajemen dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019
- g. Menganalisis pengaruh dimensi *stress recognition* manajemen dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini dapat memberikan kontribusi terhadap ilmu perumahsakitian mengenai manajemen mutu khususnya *patient safety*.

2. Bagi Institusi

Rumah Sakit Penelitian ini berguna bagi rumah sakit untuk dapat lebih meningkatkan kinerja dan mutu pelayanannya. Karena *patient safety* dapat mempengaruhi mutu pelayanan sebuah rumah sakit. Selain itu juga sebagai bahan untuk pengambilan keputusan dalam rangka peningkatan kualitas sumber daya manusia yang dimiliki khususnya mengenai *patient safety*.

3. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan peneliti dalam bidang penelitian khususnya yang berkaitan dengan *patient safety* di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keselamatan Pasien

1. Pengertian Keselamatan Pasien

Industri kesehatan merupakan industri yang memiliki banyak risiko. Pandangan bahwa pelayanan kesehatan, khususnya rumah sakit sebagai industri yang bebas dari kesalahan adalah pandangan yang perlu dikoreksi (Leape, Woods, & Hatlie, 1994)

Keselamatan (safety) adalah bebas dari kejadian cedera. Definisi yang ada dalam Buku Panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit, keselamatan pasien adalah suatu sistem yang mana rumah sakit membuat tindakan individu dan organisasi untuk melindungi pasien dari kerugian karena efek pelayanan kesehatan. Demikian seperti yang dikemukakan juga oleh *The National Patient Safety Foundation* sebagai upaya menghindarkan, mencegah, dan memperbaiki kejadian kecelakaan atau cedera yang disebabkan oleh proses pelayanan terhadap pasien (Institute of Medicine, 2000). Permenkes RI no. 1691 tahun 2011 mendefinisikan keselamatan pasien rumah sakit sebagai suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen 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 mengambil tindakan yang seharusnya.

Sistem keselamatan pasien meliputi: penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko (Carrol, 2009)

Untuk memastikan keselamatan pasien, diperlukan penegakkan sistem operasional dan proses untuk meminimalkan kemungkinan kesalahan dan memaksimalkan cara yang mencegah kesalahan. Dengan kata lain, program ini tidak hanya berfokus pada satu institusi (rumah sakit), namun secara luas memerlukan sistem dan kebijakan di tingkat organisasi yang menghimpun institusi kesehatan dan tingkat nasional.

Institute of Medicine (IOM) mengajukan lima prinsip dalam merancang keselamatan pasien di organisasi kesehatan (Kohn, 2000):

1. Kepemimpinan, meliputi : menjadikan keselamatan pasien sebagai tujuan utama/ prioritas, menjadikan keselamatan pasien sebagai tanggung jawab bersama, menunjuk/menugaskan seseorang yang bertanggung jawab dalam program keselamatan pasien, menyediakan sumber daya untuk analisa kesehatan dan desain ulang sistem, mengembangkan mekanisme yang efektif untuk mengidentifikasi perilaku tidak aman.

2. Memperhatikan keterbatasan manusia dalam perancangan proses, mencakup : desain kerja dalam kerangka keselamatan, menyederhanakan proses, membuat standar proses.
3. Mengembangkan tim yang efektif
4. Antisipasi terhadap kejadian tidak terduga, meliputi :pendekatan proaktif, menyediakan antidotum, dan training simulasi.
5. Menciptakan atmosfer pembelajaran, berupa: penggunaan simbol, mendorong pelaporan kejadian, memastikan tidak ada tekanan saat melaporkan kejadian, dan mengimplementasikan mekanisme umpan balik dan belajar dari kesalahan.

Komite keselamatan pasien rumah sakit (KKPRS) PERSI mendefinisikan KTD/ adverse event merupakan suatu kejadian yang tak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (ommission). Sedangkan Kejadian Nyaris Cedera/near miss merupakan suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission) yang dapat menciderai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, yang disebabkan karena keberuntungan, pencegahan atau peringatan. Contoh dari keberuntungan misalnya: pasien mendapatkan obat yang salah tetapi tidak timbul reaksi obat. Contoh akibat dari pencegahan, misal: pasien menerima obat dengan dosis letal, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum

obat diberikan. Sedangkan contoh dari peringanan, misal: pasien menerima obat dengan dosis letal, tetapi keadaan ini segera diketahui secara dini lalu kemudian diberikan penawarnya (Depkes, 2008).

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang berpusat pada pasien. Sistem berpusat pasien ini berfokus pada kemampuan dan keterbatasan manusia yang memperhatikan keterlibatan, operasi, sistem integrasi, dan pengaruh organisasi terhadap keselamatan.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Seminar Nasional VII PERSI dan Hospital Expo XVIII mencangkan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit, yang meliputi tujuh program, yaitu :sosialisasi sistem keselamatan pasien, pengkajian (riset, analisa, belajar), pengembangan dan publikasi, pembentukan sistem laporan insiden di rumah sakit, implementasi standar dan indikator keselamatan pasien, pengembangan kerja sama, pengembangan taksonomi (DEPKES RI-PERSI, 2006)

2. Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan sistem keselamatan pasien rumah sakit adalah:

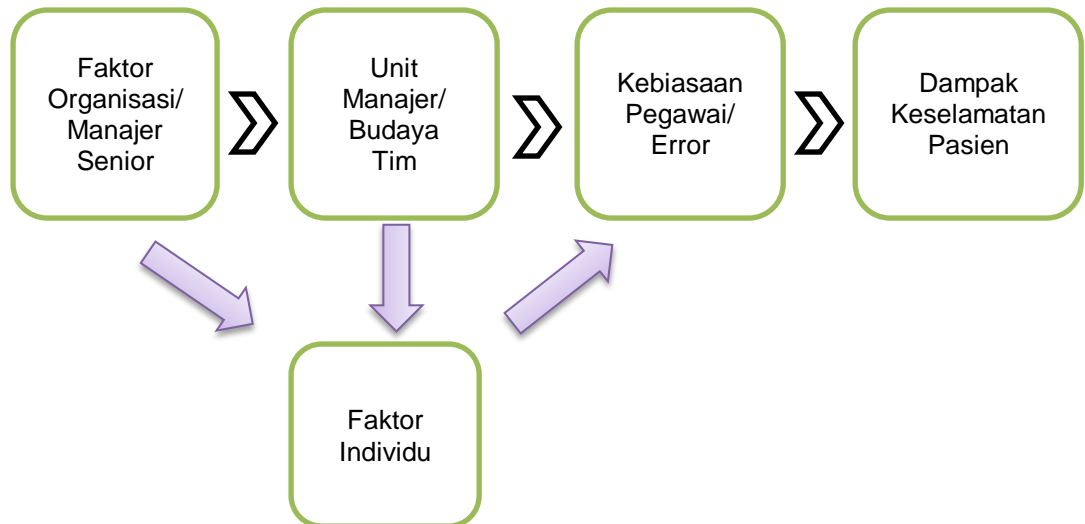
- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit
- b. Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya Kejadian Tak Diharapkan (KTD) di Rumah Sakit
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi penanggulangan KTD

Sedangkan tujuan keselamatan pasien secara internasional adalah:

- a. *Identify patients correctly* (mengidentifikasi pasien secara benar)
- b. *Improve effective communication* (meningkatkan komunikasi yang efektif).
- c. *Improve the safety of high-alert medications* (meningkatkan keamanan dari pengobatan resiko tinggi)
- d. *Eliminate wrong-site, wrong-patient, wrong procedure surgery* (mengeliminasi kesalahan penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi)
- e. *Reduce the risk of health care-associated infections* (mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan)
- f. *Reduce the risk of patient harm from falls* (mengurangi risiko pasien terluka karena jatuh)

3. Faktor Yang Mempengaruhi Keselamatan Pasien

Meningkatnya perhatian terhadap kinerja dan perilaku manusia dengan menggunakan pendekatan sistem akan mengurangi kerusakan, hilangnya nyawa, luka, kerusakan properti, dan kerugian finansial. Pengembangan model organisasi dan faktor personal oleh Moray (2000) dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2. Faktor organisasi dan personal dalam sistem sosioteknikal (Moray, 2000)

Bagan di berikut ini menunjukkan bagaimana situasi organisasi, unit manajer, kebiasaan pegawai dan faktor individu dapat mempengaruhi situasi keselamatan pasien di rumah sakit.



Gambar 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi dampak keselamatan pasien (Jackson & Flin, 2003)

Dalam sistem ini setiap lapisan terdiri dari lapisan yang didalamnya, lapisan luar dari kerangka kerja mengandung unsur dari lapisan dalam dan mempengaruhi lapisan lingkungan kerja/peralatan, dan seterusnya. (Moray, 2000). Jackson & Flynn, menggambarkan model yang menunjukkan hubungan antara organisasi, faktor personal, *error* dan dampak keselamatan pasien.

4. Manajemen Keselamatan Pasien

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

- a. Langkah 1: Membangun budaya keselamatan. Melakukan audit untuk menilai budaya keselamatan.
- b. Langkah 2: Memimpin dan mendukung tim. Memandang pentingnya keselamatan pasien; dan menerapkannya dalam usaha nyata.
- c. Langkah 3: Mengintegrasikan aktivitas manajemen risiko. Secara teratur meninjau arsip pasien.

- d. Langkah 4: Meningkatkan pelaporan. Berbagi insiden keselamatan pasien.
- e. Langkah 5: Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat. Mencari tahu pandangan pasien; Mendorong umpan balik dengan survei pasien.
- f. Langkah 6: Belajar dan berbagi pelajaran keselamatan. Menagadakan pertemuan rutin kejadian yang signifikan.
- g. Langkah 7: 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, sekali lagi, 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.

B. Budaya Keselamatan Pasien

1. Pengertian Budaya Keselamatan Pasien

Menurut Blegen (2006), budaya keselamatan pasien adalah persepsi yang dibagikan diantara anggota organisasi ditujukan untuk melindungi pasien dari kesalahan tata laksana maupun cedera akibat intervensi. Persepsi ini meliputi kumpulan norma, standar profesi,

kebijakan, komunikasi dan tanggung jawab dalam keselamatan pasien. Budaya ini kemudian mempengaruhi keyakinan dan tindakan individu dalam memberikan pelayanan.

Budaya keselamatan pasien merupakan nilai, kepercayaan, yang dianut bersama dan berkaitan dengan struktur organisasi, dan sistem pengawasan dan pengendalian untuk menghasilkan norma – norma perilaku (Ferguson & Fakelman, 2005). Budaya keselamatan menurut Sorra dan Nieva (2004) 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 kesehatan. Menurut O'Toole yang dikutip oleh Jianhong (2004) budaya keselamatan di pelayanan kesehatan diartikan sebagai keyakinan, nilai perilaku yang dikaitkan dengan keselamatan pasien yang secara tidak sadar dianut bersama oleh anggota organisasi.

WHO (2009) menyatakan organisasi pelayanan kesehatan terus mengembangkan budaya keselamatan pasien seperti tujuan yang jelas, prosedur yang tetap dan proses yang aman. Parker et al (2006) dalam Fleming (2008) mengatakan budaya keselamatan dipengaruhi oleh perubahan keorganisasian, seperti perubahan kepemimpinan atau pengenalan tentang sistem baru. Budaya keselamatan dipengaruhi oleh sistem, praktek dan proses organisasi. Sebagai contoh, suatu organisasi dengan suatu budaya keselamatan lemah akan membatasi sistem

keselamatan. Suatu organisasi yang memiliki budaya positif, maka mempunyai banyak orang yang tepat untuk mempromosikan budaya keselamatan pasien.

Penjelasan ini menyatakan bahwa haruslah sebisa mungkin untuk menilai tingkat proses dan sistem yang mempromosikan suatu hal positif budaya keselamatan dengan mengevaluasi praktek organisasi yang mempengaruhi budaya tersebut. Pernyataan ini didukung oleh Zohar (2000) dan Parker et al (2006), yang menyatakan budaya keselamatan terdiri atas aspek nyata dan abstrak. Aspek nyata budaya keselamatan akan terlihat dan terukur. Oleh karena itu digunakan untuk mengembangkan kegiatan organisasi yang mendukung suatu hal positif budaya keselamatan.

2. Arti Penting Budaya Keselamatan

Budaya keselamatan pasien merupakan suatu hal yang penting karena membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan, karena apabila kita lebih fokus pada budaya keselamatan pasien maka akan lebih menghasilkan outcome keselamatan yang lebih dibandingkan hanya memfokuskan pada programnya saja (Fleming, 2008). Walshe & Boaden (2006) menyatakan bahwa kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara individu, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit, yang mengakibatkan rantai – rantai dalam sistem terputus.

Budaya keselamatan pasien paling tidak mengandung unsur kepemimpinan dan komitmen tinggi akan keselamatan pasien, keyakinan bahwa suatu KTD sebenarnya dapat diantisipasi, melaporkan secara rutin dan membahas KTD secara terbuka. Budaya keselamatan positif lainnya yaitu kesadaran untuk bekerja secara tim, melakukan analisis secara sistematis apabila terjadi KTD, mendukung staf terkait dengan KTD, menjalin komunikasi dan melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan serta melakukan penilaian risiko sebagai langkah preventif terjadinya KTD (Reis, 2006).

Budaya keselamatan yang dianggap positif menurut Pronovost et al (2003) adalah karakteristik budaya keselamatan pasien yang proaktif, meliputi komitmen dari pimpinan untuk mendiskusikan dan belajar dari kesalahan, mendorong dan mempraktekkan kerja sama tim, membuat sistem pelaporan kejadian (KTD, KNC, sentinel) serta memberikan penghargaan bagi staf yang menjalankan program keselamatan pasien dengan baik, Walshe & Boaden (2006) juga berpendapat bahwa dengan terciptanya budaya keselamatan pasien berarti adanya alat ukur yang meyakinkan tentang keselamatan pasien, identifikasi proaktif terhadap ancaman laten keselamatan pasien, pembelajaran organisasi, komitmen pemimpin dan para eksekutif, serta pendekatan tidak menyalahkan terhadap pelaporan kejadian.

Budaya keselamatan pasien dianggap negatif meliputi tingkatan karir yang curam antara staf medis dengan staf lain, hubungan tim kerja

yang renggang dan keengganan mengakui kesalahan. Gibson (2006) menyatakan budaya keselamatan pasien positif akan meningkatkan produktivitas, sedangkan budaya keselamatan pasien negatif akan merusak keefektifan dari suatu tim dan menimbulkan efek dari desain organisasi yang baik.

Budaya keselamatan pasien dalam organisasi layanan kesehatan menjadi semakin penting meningkatkan kualitas layanan yang diterima pasien. Keselamatan pasien adalah prioritas tinggi di organisasi kesehatan. (Lee, Wu, Hsieh, Weng, Hsieh, & Huang, 2015)

3. Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Agency for Healthcare Research and Quality (2004) menilai budaya keselamatan pasien melalui tiga aspek. Aspek-aspek tersebut adalah:

- a. Tingkat unit, mencakup espektasi supervisor/manajer dan tindakan promosi keselamatan berkaitan dengan sejauhmana pihak pimpinan rumah sakit mempromosikan serta mendukung tindakan keselamatan pasien, pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan berkaitan dengan sejauhmana petugas rumah sakit mau dan bersedia belajar secara terus-menerus demi peningkatan kinerja melalui peniadaan kejadian tidak diinginkan, kerjasama dalam unit berkaitan dengan sejauhmana petugas suatu divisi kompak dan bekerjasama dalam tim, keterbukaan komunikasi berkaitan dengan sejauhmana keterbukaan antar anggota dan pimpinan, umpan balik dan komunikasi tentang error berkaitan dengan sejauhmana umpan diberikan oleh

pimpinan, respon *non-punitive* terhadap error berkaitan dengan sejauhmana pengakuan akan kesalahan ditanggapi dengan hukuman, *staffing* berkaitan dengan sejauhmana ketersediaan SDM yang kompeten dan pengelolaannya dilakukan secara efektif.

- b. Tingkat Rumah Sakit, meliputi dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien berkaitan dengan sejauhmana manajemen memberikan dukungan pada penciptaan budaya keselamatan, kerjasama antar unit berkaitan dengan sejauhmana kekompakan dan kerjasama tim lintas unit atau bagian, pergantian shift dan perpindahan pasien berkaitan dengan sejauhmana kelancaran pergantian gilir kerja.
- c. Keluaran/*Outcome*, meliputi keseluruhan persepsi tentang keselamatan pasien berkaitan dengan sejauhmana pengetahuan dan pemahaman petugas tentang keselamatan pasien yang berlaku di rumah sakit, frekuensi pelaporan kejadian berkaitan dengan tingkat keseringan petugas dalam melaporkan kejadian kesalahan yang terjadi di rumah sakit, tingkat keselamatan pasien berkaitan dengan sejauhmana petugas menilai tingkat keselamatan pasien di rumah sakit terkait dengan program-program keselamatan pasien yang telah dilakukan pihak rumah sakit, jumlah pelaporan kejadian berkaitan dengan sejauhmana insiden dilaporkan oleh petugas berdasarkan insiden yang terjadi.

4. Pembagian Budaya Keselamatan Pasien

Pembagian budaya keselamatan pasien oleh Reiling (2006) adalah:

a. *Informed Culture*

Keselamatan pasien sudah diinformasikan ke semua karyawan, arti penting dari ke pasien, ada upaya dari rumah sakit dalam menciptakan keselamatan pasien, adanya kebijakan yang menjadi draft/rencana strategis tentang keselamatan pasien oleh tatanan manajerial, adanya pelatihan, pengembangan berupa jurnal berdasarkan evidence based, informasi tentang kendala dan hambatan dalam menciptakan keselamatan pasien.

b. *Reporting Culture*

Adanya program evaluasi/sistem pelaporan, adanya upaya dalam peningkatan laporan, hambatan dan kendala dalam pelaporan, adanya mekanisme penghargaan dan sanksi yang jelas terhadap pelaporan.

c. *Just Culture*

Staf di rumah sakit terbuka dan memiliki motivasi untuk memberikan informasi terhadap hal yang bisa atau tidak bisa diterima, adanya ketakutan apabila staf melaporkan kejadian kesalahan, kerja sama antar staf.

d. *Learning Culture*

Adanya sistem umpan balik terhadap kejadian kesalahan dan pelaporannya, adanya pelatihan di rumah sakit yang menunjang peningkatan sumber daya manusia.

5. Tingkat Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

Tingkat maturitas budaya keselamatan pasien terdiri atas lima tingkatan. Berikut adalah tingkatan maturitas budaya keselamatan pasien.

- a. Patologis, yaitu keadaan belum terdapat sistem yang mendukung budaya keselamatan pasien dan lingkungan kerja masih bersifat menyalahkan.
- b. Reaktif, yaitu suatu keadaan dimana budaya keselamatan pasien bersifat fragmentasi, dikembangkan hanya sekedar menjawab akreditasi organisasi dan reaktif terhadap cedera medis yang terjadi.
- c. Kalkulatif, suatu keadaan budaya keselamatan pasien tertata baik namun implementasinya masih bersifat segmentasi.
- d. Proaktif, suatu keadaan budaya keselamatan pasien bersifat komprehensif, berskala luas, dan melibatkan *stakeholder*, pendekatan yang berbasis pada bukti (*evidence based*) sudah diterapkan dalam organisasi.
- e. Generatif, suatu keadaan budaya keselamatan pasien menjadi misi sentral dalam organisasi, organisasi selalu mengevaluasi efektivitas intervensi dan selalu belajar dari kegagalan dan kesuksesan.

C. Faktor Yang Mempengaruhi Budaya Keselamatan Pasien

1. World Health Organization (WHO)

WHO (2009) mengembangkan 4 (empat) kategori faktor yaitu leadership, kerja tim, pegawai/individual dan lingkungan dengan 10 (sepuluh) topik keselamatan pasien yang relevan.

2. Sexton et al & Ching

Sexton et al 2006 & Ching 2015 mengemukakan bahwa hal-hal yang berkaitan dalam mempengaruhi budaya dalam keselamatan pasien ialah iklim *teamwork*, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi kerja, persepsi manajemen, dan *stress recognition*.

Berdasarkan uraian teori di atas, setelah dielaborasikan, maka penelitian ini akan menggunakan teori dari WHO (2009) akan mengkaji pengaruh faktor-faktor organisasi/manajemen terdiri dari kepemimpinan, dan teori sexton et al (2006) akan mengkaji iklim *teamwork*, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi kerja, persepsi manajemen, dan *stress recognition*, terhadap budaya keselamatan pasien antara lain:

a. Kepemimpinan

Kepemimpinan diperlukan oleh perusahaan dalam upaya pencapaian tujuan suatu organisasi. Karyawan dituntut untuk dapat mengikuti arahan dari pimpinannya karena merekalah yang dianggap mampu menjadi influence bagi karyawan untuk dapat memiliki tujuan yang sama dengan perusahaan. Jika tujuan yang dituju tidaklah sama maka akan sulit bagi suatu organisasi menjalankan proses pencapaiannya.

1). Pengertian Kepemimpinan

Berikut beberapa pengertian mengenai kepemimpinan menurut para ahli, diantaranya; Kartini Kartono (2011:57) mengemukakan bahwa: "Dalam buku *The Art of Leadership*, Ordway Tead menyatakan bahwa kepemimpinan adalah kegiatan mempengaruhi

orang agar mereka mau bekerja sama untuk mencapai tujuan yang diinginkan”.

Miftah Thoha (2012:259) “George R. Terry menyampaikan kepemimpinan sebagai aktivitas untuk mempengaruhi orang-orang agar diarahkan mencapai tujuan organisasi.

Stephen P. Robbins dan Mary Coulter (2012:488) menyampaikan bahwa: “Leadership is what leaders do. It’s process of leading a group and influencing that group to achieve it’s goals”. “Kepemimpinan adalah apa yang pemimpin lakukan. Itu adalah proses memimpin kelompok dan mempengaruhinya untuk mencapai tujuan.”

Sehingga jika disimpulkan dari beberapa pendapat di atas, bahwa kepemimpinan sebenarnya adalah bagaimana pemimpin bisa mengajak karyawannya menuju tujuan perusahaan.

Ada 3 domain perilaku kepemimpinan yang mampu menjadi agen perubahan (change agent) bagi perilaku anggota dalam suatu organisasi yakni pengarahan (direction), pengawasan (supervision), serta koordinasi (coordination) (Gillies, 1994).

a) Pengarahan. Pengarahan mengacu pada penugasan, perintah, kebijakan, peraturan, standar, pendapat, saran, dan pertanyaan untuk mengarahkan perilaku bawahan. Kebijakan, prosedur, standar, dan tugas menjadi alat dalam memimpin orang lain untuk menghasilkan perilaku yang diinginkan. Perintah dalam

pengarahan dapat berupa perintah lisan atau tertulis oleh atasan organisasi yang membutuhkan untuk bawahan untuk bertindak atau menahan diri dari bertindak dengan cara tertentu (Gillies, 1994)

- b) Supervisi. Supervisi pelayanan keperawatan dikatakan sebagai kegiatan dinamis yang bertujuan untuk meningkatkan motivasi dan kepuasan antara dua komponen yang terlibat yaitu supervisor atau pimpinan, orang yang disupervisi sebagai mitra kerja dan pasien sebagai penerima jasa pelayanan keperawatan (Arwani & Supriyatno, 2006). Supervisi merupakan perilaku kepemimpinan yang berfungsi untuk memeriksa pekerjaan, mengevaluasi kinerja, memperbaiki kinerja staf, memberi dukungan, yang pada akhirnya akan meningkatkan kinerja (Gillies, 1994; Rowe & Haywood, 2007). Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih banyak dukungan yang diberikan oleh pemimpin atau supervisor untuk keselamatan pasien akan meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat, yakni meningkatkan frekuensi keterbukaan dan pelaporan atas insiden keselamatan pasien. Persepsi yang baik tentang keselamatan pasien juga dikatakan menjadi meningkat dan kemungkinan dapat menyebabkan meningkatnya keterbukaan dan pelaporan insiden keselamatan pasien (Jardali et al, 2011).

c) Koordinasi. Koordinasi adalah kegiatan kepemimpinan yang mencakup semua kegiatan yang memungkinkan staf untuk bekerja bersama secara harmonis. Koordinasi penting dilakukan untuk keberhasilan suatu organisasi kesehatan. Umumnya koordinasi kegiatan staf terjadi selama pertemuan kelompok kerja utama karena beberapa anggota mengkhususkan diri dalam tugas terkait, seperti kegiatan menyempurnakan tujuan, identifikasi masalah, dan analisis data. Staf yang lain mengkhususkan diri dalam kegiatan perawatan. Pemecahan masalah dalam kegiatan koordinasi harus cukup panjang untuk memungkinkan diskusi lengkap dari topik masalah, dan dalam kegiatan ini staf yang wajib hadir dibebaskan dari tugas perawatan pasien (Gillies, 1994).

2) Tipe-tipe Kepemimpinan

Ada beberapa tipe kepemimpinan yang diutarakan oleh G.R Terry yang kembali dikutip oleh Suwatno dan Donni Juni Priansa (2011:156) , yaitu:

a). Kepemimpinan Pribadi (*Personal Leadership*)

Dalam tipe ini pimpinan mengadakan hubungan langsung dengan bawahannya, sehingga timbul hubungan pribadi yang intim.

b). Kepemimpinan Non-Pribadi (*Non-Personal Leadership*)

Dalam tipe ini hubungan antara pimpinan dengan bawahannya melalui perencanaan dan instruksi-instruksi tertulis.

c.) Kepemimpinan Otoriter (*Authoritarian Leadership*)

Dalam tipe ini pimpinan melakukan hubungan dengan bawahannya dengan sewenang-wenang sehingga sebetulnya bawahannya melakukan semua perintah bukan karena tanggung jawab tetapi lebih karena rasa takut.

d). Kepemimpinan Kebapakan (*Paternal Leadership*)

Tipe kepemimpinan ini tidak memberikan tanggung jawab kepada bawahan untuk bisa mengambil keputusan sendiri karena selalu dibantu oleh pemimpinnya, hal ini berakibat kepada menumpuknya pekerjaan pemimpin karena segala permasalahan yang sulit akan dilimpahkan kepadanya.

e). Kepemimpinan Demokratis (*Democratic Leadership*)

Dalam setiap permasalahan pemimpin selalu menyertakan pendapat para bawahannya dalam pengambilan keputusan, sehingga mereka akan merasa dilibatkan dalam setiap permasalahan yang ada dan merasa bahwa pendapatnya selalu diperhitungkan, dengan begitu mereka akan melaksanakan tugas dengan rasa tanggung jawab akan pekerjaannya masing-masing.

f). Kepemimpinan Bakat (*Indigenous Leadership*)

Pemimpin tipe ini memiliki kemampuan dalam mengajak orang lain, dan diikuti oleh orang lain. Para bawahan akan senang untuk mengikuti perintah yang diberikan karena pembawaannya yang menyenangkan, selain itu pemimpin ini bisa melakukan penyesuaian terhadap bawahannya sehingga dapat terjalin hubungan kerja yang efektif dan efisien.

Selain itu ada pendapat dari W.J. Reddin dalam artikelnya yang berjudul *What Kind of Manager* (Kartini Kartono, 2011:34) juga mengemukakan watak dan tipe pemimpin yang dikelompokkan menjadi 3 pola dasar, yaitu:

- a). Berorientasikan tugas (task orientation)
- b). Berorientasikan hubungan kerja (relationship orientation)
- c). Berorientasikan hasil yang efektif (effectiveness orientation)

3). Fungsi Kepemimpinan dan Sifat-sifat Pemimpin

Menurut Kartini Kartono (2011:93), fungsi dari kepemimpinan ialah memandu, menuntun, membimbing, membangun, memberi atau membangunkan motivasi-motivasi kerja, mengemudikan organisasi, menjalin jaringan-jaringan komunikasi yang baik, memberikan supervise/pengawasan yang efisien, dan membawa para pengikutnya kepada sasaran yang dituju, sesuai dengan ketentuan waktu dan perencanaan.

Menurut Suwatno dan Donni Juni Priansa (2011:149), seorang pemimpin yang efektif adalah seorang yang mampu menampilkan dua fungsi penting, yaitu fungsi tugas dan fungsi pemeliharaan.

Fungsi tugas berhubungan dengan segala sesuatu yang harus dilaksanakan untuk memilih dan mencapai tujuan-tujuan secara rasional, tugas-tugas tersebut antara lain menciptakan kegiatan, mencari informasi, memberi informasi, memberikan pendapat, menjelaskan, mengkoordinasikan, meringkaskan, menguji kelayakan, mengevaluasi, dan mendiagnosis.

Fungsi pemeliharaan berhubungan dengan kepuasan emosi yang diperlukan untuk mengembangkan dan memelihara kelompok, masyarakat atau untuk keberadaan organisasi.

Jika disederhanakan fungsi kepemimpinan adalah memastikan karyawannya mendapatkan segala kebutuhan dalam kegiatan kerja, yang selanjutnya akan melancarkan proses pencapaian tujuan organisasi. Terdapat sepuluh sifat pemimpin yang unggul yang diutarakan oleh G.R Terry (Kartini Kartono, 2011:47), yaitu:

- a). Kekuatan.
- b). Stabilitas emosi.
- c). Pengetahuan tentang relasi insani.
- d). Kejujuran.
- e). Objektif.
- f). orongan pribadi.

- g). Keterampilan berkomunikasi.
- h). Kemampuan mengajar.
- i). Keterampilan sosial.
- j). Kecakapan teknis atau kecakapan manajerial.

b. Iklim *teamwork*

Tim adalah unsur kehidupan organisasi karena suatu pekerjaan melibatkan orang-orang dengan berbagai macam keahlian untuk bekerjasama untuk satu tujuan. Kerja tim adalah proses dinamis yang melibatkan dua atau lebih orang dalam suatu aktivitas untuk menyelesaikan suatu tujuan. Hampir semua pekerjaan di rumah sakit dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu contohnya: tim ruang pembedahaan, shift antar pekerja, dan unit medis dan perawatan. Perilaku kelompok sebagai bagian dalam timkerja dapat mempengaruhi perilaku individu. Faktor-faktor yang mempengaruhi performa tim antara lain: aspek psikologisnya tim, apa yang terjadi bila bekerjasama dan bagaimana tim memimpin contohnya: oleh ketua grup atau supervisor.

Kerja tim dipengaruhi oleh karakteristik struktural dari tim, termasuk jumlah anggota, struktur organisasi, aturan, dan norma yang diterima sebagai perilaku. Faktor-faktor ini dibedakan tergantung dari tipe tim tersebut dimana mereka bekerja dan akan mempengaruhi hubungan grup (West, 2004). Menurut O'donnel dan rRichard Boyle (2008) dimensi iklim kerja tim yaitu komitmen penuh pada tujuan

perusahaan. Komunikasi ide dan gagasan antara karyawan, dan efektivitas interpersonal masing-masing karyawan. Di rumah sakit, dengan prosedur dan protokol organisasinya yang terorganisir dengan baik, tim adalah praktek pelayanan primer berbasis komunitas dimana aturannya tidak pasti. Struktur tim kerja berbeda-beda tergantung dari kebutuhan pasien. Makin kompleks masalah yang dihadapi pasien, makin banyak kolaborasi antar disiplin ilmu akan dibutuhkan (CHSRF, 2006).

Ada hirarki status tertentu yang berlaku di rumah sakit, terutama antara dokter dengan perawat (Edmondson, 2003, Reader et al, 2007). Untuk mencapai keefektifan suatu tim, tiap anggota harus memiliki perannya masing-masing baik itu formal, maupun informal (Belbin's, 2003). Pendekatan ini menunjukkan bahwa tim yang efektif membutuhkan anggota dengan berbagai karakter dan kemampuan. Hal ini sangat berguna bagi tim multidisiplin yang mempunyai nilai dan harapan yang berbeda-beda dalam hal tugas dan pekerjaan. Apabila peran masing-masing anggota tidak didefinisikan dengan jelas akan dapat menjadi masalah. (contohnya: tidak ada yang menjadi pemimpin atau beberapa orang merasa menjadi pimpinan). Briefing pratugas dapat digunakan untuk memastikan tugas dan tanggung jawab masing-masing anggota.

Unsur ketiga yaitu norma, ada aturan tidak tertulis yang mengatur perilaku anggota tim. Norma ini berhubungan dengan budaya organisasi

dan dapat dinilai melalui kuisioner yang menanyakan tentang perilaku tertentu dalam tim kerja.

Dinamika tim mengacu pada proses psikologis yang menggambarkan interaksi yang terjadi didalam grup, kejadian yang berhubungan dengan perilaku koordinasi, komunikasi, kerjasama, konflik manajemen, pengambilan keputusan. Furnham, 1997 mengatakan bahwa memahami proses tim dapat meningkatkan peluang mendapatkan konsekuensi yang diharapkan dari sebuah grup. Ketika manajer memahami dinamika tim dalam organisasi, mereka dapat membantu timnya untuk mencapai tujuan pegawai. Dinamika tim dipengaruhi oleh budaya organisasi yang menggambarkan pandangan dan persepsi organisasi (Bower et al, 2003).

Faktor-faktor lain yang mempengaruhi proses tim :

- 1) Tujuan bersama – pengertian bersama tentang tujuan dan betapa pentingnya komitmen semua anggota dalam mencapai tujuan tersebut.
- 2) Komunikasi – saluran mana yang dipilih dan bagaimana grup terhubung.
- 3) Manajemen konflik – Bagaimana konflik dan perbedaan pendapat diatasi. Apakah konflik tersebut mendukung/tidak.
- 4) Pembuat keputusan – bagaimana dan oleh siapa.
- 5) Evaluasi performa – bagaimana anggota dihargai, secara formal atau informal.
- 6) Divisi pekerja – Bagaimana pekerjaan ditugaskan.

- 7) Kepemimpinan – Bagaimana pemimpin dipilih dan apa fungsinya.
- 8) Monitor proses – Bagaimana tugas di proses dan diperiksa.
- 9) Bagaimana umpan baliknya.

Di rumah sakit, definisi dari tim dan kerja tim tergantung bagaimana profesi yang berbeda-beda mengatur pekerjaannya. Makary et al (2006) melaporkan bahwa dokter melakukan kerja tim dengan baik jika suster juga mengantisipasi kebutuhan dokter dan dapat mengikuti instruksi dengan baik. 70-80% kesalahan rumah sakit disebabkan oleh faktor manusia berhubungan dengan kurangnya komunikasi antar tim dan pengertian (Schaefer et al, 1994). Kerja tim yang baik membantu mengurangi masalah keselamatan pasien dan meningkatkan moral anggotanya. Penting bagi manajer dan supervisor memahami bagaimana kerja tim dapat berkembang demi kepastian keselamatan pasien. Dalam menciptakan tim yang berkualitas, sangat perlu diberikan kesempatan dan fasilitas dimana para praktisi rumah sakit dapat mengembangkan kerja tim.

c. Iklim keselamatan

Konsep iklim keselamatan atau *safety climate* pertama kali diperkenalkan oleh Zohar dalam Mulyasari (2013) yang menekankan pentingnya proses sosial dan organisasi dalam mencegah kecelakaan. Menurut Zohar yang dikutip oleh Winarsunu (2008) menyatakan bahwa iklim keselamatan kerja adalah sebuah persepsi pekerja pada sikap manajemen terhadap keselamatan kerja dan persepsi pada sejauh mana

kontribusi keselamatan kerja didalam proses produksi secara umum. Persepsi ini akan memengaruhi perilaku pekerja. Iklim keselamatan kerja adalah bentuk spesifik dari iklim organisasi, yang menggambarkan persepsi individu dari nilai keselamatan di lingkungan kerja (Griffin dan Neal, 2000).

Iklim keselamatan merupakan ciri dan indikator yang penting dari budaya keselamatan di dalam organisasi. Penekanan iklim keselamatan terletak pada persepsi pekerja mengenai peran manajemen di dalam melaksanakan program keselamatan kerja (Winarsunu, 2008).

Menurut Schultz dalam Winarsunu (2008), iklim keselamatan kerja paling tidak harus meliputi 3 hal yang harus dibuat secara sehat dan menyenangkan, yaitu: lingkungan fisik kerja, aspek psiko-sosial dari lingkungan komunitas, dan hubungan pekerja-manajemen serta kebijakan kepegawaian.

Iklim keselamatan mempunyai peranan penting terhadap budaya keselamatan melalui sikap (attitudes) yang diekspresikan dalam perilaku keselamatan dan kesehatan kerja (safety behavior) setiap pekerja. Hal ini diketahui dari tindakan yang berorientasi pada tugas pokok dan kegiatan pendukung untuk meningkatkan keselamatan dan kesehatan kerja (Sholihah dan Kuncoro, 2014).

1) Faktor-faktor iklim keselamatan

Berbagai faktor telah diidentifikasi sebagai komponen penting dari iklim keselamatan. Faktor-faktor ini meliputi (Neal dan Griffin, 2000):

a). Nilai Manajemen (*Management Value*)

Nilai manajemen menunjukkan perhatian manajemen untuk kesejahteraan pekerja dan bagaimana sikap manajemen terhadap keselamatan dan persepsi bahwa keselamatan itu penting di tempat kerja.

b). Manajemen dan Praktek Organisasi (*Management and Organizational Practices*)

Manajemen dan praktek organisasi meliputi kecukupan pelatihan, penyediaan peralatan keselamatan dan kualitas sistem manajemen keselamatan. Praktek keselamatan sejauh mana pihak manajemen menyediakan peralatan keselamatan dan merespon dengan cepat terhadap bahaya-bahaya yang timbul. Pelatihan adalah aspek yang sangat krusial dalam sistem personalia dan mungkin metode yang sering digunakan untuk menjamin level keselamatan yang memadai diorganisasikan karena pelatihan sangat penting bagi pekerja. Peralatan keselamatan mencakup tentang kecukupan peralatan keselamatan, seperti alat-alat perlengkapan yang tepat disediakan dengan mudah.

c). Komunikasi Keselamatan (*Safety Communication*)

Komunikasi keselamatan diukur dengan menanyakan dimana isu-isu keselamatan dikomunikasikan.

d). Keterlibatan Pekerja dalam Kesehatan dan Keselamatan Kerja (*Employee Involvement in Workplace Health and Safety*)

Keterlibatan karyawan terhadap kesehatan dan keselamatan kerja sejauhmana persepsi karyawan terhadap pentingnya penerapan kesehatan dan keselamatan kerja serta menerapkannya di tempat kerja.

Kines dkk (2011) berpendapat bahwa ada tujuh dimensi pembentuk iklim keselamatan yaitu:

- 1) Prioritas manajemen keselamatan, komitmen dan kompetensi
- 2) Pemberdayaan manajemen keselamatan
- 3) Keadilan manajemen keselamatan
- 4) Komitmen keselamatan pekerja
- 5) Prioritas keselamatan dan non-penerimaan risiko pekerja
- 6) Komunikasi keselamatan, pembelajaran, dan kepercayaan dalam kompetensi keselamatan rekan kerja
- 7) Kepercayaan pekerja dalam keberhasilan sistem keselamatan

Indikator utama dalam mengukur iklim keselamatan kerja meliputi: terdapat apresiasi pribadi terhadap risiko atau bagaimana calon pekerja memandang risiko yang terkait dengan praktek kerja, prioritas kebutuhan pribadi terkait dengan keselamatan dan kesehatan kerja, serta manajemen diri dan kebutuhan untuk merasa aman (Sholihah dan Kuncoro, 2014).

Dimensi iklim keselamatan menurut sexton (2006) yaitu keamanan pelaporan kejadian, dimana seseorang yang melaporkan suatu kejadian merasa aman dan penanganan kejadian keselamatan pasien.

d. Kepuasan Kerja

Teori Perbandingan Intrapersonal atau disebut juga Discrepancy Theory yang dikemukakan oleh Porter (1961) dalam Dewi (2012) menjelaskan tentang kepuasan, dimana kepuasan kerja seseorang diukur dengan melihat gap antara ekspektasi dan realita. Kepuasan kerja merupakan kombinasi dari perasaan positif atau negatif yang dimiliki karyawan terhadap pekerjaan mereka (Aziri, 2011).

Menurut Junaedi, dkk (2013) kepuasan kerja adalah hal yang membuat orang mencintai pekerjaannya atau meninggalkan pekerjaannya dan semakin tinggi kepuasan kerja karyawan maka dia akan semakin senang dan nyaman untuk tetap bekerja dalam perusahaan.

Kepuasan kerja adalah sejauh mana seseorang senang atau puas dengan pekerjaannya (Bushra et al., 2011). Awang et al., (2010) menyebutkan bahwa karyawan yang puas dengan pekerjaannya akan melakukan tugasnya dengan baik dan berkomitmen terhadap pekerjaannya serta organisasinya. Memahami hakikat kepuasan karyawan dapat menciptakan peluang untuk perbaikan organisasi yang dapat memaksimalkan penggunaan kemampuan karyawan (Abel, 2013).

Mencapai kepuasan kerja karyawan sangat penting untuk mempertahankan karyawan yang produktif dan efisien (Choi et al., 2014). Karyawan tidak akan bertahan untuk waktu yang lama di dalam organisasi tanpa kepuasan dalam pekerjaan (Neog dan Barua, 2014). Indikator kepuasan kerja menurut Aydogdu dan Asikgil (2011), Neog dan Barua

(2014), dan Daljeet et al. (2011) antara lain: Pekerjaan itu sendiri (work itself) persepsi seseorang terhadap pekerjaannya apakah sesuai dengan yang diharapkan atau tidak; Gaji (salary) adalah komponen yang sangat penting dalam kepuasan kerja. Uang memenuhi kebutuhan akan kemewahan dan keinginan orang, bersama dengan kebutuhan dasar mereka. Karyawan menerima gaji sebagai upah atasannya untuk pekerjaan yang telah mereka lakukan; Dukungan atasan (supervisor support) didefinisikan sebagai sejauh mana pemimpin peduli kesejahteraan karyawan mereka dan menghargai kontribusi karyawan. Dukungan atasan merupakan salah satu faktor penting untuk retensi karyawan; Kondisi kerja (work condition) meliputi ruang kantor, peralatan, kursi yang nyaman, pendingin ruangan, dan lain-lain. Tempat kerja harus dalam kondisi normal agar memungkinkan karyawan untuk melakukan pekerjaan mereka dengan baik; Rekan kerja, dimana interaksi dengan rekan kerja merupakan faktor penting kepuasan kerja. Hubungan yang baik dengan rekan kerja dapat meningkatkan kepuasan kerja seseorang.

e. Kondisi Kerja

Pada umumnya karyawan akan merasakan kepuasan dalam bekerja apabila didukung oleh kondisi kerja atau lingkungan kerja yang baik, sehingga kinerja dan output perusahaan dapat meningkat. Sebaliknya apabila kondisi kerja atau lingkungan tempat kerja buruk maka kepuasan karyawan akan menurun, sehingga secara tidak langsung faktor kondisi kerja tersebut akan memengaruhi kinerja karyawan itu sendiri dan

outputnya terhadap perusahaan. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Komarudin, (2001: 87) bahwa kondisi kerja atau yang sering disebut sebagai lingkungan kerja adalah kehidupan sosial psikologi dan fisik dalam organisasi yang berpengaruh terhadap pekerjaan karyawan dalam melaksanakan tugasnya.

Lingkungan kerja menurut Nitiseminto, (2002: 183) ialah segala sesuatu yang berada di sekitar pekerja, yang dapat memengaruhi dirinya dalam melakukan pekerjaan. Sementara Mangkunegara, (2005: 105) mengungkapkan bahwa kondisi kerja atau lingkungan kerja ialah semua aspek fisik kerja, psikologis kerja dan peraturan kerja yang dapat memengaruhi kepuasan kerja dan pencapaian produktivitas kerja.

1). Jenis-jenis Kondisi Lingkungan Kerja

Kondisi lingkungan kerja di sini dapat berupa lingkungan fisik (contoh: suhu udara, ruang gerak, keamanan kerja, penerangan) dan nonfisik (contoh: berupa kondisi psikologis pekerja, kelelahan kerja, bosan kerja). Sebagaimana yang diungkapkan oleh Sedarmayanti, (2001: 21) bahwa kondisi lingkungan kerja secara garis besar dibagi menjadi dua, yaitu:

a). Kondisi Lingkungan Kerja Fisik

Lingkungan kerja fisik ialah semua keadaan yang berbentuk fisik yang terdapat di sekitar tempat kerja yang dapat memengaruhi karyawan baik secara langsung maupun secara tidak langsung

(Sedarmayanti, 2001: 21). Lingkungan kerja fisik ini dibagi menjadi dua, antara lain:

- 1) Lingkungan yang berhubungan secara langsung dengan karyawan. Misalnya: meja, kursi.
- 2) Lingkungan perantara yang dapat memengaruhi kondisi karyawan. Misalnya: sirkulasi udara, bau tidak sedap.

b). Kondisi Lingkungan Kerja Non-Fisik Lingkungan kerja non-fisik merupakan seluruh kondisi yang terjadi dan berkaitan dengan hubungan kerja, baik hubungan dengan atasan maupun hubungan dengan sesama rekan kerja, atau hubungan dengan bawahan (Sedarmayanti, 2001: 31).

Terdapat beberapa dimensi-dimensi kondisi kerja. Menurut Isaken, S.G Dorval K.B dan Treffeinger, D.J yang dikutip oleh Suswati (2002) bahwa kondisi kerja yang kondusif meliputi beberapa dimensi seperti:

1. Tantangan, keterlibatan dan kesungguhan.
2. Kebebasan mengambil keputusan.
3. Waktu yang tersedia untuk memikirkan ide-ide baru.
4. Memberi peluang untuk mencoba ide-ide baru.
5. Tinggi rendahnya tingkat konflik.
6. Keterlibatan dalam tukar pendapat.
7. Kesempatan humor bercanda dan bersantai.
8. Tingkat saling kepercayaan dan keterbukaan.
9. Keberanian menanggung resiko/siap gagal.

Dimensi kondisi kerja menurut Sexton (2006) yaitu :

1. Gangguan komunikasi, dimana komunikasi yang tidak berjalan lancar dan baik dapat menyebabkan kondisi kerja yang kurang baik
2. Kedisiplinan petugas, kondisi kerja sangat ditentukan oleh kedisiplinan petugas, petugas yang disiplin mencerminkan baiknya suatu lingkungan kerja.
3. Pelatihan untuk petugas yang baru

f. Persepsi manajemen

Persepsi merupakan salah satu aspek psikologis yang penting bagi manusia dalam merespon kehadiran berbagai aspek dan gejala di sekitarnya. Persepsi mengandung pengertian yang sangat luas, menyangkut internal dan eksternal. Berbagai ahli telah memberikan definisi yang beragam tentang persepsi, walaupun pada prinsipnya mengandung makna yang sama. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, persepsi adalah tanggapan (penerimaan) langsung dari sesuatu. Proses seseorang mengetahui beberapa hal melalui panca inderanya.

Sugihartono, dkk (2007: 8) mengemukakan bahwa persepsi adalah kemampuan otak dalam menerjemahkan stimulus atau proses untuk menerjemahkan stimulus yang masuk ke dalam alat indera manusia. Persepsi manusia terdapat perbedaan sudut pandang dalam penginderaan. Ada yang mempersepsikan sesuatu itu baik atau persepsi yang positif maupun persepsi negatif yang akan mempengaruhi tindakan manusia yang tampak atau nyata.

Bimo Walgito (2004: 70) mengungkapkan bahwa persepsi merupakan suatu proses pengorganisasian, penginterpretasian terhadap stimulus yang diterima oleh organisme atau individu sehingga menjadi sesuatu yang berarti, dan merupakan aktivitas yang integrated dalam diri individu. Respon sebagai akibat dari persepsi dapat diambil oleh individu dengan berbagai macam bentuk. Stimulus mana yang akan mendapatkan respon dari individu tergantung pada perhatian individu yang bersangkutan. Berdasarkan hal tersebut, perasaan, kemampuan berfikir, pengalaman-pengalaman yang dimiliki individu tidak sama, maka dalam mempersepsi sesuatu stimulus, hasil persepsi mungkin akan berbeda antar individu satu dengan individu lain.

Adapun dimensi persepsi manajemen menurut Ching 2015 :

1. Dukungan manajemen
2. Sikap manajer
3. Peristiwa mempengaruhi pekerjaan
4. Pegawai yang memadai

g. Stress recognition

Stres adalah suatu kondisi ketegangan yang dapat mempengaruhi emosi, proses berfikir, dan kondisi seseorang (Hariyono, 2009). Stres di tempat kerja adalah masalah kehidupan modern, karena dampak meningkatnya psikososial, kemajuan ekonomi yang pesat yang tidak didibangi dengan hasil yang seimbang. Elci et al. (2012) stres dapat menyebabkan konsekuensi dari aspek fisik yang tidak diinginkan. Stres

yang berhubungan dengan pekerjaan adalah penyebab utama kesehatan yang buruk bagi pekerja. Hal ini dapat mengakibatkan adanya pergantian staf oleh pimpinan secara langsung yang akan mempengaruhi niat seorang pekerja untuk berpindah ke perusahaan atau organisasi lain. Didalam penelitian Mamewe (2015) mendapatkan hasil stres kerja berpengaruh terhadap niat keluar karyawan, semakin tinggi tingkat stres kerja yang dirasakan karyawan semakin besar niat karyawan untuk meninggalkan organisasi. Peters et al., (2012) kualitas kehidupan pekerja dapat menimbulkan stres pada pekerja. Sebagai pekerja yang mempunyai keluarga pasti ada beban yang mengharuskan pekerja ada gaji sesuai tuntutan kehidupan dari pekerja, jika kebutuhan itu tidak terpenuhi akan mengakibatkan stres dan niat bekerja kurang serta memunculkan niat untuk keluar dari perusahaan

1). Faktor-Faktor yang Menyebabkan Stres

Secara umum, Pedak (2009) membagi faktor-faktor yang dapat menyebabkan stres menjadi tiga, yaitu :

a). Stressor Ruhani (spiritual)

Stressor jenis ini berhubungan dengan ke-diri-an manusia. Stresor ini timbul karena kecintaan manusia yang mendalam terhadap dirinya sendiri. Hal yang paling membuat manusia stres adalah ketakutan akan kematian dan rasa cinta terhadap kedudukan, harta dan sesama manusia.

b) Stresor Mental (psikologi)

Stressor jenis ini berhubungan dengan adanya tekanan yang timbul akibat perlakuan orang lain. tekanan itu akan membuat batin kita timbul rasa benci, marah atau sedih.

c) Stressor Jasmani (fisikal)

Stressor jenis ini berhubungan dengan faktor nutrisi dan lingkungan. Pola makan yang tidak baik juga menyebabkan stres. Misalnya stres dapat meningkat akibat terlalu banyak mengonsumsi gula, kafein, alkohol, garam, dan lemak serta sedikit mengonsumsi zat-zat gizi. Sedangkan faktor lingkungan misalnya adanya mikroorganisme, populasi udara, asap rokok, temperatur dan gerakan fisik.

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang menyebabkan munculnya stres (stressor) terbagi menjadi tiga yaitu, stressor ruhani (spiritual), stressor mental (psikologi) dan stressor jasmani (fisikal).

1. Aspek-aspek Stres

Sarafino dan Smith (2012) membagi aspek-aspek stres menjadi dua, yaitu :

a. Aspek Biologis

Aspek biologis dari stres yaitu berupa gejala fisik. Gejala fisik dari stres yang dialami individu antara lain sakit kepala, gangguan tidur, gangguan pencernaan, gangguan makan, gangguan kulit, dan produksi keringat yang berlebihan. Disamping

itu gejala fisik lainnya juga ditandai dengan adanya otot-otot tegang, pernafasan dan jantung tidak teratur, gugup, cemas, gelisah, perubahan nafsu makan, maag dan lain sebagainya (Wilkinson, 2002).

b. Aspek Psikologis

Aspek psikologis stres yaitu berupa gejala psikis. Gejala psikis dari stres antara lain:

1) Gejala Kognisi (Pikiran)

Kondisi stres dapat mengganggu proses pikir individu. Individu yang mengalami stres cenderung mengalami gangguan daya ingat, perhatian, dan konsentrasi. Disamping itu Davis, Nelson & Agus (dalam Amin & Al-fandi, 2007) menyebutkan bahwa gejala kognisi ditandai juga dengan adanya harga diri yang rendah, takut gagal, mudah bertindak memalukan, cemas akan masa depan dan emosi labil.

2) Gejala Emosi

Kondisi stres dapat mengganggu kestabilan emosi individu. Individu yang mengalami stres akan menunjukkan gejala mudah marah, kecemasan yang berlebihan terhadap segala sesuatu, merasa sedih, dan depresi. Gejala emosi lainnya juga ditandai dengan adanya perasaan tidak mampu mengatasi masalah, merasa ketakutan atau ciut hati, merasa

tertekan dan mudah marah (Wilkinson, 2002 ; Davis, Nelson & Agus dalam Amin & Al-fandi, 2007).

4) Gejala Tingkah Laku

Kondisi stres dapat mempengaruhi tingkah laku sehari-hari yang cenderung negatif sehingga menimbulkan masalah dalam hubungan interpersonal. Gejala tingkah laku yang muncul adalah sulit bekerja sama, kehilangan minat, tidak mampu rileks, mudah terkejut atau kaget, kebutuhan seks, obat-obatan, alkohol dan merokok cenderung meningkat (Wilkinson, 2002 ; Davis, Nelson & Agus dalam Amin & Al fandi, 2007).

2. Dimensi Stres

Cohen, Kamarck dan Mermelstein (1983) membagi dimensi stres menjadi tiga yang disebut sebagai “the perceived stress scale”, yaitu :

a. Perasaan yang Tidak Terprediksi (*feeling of unpredictability*)

Individu yang tidak mampu memprediksi peristiwa yang terjadi dalam kehidupannya secara tiba-tiba, maka individu tersebut akan menjadi tidak berdaya dan merasa putus asa.

b. Perasaan yang Tidak Terkontrol (*feeling of uncontrollability*)

Perasaan yang tidak terkontrol terjadi ketika individu tidak mampu mengendalikan diri atas berbagai tuntutan eksternal termasuk

lingkungan sehingga memberikan efek pada perilaku individu yang dijadikan sebagai pengalaman individu.

c. Perasaan Tertekan (*feeling of overloaded*)

Perasaan tertekan ditandai dengan berbagai gejala termasuk perasaan benci, harga diri rendah, perasaan sedih, cemas, gejala psikosomatis dan lain sebagainya. Cohen & Williamson (1988) menjelaskan bahwa individu dengan perasaan tertekan lebih mungkin untuk mengalami stres dibandingkan dengan individu yang tidak mengalami perasaan tertekan.

Institute Of Medicine melalui laporannya *To Err Is Human : Building A Safer Health System* menekankan bahwa yang meningkatkan pencegahan terhadap insiden adalah berupa faktor yang sistemik artinya tidak hanya berasal dari kinerja seorang perawat dokter, atau tenaga kesehatan lain (Sanders et al, 1993). Laporan tersebut juga memberi perhatian pada faktor komunitas manusia yang terlibat pada masalah pelayanan kesehatan. Insiden keselamatan pasien dihasilkan dari interaksi atau kecenderungan dari beberapa faktor yang diperlukan kecuali beberapa faktor yang tidak sesuai. Kekurangan pada faktor-faktor tersebut terlihat pada sistem, telah lama ada sebelum terjadi suatu insiden. Yang menjadi poin penting adalah pada pemahaman bahwa ada kebutuhan untuk menyadari dan memahami fungsi dari banyaknya sistem yang masing-masing berkaitan dengan setiap penyedia layanan kesehatan dan bagaimana kebijakan serta tindakan yang diambil pada

suatu bagian (dalam sistem tersebut) akan berdampak pada keamanan, kualitas, dan efisiensi pada sistem bagian lainnya.

Pendekatan sistem memberikan perspektif yang luas dalam mencari solusi dalam lingkungan secara fisik dan budaya. Sebagai contoh yaitu bagaimana pengaturan unit, prosedur pelayanan kesehatan, transfer pengetahuan oleh organisasi, kesalahan teknis, kurangnya kebijakan dan prosedur, komunikasi antar tim dan isu dalam ketenagaan mempengaruhi seorang individu dalam memberikan layanan yang aman dan berkualitas. Apabila hal tersebut tidak terpenuhi maka akan menghasilkan *error* atau kesalahan (Carayon, 2006). Menurut Carayon (2006) tipe *error* dan bahaya dapat terklarifikasi menurut domain atau kejadian dalam spektrum pelayanan kesehatan. Akar permasalahan dari bahaya teridentifikasi menurut definisi berikut yaitu :

- a. *Latent Failure*, yaitu melibatkan pengambilan keputusan yang mempengaruhi kebijakan, prosedur organisasi, dan alokasi sumber daya
- b. *Active Failure*, yaitu kontak langsung dengan pasien.
- c. *Organizational Failure*, yaitu kegagalan secara tidak langsung yang melibatkan manajemen, budaya, organisasi, proses/ protokol, transfer pengetahuan, dan faktor eksternal
- d. *Technical Failure*, yaitu kegagalan secara tidak langsung dari fasilitas atau sumber daya eksternal

Depkes (2008) mengungkapkan bahwa faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien adalah faktor eksternal/

luar rumah sakit, faktor organisasi dan manajemen, faktor lingkungan kerja, faktor tim, faktor petugas dan kinerja, faktor tugas, faktor pasien, dan faktor komunikasi.

WHO (2009) juga turut mengembangkan model yang sangat berhubungan dengan penyebab insiden keselamatan pasien. WHO membagi penyebab insiden keselamatan pasien dalam empat kategori. Kategori tersebut yaitu kategori organisasi dan manajerial, kerja tim, individu, dan lingkungan. Organisasi dan manajerial terdiri atas budaya keselamatan dan kepemimpinan manajer, dan komunikasi. Kerja tim terdiri atas kerja tim dan supervisor. Individu terdiri atas kewaspadaan situasi, pengambilan keputusan, stres, dan kelelahan. Terakhir adalah lingkungan yang terdiri atas lingkungan kerja dan bahaya.

Selain itu dalam Buku *Medical Management : A Practical Guide* menjelaskan bahwa faktor yang berkontribusi dalam insiden keselamatan pasien terdiri atas faktor pasien, faktor individu, faktor tugas/ pekerjaan, faktor komunikasi, faktor kelompok/ tim, faktor pendidikan dan pelatihan, faktor peralatan dan sumber daya, faktor kondisi kerja, dan faktor organisasi. Faktor pasien meliputi kondisi klinik, faktor sosial, faktor fisik, faktor psikologis/ mental, dan hubungan interpersonal. Faktor individu meliputi keadaan fisik, psikologi, sosial, dan kepribadian. Faktor tugas meliputi pedoman/ prosedur, desain pekerjaan. Faktor komunikasi meliputi komunikasi verbal, non-verbal, tertulis, dan elektronik. Faktor tim meliputi peran, kesesuaian, kepemimpinan, dukungan. Faktor pendidikan dan

pelatihan yaitu kompetensi. Faktor peralatan dan sumber daya meliputi pengadaan peralatan dan penggunaan. Faktor kondisi kerja meliputi lingkungan, desain lingkungan fisik, dan beban kerja. Faktor organisasi meliputi struktur organisasi, kebijakan, dan budaya keselamatan (Markar & O'Sullivan, 2012).

D. Pengaruh Antara Iklim Keselamatan Pasien Dengan Budaya Keselamatan Pasien

Reason (1998) mengatakan bahwa penggunaan *safety culture* dan *safety climate* selama ini telah berjalan beriringan. Secara umum, *safety culture* merupakan budaya keselamatan organisasi, sedangkan *safety climate* merupakan pengukuran dari *safety culture* yang biasa menggunakan kuesioner. *Safety culture* merujuk pada bagaimana cara pasien mendapatkan keselamatan dan bagaimana cara organisasi mewujudkannya (The Health Foundation, 2011). *Safety climate* merupakan sebuah budaya yang dilakukan staf untuk mewujudkan keselamatan pasien pada organisasi. Selain itu, *safety culture* merepresentasikan semua aspek dari nilai-nilai pada organisasi dan tingkah laku tentang keselamatan, sedangkan *safety climate* lebih fokus pada persepsi dari staf tentang bagaimana keselamatan dapat dilakukan di organisasi (The Health Foundation, 2011). Saat ini penerapan survei terhadap *safety climate* di lingkungan *healthcare* sudah banyak dilakukan. Penerapan *safety climate* pada *healthcare* telah diakui sebagai strategi yang diperlukan untuk meningkatkan keselamatan penyedia jasa kesehatan serta pasien mereka (Pronovost dan Sexton, 2005).

Studi terbaru menunjukkan bahwa iklim keselamatan dikaitkan dengan sejumlah hasil yang diinginkan. Studi telah menemukan bahwa rumah sakit yang mengembangkan iklim keselamatan memiliki insiden keselamatan yang lebih sedikit seperti kesalahan pengobatan (KatzNavon, Naveh, & Stern, 2005) (Squires, M., Tourangeau, A., Laschinger, H. K. S., Doran, D., 2010). Iklim keselamatan dalam perawatan kesehatan juga telah dikaitkan dengan penurunan kecelakaan kerja (Gerson, Karkashian & Grosch, 2000; Hofmann & Mark, 2006). Brown & Wolosin (2013) menemukan bahwa iklim keselamatan pasien berkorelasi dengan penggunaan prosedur resiko jatuh, tingginya kerja sama tim dalam unit, dukungan manajemen rumah sakit, dan pelaporan kejadian jatuh. Iklim keselamatan pasien dipertimbangkan sebagai salah satu prinsip utama dalam organisasi perawatan kesehatan. Hal ini karena hampir setiap proses yang dilakukan oleh para profesional perawatan kesehatan yang berpotensi risiko dan menjadi masalah yang terkait dengan penggunaannya dalam praktek (Flin, Burns, Mearns, Yule, & Robertson, 2006). Dengan demikian, ada banyak kepentingan mengenai iklim keselamatan pasien dalam organisasi kesehatan karena memiliki potensi yang bermanfaat, terutama pengurangan kesalahan yang dapat menyebabkan konsekuensi serius untuk pasien (Singer, Falwell, Gaba, & Baker, 2008).

Tujuan iklim keselamatan pasien adalah untuk menghindari hasil yang merugikan atau mengurangi kemungkinan membahayakan pasien,

yang dihasilkan dari proses pelayanan kesehatan (Flin et al, 2006; Sexton et al, 2006). Ada banyak faktor yang dapat membentuk persepsi dukungan karyawan iklim keselamatan seperti pengawasan komunikasi interdisipliner, antar departemen, dan rekan (Duthie, 2006). Banyak peneliti telah mengusulkan bahwa iklim keselamatan pasien dapat mempromosikan dan meningkatkan keselamatan pasien, di samping itu untuk meningkatkan pelaporan organisasi kesalahan, pelaporan diri dari kesalahan, perilaku keselamatan dan audit peringkat keselamatan (Hellings, Schrooten, Klazinga, & Vleugels, 2007; Mearns, Flin, Gordon, & Fleming, 2001;. Singer et al, 2009; Zohar, 2000). Oleh karena itu, profesional kesehatan harus terus-menerus mengubah proses kolaborasi mereka untuk membuat iklim keselamatan pasien lebih efisien dan meningkatkan outcome pasien (Pronovost & Sexton, 2005)

Salah satu faktor yang berperan penting dalam meningkatkan keselamatan pasien adalah iklim keselamatan pasien di rumah sakit. Iklim keselamatan mengacu pada tingkat keselamatan pasien pada waktu tertentu dan tempat, relatif tidak stabil dan dapat berubah komponen atau kondisi dalam lingkungan saat ini (Byrom, 1997). Iklim keselamatan adalah bagian dari budaya keselamatan dan pada kenyataannya, tercermin dalam praktek budaya. Iklim keselamatan juga mengacu pada persepsi orang tentang keselamatan yang mempengaruhi motivasi masyarakat untuk melakukan tugas dan perilaku dengan cara yang aman (Zohar, 2010).

Salah satu asumsi yang mendasari konsep iklim keselamatan pasien adalah bahwa unit atau rumah sakit dengan tingkat iklim keselamatan pasien tinggi telah meningkatkan outcome pasien, seperti keselamatan pasien diberikan prioritas tinggi dalam perawatan sehari-hari (Halligan dan Zecevic, 2011). Misalnya, studi terbaru mengungkapkan bahwa unit dan rumah sakit dengan iklim keselamatan pasien yang tinggi memiliki tingkat pendaftaran kembali pasien yang lebih rendah (Hansen et al., 2011) insiden keselamatan yang rendah, indikator risiko keselamatan pasien (Singer et al., 2009 a,b), dan pelaporan insiden kritis pada kesalahan dan pasien jatuh yang rendah (Vogus dan Sutcliffe, 2007a,b).

Flin et al (2007) dalam kajian mereka mencatat bahwa manajemen/ supervisor, sistem keamanan, persepsi risiko, tuntutan pekerjaan, pelaporan/ berbicara, sikap keselamatan/ perilaku, komunikasi/ umpan balik, kerja sama tim, sumber daya pribadi dan faktor organisasi sebagai fitur iklim keselamatan dalam perawatan kesehatan

Iklim keselamatan dapat digunakan untuk menangkap snapshot dari dimensi yang berbeda dari iklim, misalnya, iklim kerja sama tim, iklim keselamatan, kepuasan kerja, pengakuan stres, persepsi manajemen satuan dan kondisi kerja. Persepsi dimensi yang berbeda dari iklim keselamatan bervariasi menurut jenis kelamin, profesi, senioritas dan peran organisasi.

E. Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Menurut World Health Organization, rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medis. Berdasarkan UU Republik Indonesia No.44 Tahun 2009 tentang RS, yang dimaksud dengan rumah sakit adalah institusi kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2. Fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan. Konsep fungsi rumah sakit yang tradisional yaitu sebagai tempat pengobatan penderitaan diluar tempat tinggal pasien (Taurany, 1985). Sedangkan fungsi rumah sakit yang ideal saat ini adalah tempat dimana bukan saja orang sakit yang mencari dan menerima perawatan, namun juga tempat dimana pendidikan klinis diberikan kepada para mahasiswa kedokteran, para perawat dan seluruh ahli kesehatan. Sedangkan menurut UU No. 44 tahun 2009, fungsi rumah sakit adalah: (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 dan ketiga sesuai kebutuhan medis. (c) Penyelenggara pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan. (d) Penyelenggaraan dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Rumah sakit adalah salah satu sistem kesehatan yang paling kompleks dan paling efektif di dunia (Rowland,1984). Hal ini disebabkan karena rumah sakit merupakan lembaga padat modal, padat karya, padat teknologi dan padat masalah yang dihadapi (Aditama, 2000) sehingga ilmu pengelolaan sebuah rumah sakit juga kompleks dengan disiplin ilmu, antara lain ilmu kedokteran, keperawatan, teknik, ekonomi, hukum maupun hubungan masyarakat (Adikoesomo, 1997).

3. Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

a) Jenis Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya.

- 1) Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.

Rumah sakit umum, memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit khusus, memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

- 2) Berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dapat dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat. Rumah sakit publik sebagaimana dimaksud dapat dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah sakit publik yang dikelola pemerintah dan pemerintah daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit publik yang dikelola pemerintah dan pemerintah daerah sebagaimana dimaksud tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit privat. Rumah sakit privat sebagaimana dimaksud dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau persero. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit dapat ditetapkan menjadi rumah sakit pendidikan setelah memenuhi persyaratan dan standar rumah sakit pendidikan

b) Klasifikasi Rumah Sakit Di Indonesia

Dalam rangka penyelenggaraan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus

diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit umum diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Rumah Sakit umum kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) subspecialis.
- 2) Rumah Sakit umum kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) subspecialis dasar.
- 3) Rumah Sakit umum kelas C adalah Rumah Sakit Umum Kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) spesialis penunjang medik.
- 4) Rumah Sakit umum kelas D adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar.

Klasifikasi Rumah Sakit khusus sebagaimana dimaksud terdiri atas:

Rumah Sakit khusus kelas A adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan

pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap. Rumah Sakit khusus kelas B adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas. Rumah Sakit khusus kelas C adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang minimal.

F. Penelitian Terdahulu

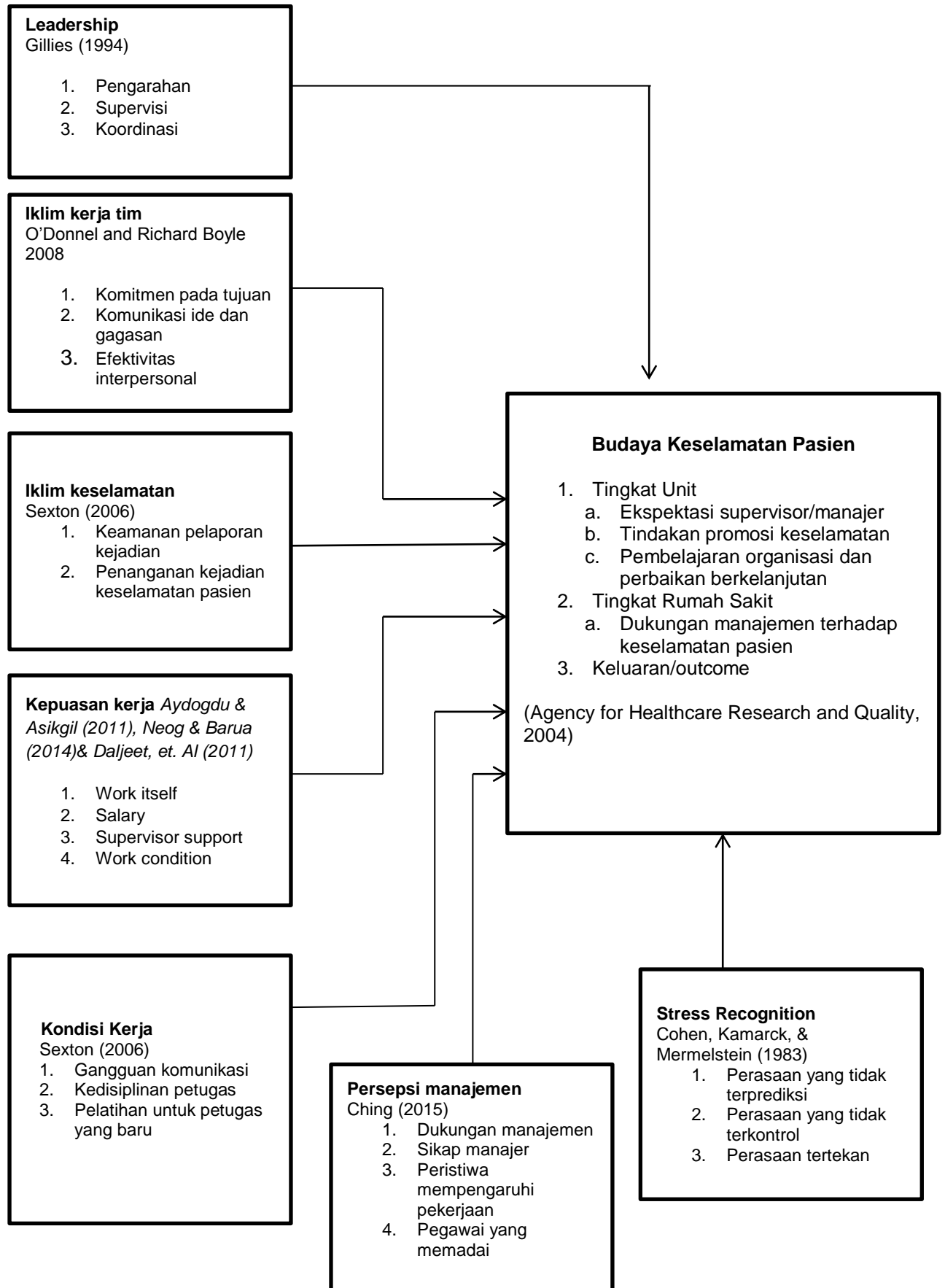
Tabel 2. Matriks Penelitian Terdahulu

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
1	Yii-Ching Lee, Hsin-Hung Wu, Wan-Lin Hsieh and Shao-Jen Weng, Liang-Po Hsieh, Chih-Hsuan Huang (2015)	<i>Applying importance-performance analysis to patient safety culture</i>	Untuk Meningkatkan dan mengembangkan strategi yang lebih baik mengenai keselamatan pasien di organisasi perawatan kesehatan	Penelitian dilakukan di kota Taichung Taiwan, sebanyak 505 responden. Reliabilitas kuesioner diukur menggunakan Cronbach's	Iklm kerja, iklim keselamatan, kepuasan kerja, pengakuan stres dan kondisi kerja berpengaruh kuat terhadap budaya keselamatan pasien
2	Fatemah Mohammad Alsaleh, Eman Ali Abahussain, Hamed Hamdi Altabaa, Mohammed Faisal AL-Bazzaz, & Noor Barak Almandil (2018)	<i>Assessment of patient safety culture: a Nationwide survey of community pharmacists in Kuwait</i>	Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi apakah praktik apoteker komunitas di Kuwait mendukung keselamatan pasien dan sejauh mana keselamatan merupakan prioritas	Penelitian dilakukan di Kuwait dengan responden 255 apoteker. Dengan menggunakan cross-sectional deskriptif dengan analisis data menggunakan	Keselamatan pasien adalah prioritas strategis dalam banyak aspek standar keselamatan pasien di tingkat masyarakat apotek. Kerja Sama Tim, Peningkatan Pembelajaran

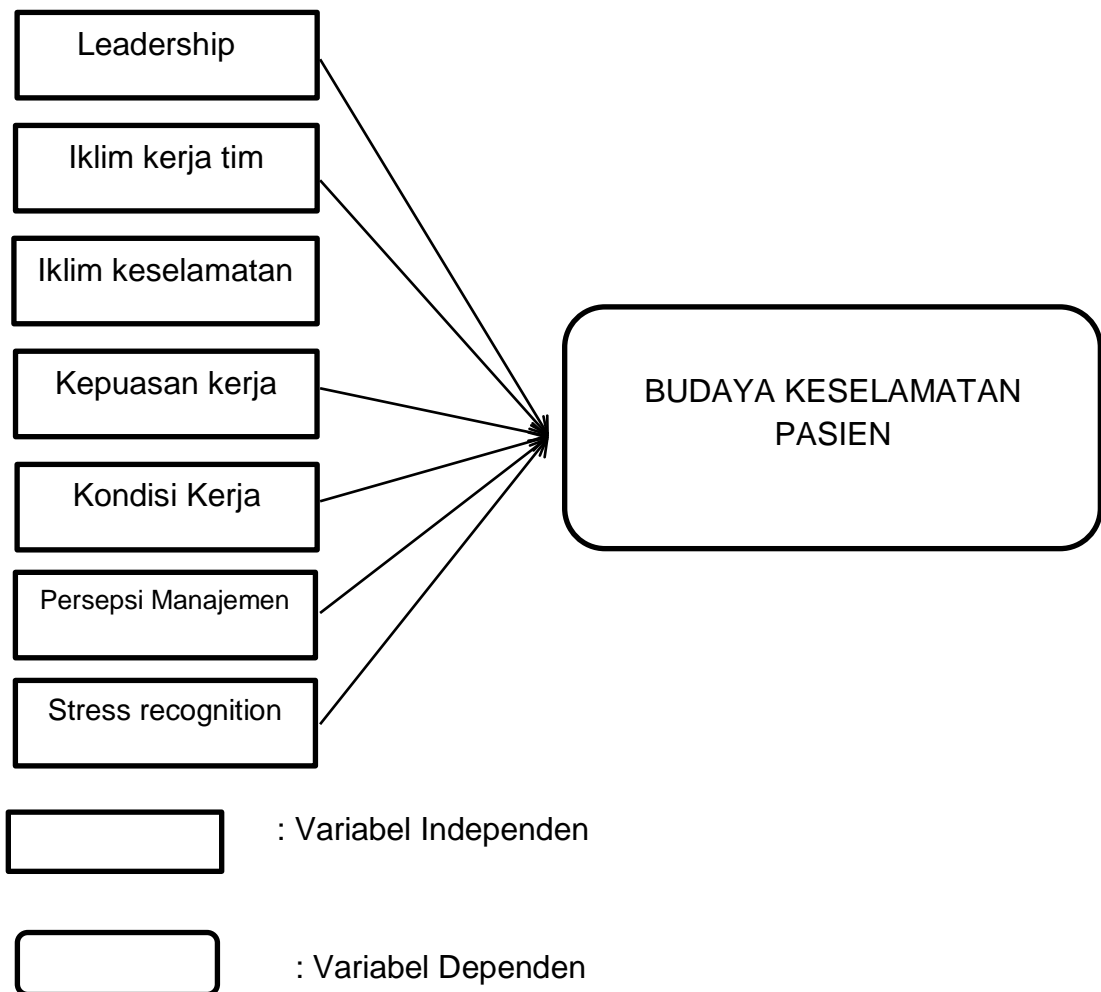
No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
			strategis	SPSS versi 24	Berkelanjutan Organisasi, dan Konseling Pasien berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan pasien.
3	Xiao Ping Xu, Yong Hong Gu, Chui Shan Ng, Xiao Cai, Jun Xu, Xin Shi Zhang, Dong Ge Ke, Qian Hui Yu, Chi Kuen Chan (2018)	Changing patient safety culture in China: a case study of an experimental Chinese hospital from a comparative perspective	Mengevaluasi budaya keselamatan pasien saat ini dalam rumah sakit Cina eksperimental dengan budaya manajemen rumah sakit Hong Kong, dan bertujuan untuk mengeksplorasi penerapan strategi keselamatan pasien Hong Kong dalam konteks Cina Daratan.	Penelitian dilakukan di Cina dengan Survei kuantitatif terhadap 307 anggota staf rumah sakit dilakukan dengan menggunakan Survei Rumah Sakit tentang kuesioner Budaya Keselamatan Pasien	Ekspektasi manajemen, tindakan dan dukungan untuk keselamatan pasien, laporan kejadian- dan komunikasi, dan kerja tim dalam unit berpengaruh positif terhadap budaya Keselamatan pasien
4	Sheila A. Boamah, Heather K. Spence	Effect of transformational leadership on job satisfaction	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk	Penelitian ini dilakukan di	Kepemimpinan transformational dan

No	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
	Laschinger, Carol Wong, Sean Clarke (2017)	and patient safety outcomes	menyelidiki pengaruh perilaku kepemimpinan transformasional manajer perawat pada kepuasan kerja dan hasil keselamatan pasien	Kanada, dengan sample yang random pada perawat sebanyak 378 orang dengan menggunakan analisis SEM.	kepuasan kerja berpengaruh terhadap hasil keselamatan pasien
5	Scott Alan Smith, Naomi Yount and Joann Sorra (2017)	Exploring relationships between hospital patient safety culture and Consumer Reports safety scores	Tujuan dari penelitian ini apakah persepsi budaya keselamatan pasien dari staf rumah sakit AS dalam survei nasional besar terkait konsumen melaporkan skor keselamatan di rumah sakit	Penelitian ini dilakukan di Amerika Serikat dengan jumlah responden 856 dengan menggunakan regresi linear multivariat	Penelitian ini menemukan hubungan antara persepsi staf rumah sakit terhadap budaya keselamatan pasien dan Consumer Reports Skor Keselamatan Rumah Sakit, yang merupakan gabungan dari pengalaman pasien

G.Kerangka Teori Penelitian



H. Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka Konsep

Kajian teori berdasarkan WHO (2009),
Sexton (2006) dan Ching (2015)

I. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan latar belakang masalah, rumusan masalah, dan kerangka konsep yang telah diuraikan maka hipotesis penelitian ini adalah :

Hipotesis H₀ :

1. Tidak ada pengaruh antara dimensi *leadership* dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019
2. Tidak ada pengaruh antara dimensi iklim *teamwork* dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019
3. Tidak ada pengaruh antara dimensi iklim keselamatan dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019
4. Tidak ada pengaruh antara dimensi kepuasan kerja dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019
5. Tidak ada pengaruh antara dimensi kondisi kerja dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019
6. Tidak ada pengaruh antara dimensi persepsi terhadap manajemen dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019

7. Tidak ada pengaruh antara dimensi *stress recognition* dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019

Hipotesis Ha :

1. Ada pengaruh antara dimensi *leadership* dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019
2. Ada pengaruh antara dimensi iklim *teamwork* dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019
3. Ada pengaruh antara dimensi iklim keselamatan dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019
4. Ada pengaruh antara dimensi kepuasan kerja dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019
5. Ada pengaruh antara dimensi kondisi kerja dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019
6. Ada pengaruh antara dimensi persepsi terhadap manajemen dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019

7. Ada pengaruh antara dimensi *stress recognition* dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019

J. Definisi Operasional

Tabel 3. Definisi Operasional Variabel Penelitian Iklim Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan Pasien

No	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Objektif & Hasil Pengukuran
1.	Budaya keselamatan pasien	Suatu 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.	Bentuk hasil dari perorangan atau Kelompok yang merupakan nilai dari tingkah laku, persepsi, kompetensi dan Kebiasaan yang menimbulkan komitmen dan pola dari suatu manajemen Kesehatan mengenai keselamatan pasien.	Kuisisioner dengan 42 pertanyaan penelitian, dengan kriteria: a. Sangat tidak setuju b. Tidak Setuju c. Setuju d. Sangat Setuju	Kuat = Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai ≥ 75 (total skor ≥ 119) Lemah = Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai 59,5%- 75% (total skor < 126) Lemah = Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai <59,5% (total skor < 100)
2.	<i>Leadership</i>	Seseorang yang mengarahkan dan mengkoordinasikan pekerjaan	Kemampuan kepala instalasi untuk mempengaruhi /mengarahkan stafnya untuk berpartisipasi	Kuesioner dengan 10 butir pertanyaan skala pengukuran menggunakan skala likert. 1=Sangat Tidak Setuju	Tinggi = Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai $\geq 62,5\%$ (total skor \geq

No	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Objektif & Hasil Pengukuran
			dalam mencapai tujuan organisasi mewujudkan keselamatan pasien	2=Tidak Setuju 3=Setuju 4=Sangat Setuju Skor tertinggi: $10 \times 4 = 40$ $40/40 \times 100\% = 100\%$ Skor terendah: $10 \times 1 = 10$ $10/40 \times 100\% = 25\%$ Range = $100\% - 25\% = 75\%$ Kategori = 2 Interval = $75\% / 2 = 37,5\%$ Range standar $100\% - 37,5\% = 62,5\%$	25) Rendah = Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai <62,5% (total skor < 25)
3.	Iklm Teamwork	Kualitas hubungan dan kerja sama di antara anggota tim	Pengakuan dan Perhatian antar rekan kerja dalam perawatan pasien untuk keselamatan pasien terkait dukungan dan koordinasi antar rekan kerja serta kemudahan dalam menyampaikan	Kuesioner sebanyak 6 pertanyaan, dengan pilihan jawaban: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju Skor tertinggi $6 \times 4 = 24$	Baik= Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai $\geq 62,5\%$ (total skor ≥ 15) Kurang Baik = Jika persentase total jawaban responden

No	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Objektif & Hasil Pengukuran
			saran dan masukan	$24/24 \times 100\% = 100\%$ Skor terendah $6 \times 1 = 6$ $6/24 \times 100 = 25\%$ Range = $100\% - 25\% = 75\%$ Kategori = 2 Interval = $75\% / 2 = 37,5\%$ Range standar $100\% - 37,5\% = 62,5\%$ (Sugiyono, 2011)	memiliki nilai <math><62,5\%</math> (total skor <math>< 15 </math>)
4	Iklm Keselamatan	Persepsi profesional dari komitmen organisasi untuk keselamatan pasien	Persepsi petugas tentang komitmen organisasi untuk keselamatan pasien terkait keamanan, pelaporan kejadian dan penanganan kejadian keselamatan pasien	Kuesioner sebanyak 6 pertanyaan, dengan pilihan jawaban: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju Skor tertinggi $6 \times 4 = 24$ $24/24 \times 100\% = 100\%$ Skor terendah $6 \times 1 = 6$ $6/24 \times 100 = 25\%$ Range = $100\% - 25\% =$	Baik = Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai $\geq 62,5\%$ (total skor ≥ 15) Kurang baik = Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai <math><62,5\%</math> (total skor <math>< 15 </math>)

No	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Objektif & Hasil Pengukuran
				75% Kategori = 2 Interval = $75\%/2 = 37,5\%$ Range standar $100\% - 37,5\% = 62,5\%$	
				(Sugiyono, 2011)	
5.	Kepuasan Kerja	Pandangan positif dari tempat kerja	Keadaan emosional yang dimiliki petugas dalam memandang hal – hal yang berkaitan dengan tempat kerjanya terkait: rasa suka dan rasa bangga dengan tempat kerjanya	Kuesioner sebanyak 5 pertanyaan, dengan pilihan jawaban: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju Skor tertinggi $5 \times 4 = 20$ $20/20 \times 100\% = 100\%$ Skor terendah $5 \times 1 = 5$ $5/20 \times 100 = 25\%$ Range = $100\% - 25\% = 75\%$ Kategori = 2 Interval = $75\%/2 = 37,5\%$ Range standar $100\% -$	Puas = Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai $\geq 62,5\%$ (total skor ≥ 13) Tidak puas = Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai $< 62,5\%$ (total skor < 13)

No	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Objektif & Hasil Pengukuran
				37,5% = 62,5% (Sugiyono, 2011)	
6	Kondisi Kerja	Kualitas lingkungan kerja	Kondisi lingkungan kerja petugas terkait keselamatan pasien dalam hal informasi diagnostik dan terapeutik, gangguan komunikasi, kedisiplinan petugas, pelatihan untuk petugas yang baru	Kuesioner sebanyak 4 pertanyaan, dengan pilihan jawaban: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju Skor tertinggi $4 \times 4 = 16$ $16/16 \times 100\% = 100\%$ Skor terendah $4 \times 1 = 4$ $4/16 \times 100 = 25\%$ Range = $100\% - 25\% = 75\%$ Kategori = 2 Interval = $75\%/2 = 37,5\%$ Range standar $100\% - 37,5\% = 62,5\%$ (Sugiyono, 2011)	Baik = Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai $\geq 62,5\%$ (total skor ≥ 10) Kurang baik = Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai $< 62,5\%$ (total skor < 10)
7	Persepsi Manajemen	Persetujuan tindakan	Persepsi petugas terkait dukungan dari	Kuesioner sebanyak 4 pertanyaan, dengan pilihan	Baik = Jika persentase total

No	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Objektif & Hasil Pengukuran
		manajemen pada layanan di mana karya-karya profesional atau di rumah sakit	manajemen dalam penerapan tindakan keselamatan pasien terkait: upaya-upaya keselamatan pasien, informasi, penanganan dari kejadian keselamatan pasien	jawaban: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju Skor tertinggi $4 \times 4 = 16$ $16/16 \times 100\% = 100\%$ Skor terendah $4 \times 1 = 4$ $4/16 \times 100 = 25\%$ Range = $100\% - 25\% = 75\%$ Kategori = 2 Interval = $75\%/2 = 37,5\%$ Range standar $100\% - 37,5\% = 62,5\%$ (Sugiyono, 2011)	jawaban responden memiliki nilai $\geq 62,5\%$ (total skor ≥ 10) Kurang baik = Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai $< 62,5\%$ (total skor < 10)
8	<i>Stress recognition</i>	Pengakuan dari sejauh mana stres dapat mempengaruhi praktek kerja	Pengakuan dari petugas terkait beban kerja, rasa lelah dan kesalahan dalam bekerja mempengaruhi kinerja petugas	Kuesioner sebanyak 4 pertanyaan, dengan pilihan jawaban: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju	Stres = Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai $\geq 62,5\%$ (total skor ≥ 10)

No	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Objektif & Hasil Pengukuran
				<p>4. Sangat setuju</p> <p>Skor tertinggi $4 \times 4 = 16$ $16/16 \times 100\% = 100\%$</p> <p>Skor terendah $4 \times 1 = 4$ $4/16 \times 100 = 25\%$ Range = $100\% - 25\% = 75\%$ Kategori = 2 Interval = $75\%/2 = 37,5\%$ Range standar $100\% - 37,5\% = 62,5\%$</p>	<p>Tidak stres = Jika persentase total jawaban responden memiliki nilai <62,5% (total skor < 10)</p>
				(Sugiyono, 2011)	

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah jenis penelitian kuantitatif menggunakan studi observasional analitik dengan desain *cross sectional* yaitu suatu desain/rancangan yang mengkaji dinamika pengaruh antara variabel independen yaitu Iklim keselamatan pasien terhadap variabel dependen yaitu budaya keselamatan pasien pada saat yang bersamaan (Arikunto, 2010).

B. Lokasi Dan Waktu

Penelitian ini akan dilaksanakan di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare pada bulan Mei-Juni 2019.

C. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri dari objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh staf pada beberapa instalasi yang kontak dengan pasien banyak terjadi dan keselamatan pasien banyak diterapkan yaitu pada instalasi rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, ICU, kamar operasi, radiologi, laboratorium, farmasi dan gizi. Jumlah total populasi adalah 231 orang. Berikut merupakan rincian jumlah subpopulasi dari setiap instalasi di Rumah Sakit Umum Daerah Andi Makkasau Kota Parepare.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2013). Untuk penelitian sosial, pendidikan, ekonomi, dan politik atau yang berkaitan dengan masyarakat yang karakteristiknya heterogen, pengambilan sampel harus memenuhi syarat tentang besaran sampel dan syarat representative atau mewakili seluruh populasi (Riduwan,2009).

Adapun besar sampel ditentukan dengan menggunakan rumus *Lameshow* sebagai berikut:

$$n = \frac{N(Z^2) PQ}{(d^2).(N - 1) + Z^2PQ}$$

Keterangan :

- n = Jumlah Sampel
- N = Besar populasi (231)
- Z = Taraf Kesalahan 5% (1,96)
- P = Q = 0,5
- d = Derajat Ketepatan 5% (0,05)

$$n = \frac{231 (1,96^2) 0,5 \times 0,5}{(0,05^2) \times (231 - 1) + 231^2 \cdot 0,5 \times 0,5}$$

= **158 Orang**

Tabel 4. Proporsi Sampel Penelitian Pada RSUD Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2019

No	Instalasi	Populasi	Perhitungan ($n_i = N_i \cdot n/N$)	Sampel
1	Intensive Care Unit	12	$12 \times 158/231$	8
2	Instalasi Gawat Darurat	23	$23 \times 158/231$	16
3	Instalasi Rawat Inap	98	$98 \times 158/231$	67
4	Instalasi Rawat Jalan	13	$13 \times 158/231$	9
5	Instalasi Kamar Operasi	15	$15 \times 158/231$	10
6	Instalasi Farmasi	25	$25 \times 158/231$	17
7	Instalasi Laboratorium	12	$12 \times 158/231$	8
8	Instalasi Radiologi	8	$8 \times 158/231$	6
9	Instalasi Gizi	25	$25 \times 158/231$	17
Total				158

Sumber: Olah Data Peneliti

Teknik Pengambilan sampel Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan metode *purposive sampling*, yaitu sampel dipilih berdasarkan kriteria tertentu yang terlebih dahulu telah ditetapkan oleh peneliti sebelumnya, dengan beberapa kriteria yaitu sebagai berikut :

a) Kriteria inklusi Kriteria inklusi adalah karakteristik umum dari subjek penelitian yang layak untuk dilakukan penelitian atau dijadikan responden. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Berada dilokasi penelitian saat penelitian berlangsung
- 2) Bersedia menjadi sampel dalam penelitian ini
- 3) Bisa baca tulis
- 4) Tidak sedang menderita suatu penyakit lain tertentu yang dapat mengganggu proses penelitian

b) Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan subjek penelitian yang tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian.

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Tidak berada dilokasi penelitian saat penelitian berlangsung
- 2) Tidak bersedia menjadi subjek penelitian atau menjadi responden
- 3) Tidak memiliki data yang lengkap

D. Jenis Data Dan Sumber Data

1. Data Primer

Data primer yang diperoleh melalui kuesioner sebagai panduan yang dibagikan kepada responden untuk mendapatkan data mengenai variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen adalah Iklim keselamatan pasien, kuesioner yang digunakan adalah kuesioner yang diadaptasi dari penelitian terdahulu, untuk variabel independen *leadership* berdasarkan penelitian Silalahi, 2017, untuk variabel independen iklim *teamwork*, iklim keselamatan pasien, kepuasan kerja, kondisi kerja, persepsi manajemen dan *stress recognition* berdasarkan penelitian Harahap, 2017, dan untuk variabel dependen budaya keselamatan pasien berdasarkan penelitian Astuti, 2018.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah informasi yang dikumpulkan dari sumber yang telah ada (Sekaran, 2006). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan sumber data sekunder dari Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare yaitu Angka insiden keselamatan pasien, dan pencapaian dimensi budaya keselamatan pasien, dan teori-teori dari berbagai literature yang terdahulu yang menunjang penelitian.

E. Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpul dengan menggunakan kuesioner yang berupa daftar pernyataan dan pertanyaan. Teknik pengumpulan data sekunder yang dilakukan dengan mempelajari laporan rumah sakit dan instansi lain yang terkait dengan topik penelitian.

F. Variabel Penelitian

Instrumen pengukuran yang dipergunakan pada penelitian ini sebagai alat ukur untuk pengumpulan data adalah kuesioner yang berbentuk isian. Kuesioner ini berisi pertanyaan tentang variabel – variabel penelitian yang akan diteliti.

G. Teknik Analisa Data

1. Analisis *Univariat*

Analisis *univariat* dilakukan untuk mendapatkan gambaran umum masalah penelitian dengan cara mendeskripsikan tiap-tiap variabel yang digunakan dalam penelitian dan karakteristik dari responden. Analisa *Univariat* dilakukan dengan deskriptif dan frekuensi.

2. Analisis *Bivariat*

Analisis *bivariat* dilakukan dengan melihat pengaruh antar masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen, melihat besaran pengaruh dua variabel yaitu antara dimensi iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien. Pada Analisis *Bivariat* dilakukan dengan Uji *Regresi linier berganda*.

3. Analisis *Multivariat*

Analisis yang digunakan untuk melihat besaran pengaruh yang signifikan secara bersama-sama variabel independen dan variabel dependen dan menggunakan analisis *regresi linier berganda*, yakni menganalisis pengaruh variabel iklim keselamatan pasien yang signifikan terhadap variabel budaya keselamatan pasien.

4. Uji Validitas Dan Reabilitas

Uji validitas dilakukan untuk mengetahui sejauhmana tingkat validitas instrumen yang digunakan dalam penelitian. Sugiyono (2012) menjelaskan bahwa instrumen yang valid adalah instrumen yang dapat

digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur. Sedangkan uji reliabilitas merupakan uji yang digunakan untuk mengetahui sejauhmana hasil pengukuran yang dilakukan dengan instrumen dapat dipercaya. Dengan menggunakan instrumen yang valid dan reliabel dalam pengumpulan data maka diharapkan hasil penelitian akan menjadi valid dan reliabel. Validitas kuesioner dapat diketahui dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Pertanyaan kuesioner dikatakan valid jika skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya.. Bila r hitung lebih besar dari r tabel berarti variabel valid, bila r hitung lebih kecil dari r tabel berarti variabel tidak valid. Hasil uji akan dianggap valid apabila nilai r hitung yang diperoleh lebih besar dari nilai 0,30(r tabel). Uji reliabilitas dilakukan dengan cara melakukan uji Cronbach Alpha. Apabila nilai Cronbach Alpha lebih besar atau sama dengan 0,6 artinya variabel reliabel, dan apabila nilai Cronbach Alpha lebih kecil dari 0,6 artinya variabel tidak reliabel. Berdasarkan uji validitas dan reliabilitas yang dilakukan terhadap kuesioner penelitian ini diperoleh kesimpulan bahwa seluruh pertanyaan kuesioner dinyatakan valid dan reliabel.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

1. Sejarah Umum Rumah Sakit Umum Daerah Andi Makkasau Kota

Parepare

Rumah Sakit Umum Daerah Andi Makkasau Kota Parepare merupakan salah satu rumah sakit pemerintah yang dibangun dengan bantuan Bank Dunia pada tahun 1985 dan mulai dimanfaatkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, serta mulai dioperasikan oleh masyarakat pada tanggal 1 Juli 1987 walaupun peresmiannya dilaksanakan pada tanggal 18 Oktober 1988 oleh **Menteri Kesehatan Republik Indonesia** sebagai Rumah Sakit Umum Daerah Kota Parepare dengan tipe kelas C.

Pada tanggal 10 Januari 2005, Rumah Sakit Umum Daerah Andi Makkasau Kota Parepare telah berhasil memperoleh sertifikat akreditasi penuh tingkat dasar oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit untuk 5 (lima) jenis pelayanan, antara lain: pelayanan administrasi, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan dan pelayanan rekam medik.

Selanjutnya pada tanggal 9 Februari 2007, Rumah Sakit Umum Daerah Andi Makkasau Parepare kembali berhasil memperoleh sertifikat akreditasi penuh tingkat lanjutan oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit untuk 12 (dua belas) jenis pelayanan, antara lain: pelayanan administrasi,

pelayanan medik, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan, pelayanan rekam medis, pelayanan bedah sentral, pelayanan perinatal, pelayanan laboratorium, pelayanan radiologi, pelayanan farmasi, pelayanan gizi, serta kesehatan dan keselamatan kerja.

Tanggal 29 Juli 2008, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Andi Makkasau Kota Parepare ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia sebagai salah satu Rumah Sakit Model Akreditasi Indonesia dan pada tanggal 31 Oktober 2008, RSUD Andi Makkasau Kota Parepare mendapatkan penghargaan dari **Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara** dalam rangka kompetisi Unit Pelayanan Publik antar kabupaten/ kota, berupa piagam Citra Pelayanan Prima.

Sejalan dengan perkembangan RSUD Andi Makkasau Kota Parepare sebagai salah satu rumah sakit rujukan di Provinsi Sulawesi Selatan, maka pada tanggal 7 Mei 2009, statusnya ditingkatkan menjadi Rumah Sakit tipe B Non Pendidikan dan pada tanggal 3 November 2010 ditetapkan sebagai Rumah Sakit yang menerapkan pola Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) melalui **Keputusan Walikota Parepare Nomor 475 Tahun 2010**.

2. Visi, Misi dan Tata Nilai RSUD Andi Makkasau Kota Parepare

Untuk menjalankan kegiatan operasionalnya, RSUD Andi Makkasau Kota Parepare telah menetapkan visi dan misi rumah sakit, yang merupakan pernyataan tujuan jangka panjang rumah sakit, termasuk strategi yang akan digunakan untuk berkompetisi. Visi RSUD Andi

Makkasau Kota Parepare adalah “*Menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan, dan Pendidikan Yang Unggul berstandar Internasional*”.

Untuk mewujudkan visinya, RSUD Andi Makkasau Kota Parepare memiliki misi sebagai berikut :

- a. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berorientasi pada pelanggan
- b. Meningkatkan daya saing rumah sakit melalui pengembangan layanan unggulan
- c. Menyelenggarakan pelayanan pendidikan, pelatihan, dan penelitian kesehatan
- d. Mewujudkan pengelolaan rumah sakit yang mandiri, professional dan transparan.

Dalam mewujudkan visi dan misi, maka RSUD Andi Makkasau Kota Parepare mempunyai tata nilai yaitu sebagai berikut :

- a. Professional

Memberikan pelayanan sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta tidak bertentangan dengan norma-norma yang berlaku.

- b. Ramah

Dalam memberikan pelayanan senantiasa mengedepankan sifat empati, ikhlas sopan dan santun dan mendengar apa yang menjadi kebutuhan dan harapan pelanggan.

c. Integritas

Memberikan pelayanan secara bermutu, adil, jujur dan tanpa membedakan (anti diskriminasi)

d. Mandiri

Pengelolaan rumah sakit dilakukan secara professional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

e. Amanah

Mampu melaksanakan tanggung jawab yang dibebankan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

B. Jenis Pelayanan

Di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare ada 12 Jenis Pelayanan yaitu :

- a. Pelayanan Instalasi Rawat Darurat
- b. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan
- c. Pelayanan Instalasi Rawat Inap
- d. Pelayanan Bedah Sentral
- e. Pelayanan persalinan dan peritanalogi.
- f. Pelayanan intensif
- g. Pelayanan Radiologi
- h. Pelayanan laboratorium patologi klinik
- i. Pelayanan rehabilitasi medik
- j. Pelayanan farmasi
- k. Pelayanan Gizi

- l. Pelayanan Tranfusi darah
- m. Pelayanan pasien keluarga miskin
- n. Pelayanan Rekam Medik
- o. Pelayanan pengelolaan Limbah
- p. Pelayanan administrasi dan manajemen
- q. Pelayanan ambulance atau mobil jenazah
- r. Pelayanan perawatan Jenazah
- s. Pelayanan Laundry
- t. Pelayanan Pemeliharaan sarana Rumah Sakit
- u. Pelayanan Pencegahan pengendalian
- v. Pelayanan Keamanan

B. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare dengan jumlah sampel sebesar 158 responden. Hasil penelitian akan dijelaskan di bawah ini dalam dua bagian yaitu karakteristik responden dan variabel penelitian.

4. Karakteristik Responden

Karakteristik responden mencakup umur, jenis kelamin, masa kerja, tingkat pendidikan, dan profesi responden. Karakteristik responden akan diuraikan pada tabel di bawah ini.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Kelompok Umur Responden di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Karakteritik Responden	N	%
Umur (Tahun)		
17-25	21	13,3
26-35	115	72,8
36-45	20	12,7
46-55	2	1,3
Total	158	100

Sumber : *Data Primer*

Tabel di atas menunjukkan bahwa responden paling banyak terdapat dalam golongan umur 26-35 tahun yaitu sebanyak 115 responden. Paling sedikit terdapat pada golongan umur 46-55 tahun yaitu sebanyak 2 responden.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin Responden di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Karakteritik Responden	N	%
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	38	24,1
Perempuan	120	75,9
Total	158	100

Sumber : *Data Primer*

Tabel di atas menunjukkan bahwa jenis kelamin responden mayoritas adalah perempuan. Sebanyak 120 responden berjenis kelamin perempuan sedangkan jenis kelamin laki-laki sebanyak 38 responden.

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Masa Kerja di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Karakteritik Responden	N	%
Masa Kerja		
< 1 Tahun	33	20,9
1-5 Tahun	70	44,3
> 5 Tahun	55	34,8
Total	158	100

Sumber : *Data Primer*

Tabel di atas menunjukkan bahwa masa kerja responden terbanyak adalah 1-5 Tahun sebanyak 70 responden. Responden dengan masa kerja < 1 Tahun hanya sebanyak 33 responden.

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Tingkat Pendidikan Responden di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Karakteritik Responden	N	%
Tingkat Pendidikan		
SMA/ sederajat	0	0
D3/ sederajat	32	20,3
S1	124	78,5
S2	2	1,3
Total	158	100

Sumber : *Data Primer*

Tabel di atas menunjukkan bahwa 124 responden memiliki tingkat pendidikan S1 sedangkan hanya 2 responden yang memiliki tingkat pendidikan S2.

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Profesi Responden di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Karakteristik Responden	N	%
Profesi		
Dokter	20	12,7
Perawat	94	59,5
Apoteker	17	10,8
Laboran	5	3,2
Radiografer	5	3,2
Gizi	17	10,8
Total	158	100

Sumber : *Data Primer*

Tabel di atas menunjukkan bahwa profesi responden terbanyak adalah perawat sebanyak 94 responden. Responden dengan profesi radiografer dan laboran hanya 5 orang.

Tabel 10. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Sosialisasi Patient Safety di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Karakteristik Responden	N	%
Sosialisasi Patient Safety		
Ya	147	93
Tidak	11	7
Total	158	100

Sumber : *Data Primer*

Tabel di atas menunjukkan bahwa responden yang telah mengikuti sosialisasi patient safety sebanyak 147 responden. Sedangkan yang belum mengikuti sosialisasi patient safety hanya 11 orang responden.

Tabel 11. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Pelatihan Patient Safety di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Karakteristik Responden	N	%
Pelatihan Patient Safety		
Ya	107	67,7
Tidak	51	32,3
Total	158	100

Sumber : *Data Primer*

Tabel di atas menunjukkan bahwa responden yang telah mengikuti pelatihan patient safety sebanyak 107 responden. Sedangkan yang belum mengikuti pelatihan patient safety hanya 51 orang responden.

5. Deskripsi Jawaban Responden Menurut Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah iklim keselamatan pasien sebagai variabel independen dan terdiri atas *leadership*, iklim *teamwork*, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi kerja, persepsi manajemen, dan *stress recognition*. Berikut ini dibahas mengenai budaya keselamatan pasien di rumah sakit umum andi makkasau kota Parepare.

a. *Leadeship*

Dimensi *leadership* terdiri atas 10 item pertanyaan. Adapun distribusi penilaian responden terhadap *leadership* dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 12. Distribusi Penilaian Responden Terhadap dimensi leadership di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

<i>Leadership</i>	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	135	85,4
Kurang Baik	23	14,6
Total	158	100

Sumber : *Data Primer*

Dari tabel merupakan dimensi *leadership* di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare ada 135 responden (80,4%) yang *leadership* baik dan 31 responden (19,6%) yang *leadership* kurang baik. Ini berarti bahwa *leadership* pada iklim keselamatan pasien direpson baik dan perlu mendapat perhatian dari pihak manajemen agar lebih meningkatkan

pelayanan sehingga tercapai visi rumah sakit, yang diharapkan dapat menjadi rumah sakit pusat pelayanan kesehatan dan pendidikan yang unggul dan berstandar internasional di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.

Tabel 13. Distribusi Penilaian Responden Terhadap dimensi leadership di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

No	Pernyataan	STS		TS		S		SS		TOTAL	
		n	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.	Wewenang dapat didelegasikan pada bawahan terkait patient safety	7	4.4	16	10.1	91	57.6	44	27.8	158	100
2.	Penghargaan bagi karyawan	7	4.4	58	36.7	66	41.8	27	17.1	158	100
3.	Sanksi yang tegas	3	1.9	15	9.5	129	81.6	11	7.0	158	100
4.	Kebebasan berpendapat	5	3.2	13	8.2	122	77.2	18	11.4	158	100
5.	Pemberian bimbingan dan dorongan	7	4.4	18	11.4	74	46.8	59	37.3	158	100
6.	Pengawasan terhadap penerapan patient safety	3	1.9	22	13.9	118	74.7	15	9.5	158	100
7.	Pelatihan keselamatan pasien secara rutin	5	3.2	24	15.2	113	71.5	16	10.1	158	100
8.	Hubungan yang baik dengan karyawan	7	4.4	11	7.0	114	72.2	26	16.5	158	100
9.	Suasana kerja yang kondusif dan aman	4	2.5	19	12.0	124	78.5	11	7.0	158	100

No	Pernyataan	STS		TS		S		SS		TOTAL	
		n	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10	Melibatkan karyawan dalam membuat keputusan	8	5.1	20	12.7	78	49.4	52	32.9	158	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel 13. dapat dilihat distribusi jawaban tentang dimensi leadership pada iklim keselamatan pasien diperoleh hasil yang cukup bermakna dimana dari hasil quisioner didapatkan respon yang paling banyak menjawab setuju adalah: **Memberikan sanksi yang tegas terhadap kesalahan yang dilakukan oleh karyawan terkait penerapan patient safety (129 responden atau 81.6%)**

Tabel 14. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Leadership di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Instalasi	Baik		Kurang Baik		Total	
	N	%	N	%	N	%
<i>Intensive Care Unit</i>	6	75	2	25	8	100
Instalasi Gawat Darurat	15	93,7	1	6,3	16	100
Instalasi Rawat Inap	59	88,1	8	11,9	67	100
Instalasi Rawat Jalan	6	66,7	3	33,3	9	100
Instalasi Kamar Operasi	9	90	1	10	10	100
Instalasi Farmasi	15	88,2	2	11,8	17	100
Instalasi Laboratorium	6	75	2	25	8	100
Instalasi Radiologi	5	83,3	1	16,7	6	100
Instalasi Gizi	14	82,4	3	17,6	17	100
TOTAL	135	85,4	23	14,6	158	100

Sumber : Data Primer

Leadership memiliki dua kategori yaitu kategori baik (nilai > 25) dan kurang baik (nilai < 25). Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa mayoritas respondennya berada pada kategori baik pada semua instalasi dengan persentase tertinggi pada instalasi gawat darurat (93,7%)

b. Iklim *Teamwork*

Dimensi iklim *teamwork* terdiri atas 6 item pertanyaan. Adapun distribusi penilaian responden terhadap iklim *teamwork* dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 15. Distribusi Penilaian Responden Terhadap dimensi Iklim *teamwork* di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Iklim <i>teamwork</i>	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	126	79,7
Kurang Baik	32	20,3
Total	158	100

Sumber : Data Primer

Dari tabel merupakan dimensi iklim *teamwork* di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare ada 126 responden (79,7%) yang iklim *teamwork* baik dan 32 responden (20,3%) yang iklim *teamwork* kurang baik. Ini berarti bahwa iklim *teamwork* pada iklim keselamatan pasien direspon baik dan perlu mendapat perhatian dari pihak manajemen agar lebih meningkatkan pelayanan sehingga tercapai visi rumah sakit, yang diharapkan dapat menjadi rumah sakit pusat pelayanan kesehatan dan pendidikan yang unggul dan berstandar internasional di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.

Tabel 16. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan dimensi Iklim Teamwork di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

No	Pernyataan	STS		TS		S		SS		TOTAL	
		N	%	n	%	N	%	N	%	N	%
1.	Bebas mengajukan pertanyaan	13	8.2	7	4.4	98	62	40	25.3	158	100
2.	Dukungan dari staf lain untuk merawat pasien	11	7.0	8	5.1	100	63.3	39	24.7	158	100
3.	Pendapat diterima dengan baik	15	9.5	18	11.4	85	53.8	40	25.3	158	100
4.	Sulit untuk berpendapat jika melihat kesalahan perawatan	14	8.9	88	55.7	29	18.4	27	17.1	158	100
5.	Perselisihan diselesaikan dengan tepat	6	3.8	15	9.5	111	70.3	26	16.5	158	100
6.	Dokter dan perawat bekerja sama sebagai sebuah tim	12	7.6	8	5.1	85	53.8	53	33.5	158	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel 16. dapat dilihat distribusi jawaban tentang dimensi iklim *teamwork* pada iklim keselamatan pasien diperoleh hasil yang cukup bermakna dimana dari hasil quisioner didapatkan respon yang paling banyak menjawab setuju adalah: **Perselisihan di rumah sakit ini diselesaikan dengan tepat (111 responden atau 70.3 %)**

Tabel 17. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan dimensi Iklim *Teamwork* di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Instalasi	Baik		Kurang Baik		Total	
	N	%	N	%	N	%
<i>Intensive Care Unit</i>	6	75	2	25	8	100
Instalasi Gawat Darurat	14	87,5	2	12,5	16	100
Instalasi Rawat Inap	51	76,1	16	23,9	67	100
Instalasi Rawat Jalan	7	77,8	2	22,2	9	100
Instalasi Kamar Operasi	8	80	2	20	10	100
Instalasi Farmasi	13	76,5	4	23,5	17	100
Instalasi Laboratorium	7	87,5	1	12,5	8	100
Instalasi Radiologi	4	66,7	2	33,3	6	100
Instalasi Gizi	16	94,1	1	5,9	17	100
TOTAL	126	79,7	32	20,3	158	100

Sumber : Data Primer

Iklim *teamwork* memiliki dua kategori yaitu kategori baik (nilai > 15) dan kurang baik (nilai < 15). Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa mayoritas respondennya berada pada kategori baik pada semua instalasi dengan persentase tertinggi pada instalasi gizi (94,1%)

c. Iklim Keselamatan

Dimensi iklim keselamatan terdiri atas 6 item pertanyaan. Adapun distribusi penilaian responden terhadap iklim keselamatan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 18. Distribusi Penilaian Responden Terhadap variabel Iklim keselamatan di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Iklim keselamatan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	132	83,5
Kurang Baik	26	16,5
Total	158	100

Sumber : Data Primer

Dari tabel merupakan dimensi iklim keselamatan di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare ada 132 responden (83,5%) yang iklim

keselamatan baik dan 26 responden (16,5%) yang iklim keselamatan kurang baik. Ini berarti bahwa iklim keselamatan pada iklim keselamatan pasien direspon baik dan perlu mendapat perhatian dari pihak manajemen agar lebih meningkatkan pelayanan sehingga tercapai visi rumah sakit, yang diharapkan dapat menjadi rumah sakit pusat pelayanan kesehatan dan pendidikan yang unggul dan berstandar internasional di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.

Tabel 19. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan dimensi Iklim keselamatan di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

No	Pernyataan	STS		TS		S		SS		TOTAL	
		N	%	n	%	N	%	N	%	N	%
1.	Budaya belajar dari kesalahan orang lain	13	8.2	17	10.8	94	59.5	34	21.5	158	100
2.	Penanganan kesalahan medis	6	3.8	14	8.9	104	65.8	34	21.5	158	100
3.	Alur keselamatan pasien	10	6.3	18	11.4	109	69	21	13.3	158	100
4.	Laporan insiden keselamatan pasien	9	5.7	22	13.9	89	56.3	38	24.1	158	100
5.	Umpan balik kinerja	8	5.1	10	6.3	102	64.6	38	24.1	158	100
6.	Perasaan aman	14	8.9	13	8.2	89	56.3	42	26.6	158	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel 19. dapat dilihat distribusi jawaban tentang dimensi iklim keselamatan pada iklim keselamatan pasien diperoleh hasil yang cukup bermakna dimana dari hasil quisioner didapatkan respon yang paling banyak menjawab setuju adalah: **Saya tahu alur yang tepat untuk**

bertanya tentang keselamatan pasien di rumah sakit ini (109 responden atau 69 %)

Tabel 20. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan dimensi Iklim Keselamatan di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Instalasi	Baik		Kurang Baik		Total	
	N	%	N	%	N	%
<i>Intensive Care Unit</i>	6	75	2	25	8	100
Instalasi Gawat Darurat	15	93,8	1	6,3	16	100
Instalasi Rawat Inap	60	89,6	7	10,4	67	100
Instalasi Rawat Jalan	6	66,7	3	33,3	9	100
Instalasi Kamar Operasi	8	80	2	20	10	100
Instalasi Farmasi	14	82,4	3	17,6	17	100
Instalasi Laboratorium	7	87,5	1	12,5	8	100
Instalasi Radiologi	5	83,3	1	16,7	6	100
Instalasi Gizi	11	64,7	6	35,3	17	100
TOTAL	132	84,2	26	15,8	158	100

Iklim keselamatan memiliki dua kategori yaitu kategori baik (nilai > 15)

dan kurang baik (nilai < 15). Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa mayoritas respondennya berada pada kategori baik pada semua instalasi dengan persentase tertinggi pada instalasi gawat darurat (93,8%)

d. Kepuasan Kerja

Dimensi kepuasan kerja terdiri atas 5 item pertanyaan. Adapun distribusi penilaian responden terhadap kepuasan kerja dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 21. Distribusi Penilaian Responden Terhadap dimensi kepuasan kerja di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Kepuasan kerja	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Puas	113	71,5
Kurang Puas	45	28.5
Total	158	100

Sumber : Data Primer

Dari tabel merupakan dimensi kepuasan kerja di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare ada 113 responden (71.5%) yang merasa puass dan 45 responden (28.5%) yang merasa kurang puas. Ini berarti bahwa kepuasan kerja pada iklim keselamatan pasien direspon baik dan perlu mendapat perhatian dari pihak manajemen agar lebih meningkatkan pelayanan sehingga tercapai visi rumah sakit, yang diharapkan dapat menjadi rumah sakit pusat pelayanan kesehatan dan pendidikan yang unggul dan berstandar internasional di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.

Tabel 22. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan dimensi kepuasan kerja di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

No	Pernyataan	STS		TS		S		SS		TOTAL	
		N	%	n	%	N	%	N	%	n	%
1.	Rumah sakit adalah tempat yang baik untuk bekerja	7	4.4	15	9.5	85	53.8	51	32.2	158	100
2.	Perasaan bangga bekerja di rumah sakit	3	1.9	20	12.7	76	48.1	59	37.3	158	100
3.	Bagian dari keluarga di rumah sakit	3	1.9	16	10.1	70	44.3	69	43.7	158	100
4.	Semangat bekerja yang tinggi	3	1.9	12	7.6	75	47.5	68	43	158	100
5.	Perasaan suka dengan pekerjaan	4	2.5	14	8.9	65	41.1	75	47.5	158	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel 22. dapat dilihat distribusi jawaban tentang dimensi kepuasan kerja pada iklim keselamatan pasien diperoleh hasil yang cukup

bermakna dimana dari hasil quisioner didapatkan respon yang paling banyak menjawab setuju adalah: **Rumah sakit ini adalah tempat yang baik untuk bekerja (85 responden atau 53,8%)**

Tabel 23. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kepuasan Kerja di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Instalasi	Puas		Kurang Puas		Total	
	N	%	N	%	N	%
<i>Intensive Care Unit</i>	7	87,5	1	12,5	8	100
Instalasi Gawat Darurat	13	81,3	3	18,7	16	100
Instalasi Rawat Inap	48	71,6	19	28,4	67	100
Instalasi Rawat Jalan	6	66,7	3	33,3	9	100
Instalasi Kamar Operasi	5	50	5	50	10	100
Instalasi Farmasi	13	76,5	4	23,5	17	100
Instalasi Laboratorium	5	62,5	3	37,5	8	100
Instalasi Radiologi	3	50	3	50	6	100
Instalasi Gizi	13	76,5	4	23,5	17	100
TOTAL	113	71,5	45	13,3	158	100

Sumber : Data Primer

Kepuasan kerja memiliki dua kategori yaitu kategori puas (nilai > 13) dan kurang puas (nilai < 13). Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa instalasi yang mayoritas respondennya berada pada kategori puas pada semua instalasi dengan persentase tertinggi pada *intensive care unit* (87,5%)

e. Kondisi Kerja

Dimensi kepuasan kerja terdiri atas 4 item pertanyaan. Adapun distribusi penilaian responden terhadap kondisi kerja dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 24. Distribusi Penilaian Responden Terhadap dimensi kondisi kerja di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Kondisi kerja	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	142	89.9
Kurang Baik	16	10.1
Total	158	100

Sumber : Data Primer

Dari tabel merupakan dimensi kondisi kerja di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare ada 142 responden (89.9%) yang kondisi kerja baik dan 16 responden (10.1%) yang kondisi kerja kurang baik. Ini berarti bahwa kondisi kerja pada iklim keselamatan pasien direspon baik dan perlu mendapat perhatian dari pihak manajemen agar lebih meningkatkan pelayanan sehingga tercapai visi rumah sakit, yang diharapkan dapat menjadi rumah sakit pusat pelayanan kesehatan dan pendidikan yang unggul dan berstandar internasional di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare

Tabel 25. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan dimensi kondisi kerja di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

No	Pernyataan	STS		TS		S		SS		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.	Ketersediaan informasi untuk keputusan diagnostik dan terapeutik	5	3.2	38	24.1	73	46.2	34	21.5	158	100
2.	Keterlambatan perawatan pasien akibat gangguan komunikasi	3	1.9	24	15.2	105	66.5	26	16.5	158	100
3.	Kedisiplinan pegawai terawasi	5	3.2	16	10.1	94	59.5	43	27.2	158	100

No	Pernyataan	STS		TS		S		SS		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
4.	Pegawai baru diawasi dan dibimbing dengan baik	6	3.8	13	8.2	103	65.2	36	22.8	158	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel 25 dapat dilihat distribusi jawaban tentang dimensi kondisi kerja pada iklim keselamatan pasien diperoleh hasil yang cukup bermakna dimana dari hasil quisioner didapatkan respon yang paling banyak menjawab setuju adalah: **gangguan komunikasi pada umumnya yang menyebabkan keterlambatan dari perawatan pasien(105 responden atau 66,5 %)**

Tabel 26. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan dimensi Kondisi Kerja di RSUD Andi Makassar Tahun 2019

Instalasi	Baik		Kurang baik		Total	
	N	%	N	%	N	%
<i>Intensive Care Unit</i>	7	87,5	1	12,5	8	100
Instalasi Gawat Darurat	15	93,8	1	6,3	16	100
Instalasi Rawat Inap	64	95,5	3	4,5	67	100
Instalasi Rawat Jalan	7	77,8	2	22,2	9	100
Instalasi Kamar Operasi	8	80	2	20	10	100
Instalasi Farmasi	15	88,2	2	11,8	17	100
Instalasi Laboratorium	7	87,5	1	12,5	8	100
Instalasi Radiologi	5	83,3	1	16,7	6	100
Instalasi Gizi	14	82,4	3	17,6	17	100
TOTAL	142	89.9	16	10.1	158	100

Sumber : Data Primer

Kondisi kerja memiliki memiliki dua kategori yaitu kategori baik (nilai > 10) dan kurang baik (nilai < 10). Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa instalasi yang mayoritas respondennya berada pada kategori baik pada semua instalasi dengan persentase tertinggi pada instalasi rawat inap.

f. Persepsi Manajemen

Dimensi kepuasan kerja terdiri atas 4 item pertanyaan. Adapun distribusi penilaian responden terhadap persepsi manajemen dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 27. Distribusi Penilaian Responden Terhadap dimensi persepsi manajemen di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Persepsi manajemen	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	133	84,2
Kurang Baik	25	15,8
Total	158	100

Sumber : Data Primer

Dari tabel 27 merupakan dimensi persepsi manajemen di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare ada 133 responden (84,2%) yang persepsi terhadap manajemen baik dan 25 responden (15,8 %) yang persepsi terhadap manajemen kurang baik. Ini berarti bahwa persepsi terhadap manajemen pada iklim keselamatan pasien direspon baik dan perlu mendapat perhatian dari pihak manajemen agar lebih meningkatkan pelayanan sehingga tercapai visi rumah sakit, yang diharapkan dapat menjadi rumah sakit pusat pelayanan kesehatan dan pendidikan yang unggul dan berstandar internasional di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare

Tabel 28. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan dimensi persepsi manajemen di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

No	Pernyataan	STS		TS		S		SS		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.	Manajemen rumah sakit mendukung kegiatan harian	7	4.4	11	7.0	119	75.3	21	13.3	158	100
2.	Manajemen rumah sakit tidak mengetahui kompromi keselamatan pasien	9	5.7	56	35.4	66	41.8	27	17.1	158	100
3.	Informasi tepat waktu yang dapat mempengaruhi pekerjaan	4	2.5	18	11.4	113	71.5	23	14.6	158	100
4.	Jumlah petugas yang cukup	13	8.2	38	24.1	73	46.2	34	21.5	158	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel 28. dapat dilihat distribusi jawaban tentang dimensi persepsi manajemen pada iklim keselamatan pasien diperoleh hasil yang cukup bermakna dimana dari hasil quisioner didapatkan respon yang paling banyak menjawab setuju adalah: **manajemen rumah sakit mendukung kegiatan harian (119 responden atau 75,3 %)**

Tabel 29. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Persepsi Manajemen di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Instalasi	Baik		Kurang baik		Total	
	N	%	N	%	N	%
<i>Intensive Care Unit</i>	7	87,5	1	12,5	8	100
Instalasi Gawat Darurat	12	87,5	4	12,5	16	100
Instalasi Rawat Inap	62	92,5	5	7,5	67	100
Instalasi Rawat Jalan	5	55,6	4	44,4	9	100
Instalasi Kamar Operasi	7	70	3	30	10	100
Instalasi Farmasi	14	82,4	3	17,5	17	100
Instalasi Laboratorium	6	75	2	25	8	100
Instalasi Radiologi	5	83,3	1	16,7	6	100
Instalasi Gizi	15	88,2	2	11,8	17	100
TOTAL	133	82,3	25	17,7	158	100

Sumber : Data Primer

Persepsi manajemen memiliki dua kategori yaitu kategori baik (nilai > 10) dan kurang baik (nilai < 10). Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa instalasi yang mayoritas respondennya berada pada kategori baik pada instalasi rawat inap

g. *Stress Recognition*

Dimensi *stress recognition* terdiri atas 4 item pertanyaan. Adapun distribusi penilaian responden terhadap *stress recognition* dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 30. Distribusi Penilaian Responden Terhadap dimensi *Stress Recognition* di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

<i>Stress Recognition</i>	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Stres	129	81.6
Tidak stres	29	18.4
Total	158	100

Sumber : Data Primer

Dari tabel merupakan dimensi *stress recognition* di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare ada 129 responden (81.6%) yang stres dan 29 responden (18.4 %) yang tidak stres. Ini berarti bahwa *stress recognition*

pada iklim keselamatan pasien direspon baik dan perlu mendapat perhatian dari pihak manajemen agar lebih meningkatkan pelayanan sehingga tercapai visi rumah sakit, yang diharapkan dapat menjadi rumah sakit pusat pelayanan kesehatan dan pendidikan yang unggul dan berstandar internasional di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare

Tabel 31. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan dimensi stress recognition di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

No	Pernyataan	STS		TS		S		SS		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.	Beban kerja berlebihan mempengaruhi kinerja	3	1.9	22	13.9	94	59.5	39	24.7	158	100
2.	Kurang efektif bekerja ketika lelah	6	3.8	27	17.1	88	55.7	37	23.4	158	100
3.	Cenderung membuat kesalahan dalam situasi di bawah tekanan	9	5.7	62	39.2	54	34.2	33	20.9	158	100
4.	Kelelahan mengganggu kinerja saat darurat	9	5.7	52	32.9	72	45.6	25	15.8	158	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel 31. dapat dilihat distribusi jawaban tentang dimensi *stress recognition* pada iklim keselamatan pasien diperoleh hasil yang cukup bermakna dimana dari hasil kuisioner didapatkan respon yang paling banyak menjawab setuju adalah: **beban kerja berlebihan mempengaruhi kinerja (94 responden atau 59,5 %)**

**Tabel 32. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel
Stress Recognition di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019**

Instalasi	Stres Berat		Stres Ringan		Total	
	N	%	N	%	N	%
<i>Intensive Care Unit</i>	6	75	2	25	8	100
Instalasi Gawat Darurat	14	87,5	2	12,5	16	100
Instalasi Rawat Inap	57	85	10	15	67	100
Instalasi Rawat Jalan	5	55,6	4	44,4	9	100
Instalasi Kamar Operasi	9	90	1	10	10	100
Instalasi Farmasi	15	88,2	2	11,8	17	100
Instalasi Laboratorium	5	62,5	3	37,5	8	100
Instalasi Radiologi	4	66,7	2	33,3	6	100
Instalasi Gizi	14	82,4	3	17,6	17	100
TOTAL	129	81,6	29	18,4	158	100

Sumber : Data Primer

Stress recognition memiliki dua kategori yaitu kategori stres berat (nilai > 10) dan stres ringan (nilai < 10). Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa instalasi yang mayoritas respondennya berada pada kategori stres berat pada semua instalasi dengan persentase tertinggi pada instalasi kamar operasi.

h. Budaya Keselamatan Pasien

Persepsi yang dibagikan antara anggota rumah sakit, ditujukan untuk melindungi pasien dari kesalahan tata laksana maupun cedera akibat intervensi.

Tabel 33. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Andi Makkasau Tahun 2019

Budaya Keselamatan Pasien	N	%
Kuat	9	5.7
Sedang	134	84.8
Lemah	15	9.5
Total	158	100

Sumber : Data Primer

Dari tabel 33 merupakan budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare ada 15 responden (9,5%) yang budaya keselamatan pasien kuat, **ada 134 responden (84,8%) budaya keselamatan pasien sedang** dan 9 responden (5,7%) yang budaya keselamatan pasiennya lemah. Yang dominan pada penelitian ini adalah budaya keselamatan pasien **sedang** dan hal ini perlu mendapat perhatian dari pihak manajemen agar lebih meningkatkan pelayanan sehingga tercapai visi rumah sakit, yang diharapkan dapat menjadi rumah sakit pusat pelayanan kesehatan dan pendidikan yang unggul dan berstandar internasional di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.

6. Pengaruh antara Variabel Independen dengan Variabel Dependen

a. Pengaruh antara *Leadership* dengan Budaya Keselamatan Pasien

Dimensi *leadership* berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien ini dapat dilihat dari hasil penelitian:

Tabel 34. Pengaruh *leadership* pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare

Budaya keselamatan pasien	<i>Leadership</i>							P	R
	N Kurang Baik	%	N Baik	%	Σ	%			
Kuat	2	1.3	13	8.2	15	9.5	0,024	0,179	
Sedang	16	10.1	118	74.7	134	84.8			
Lemah	5	3.2	4	2.5	9	5.7			
Total	23	14.6	135	85.4	158	100			

Sumber: Data Primer

Uji yang dilakukan pada analisa bivariat ini adalah Uji Regresi linier bergandadimana berdasarkan tabel 34 diperoleh hasil perhitungan dimana variabel *leadership* berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien (nilai $p = 0,024 < 0,05$). Hasil analisis didapatkan bahwa elemen *leadership* baik dengan budaya keselamatan pasien sedang yaitu sebesar 118 responden (74,7%), ini dapat dilihat dari hasil jawaban responden yang menjawab setuju tentang pentingnya memberikan sanksi yang tegas terhadap kesalahan yang dilakukan oleh karyawan terkait patient safety sebesar 129 (81,6%), memberikan kebebasan berpendapat terhadap karyawan yang ingin memberikan pendapat terkait issue patient safety sebesar 122 (77,2%), dan pemimpin selalu mampu menciptakan suasana kerja yang kondusif dan aman sebesar 124 (78,5%).

Hal ini mengindikasikan ada pengaruh dimensi *leadership* pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien berada pada kategori sedang, hal ini berarti dimensi *leadership* pada iklim keselamatan

pasien berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.

b. Pengaruh antara iklim *teamwork* dengan Budaya Keselamatan Pasien

Dimensi iklim *teamwork* berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien ini dapat dilihat dari hasil penelitian:

Tabel 35. Pengaruh iklim *teamwork* pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare

Budaya keselamatan pasien	Iklim <i>teamwork</i>						P	R
	N Kurang Baik	%	N Baik	%	Σ	%		
Kuat	2	1.3	13	8.2	15	9.5	0,008	0,212
Sedang	24	15,2	110	69.6	134	84.8		
Lemah	6	3,8	3	1.9	9	5.7		
Total	32	20.3	126	79.7	158	100		

Sumber: Data Primer

Uji yang dilakukan pada analisa bivariat ini adalah Uji Regresi linier bergandadimana berdasarkan tabel 35 diperoleh hasil perhitungan dimana variabel *leadership* berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien (nilai $p = 0,008 < 0,05$). Hasil analisis didapatkan bahwa dimensi iklim *teamwork* baik dengan budaya keselamatan pasien sedang yaitu sebesar 110 responden (69.6%), ini dapat dilihat dari hasil jawaban responden yang menjawab setuju tentang sangat mudah pegawai rumah sakit ini untuk mengajukan pertanyaan ketika ada sesuatu yang yang tidak dimengerti sebesar 92 (62%), memiliki dukungan yang dibutuhkan dari

personil lain untuk merawat pasien sebesar 100 (63.3%), dan perselisihan di rumah sakit diselesaikan dengan tepat sebesar 111 (70.3%).

Hal ini mengindikasikan ada pengaruh dimensi iklim *teamwork* pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien berada pada kategori sedang, hal ini berarti dimensi iklim *teamwork* pada iklim keselamatan pasien berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.

c. Pengaruh antara iklim keselamatan dengan Budaya Keselamatan Pasien

Dimensi iklim keselamatan berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien ini dapat dilihat dari hasil penelitian:

Tabel 36. Pengaruh iklim keselamatan pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare

Budaya keselamatan pasien	Iklim keselamatan							
	N Kurang Baik	%	N Baik	%	Σ	%	P	R
Kuat	1	0.6	14	8.9	15	9.5	0,001	0,263
Sedang	19	12	115	72.8	134	84.8		
Lemah	6	3,8	3	1.9	9	5.7		
Total	26	16.5	132	83.5	158	100		

Sumber: Data Primer

Uji yang dilakukan pada analisa bivariat ini adalah Uji Regresi linier berganda dimana berdasarkan tabel 36 diperoleh hasil perhitungan dimana variabel iklim keselamatan berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien (nilai $p = 0,001 < 0,05$). Hasil analisis didapatkan bahwa dimensi iklim keselamatan baik dengan budaya keselamatan

pasien sedang yaitu sebesar 115 responden (72.8%), ini dapat dilihat dari hasil jawaban responden yang menjawab setuju tentang kesalahan medis ditangani dengan tepat di rumah sakit ini sebesar 104 responden (65.8%), memiliki mengetahui alur yang tepat untuk bertanya tentang keselamatan pasien di rumah sakit sebesar 109 responden (69%), dan menerima feedback yang tepat tentang kinerja sebesar 102 responden (64.6%).

Hal ini mengindikasikan ada pengaruh dimensi iklim keselamatan pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien berada pada kategori sedang, hal ini berarti dimensi iklim keselamatan pada iklim keselamatan pasien berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.

d. Pengaruh antara kepuasan kerja dengan Budaya Keselamatan Pasien

Dimensi kepuasan kerja berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien ini dapat dilihat dari hasil penelitian:

Tabel 37. Pengaruh kepuasan kerja pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare

Budaya keselamatan pasien	Kepuasan Kerja						P	R
	N Kurang Puas	%	N Puas	%	Σ	%		
Kuat	7	4.4	8	5.1	15	9.5	0,016	0,191
Sedang	38	24.1	96	60.8	134	84.8		
Lemah	0	0	9	5.7	9	5.7		
Total	45	28.5	113	71.5	158	100		

Sumber: Data Primer

Uji yang dilakukan pada analisa bivariat ini adalah Uji Regresi linier berganda dimana berdasarkan tabel 37 diperoleh hasil perhitungan dimana variabel kepuasan kerja berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien (nilai $p = 0,016 < 0,05$). Hasil analisis didapatkan bahwa dimensi kepuasan kerja dimana responden merasa puas dengan budaya keselamatan pasien sedang yaitu sebesar 96 responden (60.8%), ini dapat dilihat dari hasil jawaban responden yang menjawab setuju tentang rumah sakit ini adalah tempat yang baik untuk bekerja sebesar 85 responden (53.8%), memiliki perasaan bangga bekerja di rumah sakit sebesar 76 responden (48.1%), dan semangat kerja yang tinggi sebesar 75 responden (47.5%).

Hal ini mengindikasikan ada pengaruh dimensi kepuasan kerja pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien berada pada kategori sedang, hal ini berarti dimensi kepuasan kerja pada iklim keselamatan pasien berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.

e. Pengaruh antara kondisi kerja dengan Budaya Keselamatan Pasien

Dimensi kondisi kerja berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien ini dapat dilihat dari hasil penelitian:

Tabel 38. Pengaruh kondisi kerja pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare

Budaya keselamatan pasien	Kondisi Kerja							
	N Kurang Baik	%	N Baik	%	Σ	%	P	R
Kuat	1	0.6	14	8.9	15	9.5	0,002	0,249
Sedang	10	6.3	124	78.5	134	84.8		
Lemah	5	3.2	4	2.5	9	5.7		
Total	16	10.1	142	89.9	158	100		

Sumber: Data Primer

Uji yang dilakukan pada analisa bivariat ini adalah Uji Regresi linier berganda dimana berdasarkan tabel 38 diperoleh hasil perhitungan dimana variabel kondisi kerja berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien (nilai $p = 0,002 < 0,05$). Hasil analisis didapatkan bahwa dimensi kondisi kerja baik dengan budaya keselamatan pasien sedang yaitu sebesar 124 responden (78.5%), ini dapat dilihat dari hasil jawaban responden yang menjawab setuju tentang gangguan komunikasi pada umumnya yang menyebabkan keterlambatan dari perawatan pasien sebesar 105 responden (66.5%), memiliki kedisiplinan pegawai cukup terawasi sebesar 94 responden (59.5%), dan rumah sakit ini melakukan pekerjaan yang baik dalam melatih personel yang baru sebesar 103 responden (65.2%).

Hal ini mengindikasikan ada pengaruh dimensi kondisi kerja pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien berada pada kategori sedang, hal ini berarti dimensi kepuasan kerja pada iklim

keselamatan pasien berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.

f. Pengaruh antara persepsi manajemen dengan Budaya Keselamatan Pasien

Dimensi persepsi manajemen berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien ini dapat dilihat dari hasil penelitian:

Tabel 39. Pengaruh persepsi manajemen pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare

Budaya keselamatan pasien	Persepsi Manajemen						P	R
	N Kurang Baik	%	N Baik	%	Σ	%		
Kuat	2	1.3	13	8.2	15	9.5	0,009	0,132
Sedang	19	12.0	115	72.8	134	84.8		
Lemah	4	2.5	5	3.2	9	5.7		
Total	25	15.8	133	84.2	158	100		

Sumber: Data Primer

Uji yang dilakukan pada analisa bivariat ini adalah Uji Regresi linier berganda dimana berdasarkan tabel 39 diperoleh hasil perhitungan dimana variabel persepsi manajemen berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien (nilai $p = 0,009 < 0,05$). Hasil analisis didapatkan bahwa dimensi persepsi manajemen baik dengan budaya keselamatan pasien sedang yaitu sebesar 115 responden (72.8%), ini dapat dilihat dari hasil jawaban responden yang menjawab setuju tentang manajemen rumah sakit mendukung upaya setiap hari sebesar 119 responden (75.3%), cukup mendapatkan info tepat waktu tentang peristiwa yang

mungkin mempengaruhi pekerjaan sebesar 113 responden (71.5%), dan jumlah petugas yang cukup untuk menangani banyaknya pasien sebesar 73 responden (46.2%).

Hal ini mengindikasikan ada pengaruh dimensi persepsi manajemen pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien berada pada kategori sedang, hal ini berarti dimensi persepsi manajemen pada iklim keselamatan pasien berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.

g. Pengaruh antara *stress recognition* dengan Budaya Keselamatan Pasien

Dimensi *stress recognition* berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien ini dapat dilihat dari hasil penelitian:

Tabel 40. Pengaruh *stress recognition* pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare

Budaya keselamatan pasien	<i>stress recognition</i>						P	R
	N Tidak stres	%	N Stres	%	Σ	%		
Kuat	2	1.3	13	8.2	15	9.5	0.637	0,038
Sedang	27	17.1	107	67.7	134	84.8		
Lemah	0	0.0	9	5.7	9	5.7		
Total	29	18.4	129	81.6	158	100		

Sumber: Data Primer

Uji yang dilakukan pada analisa bivariat ini adalah Uji Regresi linier berganda dimana berdasarkan tabel 40 diperoleh hasil perhitungan dimana variabel *stress recognition* tidak berpengaruh terhadap budaya

keselamatan pasien (nilai $p = 0,637 < 0,05$). Hasil analisis didapatkan bahwa dimensi stress dengan budaya keselamatan pasien sedang yaitu sebesar 107 responden (67.7%), ini dapat dilihat dari hasil jawaban responden yang menjawab setuju tentang beban kerja berlebihan mempengaruhi kinerja sebesar 119 responden (59.5%), kurang efektif bekerja ketika lelah sebesar 113 responden (55.7%), dan kelelahan mengganggu kinerja saat darurat sebesar 72 responden (45.6%).

Hal ini mengindikasikan ada pengaruh dimensi *stress recognition* pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien berada pada kategori sedang, hal ini berarti dimensi *stress recognition* pada iklim keselamatan pasien berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.

4. Analisis Multivariat

Adapun hasil uji regresi linier secara bersama-sama variabel *leadership*, iklim *teamwork*, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi kerja, dan persepsi terhadap manajemen pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 41. Pengaruh dimensi *leadership*, iklim *teamwork*, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi kerja, dan persepsi manajemen, pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare

No	Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
	(Constant)	,413	,287		1,436	,153
1	<i>Leadership</i>	-,016	,007	-,161	-2,401	,018
2	Iklim <i>teamwork</i>	,176	,063	,189	2,802	,006
3	Iklim keselamatan	,204	,069	,207	2,945	,004
4	Kepuasan kerja	,279	,069	,269	4,054	,000
5	Kondisi Kerja	,191	,082	,158	2,346	,020
6	Persepsi terhadap manajemen	,143	,064	,143	2,229	,027

Sumber: Data Primer

Berdasarkan nilai koefisien regresi linier untuk variabel independen masing-masing memiliki nilai p didapatkan ada pengaruh signifikan antara *leadership* terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau ($p=0,018 < \alpha=0,05$), ada pengaruh signifikan antara iklim *teamwork* terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau ($p=0,006 < \alpha=0,05$), ada pengaruh signifikan antara iklim keselamatan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau ($p=0,004 < \alpha=0,05$), ada pengaruh signifikan antara kepuasan kerja terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau ($p=0,000 > \alpha=0,05$), ada pengaruh antara kondisi kerja terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau ($p=0,020 < \alpha=0,05$), dan ada pengaruh signifikan antara persepsi terhadap manajemen terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau ($p=0,027 < \alpha=0,05$)

Model yang digunakan dalam analisis multivariat ini adalah model prediksi yang bertujuan untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen. Uji statistik yang digunakan adalah regresi linier karena variabel dependennya berbentuk variabel kategorik.

Ini berarti setelah dilakukan uji regresi linier secara bersama-sama *leadership*, iklim *teamwork*, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi kerja, dan persepsi terhadap manajemen pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare, ternyata variabel $p < 0,05$ yaitu kepuasan kerja dengan $p = 0,000$ sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel kepuasan kerja berpengaruh paling besar terhadap budaya keselamatan pasien dibanding variabel lainnya.

Sedangkan persepsi manajemen berpengaruh lemah terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau karena dari hasil penelitian diperoleh hasil $p=0,027 > \alpha=0,05$ ini dikarenakan pada penelitian ini penilaiannya dilakukan secara menyeluruh dimana satu sama lain saling berkaitan jadi hasil yang diperoleh bisa saja ada yang berpengaruh lemah terhadap budaya keselamatan pasien dimana terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen.

Proses keahlian dapat dilakukan dari laporan insiden yang disampaikan secara rutin baik oleh tim maupun pihak manajemen rumah sakit pada setiap pertemuan dan rapat. Informasi insiden yang telah dikemas dengan solusi dari hasil analisis akar masalah, dapat menjadi informasi berharga bagi setiap individu untuk meningkatkan pengetahuannya akan keselamatan pasien. Tanpa budaya menyalahkan individu atas insiden yang akan mampu memperbaiki sikap dan perilaku serta keberanian untuk melaporkan setiap insiden sebagai bagian dari proses pembelajaran.

C. Pembahasan

Pembahasan ini didapatkan berdasarkan hasil penelitian yang sudah didapat sebelumnya. Seperti yang telah diketahui, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau. Pada pembahasan penelitian ini akan dibahas dengan meninjau referensi dan penelitian sebelumnya yang berhubungan dengan variabel penelitian.

Pembahasan ini menjawab hipotesis dan tujuan penelitian, akan diuraikan sebagai berikut:

1. Karakteristik Responden

a. Umur

Deskripsi responden menurut umur menguraikan atau memberikan gambaran mengenai umur responden yang menjadi sampel dalam penelitian ini. Rentang umur yang digunakan dalam menilai kelompok umur dalam penelitian ini adalah adalah kelompok umur dari Depkes Tahun 2009. Berdasarkan hasil penelitian, responden terbanyak berada pada kelompok umur 26-35 Tahun, yaitu sebanyak 115 orang (72,8%).

Dimana pada kelompok umur 26-35 Tahun ini merupakan kelompok umur yang produktif dalam pekerjaan dan dengan peningkatan umur diharapkan pertumbuhan kemampuan motorik sesuai dengan tumbuh kembang akan bertambah dan pada kelompok umur ini juga diharapkan mempunyai idealisme tinggi, semangat tinggi dan tenaga yang prima. Hal ini sesuai dengan pendapat Sastrohadiwiryono, 2002 yaitu Secara fisiologis pertumbuhan dan perkembangan seseorang dapat digambarkan dengan penambahan umur. Dengan peningkatan umur diharapkan terjadi pertumbuhan kemampuan motorik sesuai dengan tumbuh kembangnya, yang identik dengan idealisme tinggi, semangat tinggi dan tenaga yang prima.

Dari umur juga kita dapat melihat tingkat kematangan dan kedewasaan seseorang, hal ini sesuai dengan hasil penelitian

menurut Siagian (2009) dimana umur dikaitkan dengan tingkat kedewasaan seseorang, dalam arti tingkat kedewasaan teknis yaitu keterampilan dalam melaksanakan tugas, anggapan yang berlaku bahwa semakin lama seseorang berkarya maka kedewasaan teknisnya pun semakin meningkat pula.

Dari hasil penelitian ini diperoleh 115 responden (72,8%) yang terbanyak berada pada kelompok umur 26-35 Tahun, Dimana sesuai dengan kelompok umur ini mempunyai semangat kerja yang memang tinggi dan ditunjang dengan perkembangan fisik dan tumbuh kembang yang maksimal, sehingga melahirkan semangat yang tinggi dalam hal melakukan pekerjaan.

Pada umur ini juga dapat dilihat tingkat kedewasaan seseorang dimana pola pikir dalam bertindak ataupun dalam hal mengambil keputusan tercermin dari kematangan emosionalnya. Dan diharapkan tingkat kedewasaan teknis yaitu keterampilan dalam melaksanakan tugas akan lebih meningkat, anggapan yang berlaku bahwa semakin lama seseorang berkarya maka kedewasaan teknisnya pun semakin meningkat pula (Siagian, 2009).

Dan diharapkan dari segi umur pula bisa menentukan perilaku dan kemampuan seseorang untuk bekerja, termasuk bagaimana ia dapat berinteraksi dalam suatu wadah atau organisasi serta mampu merespon stimulus yang diberikan oleh orang-orang yang ada didekatnya untuk melakukan pekerjaannya sebaik mungkin.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin atau gender diartikan sebagai perbedaan yang tampak antara laki-laki dan perempuan di lihat dari segi nilai dan tingkah laku. Jenis kelamin juga di gunakan untuk menunjukkan jenis pembagian kerja yang tepat untuk laki-laki dan perempuan. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa responden terbanyak adalah berjenis kelamin perempuan sebanyak 120 orang (75,9 %).

Menurut Robbins (2006), analisis terhadap data jenis kelamin responden perlu untuk dilakukan karena adanya perbedaan penting antara pria dan wanita yang dapat mempengaruhi kinerja mereka. Perbedaan tersebut berkaitan dengan kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, pendorong persaingan, motivasi, sosiabilitas, dan kemampuan belajar.

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa responden terbanyak adalah berjenis kelamin perempuan sebanyak 120 orang atau 75,9 % jadi dimungkinkan perempuan lebih bersifat emosional dalam merespon suatu stimulus dibandingkan dengan laki-laki, sehingga kecenderungan pada bentuk agresivitas tertentu perempuan lebih mudah stress, yang tentunya sangat berpengaruh terhadap kesehatan dan pekerjaan.

Perempuan lebih bersifat emosional dalam merespon suatu stimulus dibandingkan dengan laki-laki, sehingga diduga ada perbedaan kecenderungan pada bentuk agresivitas tertentu antara

laki-laki dan perempuan. Perempuan lebih mudah stress, yang tentunya sangat berpengaruh terhadap kesehatan (Kartonn, 1974; Idrus, 2000).

c. Lama kerja

Berdasarkan hasil penelitian, responden terbanyak berada pada masa kerja 1-5 tahun, yaitu sebanyak 70 orang responden (44,3 %). Hal ini mengindikasikan bahwa masa kerja yang lama lebih cenderung memahami struktur kerja dan lingkungan kerja serta cenderung memiliki pengalaman yang lebih dalam bekerja. Hal ini didukung oleh Goolsby (1992) yang menyatakan bahwa pegawai yang mempunyai masa kerja yang lebih lama, cenderung lebih memahami struktur harapan-imbalan (*reward and expectations structures*) yang berlaku di organisasi sehingga mereka memiliki perilaku yang lebih efektif daripada karyawan yang kurang berpengalaman.

Sama halnya dengan pendapat Robbins (2001), bahwa masa kerja sangat mempengaruhi penguasaan rincian pekerjaan dari seorang karyawan, dimana responden dengan masa kerja yang lebih lama mempunyai pengalaman, kepercayaan diri dan penguasaan job description yang lebih baik.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa sebaiknya ada variasi pengalaman kerja dalam satu ruang instalasi karena hal tersebut dapat menjadi sarana bagi staf untuk dapat bertukar pendapat baik ilmu maupun keterampilan antar sesama staf. Perawat

yang sudah banyak pengalaman dapat memberikan masukan dalam hal keterampilan pada perawat yang masih baru, begitu juga dengan perawat yang masih baru, bisa saja mereka memberikan masukan terhadap para perawat yang sudah lama tentang perkembangan terkini ilmu keperawatan (Foster Bill, 2001). Oleh sebab itu staf yang bekerja dibawah 5 tahun diharapkan dapat menggali ilmu dan pengalaman kepada staf senior yang kerjanya sudah lebih dari 5 tahun, sehingga dapat meningkatkan budaya keselamatan pasien yang lebih baik lagi.

Masa kerja biasanya dikaitkan dengan waktu mulai bekerja, dimana pengalaman kerja juga ikut menentukan kinerja seseorang. Semakin lama masa kerja maka kecakapan akan lebih baik karena sudah menyesuaikan diri dengan pekerjaannya. Hal ini sejalan dengan Siagian (2009), bahwa masa kerja turut menentukan bagaimana perawat menjalankan tugas dan fungsinya sehari-hari, semakin lama seseorang bekerja, semakin terampil dan berpengalaman melaksanakan pekerjaan.

Sastrohadiwiryono (2002) juga menambahkan bahwa semakin lama perawat bekerja semakin banyak kasus yang ditanganinya sehingga semakin meningkat pengalamannya, sebaliknya semakin singkat orang bekerja maka semakin sedikit kasus yang ditanganinya. Pengalaman bekerja banyak memberikan keahlian dan ketrampilan kerja.

Selain itu bahwa seseorang yang sudah lama berkerja pada satu organisasi tidak identik dengan produktivitas yang tinggi. Orang yang masa kerjanya lama tidak berarti bahwa yang bersangkutan memiliki tingkat kemangkiran yang rendah. Daya tarik untuk pindah pekerjaan pun biasanya juga rendah. Menurut Robbins (2006), lama atau masa kerja seseorang pada suatu perusahaan menunjukkan senioritas seorang karyawan, dimana senioritas tersebut berkaitan erat dengan produktivitas seorang karyawan dan tingkat turn over. Masa kerja merupakan kondisi personal seseorang dalam konsep karakter individu yang sering dikaji. Masa kerja yang cukup lama sangat identik dengan senioritas dalam suatu organisasi (As'ad, 2000).

d. Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan salah satu indikator yang menunjukkan potensi yang dimiliki seseorang. Santrock (2007) menyatakan bahwa seseorang berpendidikan tinggi akan memiliki jenjang karir yang lebih tinggi dan lebih cepat. Berdasarkan hasil analisis tingkat pendidikan responden di RSUD Andi Makkasau rata-rata adalah S1 sebanyak 124 orang (78,5%). Hal ini berarti sebagian besar tingkat pendidikan responden baik.

Pendidikan adalah sebuah proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang/kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan penelitian (Buku besar B. Indonesia, 2010).Tingginya tingkat pendidikan seseorang serta banyaknya

pengalaman yang diperoleh akan berpengaruh pada pengetahuan yang dimiliki. Hal ini sejalan dengan Prodj(2001) yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki.

Pendidikan merupakan salah satu karakteristik demografi yang penting dipertimbangkan karena dapat mempengaruhi persepsi seseorang tentang segala sesuatu yang terjadi dilingkungannya. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang idealnya akan memiliki pengetahuan yang lebih baik terhadap suatu hal (Astuty, 2011). Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin besar keinginan memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya (Siagian, 2009).

Tingginya tingkat pendidikan dapat menunjang pencapaian kinerja karyawan, sedangkan pendidikan yang rendah menyebabkan karyawan sulit menyerap berbagai informasi yang berhubungan dengan kegiatannya, semakin tinggi pendidikan karyawan maka semakin efisien karyawan dalam bekerja (Sedarmayanti, 2010). Barney (1991) menjelaskan bahwa aset, kemampuan, proses organisasi, atribut perusahaan, informasi, pengetahuan dan lain-lain yang dikendalikan oleh perusahaan itu sendiri dapat memungkinkan untuk memahami dan menerapkan strategi yang dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas suatu perusahaan tersebut.

Kriteria perawat profesional adalah lulusan pendidikan tinggi keperawatan minimal DIII Keperawatan, mentaati kode etik, mampu berkomunikasi dengan pasien dan keluarga, serta mampu memanfaatkan sarana kesehatan yang tersedia secara berdaya guna dan berhasil guna, mampu berperan sebagai agen pembaharu dan mengembangkan ilmu serta teknologi keperawatan (Nursalam, 2014).

Menurut As'ad (2000) semakin tinggi pendidikan seseorang semakin besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan ketrampilan. Pendapat tersebut sejalan dengan pendapat Notoatmodjo (2000), bahwa pendidikan seseorang berperan dalam membentuk sikap dan prilaku seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungan, karena hasil pendidikan ikut dalam pengambilan keputusan seseorang.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan semakin luas pengetahuan, namun bukan berarti semakin rendah pendidikan maka semakin rendah pula pengetahuan. Pendidikan tidak hanya diperoleh dari bangku sekolah saja, melainkan dari luar juga bisa, jadi pendidikan sangatlah penting. Pendidikan perlu juga ditekankan adalah pengetahuan spiritual yang baik, sehingga setiap manusia dapat memaknai hidup yang telah diberikan merupakan suatu anugrah luar biasa dari Tuhan yang Maha Esa, dan kekuatan spiritual bertindak sebagai kerangka kerja intelektualitas yang sesungguhnya (As'ad, 2000).

2. Analisis Univariat dan Bivariat antara Iklim Keselamatan Pasien Dengan Budaya Keselamatan Pasien

a. Pengaruh *Leadership* dengan Budaya Keselamatan Pasien

Hipotesis penelitian 1 (H_a) dinyatakan bahwa berdasarkan analisis statistik yang dilakukan diketahui bahwa dimensi *leadership* berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare (tabel 34) dengan nilai $p=0,024 < 0,05$, nilai $R: 0,179$, sehingga dalam hal ini hipotesis penelitian 1 (H_a) diterima.

Berdasarkan lampiran tabel distribusi responden untuk variabel *leadership* pada instalasi-instalasi dapat disimpulkan bahwa pernyataan setuju baik yaitu “ sanksi yang tegas terhadap kesalahan yang dilakukan oleh karyawan terkait peneparan patient safety” sedangkan pernyataan tidak setuju kurang baik yaitu “penghargaan bagi karyawan yang memiliki kinerja baik dalam meningkatkan program patient safety”. Untuk rencana tindak lanjut yaitu memberikan reward kepada staf yang telah bekerja sesuai prosedur agar membangun kompetisi bagi staf untuk bekerja lebih optimal.

Kepemimpinan merupakan kegiatan mempengaruhi orang lain untuk bekerja keras dengan penuh kemampuan untuk tujuan kelompok/organisasi (Gilies, 2000). Yahya (2007) dalam konvensi nasional mutu rumah sakit, dalam membangun budaya keselamatan pasien, ada dua model kepemimpinan yang dibutuhkan, yakni kepemimpinan transaksional dan kepemimpinan transformasional.

kepemimpinan transformasional sebagai kemampuan memotivasi orang lain untuk mencapai standar tinggi dan tujuan jangka panjang. Dalam hal keselamatan pasien, kepemimpinan transaksional dapat digunakan untuk mendorong staf melaporkan kejadian sedangkan kepemimpinan transformasional dipakai untuk proses belajar dari kejadian dan merancang kembali program untuk keselamatan pasien (Yukl, 1994).

Menurut Kohn (2000) IOM merekomendasikan bahwa prinsip pertama dalam mendesain sistem keselamatan dalam organisasi kesehatan adalah dengan kepemimpinan. Termasuk di dalamnya patient safety dijadikan sebagai prioritas utama, menjadikan *patient safety* menjadi tanggung jawab bersama serta menyediakan sumber daya manusia maupun dana untuk analisis *error* dan merancang ulang sistem.

Ada 3 domain perilaku kepemimpinan yang mampu menjadi agen perubahan (*change agent*) bagi perilaku anggota dalam suatu organisasi yakni pengarahan (*direction*), pengawasan (*supervision*), serta koordinasi (*coordination*). Pengarahan (*direction*) dilakukan dalam bentuk penugasan, perintah, kebijakan, peraturan, standar, pendapat, saran, dan pertanyaan untuk mengarahkan perilaku bawahan untuk melakukan tindakan yang mendukung terciptanya budaya keselamatan pasien. Pengawasan (*supervision*) dapat dilakukan oleh pemimpin berupa perilaku kepemimpinan yang berfungsi untuk memeriksa pekerjaan, mengevaluasi kinerja, memperbaiki kinerja staf, memberi dukungan, yang pada akhirnya akan meningkatkan kinerja (Gillies, 1994; Rowe &

Haywood, 2007). Dan ketiga yaitu koordinasi (*coordination*) kegiatan kepemimpinan yang mencakup semua kegiatan yang memungkinkan staf untuk bekerja bersama secara harmonis. Dan memungkinkan diskusi lengkap dari topik masalah oleh tenaga kesehatan di rumah sakit.

Mallouli et al (2017) studinya ini memberikan penilaian menyeluruh terhadap persepsi keselamatan di antara staf rumah sakit di institusi publik dan swasta. Dalam merekomendasikan penerapan budaya keselamatan pasien yang kuat dan proaktif di unit pelayanan yang dibutuhkan ialah komitmen kepemimpinan dan dorongan kerja sama tim. Dengan demikian, persepsi praktisi perawatan kesehatan sebagai pemain kunci dalam meningkatkan kualitas keselamatan dan kesehatan. Selain itu hasil penelitian Weaver (2013) juga menegaskan bahwa tinjauan sistematis baru-baru ini telah membuktikan bahwa dukungan kepemimpinan dan manajerial serta struktur tata kelola dapat berdampak pada budaya keselamatan pasien. Promosi budaya keselamatan pasien dapat di konseptualisasikan dengan sebaik mungkin hanya dengan suatu tatanan yang dapat memberikan intervensi secara tepat untuk melakukan perubahan. Tatanan tersebut antara lain kepemimpinan, kerja tim dan perilaku bukan melalui pendekatan terhadap program atau teknologi tertentu.

Pengarahan merupakan salah satu domain dalam menilai kepemimpinan terhadap maturitas budaya keselamatan pasien. Mentoring merupakan strategi yang dapat digunakan untuk

mengarahkan dan memotivasi perawat. Pengarahan (*Directing*) merupakan fungsi manajemen dalam memberikan petunjuk dan mempengaruhi orang lain (Mc Namara, 1999 dalam Huber, 2006). Dadge & Casey (2009) menyatakan bahwa mentoring mampu memberikan dukungan untuk menguatkan mental, mengembangkan mekanisme baru yang lebih baik untuk mempertahankan kontrol diri dan mengembalikan keseimbangan yang adaptif, sehingga mampu mencapai tingkat kemandirian yang lebih tinggi serta mampu mengambil keputusan secara otonom. *Planning of Institute of Australia* juga menyatakan bahwa mentoring berkontribusi dalam perencanaan profesionalisme perawat termasuk mengenai perencanaan yang mendukung peningkatan keselamatan pasien.

Sehingga dalam hal ini mentoring merupakan metode untuk menciptakan lingkungan yang kondusif, sehingga dapat memudahkan dalam proses pengembangan (Ali & Panther,2008; Noorwood, 2010) dan lingkungan yang kondusif tersebut akan meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien (Jaw et al, 2007; Sammer et al, 2009). Hal ini juga sejalan dengan pernyataan Sammer et al (2010) budaya keselamatan pasien memiliki tujuh aspek utama: kepemimpinan, kerja tim, berbasis bukti, komunikasi, pembelajaran, hanya dan berpusat pada pasien.

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Total Safety Culture (2000) dan O'Donell & Richard Boyle (2008) bahwa kepemimpinan

merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi budaya keselamatan pasien. Dukungan kepemimpinan dan manajerial yang kuat sangat penting untuk pengembangan budaya keselamatan pasien positif yang mendorong pembelajaran. Analisis korelasi antarsubscale kami menunjukkan bahwa dukungan manajemen yang dirasakan adalah domain dengan asosiasi terkuat dengan domain budaya keselamatan pasien lainnya (Chaojie, 2014). Lain halnya dengan Burke dan Litwin, selain faktor kepemimpinan, faktor lain yang menentukan keberhasilan penerapan budaya keselamatan pasien, antara lain faktor lingkungan eksternal, struktur dan sistem, pengetahuan dan keterampilan individu, lingkungan kerja, kebutuhan dan motivasi (Mulia, 2010).

Kepala ruangan sebagai koordinator kegiatan perlu menciptakan kerjasama yang selaras satu sama lain dan saling menunjang, untuk itu harus memperlihatkan prinsip-prinsip organisasi yang telah dijelaskan diatas misalnya kesatuan komando, setiap staf memiliki satu alasan langsung. Selain itu kepala ruangan perlu mendelegasikan kegiatan dalam pelaksanaan keselamatan pasien kepada ketua tim, kecuali tugas pokok, harus dilakukan kepala ruang. Selain itu, kepala ruangan harus mendelegasikan kepada orang yang tepat, mendengarkan saran orang yang didelegasikan dan penerima delegasi harus bertanggung gugat (Parmin, 2010). Kepala ruangan membagi kegiatan untuk menciptakan suasana kerja yang baik. Dalam melaksanakan tugas, kepala ruangan harus memilih orang tepat dan bertanggung jawab dengan cara

komunikasi terbuka, dialog, pertemuan atau rapat, pencatatan dan pelaporan, pembakuan formulir yang berlaku (Roymond, 2013). Kepala ruangan melakukan rapat rutin Bersama kepala instalasi dalam membangun budaya tersebut dan secara berjenjang kepada wakil direktur pelayanan sebagai penanggung jawab dari semua instalasi pelayanan.

b. Pengaruh Iklim *Teamwork* dengan Budaya Keselamatan Pasien

Hipotesis penelitian 2 (Ha) dinyatakan bahwa berdasarkan analisis statistik yang dilakukan diketahui bahwa dimensi iklim *teamwork* berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare (tabel 35) dengan nilai $p=0,008 < 0,05$, nilai R: 0,212, sehingga dalam hal ini hipotesis penelitian 2 (Ha) diterima.

Berdasarkan lampiran tabel distribusi responden pada masing-masing instalasi pertanyaan setuju yang paling tinggi adalah “perselisihan dapat diselesaikan dengan tepat” sedangkan pernyataan tidak setuju tertinggi yaitu “kesulitan untuk berbicara jika melihat masalah dengan perawatan pasien”. Hal tersebut berbanding terbalik dengan jawaban responden pada pertanyaan terbuka yaitu pegawai takut atau segan untuk melaporkan masalah keselamatan pasien atau insiden keselamatan pasien di unit atau instalasi.

Kerjasama merupakan indikator pertama dari budaya keselamatan pasien. Bentuk kerjasama tim tidak hanya berupa saling membantu

pekerjaan ketika dihadapkan pada tugas yang sangat banyak dan membutuhkan penyelesaian sesegera mungkin, namun bisa berupa pembagian tugas berdasarkan kelompok kecil atau tim dalam satu unit. Keterlibatan banyak profesi dapat menimbulkan atau berisiko terjadinya cedera jika dilakukan tidak dengan komunikasi dan koordinasi yang tepat (Nursalam, 2014). Jadi dapat pula dikatakan bahwa keselamatan pasien adalah usaha suatu tim, tim yang paling efektif mempunyai tujuan yang sama dalam bekerja dan adanya kerja tim yang tidak efektif menciptakan berbagai peluang untuk terjadinya kesalahan/errors (Merry & Brown, 2002 White, 2004).

Kita perlu mengetahui bahwa kerjasama didefinisikan sebagai kumpulan individu dengan keahlian spesifik yang bekerja sama dan berinteraksi untuk mencapai tujuan bersama (Ilyas, 2003). Sedangkan Thompson (2000) mendefinisikan tim sebagai sekelompok orang yang saling terkait terhadap informasi, sumber daya, keterampilan dan berusaha mencapai tujuan bersama. Dalam suatu usaha/kerja untuk memperoleh kesuksesan maka diperlukan kerja tim/*teamwork* dimana *teamwork* merupakan sebuah nilai yang harus dibangun sebagai budaya keselamatan. Konflik yang muncul dapat menurunkan persepsi individu atas *teamwork*, yang dapat mengganggu proses pelayanan dan berujung pada kemungkinan terjadinya insiden. Sebuah penelitian menunjukkan persepsi individu yang kurang terhadap *teamwork* berpotensi 3 kali lebih besar untuk terjadi insiden keselamatan (Lestari et al, 2013).

Faktor-faktor yang menjadi tantangan bagi perawat dalam memberikan keperawatan yang aman dan memberikan kontribusi dalam keselamatan pasien salah satunya adalah kerja sama tim, peluang insiden terjadinya akibat dari kondisi-kondisi tertentu. Kondisi yang memudahkan terjadinya kesalahan misalnya gangguan lingkungan dan *teamwork* yang tidak berjalan (Chyono, 2008). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Tri Herawati, (2015) kerjasama merupakan indikator pertama dari budaya keselamatan pasien. Berdasarkan hasil penelitian, 73 responden (64,6%) dari sampel 113 perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan selalu bekerjasama dengan sesama perawat maupun dengan tenaga kesehatan lainnya dengan baik.

Pada Penelitian terkait yang dilakukan oleh Yeni, (2017) tentang analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien pada perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau bahwa team kerja (p value 0,017) berhubungan dengan budaya keselamatan pasien.

Menurut penelitian Lia Mulyati, (2016) berdasarkan hasil penelitian ditemukan fakta bahwa tim kerja yang mendukung sebagian besar (57,8%) memiliki budaya keselamatan pasien yang baik sementara responden yang merasa tim kerjanya kurang mendukung (90,7%) memiliki budaya keselamatan pasien yang kurang baik. Berdasarkan hasil analisis bivariat tim kerja memiliki hubungan yang signifikan dengan budaya keselamatan pasien (p value 0,0005) dan nilai odd rasio 13,34 artinya tim

kerja yang mendukung berpeluang sebesar 13 kali lebih besar dalam menciptakan budaya keselamatan pasien.

Menurut Vincent (2003) hambatan komunikasi dan pembagian tugas yang tidak seimbang menjadi penyebab tidak berjalannya *teamwork* yang efektif. Efektivitas *teamwork* sangat tergantung pada komunikasi dalam tim, kerjasama, adanya supervisi dan pembagian tugas. Sebuah studi observasional dan analisis retrospektif terhadap insiden keselamatan pasien menunjukkan *teamwork* yang kurang, kontribusi lebih banyak dibandingkan dengan kemampuan klinis yang lemah (Setiowati, 2010).

National Patient Safety Foundation mendefinisikan budaya keselamatan pasien sebagai penghindaran, pencegahan, dan perbaikan terhadap kejadian tidak disengaja atau yang membahayakan pasien yang berasal dari proses pelayanan kesehatan (McFadden, 2009).

Pronovost & Sexton (2005) menekankan bahwa penilaian budaya keselamatan di organisasi merupakan awal yang sangat penting dalam meningkatkan keselamatan pasien. Penilaian dilakukan untuk mengetahui kondisi budaya keselamatan pasien di rumah sakit sehingga lebih mudah mengetahui dimensi budaya yang penting dan perlu diprioritaskan untuk diperbaiki (Amirullah, 2014).

Maria Helena Barbosa et al (2016) melakukan penelitian mengevaluasi iklim keselamatan pasien di rumah sakit swasta di negara bagian Minas Gerais, Brazil dengan variabel iklim *teamwork* menunjukkan persepsi yang buruk pada kualitas hubungan dan kerja sama di antara

anggota tim. Ini dapat menyebabkan masalah interpersonal yang konstan, tim tidak kooperatif dan hingga akhirnya pekerja frustrasi dengan pekerjaan mereka. Sehingga pelatihan tim Interdisipliner, mekanisme komunikasi yang efisien dan melanjutkan pendidikan pada langkah-langkah otomatis dapat meningkatkan iklim kerja sama tim menjadi lebih baik.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Juliana Sandrawati et al (2013) dalam menganalisis pengaruh kebijakan, prosedur, budaya keselamatan pasien, dan faktor individu terhadap kepatuhan penerapan *surgical safety climate* di kamar bedah pada tahun 2013 yaitu 84,7% petugas instalasi kamar bedah menilai iklim *teamwork* di kamar bedah sudah baik.

Penelitian yang dilakukan oleh Sorbero et al., (2008) menunjukkan bahwa iklim *teamwork* yang baik dalam ICU akan berpengaruh terhadap rendahnya angka kematian dan lama rawat pasien di ICU. Penelitian menunjukkan bahwa 70 % kejadian *medical error* dapat diturunkan melalui interaksi antar tim di instalasi rumah sakit. Ahli keselamatan pasien setuju bahwa komunikasi dan faktor kerjasama dalam unit lainnya seperti sikap saling mendukung dan membantu dapat mencegah dan mengurangi *medical error*. *The Joint Commision International* (2011) menggarisbawahi bahwa penting untuk mempromosikan perilaku kerjasama dalam unit dan meningkatkan komunikasi antar petugas yang berguna untuk mencegah terjadinya *error*.

Pelayanan pembedahan merupakan *high reliability organizations*, sehingga *teamwork* merupakan prinsip utama dalam menjalankan kegiatan operasi (Carthey, 2003). Iklim *teamwork* di kamar bedah adalah komponen penting untuk efisiensi kamar bedah, mutu pelayanan, dan keselamatan pasien (Sexton et al., 2006). Menurut Makary et al., (2006) komunikasi merupakan variabel penting dalam iklim *teamwork*, karena penyebab paling umum dari *sentinel events* dan operasi salah sisi adalah kesalahan komunikasi. Iklim *teamwork* yang baik dapat meningkatkan kepatuhan penerapan *surgical safety climate*. Karena anggota tim akan saling mengingatkan dan mendukung untuk penerapan *surgical safety climate* dan sabar menunggu perawat sirkulasi sampai siap memimpin *time-out*.

Iklim *teamwork* adalah para petugas kesehatan antar unit dalam rumah sakit mampu berkoordinasi dan berkomunikasi dalam melaksanakan program keselamatan pasien dan mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien. Kerjasama unit-unit yang ada di rumah sakit akan mendukung pelaksanaan keselamatan pasien. Tanpa adanya kerjasama dan koordinasi antar unit mustahil keselamatan pasien dapat tercapai. Mintzberg (1983) memperkenalkan mekanisme koordinasi yang dapat membantu organisasi untuk meningkatkan proses koordinasi yang efektif dan menyelesaikan permasalahan yang ditemui. Suatu organisasi harus mengetahui mekanisme koordinasi yang paling tepat dan dibutuhkan untuk mencapai tujuan secara efisien dan efektif. Penelitian

Hakim (2014) yang memiliki tujuan untuk menganalisis proses koordinasi program keselamatan pasien rumah sakit (KPRS) di RS X Surabaya, mendapatkan hasil beberapa unit kerja di rumah sakit tergolong tipe ketergantungan koordinasi tugas program keselamatan pasien rumah sakit *pooled interdependence* terhadap unit kerja lain. Sebagian dari unit kerja juga memiliki tipe ketergantungan *sequential* dan *reciprocal interdependence* terhadap unit kerja tertentu. Disimpulkan bahwa ketergantungan antar unit kerja di Rumah Sakit X Surabaya tergolong cukup tinggi.

Iklim *teamwork* adalah sikap saling membantu, mendukung, menghargai, dan mengingatkan dalam melaksanakan pekerjaan oleh para individu di unit kerja dalam budaya keselamatan pasien demi menghindari insiden keselamatan pasien. Kerjasama dalam unit di Rumah Sakit Andi Makkasau telah berjalan dengan baik. Pada instalasi-instalasi penelitian ditemukan bahwa petugas akan bersedia membantu petugas lain dalam instalasinya jika memiliki pekerjaan yang berat. Selain itu petugas tidak segan mengingatkan petugas lain untuk melaksanakan proses pelayanan sesuai dengan SPO yang berlaku. Sehingga setiap petugas akan melaksanakan pelayanan yang mendukung keselamatan pasien.

Kerjasama dalam unit dibutuhkan dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien. *Patient safety climate* yang tinggi disebabkan karena adanya kerjasama yang baik dalam unit dalam peningkatan keselamatan pasien yang dirasakan petugas. Menurut Baker et al., (2005) kerja tim

sangat dibutuhkan diantara petugas untuk meningkatkan keselamatan pasien melalui pengurangan kesalahan-kesalahan akibat adanya kerjasama tim antara petugas. Kerjasama dalam unit juga menyangkut komunikasi antar petugas di unit tersebut. Misalnya pada instalasi farmasi, komunikasi antara dokter dengan ahli farmasi menjadi semakin penting mengingat aktivitas pemberian obat kepada pasien ternyata bukan sekedar penyerahan obat dari penyedia obat kepada pasien. Pekerjaan yang dilakukan dokter dan ahli farmasi sebenarnya bersifat saling melengkapi (*komplementer*), secara hipotetikal dapat dikatakan bahwa kerja sama tersebut dapat memberikan pengaruh positif terhadap keluaran pasien (*patient outcome*). Wujud kolaborasi antara dokter dan ahli farmasi antara lain misalnya penelusuran informasi riwayat obat yang lengkap dan akurat, pemanfaatan *evidence-based prescribing*; deteksi dini kesalahan peresepan obat, pemantauan obat (meningkatkan keamanan obat), meningkatkan *cost-effectiveness* dalam peresepan obat, meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan masing-masing pihak demi kepuasan pasien. Kolaborasi yang tidak optimal dapat merugikan pasien. Pemberian obat oral yang tidak disesuaikan dengan sifat farmakokinetik obat yang bersangkutan potensial menurunkan efektivitas obat dan bahkan dapat meningkatkan risiko interaksi obat.

Keselamatan pasien adalah usaha suatu tim, tim yang paling efektif

mempunyai tujuan yang sama dalam bekerja, dan adanya kerja tim yang tidak efektif menciptakan berbagai peluang untuk terjadinya kesalahan/errors (Merry & Brown, 2002; White, 2004).

c. Pengaruh Iklim Keselamatan dengan Budaya Keselamatan Pasien

Hipotesis penelitian 2 (H_a) dinyatakan bahwa berdasarkan analisis statistik yang dilakukan diketahui bahwa dimensi iklim keselamatan berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare (tabel 35) dengan nilai $p=0,001 < 0,05$, nilai $R: 0,263$, sehingga dalam hal ini hipotesis penelitian 3 (H_a) diterima.

Berdasarkan lampiran tabel distribusi responden untuk variabel iklim keselamatan pada instalasi-instalasi dapat disimpulkan bahwa pernyataan setuju tertinggi adalah “alur yang tepat untuk untuk bertanya tentang keselamatan pasien ” sedangkan pernyataan tidak setuju tertinggi adalah “anjurkan rekan-rekan untuk melaporkan melaporkan setiap masalah keselamatan pasien”. Hal ini disebabkan karena adanya SOP tentang masalah keselamatan pasien di instalasi yang membuat petugas wajib melaporkan adanya insiden keselamatan pasien namun petugas masih banyak yang tidak melaporkan oleh karena takut disalahkan dan kurangnya perhatian dari pihak manajemen.

Persepsi karyawan tentang bagaimana manajemen keselamatan dijalankan di tempat kerja (Cooper dan Philips, 2004). Iklim keselamatan berkaitan dengan kepatuhan terhadap peraturan dan prosedur

keselamatan serta partisipasi dalam kegiatan yang terkait dengan keselamatan di tempat kerja (Neal et al., 2000).

Dalam literatur Iklim keselamatan telah dilakukan penelitian tentang hubungan antara Iklim keselamatan dan *outcome* keselamatan (seperti kepatuhan dengan praktek kerja yang aman) dan kecelakaan. Iklim keselamatan yang kurang baik menghasilkan penurunan kepatuhan prosedur keamanan dan akhirnya menyebabkan peningkatan kecelakaan (Neal dan Griffin, 2006). Griffin dan Neal (2006) berpendapat bahwa Iklim keselamatan adalah anteseden perilaku keselamatan. Individu termotivasi untuk mematuhi praktek kerja yang aman dan berpartisipasi dalam kegiatan keselamatan jika mereka menerima Iklim keselamatan yang positif di tempat kerja.

Penelitian yang dilakukan Wafaa Abd El-Azeem El-Hosany (2015) bahwa total skor iklim keselamatan rendah (50%) atau sedang (50%), yang menunjukkan program iklim keselamatan kurang berkembang dalam Rumah Sakit El-Mansoura sehingga penting untuk meningkatkan pengetahuan tentang iklim keselamatan melalui orientasi dan program pelatihan terutama untuk perawat yang baru direkrut untuk menekankan keselamatan di tempat kerja. Hal ini dapat dikaitkan dengan fakta bahwa budaya pelaporan insiden masih kurang di rumah sakit penelitian. Perawatan kesehatan terutama oleh dokter dan perawat cenderung menilai kinerja perawat tergantung pada pelaporan kesalahan mereka. Perawat bisa takut dan menghindari disalahkan untuk membuat

kesalahan. Lima puluh sembilan persen dari perawat melaporkan bahwa masalah pelatihan dan pendidikan dari iklim keselamatan kurang dikembangkan.

Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Singer et al. menghubungkan untuk indikator hasil potensial keselamatan pasien. Persepsi tentang iklim keselamatan di antara beberapa kelompok, seperti staf manajer, terkait lebih erat dari persepsi di kelompok lain. Mereka menyimpulkan bahwa secara keseluruhan rumah sakit dengan iklim keselamatan yang lebih baik memiliki insiden relatif lebih rendah dari indikator keselamatan pasien.

Penelitian yang dilakukan Juliana Sandrawati et al (2013) menunjukkan 76,3% petugas di instalasi kamar operasi memiliki persepsi yang baik terhadap iklim keselamatan. Hasil ini lebih baik dibandingkan penelitian Abu Al Rub et al. (2012) di Turki, hanya 13,2% perawat dan dokter yang menilai iklim keselamatan baik. Rumah Sakit dengan iklim keselamatan yang kuat memprioritaskan keselamatan dan mengintegrasikannya ke dalam fungsi sehari-hari organisasi dan rutinitas individu dan tim. (Turnberg dan Daniell, Deilkas & Hofoss, Smith et al).

Penelitian oleh Nyimas Nindya P (2013) di RSUD Gambiran mengatakan bahwa ada hubungan positif yang signifikan antara iklim keselamatan dengan kepatuhan keselamatan oleh perawat di rumah sakit ($r=0,654$; $p=0,00 < 0,01$). Sehingga dapat dikatakan bahwa perawat yang memiliki iklim keselamatan kerja yang positif akan cenderung memiliki

kepatuhan yang tinggi pada peraturan keselamatan di rumah sakit. Begitu pula sebaliknya, ketika iklim keselamatan kerja negatif maka akan memiliki kecenderungan tingkat kepatuhan yang rendah pada peraturan keselamatan oleh perawat di rumah sakit. Selain itu, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa iklim keselamatan kerja memiliki sumbangan efektif atau kontribusi sebesar 32,7% terhadap kepatuhan pada peraturan keselamatan pada perawat di RSUD Gambiran. Hasil tersebut menunjukkan bahwa terdapat 67,3% faktor lain yang menyebabkan kepatuhan pada peraturan keselamatan di RSUD Gambiran.

Perawat rumah sakit memiliki tugas utama yang berat dimana keselamatan pasien menjadi prioritas. Di rumah sakit, terkadang perbandingan jumlah perawat dalam shift jaga sering tidak seimbang dengan jumlah pasien. Akibatnya perawat sering bekerja melebihi kapasitasnya. Stressor yang dialami perawat juga bisa berasal dari desain kerja dan beban kerja, hubungan interpersonal dalam kerja, interaksi dengan pasien dan keluarga, organisasi dan manajemen kerja, dan faktor personal (Cox, et.al.,1996). Hal itu dapat membuat perawat mengesampingkan keselamatan dirinya. Padahal setiap harinya, perawat rumah sakit itu dapat melayani pasien dengan berbagai macam penyakit. Jika perawat tidak dapat menjalankan aturan keselamatan kerja baik dalam segi kepatuhan terhadap standar operasional pelaksanaan ataupun kepatuhan penggunaan alat pelindung diri, hal itu dapat mendorong minimnya tingkat keselamatan dan tingginya angka kecelakaan.

Berdasarkan data Hasil Laporan National Safety Council (NSC) tahun 1988 yang menunjukkan bahwa kecelakaan di Rumah Sakit 41% lebih besar dari pekerja di industri lain. Oleh karena itu, manajemen keselamatan kerja sangat dibutuhkan bagi perawat ataupun lingkungan rumah sakit. Dampak kecelakaan kerja di lingkungan rumah sakit dapat beresiko angka panjang jika dibandingkan dengan industri lain. Namun sebenarnya, dimana pun dan apapun pekerjaan tentu akan memiliki resiko. Adanya resiko tersebut pihak manajemen harus membuat suatu kebijakan terkait keselamatan kerja. Selanjutnya, dengan adanya kebijakan ataupun aturan keselamatan kerja tersebut akan menciptakan iklim keselamatan kerja.

Menurut Gershon et.al. dalam Blegen et.al (T.T) mengatakan terdapat 6 faktor yang dapat mempengaruhi iklim keselamatan, antara lain dukungan manajemen RS dalam program keselamatan, ketidakadaan pengganggu untuk menerapkan kerja selamat, ketersediaan alat pelindung diri, minimalisir konflik dan komunikasi yang baik dengan pegawai, intensitas pengawasan dan pelatihan dari supervisor serta kebersihan dan kerapian tempat kerja. Berdasarkan teori di atas, dapat dianalisa bahwa kurangnya dukungan dan pelatihan dalam program keselamatan, kurangnya upaya meminimalisir gangguan, konflik, pengawasan oleh supervisor pada pelaksanaan program keselamatan kerja ataupun ketidaktersediaan alat pelindung diri menjadi faktor rendahnya iklim keselamatan kerja di rumah sakit.

Adanya iklim keselamatan tersebut dapat membuat staf rumah sakit terbiasa untuk menerapkan cara kerja yang mengutamakan keselamatan. Adanya suatu cara pandang yang positif terhadap lingkungannya dapat membuat seseorang terpengaruh untuk mengikuti apa yang telah dilakukan oleh lingkungannya. Hal tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh tokoh behavioristik dimana teori belajar lebih menekankan peranan situasi dan lingkungan sebagai sumber tingkah laku.

Menurut Smet, B. (1994) terdapat beberapa strategi yang dapat diterapkan dalam meningkatkan kepatuhan meliputi dukungan profesional kesehatan, dukungan sosial, perilaku sehat dan pemberian informasi. Hal itu dilakukan untuk meminimalisir angka kecelakaan kerja dan menjunjung tinggi keselamatan kerja yang terjadi di rumah sakit tersebut. Pasalnya, dengan adanya keselamatan kerja yang tinggi, perawat dapat memberikan pelayanan yang aman kepada pasien, meningkatkan kepuasan kerja dan produktifitas kerja

d. Pengaruh Kepuasan Kerja dengan Budaya Keselamatan Pasien

Hipotesis penelitian 4 (H_a) dinyatakan bahwa berdasarkan analisis statistik yang dilakukan diketahui bahwa dimensi *leadership* berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare (tabel 37) dengan nilai $p=0,016 < 0,05$, nilai $R: 0,191$, sehingga dalam hal ini hipotesis penelitian 4 (H_a) diterima.

Berdasarkan lampiran tabel distribusi responden untuk variabel kepuasan kerja pada instalasi-instalasi dapat disimpulkan bahwa pernyataan setuju tertinggi berbeda-beda setiap instalasi. Pada instalasi ICU, gawat darurat, rawat inap, farmasi dan laboratorium pernyataan setuju tertinggi pada “rumah sakit adalah tempat yang baik untuk bekerja” sedangkan pada instalasi rawat jalan dan kamar operasi pernyataan setuju tertinggi yaitu “rumah sakit adalah tempat yang baik untuk bekerja”. Pada instalasi radiologi dan gizi pernyataan setuju tertinggi yaitu “saya menyukai pekerjaan saya”. Untuk pernyataan tidak setuju hanya beberapa responden yang memilih tidak setuju untuk pernyataan pada variabel kepuasan kerja bahkan beberapa instalasi tidak ada responden yang menjawab tidak setuju. Hal ini membuktikan bahwa kepuasan kerja petugas dalam budaya keselamatan pasien sudah baik.

Keberagaman kinerja keselamatan yang tinggi mungkin berasal dari ketidak-konsistenan kepuasan kerja dalam berbagai faktor pekerjaan yang berhubungan dalam organisasi (Kim et al. 2002). Herzberg dalam Kim et al. (2002), menyebutkan bahwa manajemen yang efektif dan kepuasan kerja yang positif, pada gilirannya, akan memotivasi perilaku 10 karyawan yang positif termasuk peningkatan kinerja keselamatan. Lebih jauh dia menyebutkan bahwa pada organisasi dengan karakteristik job design-nya organic, job duties-nya variety, task identity-nya autonomous, Decision making-nya decentralized, dan communication-nya open (all direction), maka seiring dengan peningkatan kepuasan kerja karyawannya

berdampak pada penurunan angka kecelakaan kerja. Gibson (2000), mengemukakan lima karakteristik penting berkaitan dengan pengukuran kepuasan kerja, yaitu: (1) Upah: suatu jumlah yang diterima dan keadaan yang dirasakan dari pembayaran; (2) Pekerjaan itu sendiri: sampai sejauh mana tugas kerja dianggap menarik dan memberikan kesempatan untuk belajar dan untuk menerima tanggung jawab; (3) Kesempatan promosi: adanya kesempatan untuk maju; (4) Pengawasan: kemampuan seorang pengawas untuk memperlihatkan ketertarikan dan perhatian kepada pekerja, dan (5) Rekan kerja: sampai sejauh mana rekan kerja bersahabat, kompeten dan mendukung. Dimensi tersebut juga telah dikembangkan oleh para peneliti dari Cornell University dalam Job Descriptive Index (JDI) untuk menilai kepuasan kerja seseorang dengan dimensi kerja berikut: pekerjaan, upah, promosi, rekan kerja dan pengawasan.

Hasil penelitian sesuai dengan penelitian yang dilakukan Rigobello et al. (2012), sebagian besar petugas kamar bedah juga merasa puas dengan kepuasan kerja. Hasil kepuasan kerja yang baik ini berhubungan dengan hasil *teamwork climate* dan *safety climate* yang juga dipersepsikan baik.

Menurut Abu Al Rub et al. (2012) ada hubungan positif kuat antara *teamwork climate* dengan kepuasan kerja dan antara *safety climate* dengan kepuasan kerja. Pendapat ini diperkuat dengan penelitian Sexton

et al. (2006) bahwa *teamwork* yang baik berhubungan dengan kepuasan kerja yang lebih baik dan istirahat sakit yang lebih sedikit.

Penelitian yang dilakukan Juliana Sandrawati dkk (2013) untuk kepuasan kerja menunjukkan 72,9% petugas kamar bedah merasa puas. Penilaian kepuasan kerja meliputi lingkungan kerja yang menyenangkan, kebanggaan terhadap pekerjaan, rasa persaudaraan, menjunjung tinggi moral, dan menyenangkan pekerjaan.

Robbins (2006) menyatakan bahwa karyawan yang puas akan mampu meningkatkan kepuasan dan kesetiaan pelanggan. Hal ini terjadi karena dalam organisasi jasa, kesetiaan dan ketidaksetiaan pelanggan sangat tergantung pada cara karyawan berhubungan dengan pelanggan. Karyawan yang puas lebih ramah, ceria, responsif-yang dihargai pelanggan. Karyawan yang puas memiliki kemungkinan kecil untuk mengundurkan diri, sehingga pelanggan lebih sering menjumpai wajah wajah akrab dan menerima layanan yang berpengalaman. Ciri-ciri tersebut membangun kepuasan dan kesetiaan pelanggan. Adanya peningkatan kepuasan kerja pada karyawan tentu berdampak pada kinerja yang ditunjukkannya.

Dessler dalam Handoko (2001) mengemukakan ada perbedaan antara karyawan yang memiliki kepuasan kerja dengan yang tidak. Karyawan yang merasakan kepuasan dalam pekerjaannya cenderung memiliki catatan kehadiran dan ketaatan terhadap peraturan lebih baik, namun kurang aktif berpartisipasi dalam kegiatan serikat pekerja.

Karyawan ini juga biasanya memiliki prestasi yang lebih baik dibandingkan dengan karyawan yang tidak memiliki kepuasan dalam pekerjaannya. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa kepuasan kerja memiliki arti penting bagi karyawan maupun perusahaan, khususnya demi terciptanya keadaan positif di lingkungan kerja.

Robbins (2006) juga menyatakan mengenai dampak kepuasan kerja pada kinerja karyawan. Karyawan yang merasa puas akan pekerjaannya memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk membicarakan hal-hal positif tentang organisasinya, membantu yang lain, dan berbuat kinerja pekerjaan mereka melampaui perkiraan normal.

e. Pengaruh Kondisi Kerja dengan Budaya Keselamatan Pasien

Hipotesis penelitian 5 (H_a) dinyatakan bahwa berdasarkan analisis statistik yang dilakukan diketahui bahwa dimensi kondisi kerja berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare (tabel 38) dengan nilai $p=0,002 < 0,05$, nilai $R: 0,249$, sehingga dalam hal ini hipotesis penelitian 5 (H_a) diterima.

Berdasarkan lampiran tabel distribusi responden untuk variabel kondisi kerja dapat disimpulkan bahwa pernyataan setuju tertinggi yaitu “rumah sakit melakukan pekerjaan yang baik dalam melatih personel baru” dan “kedisiplinan pegawai cukup terawasi”. Sedangkan pernyataan tidak setuju tertinggi yaitu “gangguan komunikasi pada umumnya yang menyebabkan keterlambatan dari perawatan pasien”. Kondisi kerja adalah persepsi kualitas lingkungan kerja, staffing, dan peralatan yang

mendukung dalam pemberian pelayanan yang aman. Kondisi kerja dapat diartikan sebagai kualitas lingkungan kerja dan dukungan logistik seperti sumber daya, peralatan yang diperlukan untuk operasional pelaksanaan asuhan dan pedokumentasian serta sistem informasi yang diperlukan. Pada penelitian ini kondisi kerja yang di eksplorasi adalah penyediaan/ peningkatan kualitas sumberdaya manusia, kedisiplinan perawat dan rasa tanggungjawab dalam pelaksanaan asuhan yang menjunjung tinggi nilai iklim keselamatan pasien

Penelitian oleh Maria Helena Barbosa (2016) di rumah sakit swasta negara bagian Minas Gerais, Brazil bahwa pada kualitas kondisi kerja melalui yang dirasakan melalui lingkungan kerja yang rendah dengan skor rata-rata 59,58 %. Hal ini menunjukkan kurangnya program pelatihan *patient safety*, partisipasi dari para profesional membuat keputusan dalam menuntut tindakan untuk perbaikan. Kondisi kerja seperti hubungan perawat dengan pasien yang kurang baik dan hari kerja yang panjang berkontribusi pada kelelahan dan timbulnya kesalahan karena kurangnya interaksi mereka dengan pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Lya Mulyati (2016) bahwa sebagian besar 67% (59 orang) menyatakan bahwa kondisi kerja mereka kurang baik, (29 orang) yang menyatakan baik. Hasil analisis bivariat ditemukan bahwa kondisi kerja tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap iklim keselamatan pasien, pada penelitian ini didapatkan nilai $p = 0.507 > \alpha = 0.05$ dengan odd rasio 0.64. Kondisi kerja dapat diartikan sebagai kualitas

lingkungan kerja dan dukungan logistik seperti sumber daya, peralatan yang diperlukan untuk operasional pelaksanaan asuhan dan pedokumentasian serta sistem informasi yang diperlukan. Pada penelitian ini kondisi kerja yang di eksplorasi adalah penyediaan/ peningkatan kualitas sumberdaya manusia, kedisiplinan perawat dan rasa tanggungjawab dalam pelaksanaan asuhan yang menjunjung tinggi nilai budaya keselamatan pasien. Berdasarkan analisis jawaban yang disampaikan oleh perawat, pihak manajemen RS sudah cukup melakukan peningkatan sumber daya manusia, kondisi ini bisa di lihat dalam bentuk pengikutsertaan perawat dalam berbagai pelatihan ataupun memberikan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi. Data lain menunjukkan perawat memiliki anggapan bahwa supervise tentang kedisiplinan belum dilakukan secara rutin dan sebagian besar perawat menilai bahwa di areanya masih banyak personil yang tidak mematuhi aturan yang ditentukan serta keyakinan bahwa kejadian yang tidak diharapkan merupakan tanggung jawab perawat dan keterlibatan pihak manajemen masih sangat rendah.

Kondisi kerja merupakan salah satu penyebab dari keberhasilan dalam melaksanakan suatu pekerjaan tetapi juga dapat menyebabkan suatu kegagalan dalam melaksanakan suatu pekerjaan. Karena kondisi kerja dapat memengaruhi pekerja, terutama lingkungan kerja yang bersifat psikologis sedangkan pengaruh itu sendiri dapat bersifat positif dan dapat pula berpengaruh negatif. Apabila seorang pekerja mendapat

pengaruh yang positif, maka pekerja tersebut akan mempunyai moral yang lebih baik dalam melakukan pekerjaannya, dan ini berarti akan meningkat efisiensi dalam pencapaian suatu tujuan. Sedangkan apabila seorang pekerja mendapat pengaruh yang negatif, maka pekerja tersebut akan mengalami kemerosotan moral dalam bekerja dan akibatnya akan terjadi suatu pemborosan-pemborosan atau pengeluaran biaya yang lebih banyak dibandingkan dengan biaya yang semestinya dikeluarkan (Sri dan Susialisasi, 2011).

Robbins (2002) berpendapat kondisi kerja adalah segala sesuatu yang ada di lingkungan pekerja yang dapat mempengaruhi dirinya dalam menjalankan tugas yang dibebankan. Kondisi kerja dalam suatu organisasi mempunyai peranan penting untuk kelancaran proses produksi karena kondisi kerja yang baik tidak hanya dapat memuaskan karyawan dalam melaksanakan tugas, tetapi juga berpengaruh dalam meningkatkan kinerja karyawan.

Pendapat lain mengatakan bahwa yang dimaksud dengan lingkungan kerja terutama sikap, nilai, norma, dan perasaan yang lazim dimiliki para pekerjanya atau karyawan sehubungan dengan perusahaan mereka (Robbin, 2002). Selain itu menurut Robbin (2002) bahwa iklim organisasi merupakan suatu karakteristik yang membedakan suatu organisasi dengan organisasi lainnya. Mempengaruhi individu-individu didalamnya, serta secara relatif bertahan dalam jangka waktu tertentu. Sedangkan Sariyathi (2007) lingkungan kerja dalam suatu organisasi

sangat penting untuk diperhatikan oleh pimpinan organisasi karena lingkungan kerja mempunyai pengaruh langsung terhadap karyawan yang bekerja. Lingkungan kerja yang memuaskan karyawan akan dapat meningkatkan kinerja karyawan dan sebaliknya lingkungan kerja yang sangat tidak memuaskan dapat mengurangi kinerja karyawan.

Menurut Alex S. Nitisemito (2003), kondisi kerja adalah kondisi internal maupun eksternal yang dapat mempengaruhi semangat kerja sehingga dengan demikian pekerjaan dapat diharapkan selesai lebih cepat dan baik. Menurut Sedarmayanti (2003) kondisi lingkungan kerja dikatakan baik atau sesuai apabila manusia dapat melaksanakan kegiatan secara optimal, sehat, aman, dan nyaman. Kesesuaian lingkungan kerja dapat dilihat akibatnya dalam jangka waktu yang lama lebih jauh lagi lingkungan-lingkungan kerja yang kurang baik dapat menuntut tenaga kerja dan waktu yang lebih banyak dan tidak mendukung diperolehnya rancangan sistem kerja yang efisien.

Berdasarkan hal tersebut dapat dianalisis bahwa dalam upaya menciptakan iklim keselamatan pasien diperlukan adanya strategi peningkatan kesadaran seluruh staf rumah sakit terhadap pentingnya penerapan asuhan pasien dengan menjunjung tinggi hak-hak pasien. Kondisi kerja yang kurang mendukung untuk pelaksanaan keselamatan pasien dapat dipengaruhi oleh jumlah dan kualitas sumber daya manusianya dan fasilitas yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan terhadap pasien.

f. Pengaruh Persepsi Manajemen dengan Budaya Keselamatan Pasien

Hipotesis penelitian 6 (Ha) dinyatakan bahwa berdasarkan analisis statistik yang dilakukan diketahui bahwa dimensi persepsi manajemen berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare (tabel 39) dengan nilai $p=0,009 < 0,05$, nilai R: 0,132, sehingga dalam hal ini hipotesis penelitian 6 (Ha) diterima.

Berdasarkan lampiran tabel distribusi responden untuk variabel persepsi manajemen pada instalasi-instalasi dapat disimpulkan bahwa pernyataan setuju tertinggi yaitu “adanya dukungan manajemen rumah sakit” dan “info yang tepat tentang peristiwa yang mungkin mempengaruhi pekerjaan dari manajemen rumah sakit”. sedangkan pernyataan tidak setuju tertinggi yaitu “manajemen rumah sakit tidak mengetahui kompromi keselamatan pasien”. Hal ini membuktikan bahwa manajemen rumah sakit mendukung petugas rumah sakit dalam budaya keselamatan pasien menjadi lebih baik namun hasil ini berbeda dengan pernyataan terbuka responden bahwa masih adanya petugas yang belum mendapatkan sosialisasi dan pelatihan tentang keselamatan pasien, kurangnya respon dari manajemen rumah sakit bila terjadi insiden keselamatan dan kurangnya fasilitas yang mendukung dalam keselamatan pasien menunjukkan masih perlunya perhatian dari pihak manajemen.

Petugas menganggap bahwa dukungan manajemen tentang keselamatan pasien sudah berjalan dengan baik. Dukungan yang diterima yaitu berupa sarana dan prasarana, peralatan, dan SPO yang membantu dalam budaya keselamatan pasien. Selain itu dibentuknya tim keselamatan pasien rumah sakit menjadi hal yang lebih memudahkan sebab tim keselamatan pasien inilah yang akan membuat alur pelaporan insiden. Sehingga petugas lebih mudah melapor jika melakukan atau melihat insiden terkait keselamatan pasien. Tapi pada beberapa instalasi masih menganggap bahwa manajemen rumah sakit memperhatikan keselamatan pasien hanya setelah peristiwa yang menyebabkan pasien cedera terjadi.

Dukungan manajemen terhadap budaya keselamatan pasien adalah pihak manajemen menyediakan sumber daya, kebijakan, dan menciptakan suasana yang mendukung budaya keselamatan pasien demi mencegah insiden keselamatan pasien. Salah satu dari tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit adalah memberi dukungan kepada staf. Pelaksanaan manajemen keselamatan memerlukan dukungan dari organisasi dan petugas pelayanan. Kepemimpinan, budaya keselamatan, pemenuhan struktur dan sistem yang baik dan pengelolaan manajemen merupakan dukungan untuk pemenuhan keselamatan pasien rumah sakit. Melalui program keselamatan pasien dengan prioritas pada penguatan kepemimpinan dan fungsi manajemen, penerapan budaya keselamatan di pelayanan serta peningkatan pengetahuan tentang

keselamatan pasien akan mampu meningkatkan kualitas dan keselamatan pasien di rumah sakit.

United States Department of Labor mengemukakan bahwa salah satu yang paling penting pada aspek budaya keselamatan pasien adalah dukungan dari manajemen rumah sakit. Petugas kesehatan sangat menghargai kepedulian pihak manajemen terhadap mereka dan melaksanakan keselamatan pasien dengan baik karena manajemen rumah sakit berada di balik petugas kesehatan. Rumah sakit yang sukses mengurangi cedera pada pasien pada umumnya diketahui memiliki dukungan yang baik dari pihak manajemen. Bukan saja dukungan dalam bentuk mengeluarkan kebijakan terkait keselamatan pasien, penyediaan sarana dan prasarana, tetapi juga turut andil dalam mempromosikan keselamatan pasien dan budaya keselamatan pasien. Selain itu dukungan manajemen bisa juga dalam bentuk melibatkan petugas dalam pengambilan keputusan terkait keselamatan pasien.

Penelitian yang dilakukan Maria Helena Barbosa (2016) di rumah sakit swasta negara bagian Minas Gerais, Brazil menyatakan bahwa persepsi manajemen tidak peduli dengan keselamatan pasien dan pada unit di rumah sakit dengan nilai terendah 58,90% dibandingkan dengan variabel yang lain.

Sikap iklim keselamatan dan perilaku keselamatan dipengaruhi oleh persepsi manajemen keselamatan (Feng, et al 2011; Flin, 2007), dan pengamatan pelaksanaan keselamatan yang dapat menimbulkan insiden

keselamatan (Flin, 2007). Persepsi staf telah terbukti menjadi prediktor iklim keselamatan (El-Jardali, Dimassi, Jurnal, Jaafar, & Hemadeh, 2011).

Karyawan menginterpretasikan dukungan dari organisasi di mana mereka bekerja sebagai perwujudan komitmen dari organisasi tersebut terhadap mereka dan akan mengembalikannya dengan meningkatkan komitmen mereka terhadap organisasi (Aube et al., 2007). Bagi karyawan, organisasi merupakan sumber penting bagi kebutuhan sosioemosional mereka seperti respect (penghargaan), caring (kepedulian), dan tangible benefit seperti gaji dan tunjangan kesehatan. Perasaan dihargai oleh organisasi membantu mempertemukan kebutuhan karyawan akan approval (persetujuan), esteem (penghargaan) dan affiliation (keanggotaan). Penilaian positif dari organisasi juga meningkatkan kepercayaan bahwa peningkatan usaha dalam bekerja akan dihargai. Oleh karena itu karyawan akan memberikan perhatian yang lebih atas penghargaan yang mereka terima dari atasan mereka. Penilaian positif dari organisasi juga meningkatkan kepercayaan bahwa peningkatan usaha dalam bekerja akan dihargai. Oleh karena itu karyawan akan memberikan perhatian yang lebih atas penghargaan yang mereka terima dari atasan mereka.

Menurut Mathis dan Jackson (2001) dukungan organisasi adalah dukungan yang diterima dari organisasinya berupa pelatihan, peralatan, harapan-harapan dan tim kerja yang produktif. Sedangkan menurut Flipppo (1994) dukungan organisasi adalah bantuan dari penerapan teknologi,

manusia melaksanakan fungsi atau tugas yang menuntun kepada tercapainya sasaran yang ditentukan secara rasional. Dukungan organisasi dalam hal ini yang dimaksud adalah dukungan manajemen memiliki pengaruh positif terhadap staf di sebuah organisasi. Bahkan secara luas dapat mempengaruhi kinerja organisasi. Mathis dan Jackson (2001) menjelaskan bahwa kinerja dari seseorang tergantung dari tiga faktor yaitu kemampuan, usaha, dan dukungan organisasi.

g. Pengaruh *Stress Recognition* dengan Budaya Keselamatan Pasien

Hipotesis penelitian 7 (H0) dinyatakan bahwa berdasarkan analisis statistik yang dilakukan diketahui bahwa dimensi *stress recognition* tidak berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare (tabel 40) dengan nilai $p=0,637 < 0,05$, nilai R: 0,038, sehingga dalam hal ini hipotesis penelitian 7 (H0) diterima.

Berdasarkan lampiran tabel distribusi responden untuk variabel *stress recognition* pada instalasi-instalasi dapat disimpulkan bahwa pernyataan setuju tertinggi yaitu “ketika beban kerja berlebihan, kinerja saya terganggu” dan pernyataan tidak setuju tertinggi yaitu “kecenderungan untuk membuat kesalahan dalam situasi tegang atau berseteru”. Hal ini membuktikan bahwa dalam kondisi stres atau situasi yang tegang, petugas dapat menghindari terjadinya kesalahan dalam hal ini keselamatan pasien.

Kondisi stres seseorang ditentukan oleh keseimbangan antara tuntutan yang ditujukan (seperti beban kerja) terhadap sumber daya yang

dimiliki individu untuk mengatasi tuntutan tersebut (seperti pengalaman, keterampilan), ketika tuntutan yang diterima melebihi kemampuan yang dimiliki maka akan menimbulkan kondisi yang tidak menyenangkan seperti; kecemasan atau perasaan tidak sehat, kurang konsentrasi atau perasaan mudah marah (Cooper et al, 2001). Stres kerja juga dapat bersumber dari tim kerja yang tidak saling mendukung serta kondisi kerja yang kurang baik. Menurut Farquharson et al, (2012) stres yang dialami oleh perawat dapat menurunkan kondisi kesehatan fisik, psikologis, mengurangi kepuasan kerja, meningkatkan angka ketidakhadiran kerja karena sakit, meningkatnya turnover staf dan buruknya penampilan kerja.

Tingkat stres dan beban kerja yang tinggi menyebabkan kurang optimalnya asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien, meningkatnya angka pelanggaran terkait dengan keselamatan pasien, dan terjadinya kesalahan yang lebih sering (*cognitive failure*). Pada kondisi saat ini di era pemerintah memberlakukan jaminan kesehatan serta adanya perkembangan demografi masyarakat maka tuntutan untuk peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan semakin tinggi, hal tersebut dapat menjadi salah satu sumber stres dan meningkatnya beban kerja pada perawat, oleh sebab itu dukungan dari pimpinan/manajemen rumah sakit sangat diperlukan dengan melakukan pengaturan sumber daya manusia di setiap ruang rawat harus disesuaikan baik jumlah maupun kualifikasi perawat yang dibutuhkan, serta manajemen melakukan sistem kontrol dan umpan balik yang baik. Tidak hanya

dukungan dari pihak manajemen yang mempengaruhi stres perawat namun dukungan tim kerja juga merupakan faktor penting yang mempengaruhi kondisi stres perawat, hal tersebut sejalan dengan analisis lanjutan pada penelitian ini yang menemukan adanya interaksi yang signifikan antara persepsi perawat terhadap manajemen dan tim kerja dengan stres kerja (Farquharson, 2012).

Penelitian yang dilakukan oleh Khasawneh & Futa (2013) menunjukkan bahwa stres kerja yang ditimbulkan oleh lingkungan organisasi dapat mempengaruhi kinerja individu di rumah sakit. Dari penelitian ini dapat ditarik kesimpulan bahwa *blame culture* secara luas dapat mempengaruhi kinerja petugas kesehatan di rumah sakit.

Penilaian iklim keselamatan pasien Grant, Donaldson dan Larsen (2006) di rumah sakit anak, menemukan bahwa semua kelompok tim pelayanan kesehatan menunjukkan pengakuan stres dan kelelahan yang rendah. Sexton, Thomas, dan Helmreich (2000) menemukan bahwa 70% dr bedah, 47% dr anestesi, 55% perawat anestesi dan 60% perawat kamar bedah membantah dampak kelelahan pada kinerja. Ini sangat berbeda dengan industri penerbangan, hanya 27% pilot yang membantah dampak kelelahan pada kinerja. Perbedaan pendapat yang signifikan antara petugas medis dan pilot karena pilot lebih menyadari bahwa kelelahan dan stres dapat menjadi sumber bencana bagi penumpang. Hal ini bisa dimengerti karena industri penerbangan telah memiliki iklim keselamatan dan komitmen yang tinggi pada keselamatan penumpang.

Dibandingkan petugas medis yang merupakan bagian dari organisasi kesehatan yang belum sepenuhnya memiliki iklim keselamatan.

Cooper & Clarke (2003), menyatakan bahwa reaksi individu terhadap stres pada gilirannya dapat menyebabkan gejala stres dalam organisasi: seperti pergantian staf tinggi atau ketidakhadiran yang meningkat akibat sakit. Stres di tempat kerja juga sangat berkaitan dengan keselamatan kerja: seperti tingkat kecelakaan.

Penelitian yang dilakukan oleh Departemen kesehatan UK (2011) menemukan fakta bahwa 30% perawat menyatakan mengalami stres dalam melaksanakan pekerjaannya dalam satu tahun terakhir, 34% sering berfikir keluar dari pekerjaannya saat ini, dan 16% akan meninggalkan pekerjaannya jika dia telah menemukan pekerjaan lain. Berdasarkan uraian di atas upaya penurunan stres kerja perlu ditangani secara serius, hal tersebut dapat dilakukan secara internal (dengan penerapan manajemen koping yang adaptif) maupun eksternal yang berhubungan dengan pihak manajerial yaitu dengan menyesuaikan antara beban kerja dengan penyediaan sumber daya manusia, memberikan kesempatan atau memfasilitasi karyawan untuk meningkatkan kemampuan baik kognitif maupun psikomotor, meningkatkan kuantitas dan kualitas peralatan yang mendukung pelayanan serta meningkatkan iklim kerja yang kondusif

Stress merupakan suatu kondisi keadaan seseorang mengalami ketegangan karena adanya kondisi yang mempengaruhinya, kondisi tersebut dapat diperoleh dari dalam diri seseorang maupun lingkungan

diluar diri seseorang. Stress dapat menimbulkan dampak yang negatif terhadap keadaan psikologis dan biologis bagi karyawan. Menurut Robbin (2002) stress merupakan kondisi dinamis dimana seseorang individu dihadapkan dengan kesempatan, keterbatasan atau tuntutan sesuai dengan harapan dari hasil yang ingin dia capai dalam kondisi penting dan tidak menentu. Gitosudarmo dan Suditta (1997), bahwa stres mempunyai dampak positif dan negatif. Dampak positif stress pada tingkat rendah sampai pada tingkat moderat bersifat fungsional dalam arti berperan sebagai pendorong peningkatan kinerja pegawai, sedangkan pada tingkat negatif stress pada tingkat yang tinggi adalah penurunan pada kinerja karyawan yang drastis.

3. Multivariat Variabel Dependen Terhadap Variabel Independen

Penerapan budaya keselamatan pasien yang baik akan mendeteksi kesalahan yang akan terjadi. 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 insiden keselamatan pasien (carthey & Clarke, 2010).

Berdasarkan hasil analisis multivariat, didapatkan hasil nilai koefisien regresi linier untuk variabel independen masing-masing memiliki nilai p didapatkan ada pengaruh signifikan antara *leadership* terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau ($p=0,018 < \alpha=0,05$), ada pengaruh signifikan antara iklim *teamwork* terhadap budaya keselamatan

pasien di RSUD Andi Makkasau ($p=0,006 < \alpha=0,05$), ada pengaruh signifikan antara iklim keselamatan terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau ($p=0,004 < \alpha=0,05$), ada pengaruh signifikan antara kepuasan kerja terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD A.ndi Makkasau ($p=0,000 > \alpha=0,05$), ada pengaruh antara kondisi kerja terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau ($p=0,020 < \alpha=0,05$), ada pengaruh signifikan antara persepsi manajemen terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau ($p=0,027 < \alpha=0,05$),

Setelah dilakukan uji regresi linier secara bersama-sama *leadership*, iklim *teamwork*, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi kerja, persepsi manajemen dan *stress recognition* pada iklim keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare, didapatkan hasil variabel $p < 0,05$ yaitu kepuasan kerja dengan $p = 0,000$ yang dapat disimpulkan bahwa dimensi kepuasan kerja berpengaruh paling besar terhadap budaya keselamatan pasien dibanding variabel lainnya. Sedangkan hasil variabel $p < 0,05$ persepsi manajemen dengan $p = 0,027$ yang disimpulkan bahwa pengaruh lemah terhadap budaya keselamatan pasien dibandingkan dengan variabel lainnya.

Hal ini dapat dilihat dari jawaban responden yang menyatakan bahwa staf medis dan perawat yang merasa bangga kerja dirumah sakit selain itu mempunyai semangat yang tinggi memberikan hasil terbaik dalam melaksanakan pelayanan terhadap pasien, kemampuan yang dimiliki juga berasal dari pengetahuan dan pengalaman yang sesuai dengan

keilmuannya sehingga mampu memberikan pelayanan kesehatan dengan baik dan terhindar dari insiden keselamatan pasien.

Hal ini sejalan teori James Neill (2005) yang menyatakan bahwa seseorang yang memiliki keyakinan terhadap penilaian diri dan kemampuan diri sendiri dalam melakukan tugas mampu menciptakan keterampilan sesuai keahlian dalam melakukan suatu pekerjaan apalagi pekerjaan yang beresiko tinggi.

Sumber daya manusia di rumah sakit sebagai individu pelaksana langsung pelayanan memenuhi kecakupan baik kuantitas atau kualitas. Aspek kualitas individu dilihat dari pendidikan dan standar kompetensi yang dimiliki. Kompetensi sumber daya manusia RS dapat dilakukan dengan upaya memenuhi standar kompetensi oleh setiap petugas sesuai dengan standar yang ditetapkan disetiap profesi. Rumah sakit dapat menempuh upaya seperti pengiriman petugas untuk mengikuti pelatihan berbasis kompetensi untuk setiap profesi yang ada. Bagi petugas yang belum memenuhi standar kompetensi untuk profesinya, rumah sakit dapat memberikan fasilitas untuk dapat memenuhi standar tersebut.

Kualitas rumah sakit juga dapat dilihat dari kecilnya insiden keselamatan pasien yang terjadi di rumah sakit, untuk itu perlunya setiap rumah sakit menerapkan budaya keselamatan pasien. Penerapan budaya keselamatan dapat dilakukan dengan *Survei Hospital Survey on Patient Safety Culture* mengukur budaya keselamatan pasien dari segi perspektif

staf rumah sakit. Survei ini dapat mengukur budaya keselamatan pasien untuk seluruh staf rumah sakit (AHRQ, 2016).

Survei budaya keselamatan berguna untuk mengukur kondisi organisasi yang dapat mengurangi KTD dan kecelakaan pasien di rumah sakit. Rumah sakit yang ingin menilai budaya keselamatan pasien di organisasinya harus menyadari pelaksanaan survei budaya keselamatan pasien.

Survei budaya keselamatan pasien dapat digunakan untuk meningkatkan kesadaran staf rumah sakit mengenai keselamatan pasien, mendiagnosa dan menilai keadaan budaya keselamatan pasien saat itu, mengidentifikasi kekuatan/kelebihan suatu area/unit untuk pengembangan program keselamatan pasien, menguji perubahan trend budaya keselamatan pasien sepanjang waktu, mengevaluasi dampak budaya dari inisiatif dan intervensi keselamatan pasien, mengadakan perbandingan baik internal maupun eksternal (AHRQ, 2016).

D. Implikasi Penelitian

Setelah mengkaji hasil penelitian ini maka implikasi penelitian yang dapat penulis ajukan adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau dalam kaitannya meningkatkan *patient safety climate* untuk implementasinya ke seluruh pegawai RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.
2. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi tolak ukur/indikator pencapaian penerapan standar budaya keselamatan pasien di lingkungan RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.
3. Menurunkan angka insiden terjadinya kecelakaan pasien/ karyawan dilingkungan kerja RSUD Andi Makkasau Kota Parepare
4. Diharapkan kepada pimpinan RSUD beserta jajarannya agar lebih memperhatikan budaya keselamatan pasien dan karyawan dalam hal ini memfasilitasi K3 RS yang memadai.

E. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah:

1. Kurangnya sikap kepedulian dan keseriusan dalam menjawab semua pertanyaan-pertanyaan yang ada. Masalah subjektivitas dari responden dapat mengakibatkan hasil penelitian ini rentan terhadap biasnya jawaban responden.
2. Instrumen penelitian dalam item pertanyaan ini berupa kuesioner yang dibuat oleh peneliti sendiri dan berdasarkan kuesioner standar, dimana

seluruh pernyataan yang ditanyakan kepada responden untuk setiap variabel kemungkinan belum mencakup secara detail dari semua aspek yang menyangkut variabel tersebut. Sehingga untuk menghindari bias maka sebelum melakukan penelitian, terlebih dahulu peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas.

3. Peneliti tidak melakukan wawancara mendalam kepada responden dalam hal ini medis dan paramedis, terkait iklim keselamatan pasien dan budaya keselamatan pasien.
4. Kesibukan medis dan paramedis yang menjadi responden, menyebabkan peneliti sulit menggali informasi lebih dalam kaitannya dengan penelitian.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian mengenai hubungan antara iklim keselamatan pasien dengan budaya keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare peneliti merumuskan kesimpulan sebagai berikut:

- a. Dimensi *Leadership* pada iklim keselamatan pasien berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien. Hal ini berarti bahwa budaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh sanksi yang tegas terhadap kesalahan yang dilakukan oleh karyawan terkait patient safety di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.
- b. Dimensi Iklim *teamwork* pada iklim keselamatan pasien berpengaruh signifikan dengan budaya keselamatan pasien. Hal ini berarti bahwa budaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh perselisihan diselesaikan dengan tepat karena konflik yang muncul dapat menurunkan persepsi individu atas teamwork, yang dapat mengganggu proses pelayanan dan berujung pada kemungkinan terjadinya insiden di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare
- c. Dimensi Iklim keselamatan pada iklim keselamatan pasien berpengaruh signifikan dengan budaya keselamatan pasien. Hal ini berarti bahwa budaya keselamatan pasien dipengaruhi alur yang tepat untuk bertanya tentang keselamatan pasien Iklim keselamatan

diharapkan mampu meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit dan menurunkan angka insiden keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.

- d. Dimensi kepuasan kerja pada iklim keselamatan pasien berpengaruh signifikan dengan budaya keselamatan pasien. Hal ini berarti rumah sakit adalah tempat yang baik untuk bekerja dimana kepuasan kerja merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi performa kerja di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare
- e. Dimensi kondisi kerja pada iklim keselamatan pasien berpengaruh signifikan dengan budaya keselamatan pasien. Hal ini berarti rumah sakit melakukan pekerjaan yang baik dalam melatih personel baru, dimana kondisi kerja merupakan persepsi kualitas lingkungan kerja dan *staffing* di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.
- f. Dimensi persepsi manajemen pada iklim keselamatan pasien berpengaruh signifikan dengan budaya keselamatan pasien. Hal ini berarti adanya dukungan manajemen rumah sakit sudah baik tetapi pada beberapa instalasi masih menganggap bahwa manajemen rumah sakit memperhatikan keselamatan pasien hanya setelah peristiwa yang menyebabkan pasien cedera terjadi di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare
- g. Dimensi *stress recognition* pada iklim keselamatan pasien tidak berpengaruh signifikan dengan budaya keselamatan pasien. Tetapi di beberapa instalasi Stres dapat mempengaruhi kinerja petugas

sehingga dapat menyebabkan tingginya insiden keselamatan pasien di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan maka saran yang dapat disampaikan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1. Manajemen RSUD Andi Makkasau Kota Parepare lebih memperhatikan pemberian reward kepada karyawan agar meningkatkan motivasi kerja. Selain itu, perlu penambahan jadwal dan waktu pelatihan keselamatan pasien terhadap karyawan RS.
2. Manajemen RSUD Andi Makkasau Kota Parepare memperhatikan iklim teamwork seperti menumbuhkan rasa percaya diri dalam tim sehingga pekerjaan dapat diselesaikan dengan tanggung jawab bersama, diharapkan kepada tenaga medis dan perawat sadar akan tanggung jawab untuk meningkatkan kualitas kerja, saling berkontribusi satu dengan yang lainnya, sadar akan peran untuk mencapai tujuan, memberikan kemampuan terbaik dan memberikan kontribusi baik tenaga maupun pikiran terhadap keselamatan pasien sehingga tercipta budaya keselamatan pasien.
3. Manajemen RSUD Andi Makkasau Kota Parepare lebih memperhatikan pada dimensi iklim keselamatan agar rumah sakit

dapat menciptakan *no blame culture* karena dari hasil penelitian diperoleh bahwa petugas masih takut melaporkan insiden yang terjadi dikarenakan takut diberi hukuman dan merasa akan dikeluarkan dari rumah sakit jika diketahui melakukan kesalahan.

4. Manajemen RSUD Andi Makkasau Kota Parepare pada dimensi kepuasan kerja untuk menciptakan lingkungan kerja yang baik tidak hanya untuk pasien tetapi juga untuk staf rumah sakit sehingga mereka akan merasa aman dan nyaman bekerja di rumah sakit.
5. Manajemen RSUD Andi Makkasau Kota Parepare pada dimensi kondisi kerja agar menambah jumlah staf khususnya perawat dalam menangani jumlah pasien yang ada di masing-masing unit/instalasi.
6. Manajemen RSUD Andi Makkasau Kota Parepare pada dimensi persepsi terhadap manajemen agar lebih memperhatikan masalah keselamatan pasien sehingga tidak membahayakan pasien yang berada di rumah sakit dan melibatkan seluruh staf dalam pengambilan keputusan terkait keselamatan pasien.
7. Disarankan kepada manajemen RSUD Andi Makkasau Kota Parepare pada dimensi *stress recognition* untuk mengatur kembali beban kerja semua staf rumah sakit dan kondisi kerjanya agar tidak mengalami kelelahan saat bekerja dimana hal tersebut dapat membahayakan keselamatan pasien

DAFTAR PUSTAKA

- Abu Al Rub R.F., Gharaibeh H.F., Bashayreh A.E. (2012). The Relationships Between Safety Climate, Teamwork, and Intent to Stay at Working condition Among Jordanian Hospital Nurses. *Nursing Forum* Vol. 47 (1).
- Aditama, T. (2004). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: UI Press

- Alsaleh, F. M., Abahussain, E. A., Altabaa, H. H., AL-Bazzaz, M. F., & Almandil, N. B. (2018). Assessment of patient safety culture : a Nationwide survey of community pharmacists in Kuwait. *Health Sevices Research*.
- Astuti. (2018). Pengaruh Elemen People pada Knowledge Management Terhadap Budaya Keselamatan Pasien di RSUD A. Parekesit Tenggara. *Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin*.
- Aube, C.; Rousseau, V.; dan Morin, E.M. (2007). Perceived Organizational Support and Organizational Commitment: The Moderating Effect of Locus Of Control and Work Autonomy. *Journal of Managerial Psychology*, 22 (5): 479-495
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2004). Hospital Survei on Patient Survey Culture. US Departement of Health and Human Service.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2016). Hospital Survei on Patient Survey Culture. User's guide. AHRQ Publication, Vol (15) No (16).
- Baker D.P., Gustafson S., Beaubien J.M., Salas E., B. P. (2006). Medical Teamwork and Patient Safety: The Evidence-based Relation. Literature Review. Agency for Healthcare Research and Quality Publication No. 050053, 1–56.
- Barbosa, M. H., Floriano, D. R., Oliveira, K. F. de, Nascimento, K. G. do, & Ferreira, L. A. (2016). Patient safety climate at a private hospital. *Texto Contecto Enferm*, 25(3). <https://doi.org/10.1590/010407072016001460015>
- Budihardjo, Andreas. 2008. Pentingnya Safety Culture di Rumah Sakit. *Integritas-Jurnal Manajemen*, Vol 10 (1) ; 53-70.
- Buerhaus, P. (2004). Lucian Leape on Patient Safety in US Hospitas. *Journal nursing of scholarship*, 4(36).
- Bhatt, Dilip. (2000). "EFQM Excellence Model and Knowledge management Implication.
- Blegen, MA, dkk. (2006). Safety climate in hospital unit : anew measure, advance in patient safety.
- Cahyono,S.B.(2008). Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik kedokteran. Yogyakarta : Kanisius

- Carthey J., Leval M.R., Wright D.J., Farewell V.T., Reason J.T., 2003. Behavioural markers of surgical excellence. *Safety Science* vol 41 : 409-425.
- Carthey, J., Clarke, J., 2010. Implementing human factor in healthcare: how to guide. *Patient Safety First*.
- Carrol P. et al. (2009). Prostate Specific Antigen.
- Ching (2015). Knowledge sharing in Academic Institutions: a Study of Multimedia University Malaysia. *Electronic Journal of Knowledge Management*, 7(3), 313-324.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and social behavior*, 24, 385-396.
- Cooper M. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36, 111-136.
- Cooper M.D., Philips R.A., (2004). Exploratory analysis of the safety climate and safety behavior relationship. *Journal of Safety Research*, vol 35 : 497-512
- Cooper, C., & Clarke, S. (2003) *Managing the risk of workplace stress: Health and safety hazards*. London: Routledge.
- El-hosany, W. A. E. (2015). Influence Of Hospital Safety Climate On Patient Satisfaction, 6(9), 110– 120.
- Cox, et.al. (1996). *Work-related stress in nursing: Controlling the risk to health*. Geneva, International Labour Office.
- Departemen Kesehatan RI. (2006). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit Utamakan Keselamatan Pasien Edisi 2*. Jakarta: Depkes.
- Departemen Kesehatan RI. (2011). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety): Utamakan Keselamatan Pasien*. Jakarta: Depkes RI
- Denison, D.R., S. Haaldan, and P. Goelzer. (2004). Corporate culture and organizational effectiveness: is Asia different from the rest of the world?. *Organizational Dynamics*. Vol. 33 (1): 98-109.
- Devi Nurmalia. (2012). *Pengaruh Program Mentoring Keperawatan Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap RS Islam Sultan Agung Semarang*. Tesis. Universitas Indonesia.

- Dwi Utari Widyastuti.(2012). Pengembangan Sistem Informasi Indikator Keselamatan Pasien untuk Mendukung Monitoring Mutu Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Haji Surabaya.Tesis. Program Pasca sarjana Magister Kesehatan Masyarakat. Universitas Diponegoro.
- El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M., & Hemadeh, N. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research*, 11, 45-45.
- Endsley, M. R.(1995). Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. *Human Factors*, 37, 32–64.
- Emory, C. d. (1996). *Metode Penelitian Bisnis*. Jakarta: Erlangga.
- Farquharson, B., Cheryl, B., Derek, J., et al. (2012). Nursing stress and patient care: Real-Time investigation of the effect of nursing tasks and demands on psychological stress, physiological stress, and job satisfaction performance: Study protocol. *Jurnal of Advance Nursing*.
- Ferguson, J. & Fakelman, R. (2005). The Culture Factor. *Proquest Health Management*, 1 (22).
- Feng, X.Q., Acord, L., Cheng, Y.J., Zeng, J.H., Song, J.P. (2011) The Relationship Between Management Safety Commitment and Patient Safety Culture.*International Nursing Review*, China
- Flemming, Mark. (2000). Patient Safety Culture: Sharing and Learning From Each Other.
- Flemming, Mark. (2005). Patient safety culture measurement: a “how to” guide. *Healthcare Quarterly Vol 8*: 14-19.
- Fleming, M. (2008). Patient Safety Culcure Improvement tool: Development & Guidekines for use. *Healthcare Quzrterly*. 11: 10-15.
- Flin, R. (2007). Measuring safety culture in health care: A case of accurate diagnosis.*International Journal for Quality in Health Care*
- Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S. & Robertson, E. (2006). Measuring Safety Climate in Health Care, *Qual Saf Health Care*, 15, 109-115.
- Geller, E. Scott.(2000). *The Psychology of Safety Handbook*. Boca, Raton, London, New York, Washington, D.C.: Lewis Publishers.

- Gillies, (1994). *Nursing management: System approach*. (3th ed), philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Gillies. (2000). *Manajemen Keperawatan: suatu pendekatan sistem* (Neng Hati Sawiji, Penerjemah). Bandung. Yayasan IAPKP.
- Gibson et al. (2006). *Organization behavior structure processes twelfth edition*. New York: Mc Graw Hill Int.
- Gibson, James, L. & John. (2000). *Organisasi dan manajemen: perilaku, struktur, proses*. Terjemahan Djarkasih. Jakarta: Erlangga.
- Gitosudarmo Indriyo dan I Nyoman Sudita, 1997, *Perilaku Keorganisasian*, Yogyakarta: BPFE. Hakim, L., & Pudjirahardjo, W. J. (2014). 198 Optimalisasi Proses Koordinasi Program Keselamatan Pasien, 2(September), 198–208. Retrieved from <http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-jaki3404f1d0abfull.pdf>
- Handoko, T. Hani. 2001. *Manajemen Personalia dan Sumberdaya Manusia*. Yogyakarta : BPFE.
- Harahap, M. W. (2017). *Hubungan Antara Patient Safety Climate dengan Pelaksanaan Patient Safety Di Rumah Sakit Ibnu Sina Tahun 2017. Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin*.
- Henriksen, K. et al. 2008. *Patient Safety and Quality: An Evidence Base Handbook for Nurses* . Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality Publications
- Hughes, R.G (2008). *Patient safety and Quality: An Evidence Base Handbook for Nurses* . Agency for Healthcare Research and Quality Publications. Gaither Road Rockville, MD 20850.
- Institute of Medicine (2000). *To Err Is Human: Building a safer of Health System*. Kohn, L.T., Corrigan,J.M Donalson, M.S(Ed). Washington DC: National Academy Press.
- Jackson. L & Flin, R. (2003). *Leadership for Safety: Industrial Experience*.Qual. Saf.Health Care.Vol. 13 : 45-51.
- Jianhong. (2004). *Safety culture in surgical residency program across Virginia*.
- Joint Commission International. (2006). *Patient safety, essentials for health care*.(International Edition). USA:

- Juliana Sandrawati dkk, (2013) Rekomendasi Untuk Meningkatkan Kepatuhan Penerapan Surgical Safety Checklist Di Kamar Bedah. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga,
- KARS.(2006).Standar Pelayanan Ramah Sakit, Instrumen Penilaian Akreditasi RS. Bandung.
- Kartini Kartono. (2011). Pemimpin dan Kepemimpinan. Jakarta: Rajawaligrafindo Persada.
- Kementerian Kesehatan. (2011). Permenkes RI Nomor 1691 Menkes Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- Kennedy, R. and Kirwan, B.(1998). Development of a Hazard and OperabilityBased Method for Identifying Safety Management Vulnerabilities in High Risk Systems. *Safety Science*. vol. 30 ;249274.
- Khasawneh A., Futa, S. (2013). The Relationship Between Job Stressand Nurses Performance in The Jordanian Hospital. *Asian Journal of Business Management* 5 (2) : 267-275
- KKP-RS. (2011). Laporan Insiden Keselamatan Pasien. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Kim, C.W., McInerney, M.L., & Alexander, R.P. (2002). Job satisfaction as related to safety performance: a case for a manufacturing firm. *The Coastal Business Journal*, 1 (1), 63-71.
- Kohn et al. (2000). To err is human: Building a safer health system. Committee on quality of health care in America. IOM. National Academy of Science
- Kementrian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2017
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008). Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien. Jakarta: KKPRS.
- Leape, L., Woods, D., & Hatlie, M. (1994). Promoting patient safety by preventingmedical error. *JAMA*, 280:1444-1447.
- Lee, Y.-C., Wu, H.-H., Hsieh, W.-L., Weng, S.-J., Hsieh, L.-P., & Huang, C.-H. (2015). Applying importance-performance analysis to patient safety culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol 28 Iss 8 pp 826-840.

- Marzuki, K. A. (2016). Analisis Fakto-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Perawat dalam Penerapan Patient Safety di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Benyamin Guluh Kabupaten Kolaka. *Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin*.
- Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Millman, E. A., Pryor, D., Holzmueller, C., et al. (2006). Patient safety in surgery. *Annals of Surgery*, 243(5), 632–635.
- Mathis, Robert L dan John H Jackson. (2001). *Manajemen Sumber Daya Manusia, Buku I*. Jakarta : Salemba Empat.
- Menkes RI. (2008). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- Miftah, Thoha (2012). *Prilaku Organisasi Konsep dasar dan implikasinya*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5'S: a Synthesis of the Research on Organization Design. *Management Science*.
<https://doi.org/10.1287/mnsc.26.3.322>
- Michael, J. Et al (2009). The “Core Principle” of Physiology: What Should Student understand?” *Advanced Phisiology Education* 33,5, 10-16
- Mulyana DS, 2013,'Analisis penyebab insiden keselamatan oleh perawat di unit rawat inap Rumah Sakit X Jakarta,' Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana, Universitas Indonesia, Depok.
- Neal, A., & Griffin, M. (2000). The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety Science*, 34, 99-109.
- Neal, A., & Griffin, M. A. (2006). A study of the lagged relationships among safety climate, safety motivation, safety behavior, and accidents at the individual and group levels. *Journal of Applied Psychology*, 91(4), 946-953.
- Nieva, V.F., & Sorra, J. (2004). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality Saf Healthcare*; 12(Suppl II): 17-23.
- NPSA (National Patient Safety Agency). (2004). *Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)*. Manchester: University of Manchester
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta .

- Nursalam. (2013). *Konsep Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pronovost et al. (2003). Assessing safety culture: guidelines and recommendation. *Quality and Safety Health*. 14, 231-233
- Rachmawati, Emma. (2011). Model Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien di RS Muhammadiyah-Aisyiyah Tahun 2011 [Disertasi]. Depok: Universitas Indonesia
- Raleigh, V.S., Cooper, J., Bremner, S.A, & Scobie, S. 2008., Patient Safety Indicators foe England from Hospital Administrasi Data : Case Control Analysis and Comparison with US data. USA: BMJ, 337, al702.
- Reiling, J.G. (2006). Creating a cuture of patient safety through innovative hospital design. *Journal Advance in Patient Safety*, 2 (20).
- Reis, et al. (2006). Patient safety essential for health care. Joint Comission International.
- Rigobello M.C.G., Carvalho R.E.F.L., Cassiani S.H.de B., Galon T., Capucho H.C., Deus N.N., (2012). The Climate of patient safety : perception of nursing professionals. *Acta Paul Enferm*, vol 25 (5) : 728-735.
- Robbins, Stephen P. 2006. Perilaku Organisasi. Edisi Kesepuluh, Edisi Lengkap. Jakarta : PT Indeks.
- Sariyathi, Ni Ketut. (2007). Prestasi Kerja Karyawan (Suatu Kajian Teori). *Buletin Studi Ekonomi*. Vol. 12. No. 1.
- Sammer, C.E.R.N.P.,lykens, K.P., Singh, K.P.P., Mains, D.A.D., & Lackan, N.A.P. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of nursing scholarship*, 42(2), 156-165.
- Scott-Cawiezell & Vogelsmeier. (2006). The quantitative measurementof organizational culture in health care: A review of the available instruments. *Health Service Research Policy*. 8(2), 105-117
- Sexton B (2006). The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv. Res.*, 6(44): 3,6.
- Sedarmayanti (2003). *Sumber Daya Manusia dan Produktivitas Kerja*. Mandar Maju, Bandung.
- Sholihah, Qomariyatus dan Kuncoro, Wahyudi. (2014). *Keselamatan Kesehatan Kerja: Konsep, Perkembangan & Implementasi Budaya Keselamatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta

- Silalahi, M. (2017). Pengaruh Kepemimpinan, Komunikasi dan Kerja Tim terhadap Maturitas Budaya Keselamatan Pasien di RSUD A.M Parekesit Tenggatong Tahun 2017. *Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin*.
- Singer, Sara, S.Lin. A. Falwell, D.Gaba and L. Baker. (2009). Relationship of Safety Climate and safety Performance in Hospitals Health Research and Educational Trust 44:2
- Sri, Setyani Haryanti dan Susialisasi, Tri. (2011). Pengaruh Tingkat Pendidikan, Lingkungan Kerja dan Masa Kerja terhadap Kinerja Kepala Sekolah SMP Negeri Se Kabupaten Karanganyar Surakarta: STIE AUB.Sugiyono. Statistik untuk Penelitian. Bandung: CV. Alfabeta. 2012
- Sugiyono.(2006). Statistika untuk penelitian.Bandung;Alfabeta
- Suwatno dan Donni juni Priansa (2011). Manajemen SDM dalam Organisasi Publik dan Bisnis. Bandung: Alfabeta
- Stang. (2014). *Cara Praktis Penentuan Uji Statistik dalam Penelitian Kesehatan dan Kedokteran*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Sondang P. Siagian (2009). Kiat Meningkatkan Produktivitas Kerja. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Swansburg, R.C. (2000). Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan untuk perawat klinis. Jakarta: EG
- Utarni, A., & Hanevi, D. (2014). Keselamatan Pasien dan Mutu Pelayanan Kesehatan :Menuju Ke mana ? *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 15(04), 159-160.
- Vincent. (2005). Patient safety book. Churchill Livingstone.
- Walshe, K. & Boaden, R .(2006). Patient safety: Research into practice. New York: Open University Press
- Weiner, S.J. (2007). Evaluating Physician Performance at individualizing Care: A pilot Study Tracking Contextual errors in Medical Decision Making, *Med Decis Making*: 27;726-734
- WHO. (2009). Human Factor in Patient Safety: Reviews on topics and tool.
- WHO. (2007). WHO Collaborating cenetrfor patient safety. Joint Comission and Joint Comission International Solutions.
- WHO. (2014). Maternal Mortality: Word Health Organization

Winarsunu, Tulus (2008). Psikologi Keselamatan Kerja. Yogyakarta: UMM Press.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian

PROGRAM PASCASARJANA

MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Kepada Yth,

Bpk/Ibu Instalasi

Di

RSUD Andi Makkasau Kota Parepare

Dengan Hormat,

Ditengah kesibukan bapak/ibu saat ini, perkenankanlah saya memohon bantuan bapak/ibu untuk meluangkan waktu sejenak guna mengisi daftar pertanyaan ini secara jujur dengan keadaan sebenarnya dan saya akan menjamin kerahasiaan identitas bapak/ibu.

Tujuan pengisian kuesioner ini adalah sebagai bahan penelitian dalam rangka penyusunan tesis yang berjudul “Analisis Pengaruh Iklim Keselamatan Pasien Terhadap Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare”. Kediaan bapak/ibu mengisi daftar pertanyaan merupakan bantuan yang sangat berharga bagi peneliti.

Atas perkenan bantuan dan kerja sama bapak/ibu saya ucapkan banyak terima kasih.

Peneliti,

Nurul Hidayah Nur

Petunjuk Pengisian kuesioner

1. Mohon partisipasi Bapak/Ibu/Saudara untuk mengisi kuesioner ini.
2. Kami sangat berterima kasih apabila Bapak/Ibu/Saudara menjawab sejujur-jujurnya dan menggambarkan kondisi yang sebenarnya sehingga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi peningkatan kematangan budaya keselamatan pasien.
3. Jawaban Bapak/Ibu/Saudara hanya untuk keperluan ilmiah dan tidak berpengaruh terhadap penilaian kondite Bapak/Ibu/Saudara, oleh karena itu diharapkan kerjasamanya dengan mengisi kuisisioner ini sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan kondisi yang sebenarnya.
4. Beri tanda check list pada jawaban yang anda anggap benar :
 - a. Check list **STS**, bila **sangat tidak setuju** :
Pernyataan tersebut **sangat tidak sesuai** dengan kondisi yang dialami saat ini (bernilai 1)
 - b. Check list **TS**, bila **tidak setuju**
Pernyataan tersebut **tidak sesuai** dengan kondisi yang dialami saat ini (bernilai 2)
 - c. Check list **S**, bila **setuju**
Pernyataan tersebut **sesuai namun belum optimal** dengan kondisi yang dialami saat ini(bernilai 3)
 - d. Check list **SS**, bila **sangat setuju**
Pernyataan tersebut **sangat sesuai** dengan kondisi yang dialami saat ini (bernilai 4)

KUESIONER PENELITIAN

ANALISIS PENGARUH IKLIM KESELAMATAN PASIEN TERHADAP
BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT ANDI MAKKASAU
KOTA PAREPARE TAHUN 2019

Instalasi :

No :

A. Identitas Responden

Isilah sesuai dengan data pribadi Anda !

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
 1. () Laki-Laki
 2. () Perempuan
4. Masa Kerja :
 1. () < 1 Tahun
 2. () 1-5 Tahun
 3. () > 5 Tahun
5. Tingkat Pendidikan :
 1. () SMA/Sederajat
 2. () D3/Sederajat
 3. () S1
 4. () S2
6. Profesi :
 1. () Dokter
 2. () Perawat
 3. () Apoteker
 4. () Laboran
 5. () Radiografer
 6. () Gizi

7. Apakah Anda pernah mendapatkan sosialisasi mengenai patient safety?

1. Ya, dimana?

.....

2. Tidak

8. Apakah Anda pernah mengikuti pelatihan mengenai patient safety?

1. Ya, dimana?

.....

2. Tidak

B. Kuesioner iklim Keselamatan Pasien

Petunjuk pengisian :

1. Pilihlah salah satu jawaban sesuai yang Anda alami dan lakukan dalam bekerja di tempat Anda dengan memberikan tanda checklist (√) pada kolom yang tersedia

2. Pilihan jawaban :

STS : Sangat Tidak Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

Leadership					
No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Wadir Pelayanan dapat mendelegasikan wewenang dengan baik terhadap bawahannya terkait penerapan patient safety				
2	Wadir pelayanan memberikan penghargaan bagi karyawan yang				

	memiliki kinerja baik dalam meningkatkan program patient safety				
3	Wadir pelayanan memberikan sanksi yang tegas terhadap kesalahan yang dilakukan oleh karyawan terkait penerapan patient safety				
4	Wadir pelayanan memberikan kebebasan terhadap karyawan yang ingin memberikan pendapat terkait issue patient safety				
5	Wadir pelayanan selalu memberikan, bimbingan dan dorongan kepada karyawan terkait penerapan patient safety				
6	Wadir pelayanan selalu melakukan pengawasan terhadap penerapan prosedur patient safety				
7	Wadir pelayanan saya secara rutin mengadakan pelatihan keselamatan pasien bagi pegawai.				
8	Wadir pelayanan memiliki hubungan yang baik kepada karyawan				
9	Wadir pelayanan selalu mampu menciptakan suasana kerja yang kondusif dan aman				
10	Wadir pelayanan melibatkan karyawan dalam membuat keputusan terkait penerapan patient safety				
Iklim teamwork					
No	Pernyataan	STS	TS	S	SS

1	Sangat mudah pegawai di rumah sakit ini untuk mengajukan pertanyaan ketika ada sesuatu yang mereka tidak mengerti				
2.	Saya memiliki dukungan yang saya butuhkan dari personil lain untuk merawat pasien				
3.	Saran dan masukan perawat diterima dengan baik di rumah sakit ini				
4.	Di rumah sakit ini, sulit untuk berbicara jika saya melihat masalah dengan perawatan pasien				
5.	Perselisihan di rumah sakit ini diselesaikan dengan tepat (yaitu, bukan siapa yang benar tetapi apa yang terbaik bagi pasien)				
6.	Dokter dan perawat disini bekerja sama sebagai sebuah tim yang terkoordinasi dengan baik				
Iklim Keselamatan					
No	Pernyataan	STS	TS	S	S
1.	Budaya di rumah sakit ini memudahkan untuk belajar dari kesalahan orang lain				
2.	Kesalahan medis ditangani dengan tepat di rumah sakit ini				
3.	Saya tahu alur yang tepat untuk bertanya tentang keselamatan pasien di rumah sakit ini				

4.	Saya dianjurkan oleh rekan-rekan saya untuk melaporkan setiap masalah keselamatan pasien				
5.	Saya menerima feedback yang tepat tentang kinerja saya				
6.	Saya akan merasa aman dirawat di sini sebagai pasien				
Kepuasan Kerja					
No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Rumah sakit ini adalah tempat yang baik untuk bekerja				
2.	Saya bangga bekerja di rumah sakit ini				
3.	Bekerja di rumah sakit ini seperti menjadi bagian dari keluarga besar				
4.	Semangat bekerja di rumah sakit ini tinggi				
5.	Saya menyukai pekerjaan saya				
Stres Recognition					
No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Ketika beban kerja saya berlebihan, kinerja saya terganggu				
2.	Saya kurang efektif bekerja ketika lelah				
3.	Saya lebih cenderung untuk membuat kesalahan dalam situasi tegang atau berseteru				
4.	Kelelahan mengganggu kinerja saya selama situasi darurat (misalnya				

	resusitasi darurat, kejang)				
Persepsi terhadap Manajemen					
No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Manajemen Rumah sakit mendukung upaya saya setiap hari				
2.	Manajemen rumah sakit tidak mengetahui kompromi keselamatan pasien				
3.	Saya cukup mendapatkan info tepat waktu tentang peristiwa yang mungkin mempengaruhi pekerjaan saya dari manajemen rumah sakit				
4.	Jumlah petugas di rumah sakit ini cukup untuk menangani banyaknya pasien				
Kondisi Kerja					
No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Semua informasi yang diperlukan untuk keputusan diagnostik dan terapeutik secara rutin tersedia untuk saya				
2.	Gangguan komunikasi pada umumnya yang menyebabkan keterlambatan dari perawatan pasien				
3.	Kedisiplinan pegawai disini cukup terawasi				
4.	Rumah sakit ini melakukan pekerjaan yang baik dalam melatih personel baru				

F. Pertanyaan Tentang Budaya Keselamatan Pasien

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Setiap petugas di unit saya saling mendukung satu sama lain dalam bekerja.				
2	Saya merasa kami memiliki petugas yang cukup untuk mengerjakan semua tugas yang ada.				
3	Ketika banyak pekerjaan yang harus diselesaikan dengan cepat, saya bekerja sama sebagai sebuah tim untuk mengerjakannya.				
4	Di unit saya, setiap petugas memperlakukan rekan kerja yang lain dengan baik.				
5	Dalam perawatan pasien, petugas di unit saya bekerja lebih lama dari waktu yang seharusnya.				
6	Kami secara aktif melakukan kegiatan-kegiatan yang dapat meningkatkan kualitas keselamatan pasien.				
7	Saya merasa kami banyak menggunakan tenaga honorer untuk kegiatan perawatan pasien.				
8	Saya merasa bahwa kesalahan yang saya lakukan digunakan untuk				

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
	menyalahkan diri saya.				
9	Di unit saya, kesalahan-kesalahan yang dilaporkan berperan penting untuk membawa perubahan yang positif.				
10	Saya merasa kesalahan yang terjadi di unit kami hanya sebuah kebetulan.				
11	Ketika salah satu petugas di unit saya sangat sibuk pada pekerjaannya,petugas yg lain akan membantu				
12	Ketika suatu insiden dilaporkan, saya merasa pelakunya yang utama dibicarakan bukan masalahnya.				
13	Kami mengevaluasi efektivitas setiap program peningkatan keselamatan pasien yang telah dijalankan.				
14	Saya bekerja dalam situasi krisis, yaitu berusaha melakukan pekerjaan yang begitu kompleks dengan ketersediaan waktu yang cukup singkat.				
15	Saya lebih mengutamakan keselamatan pasien untuk ditangani daripada menangani pekerjaan yang lain.				

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
16	Saya khawatir kesalahan yang saya perbuat akan dicatat dalam penilaian kinerja saya.				
17	Saya merasa kami memiliki masalah tentang keselamatan pasien di unit kami.				
18	Saya merasa kami memiliki prosedur dan sistem keselamatan pasien yang baik untuk mencegah terjadinya kesalahan apapun.				
19	Atasan saya akan memberikan pujian ketika pekerjaan yang saya lakukan sesuai dengan prosedur keselamatan pasien.				
20	Dalam upaya peningkatan keselamatan pasien atasan saya selalu mempertimbangkan saran dari stafnya.				
21	Ketika banyak tuntutan pekerjaan yang harus diselesaikan, atasan saya menginginkan kami bekerja lebih cepat, meskipun kami harus mengambil jalan pintas untuk menyelesaikannya.				
22	Atasan saya mengabaikan masalah keselamatan pasien yang terus terjadi				

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
	secara berulang.				
23	Pihak manajemen Rumah Sakit selalu menciptakan suasana kerja yang berorientasi pada keselamatan pasien.				
24	Unit-unit di Rumah Sakit kurang berkoordinasi dengan baik antara satu dengan yang lain.				
25	Ketika memindahkan pasien dari unit ini ke unit lain, sering terjadi hal-hal buruk yang tidak diinginkan seperti pasien jatuh, kesalahan menginformasikan keadaan pasien, dan sebagainya.				
26	Ada kerja sama yang baik antar unit di Rumah sakit dalam menyelesaikan pekerjaan yang harus dilakukan secara bersama-sama.				
27	Informasi penting yang berkaitan dengan perawatan pasien seringkali tidak tersampaikan ke petugas berikutnya saat pergantian shift kerja.				
28	Saya merasa kurang nyaman bekerja sama dengan petugas dari unit lain di rumah sakit ini.				
29	Kadang muncul masalah saat				

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
	melakukan pertukaran informasi antar unit di Rumah Sakit.				
30	Tindakan-tindakan yang dilakukan pihak manajemen Rumah Sakit menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas yang diutamakan.				
31	Pihak manajemen Rumah Sakit memperhatikan masalah keselamatan pasien hanya setelah peristiwa KTD terjadi.				
32	Unit-unit di Rumah Sakit bekerja sama dengan baik dalam memberikan perawatan terbaik kepada pasien.				
33	Pergantian shift menimbulkan masalah bagi pasien di Rumah Sakit ini.				
34	Saya diberi umpan balik tentang kesalahan yang terjadi sesuai dengan laporan dari suatu insiden.				
35	Saya bebas untuk berpendapat jika melihat sesuatu yang dapat memberikan dampak negatif terhadap perawatan pasien.				
36	Saya selalu diberitahu mengenai				

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
	setiap kesalahan-kesalahan apapun yang terjadi di unit kami.				
37	Saya memiliki kewenangan yang bebas untuk mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasan saya.				
38	Saya selalu mendiskusikan langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk mencegah suatu kesalahan terjadi lagi di unit kami.				
39	Saya takut untuk bertanya jika terdapat suatu hal yang tidak benar sedang terjadi.				
40	Pelaporan terjadi ketika suatu kesalahan terjadi, tetapi kemudian hal tersebut disadari dan segera diperbaiki sebelum berdampak negatif terhadap pasien				
41	Pelaporan terjadi ketika suatu kesalahan terjadi, tetapi kesalahan tersebut tidak berpotensi membahayakan pasien,				
42	Pelaporan ada ketika terdapat kesalahan yang berpotensi membahayakan pasien, tapi bahaya tersebut belum terjadi				

Lampiran 2. Uji Validitas dan Reabilitas

Tabel. 42
Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner Leadership di
RSUD Kota Makassar Tahun 2019

Item Pertanyaan	Validitas		Reliabilitas	
	Cirrected Item-Total Correlation	Keterangan	Cronbach's Alpha	Keterangan
1	.509	Valid	.707	Reliable
2	.374	Valid	.765	Reliable
3	.561	Valid	.709	Reliable
4	.465	Valid	.717	Reliable
5	.488	Valid	.711	Reliable
6	.422	Valid	.723	Reliable
7	.467	Valid	.716	Reliable
8	.387	Valid	.741	Reliable
9	.371	Valid	.741	Reliable
10	.527	Valid	.703	Reliable

Sumber : Olahan Peneliti 2019

Tabel 43
Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner Iklim Teamwork di
RSUD Kota Makassar Tahun 2019

Item Pertanyaan	Validitas		Reliabilitas	
	Cirrected Item-Total Correlation	Keterangan	Cronbach's Alpha	Keterangan
1	.749	Valid	.793	Reliable
2	.593	Valid	.671	Reliable
3	.784	Valid	.769	Reliable
4	.399	Valid	.777	Reliable
5	.436	Valid	.613	Reliable
6	.716	Valid	.613	Reliable

Sumber : Olahan Peneliti 2019

Tabel 44
Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner Iklim Keselamatan di
RSUD Kota Makassar Tahun 2019

Item Pertanyaan	Validitas		Reliabilitas	
	Cirrected Item-Total Correlation	Keterangan	Cronbach's Alpha	Keterangan
1	.716	Valid	.625	Reliable
2	.670	Valid	.655	Reliable
3	.537	Valid	.721	Reliable
4	.402	Valid	.708	Reliable
5	.856	Valid	.649	Reliable
6	.575	Valid	.672	Reliable

Sumber : Olahan Peneliti 2019

Tabel 45
Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner Kepuasan Kerja di
RSUD Kota Makassar Tahun 2019

Item Pertanyaan	Validitas		Reliabilitas	
	Cirrected Item-Total Correlation	Keterangan	Cronbach's Alpha	Keterangan
1	.563	Valid	.798	Reliable
2	.707	Valid	.750	Reliable
3	.878	Valid	.675	Reliable
4	.877	Valid	.674	Reliable
5	.646	Valid	.801	Reliable

Sumber : Olahan Peneliti 2019

Tabel 46
Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner Kondisi Kerja di
RSUD Kota Makassar Tahun 2019

Item Pertanyaan	Validitas		Reliabilitas	
	Cirrected Item-Total Correlation	Keterangan	Cronbach's Alpha	Keterangan
1	.566	Valid	.600	Reliable
2	.693	Valid	.618	Reliable
3	.750	Valid	.684	Reliable
4	.685	Valid	.619	Reliable

Sumber : Olahan Peneliti 2019

Tabel 47
Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner Persepsi Manajemen di
RSUD Kota Makassar Tahun 2019

Item Pertanyaan	Validitas		Reliabilitas	
	Cirrected Item-Total Correlation	Keterangan	Cronbach's Alpha	Keterangan
1	.848	Valid	.703	Reliable
2	.769	Valid	.737	Reliable
3	.769	Valid	.737	Reliable
4	.822	Valid	.765	Reliable

Sumber : Olahan Peneliti 2019

Tabel 48
Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner Stress Recognition di
RSUD Kota Makassar Tahun 2019

Item Pertanyaan	Validitas		Reliabilitas	
	Cirrected Item-Total Correlation	Keterangan	Cronbach's Alpha	Keterangan
1	.832	Valid	.797	Reliable
2	.830	Valid	.799	Reliable
3	.833	Valid	.792	Reliable
4	.802	Valid	.814	Reliable

Sumber : Olahan Peneliti 2019

Tabel 49
Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner Budaya Keselamatan di
RSUD Kota Makassar Tahun 2019

Item Pertanyaan	Validitas		Reliabilitas	
	Cirrected Item-Total Correlation	Keterangan	Cronbach's Alpha	Keterangan
1	.384	Valid	.729	Reliable
2	.334	Valid	.731	Reliable
3	.327	Valid	.727	Reliable
4	.375	Valid	.734	Reliable
5	.367	Valid	.739	Reliable
6	.455	Valid	.720	Reliable
7	.469	Valid	.718	Reliable
8	.380	Valid	.739	Reliable
9	.315	Valid	.728	Reliable
10	.503	Valid	.720	Reliable
11	.498	Valid	.734	Reliable
12	.492	Valid	.733	Reliable
13	.458	Valid	.734	Reliable
14	.480	Valid	.747	Reliable
15	.438	Valid	.723	Reliable
16	.459	Valid	.754	Reliable
17	.384	Valid	.720	Reliable
18	.470	Valid	.723	Reliable
19	.608	Valid	.712	Reliable
20	.473	Valid	.723	Reliable
21	.470	Valid	.734	Reliable
22	.481	Valid	.744	Reliable
23	.355	Valid	.726	Reliable
24	.323	Valid	.765	Reliable
25	.480	Valid	.742	Reliable
26	.403	Valid	.721	Reliable
27	.425	Valid	.732	Reliable
28	.413	Valid	.753	Reliable
29	.460	Valid	.751	Reliable
30	.485	Valid	.717	Reliable
31	.420	Valid	.732	Reliable

Item Pertanyaan	Validitas		Reliabilitas	
	Corrected Item-Total Correlation	Keterangan	Cronbach's Alpha	Keterangan
32	.476	Valid	.717	Reliable
33	.491	Valid	.750	Reliable
34	.609	Valid	.708	Reliable
35	.303	Valid	.740	Reliable
36	.681	Valid	.703	Reliable
37	.536	Valid	.721	Reliable
38	.360	Valid	.730	Reliable
39	.521	Valid	.718	Reliable
40	.392	Valid	.748	Reliable
41	.395	Valid	.746	Reliable
42	.346	Valid	.728	Reliable

Sumber : Olahan Peneliti 2019

Lampiran 3. Hasil Penelitian

OUTPUT SPSS

Frequencies

Notes		
Output Created		27-JUN-2019 12:13:07
Comments		
Input	Data	D:\Office\SPSS\Data Nurul Hidayah.sav
	Active Dataset	DataSet16
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	158
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax	<p>FREQUENCIES</p> <p>VARIABLES=Kat_Usia JK MK Pendidikan Profesi Sosialisasi Pelatihan Leadership.1 Leadership.2 Leadership.3 Leadership.4 Leadership.5 Leadership.6 Leadership.7 Leadership.8 Leadership.9 Leadership.10 Teamwork.1 Teamwork.2 Teamwork.3 Teamwork.4 Teamwork.5 Teamwork.6 Keselamatan.1 Keselamatan.2 Keselamatan.3 Keselamatan.4 Keselamatan.5 Keselamatan.6 Kepuasan.1 Kepuasan.2 Kepuasan.3 Kepuasan.4 Kepuasan.5 Stres.1 Stres.2 Stres.3 Stres.4 Persepsi.1 Persepsi.2</p>	

		<p>Persepsi.3 Persepsi.4 Kondisi.1 Kondisi.2 Kondisi.3 Kondisi.4 Budaya.1 Budaya.2 Budaya.3 Budaya.4 Budaya.5 Budaya.6 Budaya.7 Budaya.8 Budaya.9 Budaya.10 Budaya.11 Budaya.12 Budaya.13 Budaya.14 Budaya.15 Budaya.16 Budaya.17 Budaya.18 Budaya.19 Budaya.20 Budaya.21 Budaya.22 Budaya.23 Budaya.24 Budaya.25 Budaya.26 Budaya.27 Budaya.28 Budaya.29 Budaya.30 Budaya.31 Budaya.32 Budaya.33 Budaya.34 Budaya.35 Budaya.36 Budaya.37 Budaya.38 Budaya.39 Budaya.40 Budaya.41 Budaya.42 Kat.Leadership Kat.Teamwork Kat.Keselamatan Kat.Kepuasan Kat.Stres Kat.Persepsi Kat.Kondisi Kat.Budaya /ORDER=ANALYSIS.</p>
Resources	Processor Time	00:00:00.25
	Elapsed Time	00:00:00.19

Frequency Table

Kategori Umur Responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25 tahun	21	13.5	13.5	13.5
	26-35 tahun	115	72.8	72.8	86.3
	36-45 tahun	20	12.7	12.7	99
	46-55 tahun	2	1.3	.1.3	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Jenis Kelamin Responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	38	24.1	24.1	24.1
	Perempuan	120	75.9	75.9	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Masa Kerja Responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 Tahun	33	20.9	20.9	20.9
	1-5 Tahun	70	44.3	44.3	65.2
	> 5 Tahun	55	34.8	34.8	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Tingkat Pendidikan Responden					
-------------------------------------	--	--	--	--	--

		Freque ncy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3/ Sederajat	32	20.3	20.3	20.3
	S1	124	78.5	78.5	98.7
	S2	2	1.3	1.3	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Profesi Responden					
		Freque ncy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dokter	20	12.7	12.7	12.7
	Perawat	94	59.5	59.6	72.3
	Apoteker	17	10.8	10.8	83.1
	Laboran	5	3.2	3.2	86.3
	Radiografer	5	3.2	3.2	89.5
	Gizi	17	10.8	10.8	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Mengikuti Sosialisasi					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	147	93.0	93.0	93.0
	Tidak	11	7.0	7.0	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Mengikuti Pelatihan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	107	67.7	67.7	67.7
	Tidak	51	32.3	32.3	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Frequency Table

		Leadership1			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	STS	7	4.4	4.4	4.4
	TS	16	10.1	10.1	14.6
	S	91	57.6	57.6	72.2
	SS	44	27.8	27.8	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

		Leadership2			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	STS	7	4.4	4.4	4.4
	TS	58	36.7	36.7	41.1
	S	66	41.8	41.8	82.9
	SS	27	17.1	17.1	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

		Leadership3			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	STS	3	1.9	1.9	1.9
	TS	15	9.5	9.5	11.4
	S	129	81.6	81.6	93.0
	SS	11	7.0	7.0	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

		Leadership4			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	STS	5	3.2	3.2	3.2
	TS	13	8.2	8.2	11.4
	S	122	77.2	77.2	88.6

	SS	18	11.4	11.4	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Leadership5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	7	4.4	4.4	4.4
	TS	18	11.4	11.4	15.8
	S	74	46.8	46.8	62.7
	SS	59	37.3	37.3	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Leadership6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	3	1.9	1.9	1.9
	TS	22	13.9	13.9	15.8
	S	118	74.7	74.7	90.5
	SS	15	9.5	9.5	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Leadership7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	5	3.2	3.2	3.2
	TS	24	15.2	15.2	18.4
	S	113	71.5	71.5	89.9
	SS	16	10.1	10.1	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Leadership8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	7	4.4	4.4	4.4

	TS	11	7.0	7.0	11.4
	S	114	72.2	72.2	83.5
	SS	26	16.5	16.5	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Leadership9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	4	2.5	2.5	2.5
	TS	19	12.0	12.0	14.6
	S	124	78.5	78.5	93.0
	SS	11	7.0	7.0	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Leadership10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	8	5.1	5.1	5.1
	TS	20	12.7	12.7	17.7
	S	78	49.4	49.4	67.1
	SS	52	32.9	32.9	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

IklimTeamwork1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	13	8.2	8.2	8.2
	TS	7	4.4	4.4	12.7
	S	98	62.0	62.0	74.7
	SS	40	25.3	25.3	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

IklimTeamwork2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	11	7.0	7.0	7.0
	TS	8	5.1	5.1	12.0
	S	100	63.3	63.3	75.3
	SS	39	24.7	24.7	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

IklmTeamwork3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	15	9.5	9.5	9.5
	TS	18	11.4	11.4	20.9
	S	85	53.8	53.8	74.7
	SS	40	25.3	25.3	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

IklmTeamwork4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	14	8.9	8.9	8.9
	TS	88	55.7	55.7	64.6
	S	29	18.4	18.4	82.9
	SS	27	17.1	17.1	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

IklmTeamwork5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	6	3.8	3.8	3.8
	TS	15	9.5	9.5	13.3
	S	111	70.3	70.3	83.5
	SS	26	16.5	16.5	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

IklmTeamwork6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	12	7.6	7.6	7.6
	TS	8	5.1	5.1	12.7
	S	85	53.8	53.8	66.5
	SS	53	33.5	33.5	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

IklmKeselamatan1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	13	8.2	8.2	8.2
	TS	17	10.8	10.8	19.0
	S	94	59.5	59.5	78.5
	SS	34	21.5	21.5	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

IklmKeselamatan2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	6	3.8	3.8	3.8
	TS	14	8.9	8.9	12.7
	S	104	65.8	65.8	78.5
	SS	34	21.5	21.5	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

IklmKeselamatan3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	10	6.3	6.3	6.3
	TS	18	11.4	11.4	17.7
	S	109	69.0	69.0	86.7
	SS	21	13.3	13.3	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

IklmKeselamatan4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	9	5.7	5.7	5.7
	TS	22	13.9	13.9	19.6
	S	89	56.3	56.3	75.9
	SS	38	24.1	24.1	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

IklmKeselamatan5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	8	5.1	5.1	5.1
	TS	10	6.3	6.3	11.4
	S	102	64.6	64.6	75.9
	SS	38	24.1	24.1	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

IklmKeselamatan6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	14	8.9	8.9	8.9
	TS	13	8.2	8.2	17.1
	S	89	56.3	56.3	73.4
	SS	42	26.6	26.6	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

KepuasanKerja1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	7	4.4	4.4	4.4
	TS	15	9.5	9.5	13.9
	S	85	53.8	53.8	67.7
	SS	51	32.3	32.3	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

KepuasanKerja2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	3	1.9	1.9	1.9
	TS	20	12.7	12.7	14.6
	S	76	48.1	48.1	62.7
	SS	59	37.3	37.3	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

KepuasanKerja3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	3	1.9	1.9	1.9
	TS	16	10.1	10.1	12.0
	S	70	44.3	44.3	56.3
	SS	69	43.7	43.7	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

KepuasanKerja4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	3	1.9	1.9	1.9
	TS	12	7.6	7.6	9.5
	S	75	47.5	47.5	57.0
	SS	68	43.0	43.0	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

KepuasanKerja5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	4	2.5	2.5	2.5
	TS	14	8.9	8.9	11.4
	S	65	41.1	41.1	52.5
	SS	75	47.5	47.5	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

StressRecognition1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	3	1.9	1.9	1.9

	TS	22	13.9	13.9	15.8
	S	94	59.5	59.5	75.3
	SS	39	24.7	24.7	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

StressRecognition2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	6	3.8	3.8	3.8
	TS	27	17.1	17.1	20.9
	S	88	55.7	55.7	76.6
	SS	37	23.4	23.4	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

StressRecognition3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	9	5.7	5.7	5.7
	TS	62	39.2	39.2	44.9
	S	54	34.2	34.2	79.1
	SS	33	20.9	20.9	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

StressRecognition4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	9	5.7	5.7	5.7
	TS	52	32.9	32.9	38.6
	S	72	45.6	45.6	84.2
	SS	25	15.8	15.8	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

PersepsiTerhadapManajemen1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	7	4.4	4.4	4.4
	TS	11	7.0	7.0	11.4
	S	119	75.3	75.3	86.7
	SS	21	13.3	13.3	100.0

Total	158	100.0	100.0
-------	-----	-------	-------

Persepsi Terhadap Manajemen 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	9	5.7	5.7	5.7
	TS	56	35.4	35.4	41.1
	S	66	41.8	41.8	82.9
	SS	27	17.1	17.1	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Persepsi Terhadap Manajemen 3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	4	2.5	2.5	2.5
	TS	18	11.4	11.4	13.9
	S	113	71.5	71.5	85.4
	SS	23	14.6	14.6	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Persepsi Terhadap Manajemen 4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	13	8.2	8.2	8.2
	TS	38	24.1	24.1	32.3
	S	73	46.2	46.2	78.5
	SS	34	21.5	21.5	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Kondisi Kerja 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	5	3.2	3.2	3.2
	TS	10	6.3	6.3	9.5
	S	112	70.9	70.9	80.4
	SS	31	19.6	19.6	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

KondisiKerja2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	3	1.9	1.9	1.9
	TS	24	15.2	15.2	17.1
	S	105	66.5	66.5	83.5
	SS	26	16.5	16.5	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

KondisiKerja3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	5	3.2	3.2	3.2
	TS	16	10.1	10.1	13.3
	S	94	59.5	59.5	72.8
	SS	43	27.2	27.2	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

KondisiKerja4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	6	3.8	3.8	3.8
	TS	13	8.2	8.2	12.0
	S	103	65.2	65.2	77.2
	SS	36	22.8	22.8	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TS	6	3.8	3.8	3.8
	S	84	53.2	53.2	57.0
	SS	68	43.0	43.0	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TS	25	15.8	15.8	15.8

	S	88	55.7	55.7	71.5
	SS	45	28.5	28.5	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TS	6	3.8	3.8	3.8
	S	86	54.4	54.4	58.2
	SS	66	41.8	41.8	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TS	6	3.8	3.8	3.8
	S	81	51.3	51.3	55.1
	SS	71	44.9	44.9	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TS	109	69.0	69.0	69.0
	S	49	31.0	31.0	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TS	23	14.6	14.6	14.6
	S	93	58.9	58.9	73.4
	SS	42	26.6	26.6	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TS	21	13.3	13.3	13.3

	S	78	49.4	49.4	62.7
	SS	59	37.3	37.3	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	11	7.0	7.0	7.0
	TS	101	63.9	63.9	70.9
	S	45	28.5	28.5	99.4
	SS	1	.6	.6	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TS	12	7.6	7.6	7.6
	S	110	69.6	69.6	77.2
	SS	36	22.8	22.8	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TS	50	31.6	31.6	31.6
	S	102	64.6	64.6	96.2
	SS	6	3.8	3.8	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TS	1	.6	.6	.6
	S	85	53.8	53.8	54.4
	SS	72	45.6	45.6	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	7	4.4	4.4	4.4
	TS	90	57.0	57.0	61.4
	S	61	38.6	38.6	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TS	12	7.6	7.6	7.6
	S	135	85.4	85.4	93.0
	SS	11	7.0	7.0	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TS	59	37.3	37.3	37.3
	S	99	62.7	62.7	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	1	.6	.6	.6
	S	110	69.6	69.6	70.3
	SS	47	29.7	29.7	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	28	17.7	17.7	17.7
	TS	49	31.0	31.0	48.7
	S	80	50.6	50.6	99.4

	SS	1	.6	.6	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	31	19.6	19.6	19.6
	TS	50	31.6	31.6	51.3
	S	50	31.6	31.6	82.9
	SS	27	17.1	17.1	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	1	.6	.6	.6
	TS	1	.6	.6	1.3
	S	120	75.9	75.9	77.2
	SS	36	22.8	22.8	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	2	1.3	1.3	1.3
	TS	18	11.4	11.4	12.7
	S	102	64.6	64.6	77.2
	SS	36	22.8	22.8	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	1	.6	.6	.6
	S	121	76.6	76.6	77.2
	SS	36	22.8	22.8	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TS	61	38.6	38.6	38.6
	S	97	61.4	61.4	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien22

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	81	51.3	51.3	51.3
	TS	47	29.7	29.7	81.0
	S	30	19.0	19.0	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien23

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TS	7	4.4	4.4	4.4
	S	102	64.6	64.6	69.0
	SS	49	31.0	31.0	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien24

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	52	32.9	32.9	32.9
	TS	52	32.9	32.9	65.8
	S	54	34.2	34.2	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien25

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	55	34.8	34.8	34.8
	TS	79	50.0	50.0	84.8
	S	24	15.2	15.2	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien26

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	4	2.5	2.5	2.5
	TS	13	8.2	8.2	10.8
	S	91	57.6	57.6	68.4
	SS	50	31.6	31.6	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien27

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	2	1.3	1.3	1.3
	TS	116	73.4	73.4	74.7
	S	40	25.3	25.3	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien28

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	53	33.5	33.5	33.5
	TS	83	52.5	52.5	86.1
	S	22	13.9	13.9	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien29

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	4	2.5	2.5	2.5
	TS	88	55.7	55.7	58.2
	S	66	41.8	41.8	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien30

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	6	3.8	3.8	3.8
	TS	6	3.8	3.8	7.6

	S	90	57.0	57.0	64.6
	SS	56	35.4	35.4	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien31

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	5	3.2	3.2	3.2
	TS	101	63.9	63.9	67.1
	S	52	32.9	32.9	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien32

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	6	3.8	3.8	3.8
	TS	3	1.9	1.9	5.7
	S	89	56.3	56.3	62.0
	SS	60	38.0	38.0	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien33

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	56	35.4	35.4	35.4
	TS	71	44.9	44.9	80.4
	S	31	19.6	19.6	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien34

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	6	3.8	3.8	3.8
	TS	30	19.0	19.0	22.8
	S	86	54.4	54.4	77.2
	SS	36	22.8	22.8	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien35

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	9	5.7	5.7	5.7
	TS	2	1.3	1.3	7.0
	S	118	74.7	74.7	81.6
	SS	29	18.4	18.4	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien36

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	7	4.4	4.4	4.4
	TS	13	8.2	8.2	12.7
	S	90	57.0	57.0	69.6
	SS	48	30.4	30.4	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien37

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	2	1.3	1.3	1.3
	TS	26	16.5	16.5	17.7
	S	130	82.3	82.3	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien38

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	5	3.2	3.2	3.2
	TS	7	4.4	4.4	7.6
	S	131	82.9	82.9	90.5
	SS	15	9.5	9.5	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien39

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	24	15.2	15.2	15.2
	TS	106	67.1	67.1	82.3

	S	28	17.7	17.7	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien40

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	7	4.4	4.4	4.4
	TS	49	31.0	31.0	35.4
	S	102	64.6	64.6	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	6	3.8	3.8	3.8
	TS	45	28.5	28.5	32.3
	S	107	67.7	67.7	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

BudayaKeselamatanPasien42

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	4	2.5	2.5	2.5
	TS	13	8.2	8.2	10.8
	S	141	89.2	89.2	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Frequencies

BudayaKeselamatanPasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lemah	9	5.7	5.7	5.7
	Sedang	134	84.8	84.8	90.5
	Kuat	15	9.5	9.5	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Crosstabs

BudayaKeselamatanPasien * Leadership

Crosstab

		Leadership		Total	
		Kurang Baik	Baik		
BudayaKeselamatanPasien	Lemah	Count	5	4	9
		% of Total	3.2%	2.5%	5.7%
	Sedang	Count	16	118	134
		% of Total	10.1%	74.7%	84.8%
	Kuat	Count	2	13	15
		% of Total	1.3%	8.2%	9.5%
Total	Count	23	135	158	
	% of Total	14.6%	85.4%	100.0%	

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Interval by Interval	Pearson's R	.179	.102	2.275	.024 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.175	.102	2.221	.028 ^c
N of Valid Cases		158			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

BudayaKeselamatanPasien * IklimTeamwork

Crosstab

		IklimTeamwork			
		Kurang Baik	Baik	Total	
BudayaKeselamatanPasien	Lemah	Count	6	3	9
		% of Total	3.8%	1.9%	5.7%
	Sedang	Count	24	110	134
		% of Total	15.2%	69.6%	84.8%
	Kuat	Count	2	13	15
		% of Total	1.3%	8.2%	9.5%
Total	Count	32	126	158	
	% of Total	20.3%	79.7%	100.0%	

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Interval by Interval	Pearson's R	.212	.088	2.706	.008 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.208	.089	2.658	.009 ^c
N of Valid Cases		158			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

BudayaKeselamatanPasien * IklimKeselamatan

Crosstab

		IklimKeselamatan			
		Kurang Baik	Baik	Total	
BudayaKeselamatanPasien	Lemah	Count	6	3	9
		% of Total	3.8%	1.9%	5.7%
	Sedang	Count	19	115	134
		% of Total	12.0%	72.8%	84.8%
	Kuat	Count	1	14	15
		% of Total	0.6%	8.9%	9.5%
Total	Count	26	132	158	
	% of Total	16.5%	83.5%	100.0%	

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Interval by Interval	Pearson's R	.263	.086	3.411	.001 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.260	.087	3.357	.001 ^c
N of Valid Cases		158			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

BudayaKeselamatanPasi en * KepuasanKerja

Crosstab

		KepuasanKerja			
		Kurang Baik	Baik	Total	
BudayaKeselamatanPasi en	Lemah	Count	9	0	9
		% of Total	5.7%	0.0%	5.7%
	Sedang	Count	96	38	134
		% of Total	60.8%	24.1%	84.8%
	Kuat	Count	8	7	15
		% of Total	5.1%	4.4%	9.5%
Total	Count	113	45	158	
	% of Total	71.5%	28.5%	100.0%	

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Interval by Interval	Pearson's R	.191	.069	2.434	.016 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.191	.070	2.424	.016 ^c
N of Valid Cases		158			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

BudayaKeselamatanPasien * StressRecognition

Crosstab

		StressRecognition		Total
		Kurang Baik	Baik	
BudayaKeselamatanPasien	Lemah	Count	0	9
		% of Total	0.0%	5.7%
	Sedang	Count	27	107
		% of Total	17.1%	67.7%
	Kuat	Count	2	13
		% of Total	1.3%	8.2%
Total	Count	29	129	
	% of Total	18.4%	81.6%	

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Interval by Interval	Pearson's R	.038	.059	-.473	.637 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.036	.060	-.445	.657 ^c
N of Valid Cases		158			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

BudayaKeselamatanPasien * PersepsiTerhadapManajemen

Crosstab

		PersepsiTerhadapManajemen		Total
		Kurang Baik	Baik	
BudayaKeselamatanPasien	Lemah	Count	4	5
		% of Total	2.5%	3.2%
	Sedang	Count	19	115
		% of Total	12.0%	72.8%
	Kuat	Count	2	13
		% of Total	1.3%	8.2%
Total	Count	25	133	
	% of Total	15.8%	84.2%	

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Interval by Interval	Pearson's R	.132	.093	1.661	.009 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.129	.093	1.628	.009 ^c
N of Valid Cases		158			

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c. Based on normal approximation.

BudayaKeselamatanPasien * KondisiKerja

Crosstab

		KondisiKerja		Total	
		Kurang Baik	Baik		
BudayaKeselamatanPasien	Lemah	Count	5	4	9
		% of Total	3.2%	2.5%	5.7%
	Sedang	Count	10	124	134
		% of Total	6.3%	78.5%	84.8%
	Kuat	Count	1	14	15
		% of Total	0.6%	8.9%	9.5%
Total		Count	16	142	158
		% of Total	10.1%	89.9%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Interval by Interval	Pearson's R	.249	.107	3.214	.002 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.244	.107	3.144	.002 ^c
N of Valid Cases		158			

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c. Based on normal approximation.

Regression Leadership terhadap budaya

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change
						F Change	df1	df2	
1	.179 ^a	.032	.026	.384	.032	5.176	1	156	.024

a. Predictors: (Constant), Leadership

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	.763	1	.763	5.176	.024 ^b
	Residual	23.009	156	.147		
	Total	23.772	157			

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

b. Predictors: (Constant), Leadership

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.672	.164		10.227	.000
	Leadership	.197	.087	.179	2.275	.024

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

Regression Iklim Teamwork terhadap Budaya

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change
						F Change	df1	df2	
1	.212 ^a	.045	.039	.382	.045	7.322	1	156	.008

a. Predictors: (Constant), IklimTeamwork

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1.066	1	1.066	7.322	.008 ^b
	Residual	22.706	156	.146		

Total	23.772	157			
-------	--------	-----	--	--	--

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

b. Predictors: (Constant), IklimTeamwork

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients Beta		
1	(Constant)	1.671	.139		12.010	.000
	IklimTeamwork	.204	.076	.212	2.706	.008

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

Regression Iklim Keselamatan Terhadap Budaya

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			
						F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.263 ^a	.069	.063	.377	.069	11.638	1	156	.001

a. Predictors: (Constant), IklimKeselamatan

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1.650	1	1.650	11.638	.001 ^b
	Residual	22.122	156	.142		
	Total	23.772	157			

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

b. Predictors: (Constant), IklimKeselamatan

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients Beta		
1	(Constant)	1.532	.151		10.126	.000
	IklimKeselamatan	.276	.081	.263	3.411	.001

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

Regression Kepuasan Kerja Terhadap Budaya

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change
						F Change	df1	df2	
1	.191 ^a	.037	.030	.383	.037	5.925	1	156	.016

a. Predictors: (Constant), KepuasanKerja

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	.870	1	.870	5.925	.016 ^b
	Residual	22.902	156	.147		
	Total	23.772	157			

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

b. Predictors: (Constant), KepuasanKerja

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.827	.092		19.862	.000
	KepuasanKerja	.164	.068	.191	2.434	.016

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

Regression Stress Recognition Terhadap Budaya

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change
						F Change	df1	df2	
1	.038 ^a	.001	-.005	.390	.001	.224	1	156	.637

a. Predictors: (Constant), StressRecognition

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	.034	1	.034	.224	.637 ^b
	Residual	23.738	156	.152		
	Total	23.772	157			

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

b. Predictors: (Constant), StressRecognition

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients Beta		
1	(Constant)	2.107	.149		14.151	.000
	StressRecognition	-.038	.080	-.038	-.473	.637

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

Regression Persepsi Terhadap Manajemen Terhadap Budaya

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change
						F Change	df1	df2	
1	.132 ^a	.017	.011	.387	.017	2.761	1	156	.009

a. Predictors: (Constant), PersepsiTerhadapManajemen

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	.413	1	.413	2.761	.009 ^b
	Residual	23.359	156	.150		
	Total	23.772	157			

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

b. Predictors: (Constant), PersepsiTerhadapManajemen

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients Beta		
1	(Constant)	1.780	.158		11.238	.000
	PersepsiTerhadapManajemen	.140	.084	.132	1.661	.009

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

Regression Kondisi Kerja terhadap Budaya

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change
						F Change	df1	df2	
1	.249 ^a	.062	.056	.378	.062	10.330	1	156	.002

a. Predictors: (Constant), KondisiKerja

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1.476	1	1.476	10.330	.002 ^b
	Residual	22.296	156	.143		
	Total	23.772	157			

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

b. Predictors: (Constant), KondisiKerja

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.430	.192		7.459	.000
	KondisiKerja	.320	.100	.249	3.214	.002

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	8,389	6	1,198	14,203	,000 ^b
	Residual	12,656	150	,084		
	Total	21,044	156			

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

b. Predictors: (Constant), KondisiKerja, IklimTeamwork, PersepsiTerhadapManajemen, KepuasanKerja, Leadership, IklimKeselamatan

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	,413	,287		1,436	,153
Leadership	-,016	,007	-,161	-2,401	,018
IklimTeamwork	,176	,063	,189	2,802	,006
IklimKeselamatan	,204	,069	,207	2,945	,004
KepuasanKerja	,279	,069	,269	4,054	,000
PersepsiTerhadapManajemen	,143	,064	,143	2,229	,027
KondisiKerja	,191	,082	,158	2,346	,020

a. Dependent Variable: BudayaKeselamatanPasien

Lampiran 4. Surat Penelitian

Lampiran 5. Curriculum Vitae

CURRICULUM VITAE

1. Data Pribadi

Nama : Nurul Hidayah Nur
 Tempat, Tanggal Lahir : Parepare, 22 Maret 1995
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Kewarganegaraan : Warga Negara Indonesia
 Agama : Islam
 Status Pernikahan : Belum Menikah
 Alamat : BTN Berua Mitra Perdana Blok F
 No Telepon/Hp : 08114202203
 Nama Orang Tua
 Ayah : Drs. H. M. Nur MH
 Ibu : Dra. Hj. Ros'Aeni
 Status dalam Keluarga : Anak keempat dari empat bersaudara



2. Pendidikan

Periode (Tahun)	Jenjang Pendidikan	Sekolah/ Instansi/ Universitas	Jurusan
2000-2001	TK	TK Aisyah Parepare	-
2001-2006	SD	SDN 11 Parepare	-
2006-2009	SMP	SMPN 1 Parepare	-
2009-2012	SMA	SMAN 1 Parepare	IPA
2012-2016	S1	Universitas Muhammadiyah Parepare	Kesehatan Masyarakat
2017-2019	S2	Universitas Hasanuddin	Manajemen Rumah Sakit

