

SKRIPSI

**GAMBARAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI MAKASSAR
TAHUN 2023**

**ANDI ALYA AFIFAH NATSIR
K011191197**



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

**DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR
2023**

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

**GAMBARAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI MAKASSAR TAHUN 2023**

Disusun dan diajukan oleh

ANDI ALYA AFIFAH NATSIR

K011191197

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelesaian Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
pada tanggal 05 Desember 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



Dr. Fridawaty Rivai, SKM., M.Kes
NIP. 19731016 199702 2 001



Adelia U. Ady Mangilep, SKM., MARS
NIP. 19820818 201504 2 003



Ketua Program Studi,
Dr. Hasnawati Amqam, SKM., M.Sc
NIP. 19760418 200501 2 001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah di pertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Selasa Tanggal 5 Desember 2023.

Ketua : Dr. Fridawaty Rivai, SKM.,M.Kes

()

Sekretaris : Adelia U. Ady Mangilep, SKM.,MARS

()

Anggota :

1. Dr. Nurmala Sari, SKM.,M.Kes.,MA

()

2. Mahfuddin Yusbud, SKM.,M.KM

()

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Manajemen Rumah Sakit

Andi Alya Afifah Natsir

“Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Haji Makassar”

(xv + 191 Halaman + 29Tabel + 2 Gambar + 10 Lampiran)

Patient safety merupakan isu penting dalam bidang kesehatan secara global, serta salah satu indikator kualitas pelayanan kesehatan. Pasien yang dirawat di rumah sakit di negara berkembang memiliki risiko lebih tinggi terhadap bahaya dari layanan kesehatan karena kelangkaan sumber daya dan kerapuhan fasilitas. Rencana Aksi Keselamatan Pasien Global 2021–2030 mendesak agar rumah sakit mengembangkan budaya keselamatan pasien untuk mengurangi risiko dan memitigasi kerugian yang disebabkan oleh insiden keselamatan. WHO menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan pondasi paling mendasar bagi perawatan kesehatan. Budaya keselamatan pasien merupakan salah satu indikator dalam kriteria evaluasi kinerja rumah sakit.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien di RSUD Haji. Penelitian menggunakan desain penelitian *cross sectional study*. Populasi dalam penelitian ini adalah 434 orang di 10 instalasi di RSUD Haji Makassar. Sampel pada penelitian ini sebanyak 204 orang. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei-November. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan SPSS.

Terdapat 7 dimensi yang termasuk budaya positif yaitu dimensi kerja sama tim, pembelajaran organisasi untuk peningkatan berkelanjutan, supervisor, manajer, atau pemimpin klinis mendukung keselamatan pasien, komunikasi tentang terjadinya kesalahan, keterbukaan komunikasi, manajemen RS mendukung keselamatan pasien, pergantian tugas dan transisi. Kemudian terdapat 3 dimensi budaya budaya negatif yaitu staf & kecepatan kerja, jumlah laporan kesalahan, dan respon terhadap kesalahan. Perlu diadakan pelatihan budaya keselamatan kepada seluruh staf secara berkala, meningkatkan motivasi staf dalam melaporkan insiden, dan perlu memperhatikan lama bekerja staf

Kata Kunci : Budaya Keselamatan Pasien, AHRQ, RSUD Haji Makassar

Daftar Pustaka : 61 (2017-2023)

SUMMARY

*Hasanuddin University
Faculty of Public Health
Hospital Management*

Andi Alya Afifah Natsir

"Overview of Patient Safety Culture at RSUD Haji Makassar"

(xv + 191 Pages + 29 Tables + 2 Figures + 10 Attachments)

Patient safety is an important issue in the health sector globally, as well as an indicator of the quality of health services. Hospitalized patients in developing countries are at higher risk of harm from health services due to the scarcity of resources and fragility of facilities. The Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 urges that hospitals develop a patient safety culture to reduce risks and mitigate harm caused by safety incidents. WHO states that patient safety is the most basic foundation for health care. Patient safety culture is one of the indicators in hospital performance evaluation criteria.

This study aims to determine the description of the patient safety culture at RSUD Haji. The research uses a cross sectional study design. The population in this study was 434 people in 10 installations at RSUD Haji Makassar. The sample in this study was 204 people. This research was carried out in May-November. Data processing was carried out using SPSS.

There are 7 dimensions that include a positive culture, namely the dimensions of teamwork, organizational learning for continuous improvement, supervisors, managers or clinical leaders supporting patient safety, communication about errors, open communication, hospital management supporting patient safety, task changes and transitions. Then there are 3 dimensions of negative culture, namely staff & work speed, number of safety reports, and response to errors. It is necessary to provide safety culture training to all staff on a regular basis, increase staff motivation in reporting incidents, and pay attention to staff length of service

Keywords: Patient Safety Culture, AHRQ, RSUD Haji Makassar

Bibliography: 61 (2017-2023)

PRAKATA

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Segala puji dan syukur disampaikan kepada Allah SWT, sang pemilik dunia dan seisinya atas berkat dan ridha-Nya yang senantiasa memberikan kesehatan dan kemampuan kepada penulis sehingga penulisan proposal penelitian ini dapat terselesaikan. Shalawat serta salam tak lupa dihaturkan kepada Nabi Muhammad SAW yang merupakan suri tauladan umat manusia.

Selama proses pengerjaan skripsi ini, begitu banyak bantuan, dukungan, doa serta motivasi yang didapatkan oleh penulis dalam menghadapi proses penelitian hingga pengerjaan skripsi ini. Namun, penulis mampu melewati hambatan serta tantangan tersebut dengan mudah. Dengan segala kerendahan hati, disampaikan rasa terima kasih yang tulus oleh penulis terkhusus kepada kedua orang tua penulis, karena berkat dan doa restunya sehingga rahmat Allah SWT dapat tercurahkan dan atas kasih sayang serta kesabarannya dalam memberikan dukungan baik materil maupun moril sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.

Tak lupa pula penulis mengucapkan banyak terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Penghargaan setinggi-tingginya penulis persembahkan kepada ibu Dr. Fridawaty Rivai, SKM.,M.Kes selaku Pembimbing I dan Ibu Adelia U. Ady Mangilep, SKM.,MARS. selaku Pembimbing II yang tak henti-hentinya membimbing,

meluangkan waktu, serta pikirannya ditengah kesibukannya demi terselesaikan skripsi ini.

2. Dr. Nurmala Sari, SKM.,M.Kes.,MA selaku penguji dari Departemen Manajemen Rumah Sakit dan Bapak Mahfuddin Yusbud, S.KM., M.KM selaku penguji dari Departemen Kesehatan & Keselamatan Kerja yang telah memberikan saran, kritik, dan arahan dalam perbaikan serta penyelesaian skripsi ini.
3. Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
4. Bapak Prof. Sukri Palutturi, S.KM., M.Sc.PH., Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Dr. Rini Anggraeni, SKM.,M.Kes selaku Ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
6. Dosen Pembimbing Akademik Bapak Dr. Syahrir A.Pasinringi, MS. yang senantiasa memberikan saran, arahan, serta motivasi dalam urusan akademik.
7. Seluruh Bapak dan Ibu dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, terkhusus kepada seluruh dosen Departemen Manajemen Rumah Sakit yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang berharga bagi penulis selama menempuh pendidikan di FKM Unhas.
8. Seluruh staf dan pegawai Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah membantu seluruh pengurusan berkas dalam pelaksanaan kuliah baik secara langsung maupun tidak langsung.

9. RSUD Haji Makassar, serta seluruh pekerja yang telah memberikan izin penelitian sekaligus memberikan arahan selama penelitian berlangsung.
10. Pak cik, selaku sosok yang selalu menemani, memberikan semangat, dan mendukung penulis selama proses pengerjaan skripsi. Terima kasih atas waktu yang diberikan kepada penulis.
11. Sahabat-sahabat penulis “alby lovers”, yaitu Fadhia, Winda, Detri, dan Vel yang telah memberikan semangat dan motivasi baik dari segi akademik maupun non-akademik selama perkuliahan maupun proses penyelesaian skripsi ini.
12. Sahabat-sahabat penulis “Ctn”, yaitu, Mita, Mimah, Alfira dan Ila yang telah menemani penulis selama masa perkuliahan yang selalu menghibur dan membersamai penulis di bangku perkuliahan, kepanitiaan, dan kepengurusan.
13. Sahabat-sahabat penulis “MRS beauty”, yaitu Ame, Aya, Fira, Azrina, Fitri, dan Aqilah yang telah memberikan semangat dan motivasi baik dari segi akademik maupun non-akademik selama perkuliahan maupun proses penyelesaian skripsi ini.
14. Sahabat-sahabat penulis “skede”, yaitu Jeje, Mita, Fira, Muadz, Zaky, Irham dan Alif yang telah memberikan semangat dan motivasi baik dari segi akademik maupun non-akademik selama perkuliahan maupun proses penyelesaian skripsi ini

15. Teman seperjuangan “KASSA 2019”, “MRS 2019”, yang senantiasa menemani penulis dalam segala aktivitas kampus baik akademik maupun non akademik.
16. Terima kasih kepada diri sendiri karena telah menyelesaikan penulisan skripsi ini.

Makassar, 06 November 2023

Penulis

DAFTAR ISI

SAMPUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN	ii
RINGKASAN	iv
PRAKATA	vii
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	12
C. Tujuan Penelitian	13
D. Manfaat Penelitian	14
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	16
A. Tinjauan Umum Mengenai Keselamatan Pasien	16
B. Tinjauan Umum Budaya Keselamatan Pasien	20
C. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit	35
D. Matriks Penelitian	39
E. Kerangka Teori	48
BAB III KERANGKA KONSEP	49
A. Dasar Pemikiran Variable yang Diteliti	49
B. Kerangka Konsep.....	51
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	52
BAB IV METODE PENELITIAN	63
A. Jenis Penelitian.....	63

B.	Waktu & Lokasi Penelitian	63
C.	Populasi dan Sampel Penelitian	63
D.	Instrumen Penelitian	65
E.	Pengumpulan Data	66
F.	Teknik Pengelolaan Data dan Analisis Data	67
G.	Analisis Data	68
H.	Penyajian Data	69
BAB V	HASIL DAN PEMBAHASAN	70
A.	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	70
B.	Hasil Penelitian	72
C.	Pembahasan	107
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN	134
A.	Kesimpulan	134
DAFTAR PUSTAKA	139
LAMPIRAN	147

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu.....	39
Tabel 3. 1 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	52
Tabel 4. 1 Rincian Sampel Penelitian di RSUD Haji Makassar Tahun 2023.....	65
Tabel 5. 1 Distribusi responden berdasarkan karakteristik umum di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	73
Tabel 5. 2 Distribusi Frekuensi Profesi di RSUD Haji Makassar Tahun 2023.....	75
Tabel 5. 3 Distribusi Responden Berdasarkan Latar Belakang di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	76
Tabel 5. 4 Distribusi Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Haji Makassar	78
Tabel 5. 5 Distribusi Dimensi Budaya Keselamatan Pasien Kategori Positif Berdasarkan Instlasi di RSUD Haji Makassar Tahun 2023.....	80
Tabel 5. 6. Distribusi Frekuensi Penilaian Budaya Keselamatan Pasien di Unit.....	82
Tabel 5. 7 Rata-Rata Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	83
Tabel 5. 8 Distribusi Penilaian Terhadap Dimensi Kerjasama Tim di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	84
Tabel 5. 9 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dimensi Kerjasama Tim di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	85
Tabel 5. 10 Distribusi Penilaian Terhadap Dimensi Staf dan Kecepatan Kerja di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	86
Tabel 5. 11 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dimensi Staf dan Kecepatan Kerja di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	87
Tabel 5. 12 Distribusi Penilaian Terhadap Dimensi Pembelajaran Organisasi untuk Peningkatan Berkelanjutan di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	88

Tabel 5. 13 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dimensi Pembelajaran Organisasi untuk Peningkatan Berkelanjutan di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	89
Tabel 5. 14 Distribusi Penilaian Terhadap Dimensi Respon Ketika Terjadi Kesalahan di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	90
Tabel 5. 15 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dimensi Respon Ketika Terjadi Kesalahan di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	92
Tabel 5. 16 Distribusi Penilaian Terhadap Dimensi Supervisor dan Manajer Mendukung Keselamatan Pasien di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	93
Tabel 5. 17 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dimensi Supervisor, Manajer, atau Pemeimpin Klinis Mendukung Keselamatan Pasien di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	95
Tabel 5. 18 Distribusi Penilaian Terhadap Dimensi Komunikasi Tentang Terjadinya Kesalahan di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	96
Tabel 5. 19 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dimensi Komunikasi Tentang Terjadinya Kesalahan di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	97
Tabel 5. 20 Distribusi Penilaian Terhadap Dimensi Keterbukaan Komunikasi di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	98
Tabel 5. 21 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dimensi Keterbukaan Komunikasi di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	100
Tabel 5. 22 Distribusi Penilaian Terhadap Dimensi Jumlah Laporan Kesalahan di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	101
Tabel 5. 23 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dimensi Jumlah Laporan Kesalahan di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	102
Tabel 5. 24 Distribusi Penilaian Terhadap Dimensi Manajemen RS Mendukung Keselamatan Pasien di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	103

Tabel 5. 25 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dimensi Manajemen Rumah Sakit Mendukung Keselamatan Pasien di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	104
Tabel 5. 26 Distribusi Penilaian Terhadap Dimensi Pergantian Tugas dan Transisi di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	106
Tabel 5. 27 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dimensi Pergantian Tugas dan Transisi di RSUD Haji Makassar Tahun 2023	106

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 2. 1 Kerangka Teori Penelitian (Sexton (2006), AHRQ (2019), Charney & Clarke, (2010)).....	48
Gambar 3. 1 Kerangka Konsep Penelitian	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Perkenalan Kuisisioner

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3. Kuesioner Penelitian

Lampiran 4. Dokumentasi Penelitian

Lampiran 5. Surat Izin Penelitian Dari Fakultas

Lampiran 6. Surat Izin Penelitian Dari Dinas Penanaman Modal dan PTSP

Lampiran 7. Izin Penelitian dari Rumah Sakit

Lampiran 8. Rekomendasi Persetujuan Etik Penelitian

Lampiran 9. Output SPSS

Lampiran 10. Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: <i>World Health Organization</i>
HSOPSC	: <i>Hospital Survey of Patient Safety Culture</i>
AHRQ	: <i>Agency for Healthcare and Research Quality</i>
HSOPSC	: <i>Hospital Survey of Patient Safety Culture</i>
SAQ	: <i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
MaPSaF	: <i>Manchester Patient Survey Assesment Framework</i>
FMAQ	: <i>The Flight Management Attitude Questionnaire</i>
PCC	: <i>Patient Centered Care</i>
NSC	: <i>National Safety Council</i>
IOM	: <i>International Organization for Migration</i>
OECD	: <i>Organization for Economic Cooperation and Development</i>
SPSS	: <i>Statistic Package for Sosial Science</i>
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KTC	: Kejadian Tidak Cedera
KPC	: Kejadian Potensial Cedera
SOP	: Standar Operasional Prosedur
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Patient safety merupakan isu penting dalam bidang kesehatan secara global serta salah satu indikator kualitas pelayanan kesehatan. Terlepas dari kemajuan bertahun-tahun sejak laporan “*To Err Is Human*”, keselamatan pasien terus menjadi masalah kesehatan masyarakat terkemuka di seluruh negara. Setiap tahun, 5,7 hingga 8,4 juta kematian disebabkan oleh layanan kesehatan berkualitas buruk di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Kesalahan yang terjadi di rumah sakit berkontribusi setidaknya 15% dari biaya rumah sakit di negara-negara *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), yang merupakan negara paling maju secara ekonomi dan sosial di dunia. Pasien yang dirawat di rumah sakit di negara-negara dengan ekonomi berkembang memiliki risiko lebih tinggi terhadap bahaya yang disebabkan oleh layanan kesehatan dikarenakan kelangkaan sumber daya dan kerapuhan fasilitas. Rencana Aksi Keselamatan Pasien Global 2021–2030 mendesak agar rumah sakit mengembangkan budaya keselamatan pasien untuk mengurangi risiko kesalahan dan memitigasi kerugian yang disebabkan oleh kejadian buruk (Camacho-Rodríguez et al., 2022)

Menurut beberapa hasil penelitian, masih terjadi insiden keselamatan pasien di banyak negara termasuk di Indonesia. Sebuah studi baru oleh *World Health Organization* menyatakan sebanyak 64 juta pasien cacat setiap tahunnya dikarenakan perawatan yang tidak aman di rumah sakit di seluruh dunia. Hal ini dikarenakan tidak adanya budaya keselamatan pasien yang diterapkan di rumah sakit sehingga berpotensi terjadi kecacatan hingga kematian bagi pasien. Data yang ada menunjukkan bahwa 2,6 juta kematian terjadi akibat pengobatan yang tidak aman yang terjadi di rumah sakit (Mallapiang et al., 2021)

Budaya keselamatan pasien adalah nilai yang sangat mendasar pada pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit, dalam upaya penerapan keselamatan pasien yang menjadi prioritas utama dalam pemberian layanan kesehatan. Secara global, menurut laporan *National Safety Council* (NSC) menunjukkan bahwa terjadinya kecelakaan di rumah sakit 41% lebih besar dari pekerja di industri lain. Keselamatan pasien juga merupakan prinsip dasar dalam pemberian pelayanan dan merupakan komponen yang kritical dalam manajemen rumah sakit. Oleh karena itu keselamatan pasien bukan hanya menjadi tanggung jawab moral perawat sebagai bagian terdepan dalam pemberian pelayanan kepada pasien, akan tetapi seluruh pihak yang berada di rumah sakit juga harus bertanggung jawab dalam keselamatan pasien (Handayani, 2021)

Menurut WHO Tahun 2019 dampak yang tidak diinginkan dari suatu pengobatan telah menjadi penyebab utama ke-14 morbiditas dan mortalitas di dunia, dimana dalam hal ini dampak yang tidak diinginkan dari suatu pengobatan memiliki morbiditas yang bisa dibilang setara dengan penyakit tuberkulosis dan juga malaria. Data dari *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine* menunjukkan sebanyak 134 juta insiden keselamatan pasien terkait pengobatan yang terjadi di rumah sakit di negara berpenghasilan rendah dan menengah karena pengobatan yang tidak aman (*National Academies of Science Engineering and Medicine, 2018*). Rumah sakit beserta seluruh organ yang ada di dalamnya, diharapkan dapat mengembangkan pendekatan sistem yang berorientasi pada keselamatan pasien (Permenkes RI No.11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien)

Pelaporan data di Indonesia berdasarkan data Kemenkes tahun 2022 pada bulan Januari hingga Agustus, menunjukkan bahwa laporan insiden keselamatan pasien berdasarkan rumah sakit yang melapor mencapai 816 rumah sakit, dimana laporan KTD mencapai 1.616 kasus dan Sentinel mencapai 92 kasus. Data pelaporan insiden di Sulawesi berdasarkan data perhimpunan rumah sakit seluruh Indonesia menyebutkan bahwa kasus pelaporan insiden keselamatan pasien terbanyak terdapat di Sulawesi Selatan menduduki angka tertinggi yaitu 9%, kemudian Gorontalo 7%, Sulawesi Tenggara 5%, dan Sulawesi Tengah 3%.

Pelayanan kesehatan berfokus pada pasien (*Patient Centered Care*) merupakan pergeseran paradigma baru dalam asuhan pasien. Pola ini didukung oleh konsep WHO dalam *conceptual framework integrated people-centred health services*. Konsep perawatan yang berpusat pada pasien pertama kali diciptakan pada tahun 1986 oleh Picker/Commonwealth. *Patient-Centered Care Program* ini adalah pendekatan yang melihat pasien sebagai mitra yang setara dalam merencanakan, mengembangkan, dan menilai perawatan untuk memastikan perawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan mereka. Pasien menjadi pusat dalam segala upaya kesehatan, maka pasien harus terinformasi dengan jelas dan juga bersama dengan dokter dalam pemberian asuhan lainnya serta membuat keputusan-keputusan penting dalam proses penyembuhan. PCC lebih menekankan pada partisipasi dan keterlibatan pasien, hubungan antara pasien dan profesional kesehatan, dan lingkungan tempat perawatan diberikan. Sementara perawatan yang berpusat pada pasien dianggap sebagai komponen kunci perawatan kesehatan berkualitas tinggi. Sistem PCC ini diharapkan dapat mempertimbangkan kebutuhan individu pasien dan juga tenaga kesehatan memperlakukan pasien dengan penuh hormat dan bermartabat (Muliarini et al., 2021)

Menurut Permenkes No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien menjelaskan bahwa keselamatan pasien adalah sebuah sistem yang akan

menjadikan pelayanan perawatan kepada pasien lebih aman. Beberapa upaya yang dapat dilakukan rumah sakit untuk membuat pelayanan yang aman meliputi; (1) Asesmen risiko, (2) Identifikasi dan Pengelolaan Risiko, (3) Pelaporan dan Analisis Insiden, (4) Kemampuan Belajar dari Insiden dan Tindak lanjutnya, dan (5) Implementasi dari Solusi. Upaya ini diharapkan akan meminimalkan terjadinya risiko keselamatan pasien dan juga mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan tenaga kesehatan (Ilmidin, 2022). Dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit keselamatan pasien perlu diperhatikan. Mutu dan keselamatan pasien dapat tercapai ketika tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik. Mutu pelayanan pada rumah sakit perlu dilakukan sebagai penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar yang berlaku sesuai dengan akreditasi yang disetujui oleh pemerintah yang ikut serta sebagai pelaksana program pembangunan kesehatan nasional, dan perlu dilakukan akreditasi sesuai dengan standar akreditasi (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/223/2022)

Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian baik perawat ataupun tenaga kesehatan lainnya yang tidak disengaja dan juga kondisi yang berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), dan Kejadian Potensial Cedera (KPC), Kejadian Sentinel (Sentinel Event),

Sehingga untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien dan mencegah insiden keselamatan pasien perlu adanya kesadaran bukan hanya perawat dan petugas medis melainkan seluruh pihak terkait yang berada di lingkungan rumah sakit juga harus bertanggungjawab terhadap keselamatan pasien (Lumenta, 2021). Keselamatan pasien juga merupakan prinsip dasar dalam memberi pelayanan kepada pasien dan sangat kritical dalam manajemen rumah sakit. Maka dari itu, seluruh pihak terkait yang berada di rumah sakit juga harus bertanggungjawab dalam keselamatan pasien (Handayani, 2021)

Laporan IOM, mengembangkan budaya keselamatan pasien mendapat perhatian yang signifikan dalam rangka membangun sistem kesehatan yang lebih aman. Hal terpenting jika budaya keselamatan yang komprehensif dapat dikembangkan maka insiden yang merugikan dapat dilaporkan tanpa disalahkan, staf memiliki kesempatan untuk belajar dari kesalahan mereka dan perbaikan dapat diterapkan untuk mencegah bahaya manusia dan sistem di masa depan (Aljaffary et al., 2022) Rumah sakit beserta seluruh staf dan organ di dalamnya, wajib melaksanakan pendekatan sistem yang berorientasi pada keselamatan pasien (Permenkes RI No.11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien)

Upaya rumah sakit dalam menjamin keselamatan pasien perlu direncanakan dan menjadi perhatian penting oleh rumah sakit. *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan pondasi paling

mendasar bagi perawatan kesehatan. Budaya keselamatan pasien merupakan salah satu indikator dalam kriteria evaluasi kinerja rumah sakit, penerapan budaya ini mencerminkan kesinambungan pelaporan insiden. Laporan insiden keselamatan pasien akan digunakan sebagai bahan evaluasi bagi rumah sakit dan akan menjadi pembelajaran kepada seluruh staf agar bisa meningkatkan keselamatan pasien, sehingga dapat menciptakan dan mengembangkan inovasi dalam pelaporan yang partisipatif, transparan, tidak menghukum, mudah, efisien dan berfungsi untuk pembelajaran dalam organisasi rumah sakit (Jumila, 2022)

Berdasarkan hasil penelitian oleh Ilmidin (2022) menyatakan bahwa asesmen risiko, pengendali risiko, dan pelaporan insiden masih belum dilaksanakan secara maksimal oleh manajemen dan juga tenaga kesehatan di rumah sakit, selain itu untuk pembelajaran dan juga pengetahuan staff mengenai keselamatan pasien sudah banyak yang memahami, walaupun format pelaporan insiden jarang yang mengetahui. Implementasi perbaikan yang telah dilakukan yaitu pembuatan kebijakan, SOP dan juga panduan keselamatan pasien sudah ada pada sebagian besar RS, namun belum maksimalnya pelaksanaan dari kebijakan, SOP dan panduan keselamatan pasien tersebut belum dilaksanakan secara menyeluruh. Budaya keselamatan pasien yang masih jarang dilaksanakan oleh manajemen dan tenaga kesehatan RS yang sesuai dengan Permenkes Nomor 11 Tahun 2017.

Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Nursetiawan & Suryawati (2020) menunjukkan bahwa dalam upaya pencegahan KTD persentase budaya yang mendukung (84%) lebih tinggi dari budaya yang tidak mendukung (16.7%). Hasil Chi Square menunjukkan nilai $p \text{ value} = 0.004 (< 0.05)$ yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara budaya keselamatan pasien dengan upaya pencegahan KTD. Dengan menciptakan budaya keselamatan pasien dirumah sakit maka akan mengurangi risiko terjadinya KTD (Nursetiawan et al., 2020)

Ada beberapa alat ukur yang bisa digunakan untuk mengukur budaya keselamatan. Salah satunya adalah dengan menggunakan *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*. SAQ pertama kali diimplementasikan dari *The Flight Management Attitude Questionnaire (FMAQ)*, yang merupakan survey yang digunakan untuk budaya kokpit dalam penerbangan komersial dalam hal mengukur faktor manusia. SAQ memiliki 6 dimensi, diantaranya: kerjasama, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi stress, persepsi manajemen, dan kondisi kerja (Sexton, 2006). Chartey & Clarke (2010) memaparkan beberapa dimensi budaya keselamatan pasien dalam buku yang berjudul "*Implementing Human Factors in Healthcare 'how to guide'*". Pada buku ini menjelaskan bahwa organisasi kesehatan akan memiliki budaya keselamatan pasien yang positif ketika memiliki budaya keterbukaan, budaya keadilan, budaya pelaporan, budaya belajar dan juga budaya informasi.

The Hospital Survey of Patient Safety Culture (HSOPSC) dikembangkan oleh United States *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* yang telah digunakan oleh seluruh negara secara luas dalam mengukur budaya keselamatan pasien tingkat institusional maupun nasional, guna mengukur efektivitas strategi yang direncanakan dalam usaha meningkatkan keselamatan pasien. HSOPSC telah diuji pada sampel besar, dan memiliki dokumentasi pendukung yang baik, sifat psikometrik yang baik, serta memiliki cakupan budaya keselamatan yang komprehensif (Jye et al., 2019) Dengan survey ini, kelemahan dapat ditemukan dan dapat digunakan untuk menerapkan garis perbaikan, dan kekuatan dapat membantu meningkatkan dan memastikan perawatan lebih berkualitas (Vida et al., 2023)

Budaya keselamatan pasien menurut *Agency Health Care and Research Quality (AHRQ)* dapat diukur dari segi perspektif staf rumah sakit yang terdiri dari 10 dimensi, diantaranya yaitu kerja sama tim, staf dan kecepatan kerja, pembelajaran organisasi untuk peningkatan berkelanjutan, respon ketika terjadi kesalahan, supervisor, manajer, atau pemimpin klinis mendukung keselamatan pasien, komunikasi tentang terjadinya kesalahan, keterbukaan komunikasi, jumlah laporan kesalahan, manajemen rumah sakit mendukung keselamatan pasien, pergantian tugas dan transisi. (AHRQ 2019). Kekuatan HSOPSC yaitu memiliki sifat psikometrik yang baik dan juga dapat menilai budaya keselamatan

pasien pada tingkat individu, unit, dan tingkat organisasi dan juga dapat digunakan untuk memeriksa perubahan tren budaya keselamatan pasien dari waktu ke waktu

Mengukur budaya keselamatan pasien memungkinkan identifikasi kekuatan dan kelemahan dalam area rumah sakit untuk perbaikan. Hal ini juga memungkinkan pengembangan intervensi yang tepat untuk mengevaluasi program keselamatan baru dengan membandingkan hasil sebelum dan sesudah implementasi. Dengan cara ini, evaluasi berperan dalam perencanaan strategi yang bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit. Penelitian budaya keselamatan pasien disarankan karena hasil evaluasi budaya keselamatan pasien di rumah sakit akan mengidentifikasi kekurangan dan dengan demikian membantu dalam perencanaan institusi dengan maksud untuk memulai, mempertahankan atau mengadopsi tindakan yang mengarah pada praktik yang aman (Abreu et al., 2019)

RSUD Haji Makassar merupakan salah satu rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan. RSUD Haji Makassar memberikan pelayanan dengan pendekatan komprehensif dari peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Peningkatan mutu secara menyeluruh adalah memperkecil risiko pada pasien dan staf secara berkesinambungan. Risiko ini ditemukan baik diproses klinik maupun di lingkungan fisik. RSUD Haji Makassar dalam kegiatannya menyediakan fasilitas

yang aman, berfungsi dan supportif bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung. Untuk mencapai tujuan ini, fasilitas fisik, medis dan peralatan lainnya harus dikelola secara efektif. Secara khusus manajemen harus berusaha keras untuk mengurangi dan mengendalikan bahaya dan risiko, mencegah kecelakaan dan cedera serta memelihara kondisi aman.

Berdasarkan data awal yang diperoleh di RSUD Haji Makassar, terdapat Insiden Keselamatan Pasien di RSUD Haji Makassar Pada tahun 2022. Insiden keselamatan pasien masih terjadi yang terdiri dari Kejadian Potensial Celaka (KPC) sebanyak 2 kasus, Kejadian Tidak Cedera sebanyak 5 kasus dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sebanyak 12 kasus. Sebanyak 19 insiden keselamatan pasien di beberapa instalasi yaitu farmasi, IGD, laboratorium dan radiologi. Hal tersebut menunjukkan bahwa insiden yang terjadi di RSUD Haji Makassar tidak sesuai standar yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang diatur dalam Kepmenkes No.129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal yaitu Nol Kejadian (Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit).

Maka dari itu penting bagi rumah sakit agar terus berupaya meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan yang dapat membangun kesadaran akan budaya keselamatan pasien. Dengan mengukur budaya keselamatan pasien rumah sakit dapat menentukan apa yang penting dan apa saja sikap dan perilaku

yang dihargai, didukung, diharapkan, dan diterima yang berkaitan dengan keselamatan pasien. Budaya yang positif akan mengurangi angka insiden keselamatan pasien di rumah sakit.

B. Rumusan Masalah

Berangkat dari masalah tingginya angka insiden keselamatan pasien yang terjadi di RSUD Haji serta pentingnya dilakukan survey terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit sebagai langkah awal untuk dapat meningkatkan upaya keselamatan pasien, perlu bagi pihak RSUD Haji Makassar untuk terlebih dahulu mengetahui bagaimana budaya keselamatan pasien yang ada di Rumah Sakit. Maka dari itu peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul "Gambaran Budaya Keselamatan pasien di RSUD Haji Makassar Tahun 2023" menurut dimensi Kerjasama Tim, Kepegawaian dan Kecepatan Kerja, Pembelajaran Organisasi dan Perbaikan Berkelanjutan, Respon Terhadap Kesalahan, Supervisor, Manajer, atau Pemimpin Klinis yang Mendukung Keselamatan Pasien, Komunikasi tentang kesalahan, Keterbukaan Komunikasi tentang kesalahan, Pelaporan Kejadian Keselamatan Pasien, Dukungan Manajemen Rumah Sakit untuk Keselamatan Pasien, dan Pergantian Tugas dan Transisi

C. Tujuan Penelitian

a. Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien di RSUD Haji Makassar tahun 2023

b. Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui budaya keselamatan pasien secara keseluruhan pasien di RSUD Haji Makassar
- 2) Mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi Kerjasama Tim di RSUD Haji Makassar
- 3) Mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi Staf dan Kecepatan Kerja di RSUD Haji Makassar
- 4) Mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi Pembelajaran Organisasi untuk Peningkatan Berkelanjutan di RSUD Haji Makassar
- 5) Mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi Respon Terhadap Kesalahan di RSUD Haji Makassar
- 6) Mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi Supervisor, Manajer, atau Pemimpin Klinis yang Mendukung Keselamatan Pasien di RSUD Haji Makassar

- 7) Mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi Komunikasi tentang kesalahan di RSUD Haji Makassar
- 8) Mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi Keterbukaan Komunikasi tentang kesalahan di RSUD Haji Makassar
- 9) Mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi Jumlah Pelaporan Kejadian Keselamatan Pasien RSUD Haji Makassar
- 10) Mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi Manajemen Rumah Sakit Mendukung Keselamatan Pasien di RSUD Haji Makassar
- 11) Mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi Pergantian tugas dan transisi di RSUD Haji Makassar

D. Manfaat Penelitian

1. Untuk Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi dan bahan evaluasi dalam menilai mutu pelayanan di RSUD Haji Makassar khususnya dalam mengevaluasi pelaksanaan program keselamatan pasien.

2. Untuk Peneliti

Sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat dan penelitian ini menjadi metode dan sarana untuk menerapkan teori-teori yang diperoleh selama mengecap bangku perkuliahan, khususnya teori Manajemen Rumah Sakit.

3. Untuk Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah dan memperkaya ilmu bagi pembaca, khususnya dalam budaya keselamatan pasien di RSUD Haji Makassar.

4. Untuk Program Studi Manajemen Rumah Sakit

Penelitian ini dapat dijadikan referensi terkait gambaran budaya keselamatan pasien di RSUD Haji Makassar

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Mengenai Keselamatan Pasien

1. Definisi Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien adalah suatu sistem dalam rumah sakit yang menetapkan pelayanan kesehatan yang lebih aman dengan melakukan upaya, mengidentifikasi resiko, pengelolaan resiko dan menjadikan pembelajaran dari resiko yang telah terjadi agar tidak terulang kembali. Keselamatan pasien juga dapat dikatakan bagaimana rumah sakit mencegah kejadian tidak diinginkan, dan apabila tidak dapat dicegah maka diupayakan agar tidak terulang lagi melalui upaya belajar dari kesalahan. Keselamatan pasien merupakan sebuah transformasi budaya, adapun budaya yang dimaksud adalah budaya keselamatan, budaya tidak menyalahkan, budaya lapor dan juga budaya belajar. (Yasmi, 2018)

Keselamatan Pasien merupakan upaya untuk mencegah terjadinya kesalahan dan kejadian yang tidak diharapkan pada pasien yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. *International of Medicine* (IOM) mengartikan konsep keselamatan pasien (*patient safety*) sebagai *freedom from accidental injury*. *Accidental injury* dapat disebabkan karena error yang terdiri dari kegagalan dalam suatu perencanaan ketika ingin mencapai

tujuan, melakukan tindakan yang salah atau mengambil tindakan yang seharusnya tidak diambil. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit menjelaskan tentang keselamatan pasien yang bebas dari cedera yang seharusnya tidak terjadi atau potensial cedera akibat dari pelayanan kesehatan yang disebabkan oleh *error* (Wardhani, 2017)

Memahami konsep keselamatan pasien akan lebih mudah jika diawali dengan pemahaman tentang konsep error yang menjadi dasar munculnya konsep keselamatan pasien. Kesalahan medis atau *medical error* adalah suatu kegagalan intervensi pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan rencana atau perencanaan sudah tepat namun pada proses pelaksanaannya tidak tepat atau bahkan tidak terlaksana.

2. Jenis Insiden Keselamatan Pasien

Menurut Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, terdapat beberapa insiden di fasilitas pelayanan kesehatan Kondisi Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

- 1) Kondisi Potensial Cedera (KPC) sebagaimana dimaksud merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

- 2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sebagaimana dimaksud merupakan terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Kejadian ini dapat terjadi akibat melaksanakan tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, kemudian dapat mencederai pasien tetapi cedera serius tidak terjadi, karena keberuntungan.
- 3) Kejadian Tidak Cedera (KTC) sebagaimana dimaksud merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
- 4) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebagaimana dimaksud merupakan Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Kasus KTD dapat mengakibatkan kematian atau cedera yang serius yang biasanya berupa kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima.

3. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Menurut Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien uraian Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- 1) Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien
- 2) Memimpin dan Mendukung Staf
- 3) Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko
- 4) Mengembangkan Sistem Pelaporan
- 5) Melibatkan dan Berkomunikasi Dengan Pasien

6) Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien

7) Mencegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

4. Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien terdiri dari 7 standar. Di Indonesia secara nasional untuk seluruh fasilitas pelayanan kesehatan diberlakukan Standar Keselamatan Pasien Nasional (SKPN), yang terdiri dari :

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

5. Sasaran Keselamatan Pasien

Menurut Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien sasaran Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud meliputi tercapainya hal-hal (Permenkes No 11 Tahun 2017):

- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar;
- b. Meningkatkan komunikasi yang efektif;
- c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai;
- d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar;
- e. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan; dan
- f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

B. Tinjauan Umum Budaya Keselamatan Pasien

1. Definisi Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien diartikan sebagai produk dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku individu dan kelompok, yang merupakan bentuk komitmen dan gaya serta kecakapan manajemen keselamatan dan kesehatan organisasi. Budaya keselamatan pasien diimplementasikan agar dapat meningkatkan kesadaran dalam mencegah kesalahan dan melaporkan jika terjadi insiden. Budaya Keselamatan Pasien perlu diperhatikan dalam organisasi pelayanan kesehatan. Budaya keselamatan pasien yang buruk merupakan faktor risiko yang penting yang dapat mengancam keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien merupakan salah satu indikator yang memungkinkan kita untuk memahami bagaimana sebuah organisasi secara rutin menangani berbagai isu dan

pendekatan terkait keselamatan pasien. Mengetahui sejauh mana profesional kesehatan memandang keselamatan pasien merupakan langkah penting dalam memahami pandangan umum organisasi kesehatan. Budaya keselamatan memiliki konsep multidimensi dan menonjol dengan mencerminkan komitmen profesional organisasi untuk terus mempromosikan lingkungan terapeutik yang aman. Komitmen ini memengaruhi perilaku dan hasil keselamatan, tidak hanya untuk pasien, tetapi juga untuk profesional dan organisasi itu sendiri (Prieto et al., 2021)

2. Faktor yang Mempengaruhi Budaya Keselamatan Pasien

Human Factor in Patient Safety Review of Topics and Tools, WHO (2009) menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

a) Faktor Organisasi dan Manajemen

Faktor ini dipengaruhi oleh lingkungan kerja yang diukur dari segi organisasi pelayanan kesehatan yaitu kepemimpinan manajer dan komunikasi

b) Faktor Tim Kerja

Faktor ini dipengaruhi oleh struktur tim kerja, proses tim dan juga kepemimpinan tim

c) Faktor Individu

Faktor yang cenderung berasal dari seseorang baik dari kesadaran situasi, pengambilan keputusan, kelelahan dan stres, pengetahuan, motivasi, sikap kompetensi dan kepribadian dari seseorang

d) Faktor Lingkungan Kerja

Faktor ini meliputi peralatan, perlengkapan, mesin, resiko tempat kerja, dan kebersihan

3. Dimensi Survey Budaya Keselamatan Pasien

Dalam mengukur budaya keselamatan pasien ada beberapa alat ukur yang telah dikembangkan untuk dapat digunakan dalam membantu tim pelayanan kesehatan agar dapat merefleksikan organisasinya dalam hal budaya keselamatan pasien, yaitu :

a. AHRQ

Survei AHRQ tentang Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit (HSOPS 1.0) awalnya dirilis pada tahun 2004 dan telah diadopsi secara luas di Amerika Serikat dan internasional. AHRQ kemudian mengembangkan dan menguji coba versi baru survei, Survei Rumah Sakit SOPS 2.0 (HSOPS 2.0), dirilis pada 2019. AHRQ mendanai pengembangan SOPS *Hospital Survey 2.0*, yang mencakup 32 item yang membentuk 10 ukuran komposit budaya keselamatan pasien, hal ini

dimaksudkan untuk membantu rumah sakit dalam menilai budaya keselamatan pasien. Berikut ini adalah dimensi budaya keselamatan pasien menurut AHRQ tahun 2019 (*Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.*)

1) Komunikasi Tentang Kesalahan

Staf akan memberitahu ketika terjadi kesalahan dan diberi tahu ketika ada perubahan yang dilakukan, dan mendiskusikan bersama cara agar kesalahan tersebut tidak terulang lagi atau mencegah terjadinya kesalahan

b. Keterbukaan Komunikasi

Staf akan berbicara ketika melihat sesuatu yang tidak aman dan merasa nyaman apabila mengajukan pertanyaan

c. Pergantian Tugas dan Transisi

Informasi penting tentang perawatan pasien ditransfer ke seluruh unit rumah sakit dan selama pergantian shift.

d. Dukungan Manajemen Rumah Sakit untuk Keselamatan Pasien

Manajemen rumah sakit mendukung bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama dan menyediakan sumber daya yang memadai untuk keselamatan pasien.

e. Pembelajaran Organisasi untuk Perbaikan Berkelanjutan

Seluruh proses kerja ditinjau atau dievaluasi secara berkala, perubahan dilakukan untuk mencegah kesalahan terjadi lagi.

f. Jumlah Laporan Kejadian

Staf melakukan pelaporan jenis kesalahan yaitu (1) kesalahan yang diketahui dan diperbaiki sebelum sampai ke pasien dan (2) kesalahan yang dapat membahayakan pasien tetapi tidak dilakukan

g. Respon Terhadap Kesalahan

Ketika melakukan kesalahan staf diperlakukan dengan adil dan kembali fokus untuk belajar dari kesalahan dan mendukung staf yang terlibat dalam kesalahan.

h. Staf dan Kecepatan Kerja

Tersedia staf yang cukup untuk menangani beban kerja, staf bekerja sesuai jam kerja dan tidak merasa tergesa-gesa, dan ada ketergantungan yang sesuai pada staf sementara atau staf tetap

i. Supervisor, Manajer, atau Pemimpin Klinis Mendukung Keselamatan Pasien

Saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien di pertimbangkan oleh supervisor, manajer, atau pemimpin klinis,

tidak menganjurkan mengambil jalan pintas, dan mengambil tindakan untuk mengatasi masalah keselamatan pasien.

j. Kerjasama Tim

Seluruh staf bekerja sama sebagai tim yang efektif, saling membantu selama masa sibuk, dan saling menghormati.

b. *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)

Survei budaya keselamatan pasien terdiri dari beberapa elemen yang mendasari dalam menerapkan budaya keselamatan pasien. Untuk mengukur Budaya keselamatan pasien dapat dilakukan dengan alat ukur yang biasa digunakan yaitu *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). SAQ berasal dari *The Flight Management Attitude Questionnaire* (FMAQ). SAQ memiliki 6 dimensi, variabel yang digunakan dalam penelitian dimensi budaya keselamatan pasien menurut SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*) yang merupakan teori dari Sexton, menilai budaya keselamatan pasien dari 6 dimensi, meliputi:

1) Kerjasama

Menggambarkan kolaborasi dan kerjasama antar staf dalam sebuah tim yang terkoordinasi

2) Iklim keselamatan

Menggambarkan persepsi dari komitmen organisasi yang kuat dan proaktif untuk keselamatan.

3) Kepuasan kerja

Staf menyukai tempat kerja mereka dan menganggap tempat mereka bekerja adalah tempat yang baik.

4) Kondisi stress

Menggambarkan bagaimana kinerja staf dapat dipengaruhi oleh stress dan ketika beban kerja menjadi tinggi maka kinerja menjadi terganggu

5) Persepsi manajemen

Dukungan manajemen dalam mengambil tindakan manajerial terhadap pekerjaan staf dan Kondisi kerja, Kondisi terhadap lingkungan kerja staf dan dukungan persediaan logistik terhadap pekerjaan mereka

c. Carthey & Clarke (2010)

Menurut Carthey & Clarke (2010) dalam buku *"Implementing Human Factors in Healthcare 'how to' Guide"* bahwa organisasi kesehatan akan memiliki budaya keselamatan pasien yang positif, jika memiliki dimensi budaya sebagai berikut:

1) Budaya keterbukaan (*open culture*)

Budaya ini menggambarkan semua staf RS merasa nyaman berdiskusi tentang insiden yang terjadi ataupun topik tentang keselamatan pasien dengan teman satu tim ataupun dengan manajernya. Staf merasa yakin bahwa fokus utama adalah keterbukaan sebagai media pembelajaran dan bukan untuk mencari kesalahan ataupun menghukum. Komunikasi terbuka dapat juga diwujudkan pada saat serah terima pasien, briefing staff maupun morning report.

2) Budaya keadilan (*just culture*).

Hal tersebut membawa atmosfer "*trust*" sehingga anggota bersedia dan memiliki motivasi untuk memberikan data dan informasi serta melibatkan pasien dan keluarganya secara adil dalam setiap pengambilan keputusan terapi. Perawat dan pasien diperlakukan secara adil saat terjadi insiden dan tidak berfokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan. Lingkungan terbuka dan adil akan membantu staf membuat pelaporan secara jujur mengenai kejadian yang terjadi dan menjadikan insiden sebagai pelajaran dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien.

3) Budaya pelaporan (*reporting culture*)

Budaya dimana staf siap untuk melaporkan insiden atau *near miss*, sehingga dapat dinilai jenis *error* dan dapat diketahui kesalahan yang biasa dilakukan oleh staf serta dapat diambil tindakan sebagai bahan pembelajaran organisasi. Organisasi belajar dari pengalaman sebelumnya dan mempunyai kemampuan untuk mengidentifikasi faktor risiko terjadinya insiden sehingga dapat mengurangi atau mencegah insiden yang akan terjadi.

4) Budaya belajar (*learning culture*).

Setiap lini dari organisasi baik *sharp end* (yang bersentuhan langsung dengan pelayanan) maupun *blunt end* (manajemen) menggunakan insiden yang terjadi sebagai proses belajar. Organisasi berkomitmen untuk mempelajari insiden yang telah terjadi, mengkomunikasikan kepada staf dan senantiasa mengingatkan staf.

5) Budaya informasi (*informed culture*).

Organisasi mampu belajar dari pengalaman masa lalu sehingga memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi dan menghindari insiden yang akan terjadi karena telah belajar dan terinformasi dengan jelas dari insiden yang sudah pernah terjadi, misalnya dari pelaporan kejadian dan investigasi.

c. MaPSaF (*Manchester Patient Survey Assesment Framework*)

1) Komitmen untuk Perbaikan Berkelanjutan

Bagaimana komitmen untuk mengembangkan kualitas, hal yang dijadikan dalam tujuan kebijakan dan juga prosedur, bagaimana usaha dan juga kerjasama inovasi dalam organisasi

2) Prioritas untuk Keselamatan Pasien

Bagaimana organisasi menghadapi keselamatan pasien, tanggung jawab organisasi pada masalah keselamatan pasien

3) Kesalahan Sistem dan Tanggungjawab Individu

Bagaimana proses sistem pelaporan yang digunakan, bagaimana penerimaan pelaporan insiden, bagaimana pelaporan insiden dijadikan sebagai kesempatan dalam menyalahkan atau untuk perbaikan

4) Pencatatan Insiden dan *Best Practice*

Siapa yang mengecek insiden dan bagaimana pemeriksaan insiden, dan tujuan pencatatan

5) Evaluasi Insiden

Bagaimana evaluasi insiden dan apa saja yang perlu dicatat dalam praktek keselamatan, bagaimana hasil evaluasi dan pencatatan digunakan

6) Pembelajaran dan Perubahan

Apa yang dilakukan setelah kejadian dan bagaimana mekanisme organisasi yang dipelajari dari insiden, bagaimana perubahan dilakukan dan dievaluasi

7) Komunikasi Tentang Isu Keselamatan

Apa sistem komunikasi yang diterapkan, bagaimana kualitas catatan yang digunakan dalam membahas isu keselamatan

8) Manajemen Kepegawaian dan Isu Keselamatan

Bagaimana pengelolaan isu keselamatan di tempat kerja, bagaimana pengelolaan permasalahan staf, bagaimana prosedur perekrutan dan seleksi diterapkan

9) Pendidikan dan Pelatihan Staf

Apakah program pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien dilakukan dan bagaimana tanggapan staf tentang hal tersebut

10) Kerjasama Tim

Bagaimana tim dikembangkan dan dikelola

4. Kelebihan dan Kekurangan Alat Ukur Budaya Keselamatan

a. *The Manchester Patient Safety Framework (MaPSaf)* :

Kuesioner ini dirancang untuk digunakan di Inggris

Kekuatan :

1. Kuesioner tersedia secara bebas
2. Memiliki sifat psikometrik yang baik
3. Dapat diuji pada sampel besar
4. Mengungkapkan perbedaan persepsi antara kelompok/jenis staf
5. Membantu memahami tingkat kematangan budaya keselamatan dan memantau perubahan dari waktu ke waktu
6. Paling baik digunakan sebagai alat pendidikan atau pembelajaran bagi penyedia layanan kesehatan dan manajer

Kelemahan :

1. Kuesioner relatif panjang sehingga memakan waktu untuk mengisi jawaban

b. *The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* :

Kuesioner ini dirancang untuk digunakan secara global

Kekuatan :

1. Kuesioner tersedia secara bebas
2. Memiliki sifat psikometrik yang baik

3. Dapat digunakan untuk memeriksa perubahan tren budaya keselamatan pasien dari waktu ke waktu
4. Dapat diuji pada sampel besar
5. Dapat menilai budaya keselamatan pasien pada tingkat individu, unit, dan tingkat organisasi

Kelemahan :

1. Pilihan jawaban yang tersedia bervariasi untuk pertanyaan yang berbeda, sehingga dapat memakan waktu dan mengganggu alur jawaban

c. *The Safety Attitude Questionnaire (SAQ)* :

Kuesioner ini dirancang untuk digunakan secara global

Kekuatan :

1. Kuesioner tersedia secara bebas
2. Memiliki sifat psikometrik yang memadai
3. Dapat diuji pada sampel besar
4. Dapat digunakan untuk membandingkan sikap berbagai jenis staf
5. Dapat digunakan untuk memantau perubahan dari waktu ke waktu

Kelemahan :

1. Hanya dapat digunakan di area klinis rumah sakit
2. Desain tidak spesifik untuk mengukur budaya keselamatan

5. Maturiti Budaya Keselamatan Pasien

Manchester Patient Survey Assesment Framework (MaPSaF)

menggambarkan 5 tingkat kematangan budaya keselamatan pasien, yaitu patologis, reaktif, birokratis, proaktif, dan generatif yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

- 1) Patologis, yaitu keadaan belum terdapat sistem yang mendukung budaya keselamatan pasien dan lingkungan kerja masih bersifat menyalahkan. Insiden dilihat sebagai “nasib buruk” dan di luar kendali organisasi, terjadi sebagai akibat dari kesalahan staf atau perilaku pasien.
- 2) Reaktif, yaitu suatu keadaan dimana budaya keselamatan pasien bersifat fragmentasi, dikembangkan hanya sekedar menjawab akreditasi organisasi dan reaktif terhadap cedera medis yang terjadi. Organisasi melihat dirinya sebagai korban dari keadaan. Individu dipandang sebagai penyebab, dan solusinya adalah pelatihan kembali dan pemberian hukuman.
- 3) Birokratif, suatu keadaan budaya keselamatan pasien tertata baik namun implementasinya masih bersifat segmentasi. Ada pengakuan bahwa sistem berkontribusi terhadap insiden dan bukan hanya individu. Organisasi menyatakan bahwa organisasi tersebut memiliki

budaya terbuka dan adil tetapi tidak dirasakan oleh staf. Protokol ditulis untuk memastikan bahwa staf dan pasien menerima dukungan sebagai kompensasi atas insiden, tetapi peraturan tersebut tidak banyak diketahui atau digunakan.

- 4) Proaktif, suatu keadaan budaya keselamatan pasien bersifat komprehensif, berskala luas, dan melibatkan stakeholder, pendekatan yang berbasis pada bukti (*evidence based*) sudah diterapkan dalam organisasi. Insiden adalah kombinasi dari individu dan kesalahan sistem. Organisasi memiliki budaya terbuka, adil, dan kolaboratif. Setelah insiden keselamatan pasien, analisis sistem dilakukan dan digunakan untuk membuat keputusan tentang faktor yang berkontribusi pada sistem dan individu. Proses ini menginformasikan tentang keputusan perpindahan staf sehingga ada pendekatan yang konsisten dan adil Ketika berurusan dengan staf yang terlibat insiden. Organisasi juga terbuka dan jujur dengan pasien dan/atau penjaga pasien ketika insiden keselamatan pasien terjadi yang menyebabkan kerugian berat atau kematian, tetapi tidak membahas semua jenis insiden.
- 5) Generatif, suatu keadaan budaya keselamatan pasien menjadi misi sentral dalam organisasi, organisasi selalu mengevaluasi efektivitas

intervensi dan selalu belajar dari kegagalan dan kesuksesan. Kegagalan organisasi dan sistem dicatat dan staf sepenuhnya menyadari tanggung jawabnya yang berkaitan error/kesalahan dan memberdayakan mereka untuk melaporkan insiden. Sistem terintegrasi memungkinkan insiden keselamatan pasien, keluhan, dan kasus litigasi untuk dianalisis bersama-sama. Staf, pasien, dan keluarga secara aktif terlibat dan mendapat dukungan sejak sebelum terjadinya insiden. Organisasi memiliki keterbukaan yang tinggi. Organisasi juga terbuka dan jujur dengan pasien dan/atau penjaga pasien tentang semua jenis insiden keselamatan pasien terlepas dari tingkat kerugian yang disebabkan (A. Pasinringi, 2022)

C. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Sedangkan Rumah sakit menurut WHO (*World Health Organization*) adalah bagian integral dari suatu organisasi kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna, penyembuhan penyakit dan pencegahan penyakit kepada

masyarakat, serta merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik. Menurut Bramantoro (2017) juga menjelaskan bahwa rumah sakit merupakan suatu fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna pada upaya penyembuhan dan pemulihan yang terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Tugas rumah sakit yaitu memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Fungsinya Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit, Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis, Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan, dan Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

3. Jenis Rumah Sakit

- a. Klasifikasi Rumah Sakit umum terdiri atas :

- 1) Rumah Sakit umum kelas A merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 (dua ratus lima puluh) buah. Rumah sakit kelas A memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit umum meliputi: pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan kefarmasian dan pelayanan penunjang.
- 2) Rumah Sakit umum kelas B merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 (dua ratus) buah. Pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit umum meliputi: pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan kefarmasian dan pelayanan penunjang.
- 3) Rumah Sakit umum kelas C merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 (seratus) buah. Pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit umum meliputi: pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan kefarmasian dan pelayanan penunjang.
- 4) Rumah Sakit umum kelas D merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 (lima puluh) buah. Dalam rangka pemenuhan ketersediaan Rumah Sakit dan peningkatan akses

pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat dapat mendirikan Rumah Sakit umum kelas D pratama.

b. Klasifikasi Rumah Sakit Khusus terdiri atas :

- 1) Rumah Sakit khusus kelas A merupakan Rumah Sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 (seratus) buah. Pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit khusus meliputi: pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan kefarmasian dan pelayanan penunjang.
 - 2) Rumah Sakit khusus kelas B merupakan Rumah Sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 75 (tujuh puluh lima) buah. Pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit khusus meliputi: pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan kefarmasian dan pelayanan penunjang.
 - 3) Rumah Sakit khusus kelas C merupakan Rumah Sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 25 (dua puluh lima) buah. Pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit khusus meliputi: pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan kefarmasian dan pelayanan penunjang.
- (Permenkes No. 25 Tahun 2022)

D. Matriks Penelitian

Tabel 2.1
Penelitian Terdahulu

No	Peneliti dan Sumber	Judul	Desain Penelitian	Sampel	Variable	Temuan
1.	Foda, E. S. I., Ibrahim, A. G., Ali, A. M. M., El-Menshaway, A. M., & Elweshahi, H. M. T. (2020). DOI : https://doi.org/10.1080/20905068.2020.1832648	<i>Assessment of patient safety culture perception among healthcare workers in intensive care units of Alexandria Main University Hospital, Egypt</i>	cross-sectional study	Perawat ICU, dokter dan pengurus/ manajer penanggung jawab	Kerja sama tim di dalam unit, Tindakan dan ekspektasi penyelia/manajer yang mempromosikan PS, Peningkatan terus-menerus/Pembelajaran organisasi, Dukungan manajemen untuk PS, Persepsi menyeluruh tentang PS, Komunikasi dan umpan balik tentang kesalahan, Keterbukaan komunikasi, Frekuensi peristiwa yang dilaporkan, Kerja tim antar unit, Kepegawaian, Transisi dan Handoff, reaksi tanpa hukuman terhadap kesalahan	Tanggapan positif rata-rata untuk masing-masing item dalam skala keselamatan pasien berkisar dari 2,7% menjadi 79,2%. Dimensi “Kerja Tim dalam Unit” memiliki skor positif persentase rata-rata tertinggi (63,5%) di antara semua peserta, di sisi lain, dimensi “Non-Punitive Tanggapan terhadap Kesalahan” dimensi memiliki yang terendah (12,0%). Kurang dari setengah (45,8%) dari peserta yang diwawancarai menilai keselamatan pasien di rumah sakit sebagai diterima.
2.	Galvão, T. F., Lopes, M. C. C., Oliva, C. C. C.,	<i>Patient safety culture in a university hospital</i>	cross-sectional study	Sampel dalam penelitian ini	Kerja tim dalam unit, Pembelajaran organisasi – peningkatan berkelanjutan,	Sebagian besar adalah perempuan (73%) dari area perawatan (50%) dan kontak langsung dengan pasien

No	Peneliti dan Sumber	Judul	Desain Penelitian	Sampel	Variable	Temuan
	<p>Araújo, M. E. D. A., & Silva, M. T. (2018).</p> <p>DOI: 10.1590/1518-8345.2257.3014</p>			<p>adalah 381 perawat</p>	<p>harapan dan tindakan Supervisor/manajer mempromosikan keselamatan pasien, Frekuensi kejadian yang dilaporkan, Keterbukaan komunikasi, Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, Kerja tim lintas unit, Penyerahan dan transisi, Dukungan manajemen untuk keselamatan pasien, Persepsi menyeluruh tentang keselamatan pasien, Kepegawaian, Tanggapan nonpunitif terhadap kesalahan</p>	<p>(82%). Komposit terkait dengan "kerja tim dalam unit" (58%, $\alpha=0,68$), "pembelajaran organisasi - peningkatan berkelanjutan" (58%, $\alpha=0,63$), "harapan dan tindakan penyelia/ manajer yang mempromosikan keselamatan pasien" (56%, $\alpha =0,73$) memiliki tanggapan positif yang lebih tinggi. Sembilan komposit memiliki tanggapan positif yang rendah, dengan penekanan pada "respon nonpunitive terhadap kesalahan" (18%, $\alpha = 0,40$). Hanya item "dalam unit ini, orang memperlakukan satu sama lain dengan hormat" yang mendapat respon positif di atas 70%. Asesmen keselamatan pasien di unit kerja positif untuk 36% karyawan, namun hanya 22% yang melaporkan kejadian di tahun lalu.</p>
3.	<p>Arbianti, K., & Prakasa, S. Y. (2021).</p> <p>DOI: http://dx.doi.org/</p>	<p><i>Analysis Of Patient Safety Culture in Sultan Agung Islamic Dental Hospital</i></p>	<p>cross sectional study</p>	<p>Jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 38 orang tenaga kesehatan yang terdiri</p>	<p>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) versi 2.0</p> <p>Kerjasama tim, Staf dan kecepatan kerja, Pembelajaran</p>	<p>Tingkat keandalan masing-masing dimensi budaya keselamatan pasien adalah kerja tim 89,3%, staf dan kecepatan kerja 73%, pembelajaran organisasi untuk perbaikan berkelanjutan 82,3%, respon saat terjadi kesalahan 69%, supervisor</p>

No	Peneliti dan Sumber	Judul	Desain Penelitian	Sampel	Variable	Temuan
	10.30659/odj.8.1.123-131			dari dokter gigi, perawat umum, terapis gigi dan mulut serta tenaga kesehatan lain	organisasi untuk peningkatan berkelanjutan, Respon ketika terjadi kesalahan Supervisor mendukung keselamatan pasien, Komunikasi tentang terjadinya kesalahan, Keterbukaan komunikasi, Jumlah laporan kesalahan, Manajemen Rumah Sakit mendukung keselamatan pasien, Pergantian tugas dan transisi	mendukung keselamatan pasien 86%, Komunikasi tentang kejadian kesalahan 96,3%, keterbukaan komunikasi 85,5%, jumlah laporan kesalahan 39%, Manajemen rumah sakit mendukung keselamatan pasien 75,7, Perubahan tugas dan transisi 85%
4.	Aljaffary, A., Al Yaqoub, F., Al Madani, R., Aldossary, H., & Alumran, A. (2021)	<i>Patient Safety Culture in a Teaching Hospital in Eastern Province of Saudi Arabia: Assessment and Opportunities for Improvement</i>	a cross-sectional study	Jumlah sampel pada penelitian ini 603 orang staf KFUH	Variabel dependen adalah skor total dalam 12 domain yang berbeda, termasuk persepsi keselamatan pasien secara keseluruhan; ekspektasi dan tindakan penyelia/manajer yang mempromosikan keselamatan pasien; pembelajaran organisasi – perbaikan berkelanjutan;	Tingkat respons dari penelitian ini adalah 67%. Temuan menunjukkan bahwa KFUH unggul dalam tiga komposit PSC: pembelajaran organisasi berkelanjutan, umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, dan frekuensi kejadian yang dilaporkan. Sebaliknya, kepegawaian, kerja tim dalam unit, dan respons non-punitif terhadap

No	Peneliti dan Sumber	Judul	Desain Penelitian	Sampel	Variable	Temuan
					kerja tim dalam unit; kerja tim lintas unit; tanggapan non-punitif terhadap kesalahan; kepegawaian; dukungan manajemen untuk keselamatan pasien; handoff dan transisi; keterbukaan komunikasi; umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan; dan frekuensi kejadian yang dilaporkan. Variabel bebas meliputi posisi pekerjaan, interaksi langsung dengan pasien, jumlah jam kerja, dan lama bekerja di rumah sakit.	kesalahan menghasilkan skor gabungan yang rendah
5.	Abreu, I. M. D., Rocha, R. C., Avelino, F. V. S. D., Guimarães, D. B. O., Nogueira, L. T., & Madeira, M. Z. D. A. (2019) DOI : https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198	<i>Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception</i>	cross sectional study	Jumlah sampel penelitian pada penelitian ini 92 profesional dari keperawatan pusat bedah rumah sakit di Ter-esina-PI	Kerja tim dalam unit; Harapan dan tindakan dari supervisor/manajer untuk mempromosikan keselamatan pasien; Pembelajaran organisasi - perbaikan berkelanjutan; Dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien; Persepsi umum	Penilaian keselamatan pasien oleh para profesional adalah "Reguler" (48,9%). Dimensi budaya keselamatan dengan hasil paling positif adalah "Peningkatan berkelanjutan pembelajaran organisasi" (58,7%), dan dengan hasil paling positif adalah "Pembukaan untuk komunikasi" (32,3%) dan "Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan" (32,6%

No	Peneliti dan Sumber	Judul	Desain Penelitian	Sampel	Variable	Temuan
					keselamatan pasien; Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan; Terbuka untuk komunikasi; Frekuensi dilaporkan acara; Kerja tim antar unit rumah sakit; meja staf; Transfer dan shift internal; Respon non-punitif terhadap kesalahan	
6.	RJ, A. K., Chin, Z. H., Sharlyn, P., Priscilla, B., & Josephine, S. (2019)	<i>Hospital survey on patient safety culture in Sarawak General Hospital: A cross sectional study.</i>	cross sectional study	Sampel penelitian ini sebanyak 407 staf rumah sakit terdiri dari dokter, perawat, apoteker dan klinis lainnya dan staf non-klinis	Teamwork inside units, Supervisor/manager actions and expectations promoting PS, Continuous improvement/organizational Learning, Management support for PS, Overall perceptions of PS, Communication and feedback about error, Communication openness, Frequency of reported events, Teamwork between units, Staffing, Transitions and Handoffs, Nonpunitive reaction to errors	Sebagian besar responden menilai keseluruhan keselamatan pasien dapat diterima (63,1%) sementara hanya 3,4% yang dinilai sebagai sangat baik. Skor keselamatan pasien secara keseluruhan adalah 50,1% dan sebagian besar skor yang terkait dengan dimensi lebih rendah dari skor patokan (64,8%). Umumnya rata-rata positif tingkat respons untuk semua dimensi lebih rendah dari data komposit AHRQ, kecuali untuk pembelajaran berkelanjutan yang juga tingkat respons positif tertinggi (80%), lebih tinggi dari data AHRQ (73%). Hasilnya menunjukkan bahwa SGH memiliki peluang yang baik untuk meningkatkan dari waktu

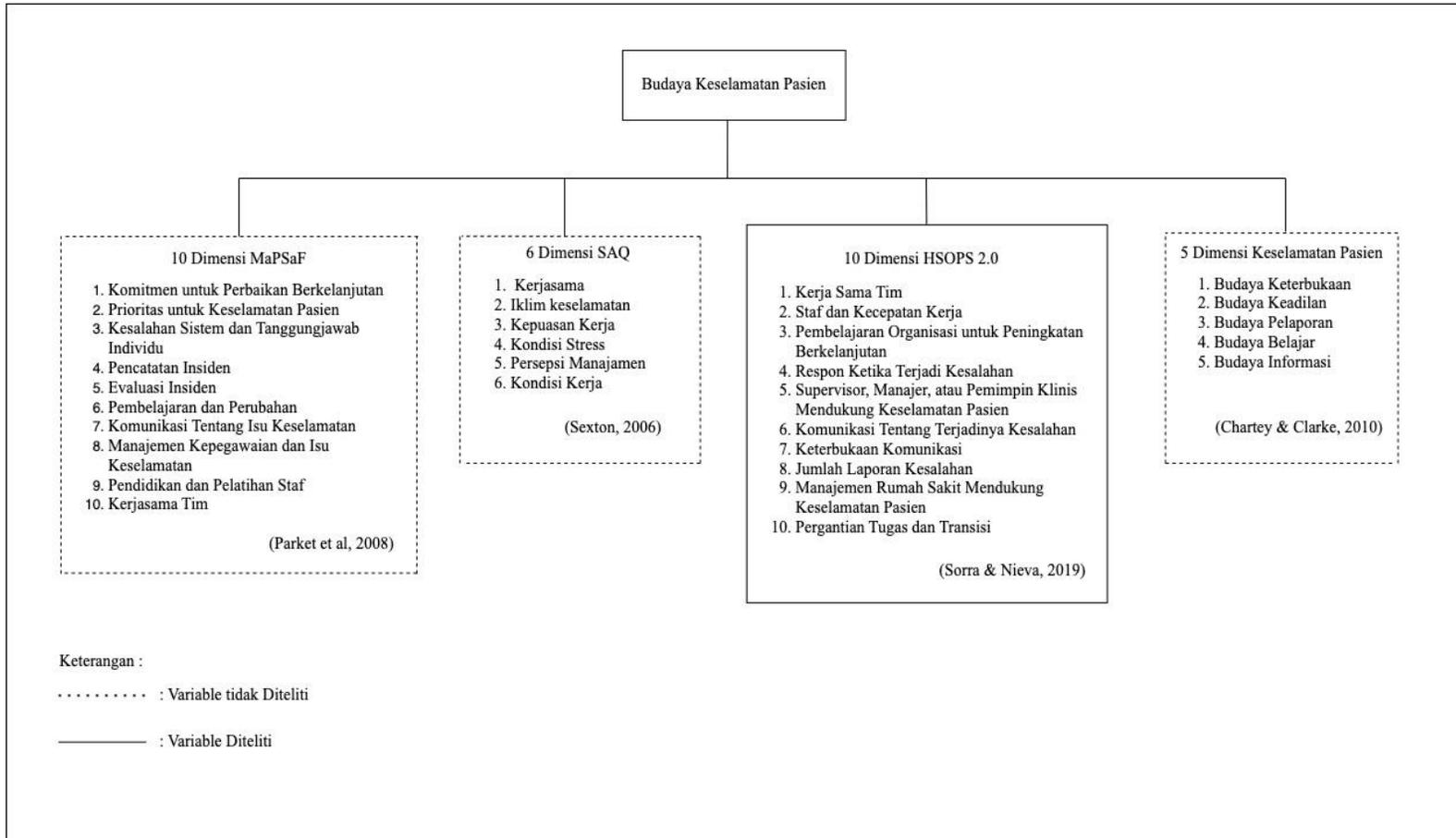
No	Peneliti dan Sumber	Judul	Desain Penelitian	Sampel	Variable	Temuan
						ke waktu karena mendapatkan pengalaman dan terakumulasi pengetahuan. Di sisi lain, persentase terendah dari tanggapan positif adalah "Respon non-punitif terhadap kesalahan" (18%), artinya sebagian besar staf merasa bahwa mereka akan melakukannya dihukum karena kesalahan medis
7.	Segura-García, M. T., Castro Vida, M. Á., García-Martin, M., Cortés-Rodríguez, A. E., & López-Rodríguez, M. M. (2023) DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph20032329	<i>Patient Safety Culture in a Tertiary Hospital:A Cross-Sectional Study</i>	cross sectional study	Sampel terdiri dari 350 profesional perawatan kesehatan dan profesional perawatan non-kesehatan dari setiap unit rumah sakit	Kerja tim, Kepegawaian dan kecepatan kerja, Pembelajaran organisasi dan peningkatan berkelanjutan, Tanggapan terhadap kesalahan, Dukungan supervisor, manajer, atau pemimpin klinis untuk keselamatan pasien, Komunikasi tentang kesalahan, Keterbukaan komunikasi, Pelaporan peristiwa keselamatan pasien, Dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien, Handoff dan pertukaran informasi, Jumlah pelaporan	Analisis kuesioner menunjukkan bahwa, dari 12 dimensi, 'Kerja Tim' (77,81%), 'Dukungan yang diberikan oleh manajer dan kepala unit' (82,38%) dan 'Komunikasi dan daya tanggap' (77,21%) dianggap sebagai kekuatan ketika memperoleh skor positif di atas 75%. Namun, tidak ada dimensi yang dapat dianggap sebagai kelemahan karena skor negatif di atas 50% tidak diperoleh di salah satu dimensi tersebut. Perlu dicatat bahwa dimensi 'Kesalahan pelaporan' (71,43%), 'Informasi tentang peristiwa yang terkait dengan PS' (63,50%) dan 'Pembelajaran organisasi dan peningkatan berkelanjutan' (62,60%)

No	Peneliti dan Sumber	Judul	Desain Penelitian	Sampel	Variable	Temuan
					kejadian keselamatan pasien, Peringkat keselamatan pasien	memperoleh skor positif yang cukup tinggi.
8.	<p>Merzougui, L., Sghaier, S., Radaoui, N., Chebil, D., Turki, E., Majdoub, W., ... & Fatnassi, R. (2019).</p> <p>DOI : doi: 10.3396/ijic.v15i3 .011.19</p>	<i>Patient safety culture among health care providers in a Tunisian university hospital</i>	cross sectional study	Sampel dari penelitian ini terdiri dari 446 tenaga kesehatan yang bekerja di 16 unit (9 medis dan 7 bedah)	Persepsi keseluruhan tentang keselamatan, ekspektasi penyelia/manajer dan tindakan yang mempromosikan keselamatan, peningkatan pembelajaran berkelanjutan organisasi, dukungan manajemen untuk keselamatan pasien, kerja sama tim dalam unit, keterbukaan komunikasi, umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, respons nonpunitif terhadap kesalahan, kerja sama lintas unit dan kepegawaian, frekuensi pelaporan insiden dan tingkat keselamatan pasien relatif terhadap unit rumah sakit	Tingkat respons positif rata-rata keseluruhan untuk komposit kultur 10 PS dari survei HSOPSC adalah 61,65%. Area dengan potensi peningkatan adalah persepsi keamanan secara keseluruhan (40,73%), kepemimpinan (30,9%), pembelajaran organisasi (41,9%), keterbukaan komunikasi (38,3%) dan frekuensi kejadian yang dilaporkan (33,2%). Bidang kekuatannya adalah kerja tim dalam unit (58,1%). Respon non-punitif terhadap kesalahan memiliki skor terendah (29,6%). Perbandingan skor menurut kategori profesional menunjukkan perbedaan yang signifikan untuk satu skor komposit, yang merupakan jawaban non-punitif untuk kesalahan khusus perawat (16,3% vs 32,7%; p = 0,020). Sebaliknya, tidak ada perbedaan signifikan antara unit kerja yang ditemukan untuk semua skor komposit dalam penelitian.

No	Peneliti dan Sumber	Judul	Desain Penelitian	Sampel	Variable	Temuan
9.	Aljaffary, A., Awad Albaalharith, M., Alumran, A., Alrawiai, S., & Hariri, B. (2022) DOI : https://doi.org/10.2147/RMHP.S336117	<i>Patient Safety Culture in Primary Healthcare Centers in the Eastern Province of Saudi Arabia</i>	cross-sectional study	Sampel dalam penelitian ini 350 tenaga kesehatan yang ditargetkan di PHC swasta, pemerintah, & kuasi-pemerintah di Provinsi Timur Arab Saudi	Variabel independen adalah jenis kelamin, pendidikan, jenis organisasi, kelompok umur, jenis organisasi kesehatan, posisi peserta, dan unit. Variabel dependen: Kerja tim; Kepegawaian dan Kecepatan Kerja; Pembelajaran Organisasi; Tanggapan Non-punitif terhadap Kesalahan; Dukungan Supervisor untuk Keselamatan Pasien; Komunikasi Tentang Kesalahan dan Keterbukaan Komunikasi; Pelaporan Acara; Dukungan Organisasi untuk Keselamatan Pasien; Handoff dan Pertukaran Informasi; Jumlah Acara; dan Peringkat Keselamatan Pasien	Tingkat respons positif keseluruhan peserta terhadap area survei adalah 43,5% yang lebih rendah dari rata-rata data AHRQ pada umumnya. Kerja tim mencetak respons positif tertinggi (68,8%) sementara Jumlah Peristiwa dan Respon non-punitif terhadap Kesalahan mencetak skor terendah pada 10,6% dan 30,7% , masing-masing. Selain itu, ANOVA dan uji-t digunakan untuk menentukan hubungan bivariat untuk variabel parametrik. Studi ini mengungkapkan perbedaan yang signifikan secara statistik antara semua variabel demografis dan skor PSC secara keseluruhan, kecuali berdasarkan usia
10.	Ludin, S. M., & Bajuri, N. A. A. (2020).	<i>Nurses Perception On Patient Safety Culture in Critical Care Area at A</i>	cross sectional study	Sampel dalam penelitian ini sebanyak 144 staf perawat yang	Kerja tim Kepegawaian dan Kecepatan Kerja; Pembelajaran Organisasi; Tanggapan Non-punitif terhadap Kesalahan;	Respon positif yang memenuhi kriteria (AHRQ >75%) adalah pembelajaran organisasi (80,8%), umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan (78,9%) dan kerja tim

No	Peneliti dan Sumber	Judul	Desain Penelitian	Sampel	Variable	Temuan
	DOI : doi:10.31674/mjn .2020.v11i04.008	<i>Tertiary Hospital in Pahang, Malaysia</i>		memenuhi kriteria inklusi	Dukungan Supervisor untuk Keselamatan Pasien; Komunikasi Tentang Kesalahan dan Keterbukaan Komunikasi; Pelaporan Acara; Dukungan Organisasi untuk Keselamatan Pasien; Handoff dan Pertukaran Informasi; Jumlah Acara; dan Peringkat Keselamatan Pasien	dalam unit (78,4%). Tidak ada hubungan yang terlihat antara usia perawat, latar belakang pendidikan, dan pengalaman. Namun, terdapat perbedaan yang signifikan antara dimensi budaya keselamatan pasien dan luas unit kerja ($p < 0,05$).

E. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori Penelitian (Parket et al (2008), Sexton (2006), Sorra & Nieva (2019), Charthey & Clarke, (2010))

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variable yang Diteliti

Pentingnya meningkatkan keselamatan pasien yang mengacu dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Menurut AHRQ budaya keselamatan pasien dapat diukur dari berbagai perspektif staf rumah sakit yang terdiri dari 10 dimensi menggunakan server HSOPC 2.0. Program AHRQ yang didukung federal menyediakan akses sumber terbuka ke alat pengukuran budayanya dan sumber daya untuk membantu rumah sakit mencapai langkah selanjutnya dalam perjalanan mereka mencapai budaya positif. SOPS 2.0 Rumah Sakit dirancang untuk lebih selaras dengan upaya mendukung pengembangan budaya yang adil dan akuntabel, pendekatan yang lebih modern untuk keselamatan pasien, dan memperbaiki kekurangan sebelumnya.

HSOPC 2.0 Telah digunakan oleh seluruh negara secara luas dalam mengukur budaya keselamatan pasien tingkat institusional maupun nasional, guna mengukur efektivitas strategi yang direncanakan dalam usaha meningkatkan keselamatan pasien dan memiliki dokumentasi pendukung yang baik, sifat psikometrik yang baik, serta memiliki cakupan budaya keselamatan yang komprehensif (Jye et al., 2019) Dengan survei ini, kelemahan dapat ditemukan dan dapat digunakan untuk menerapkan garis

perbaikan, dan kekuatan dapat membantu meningkatkan dan memastikan perawatan lebih berkualitas. Adapun variabel yang diteliti yaitu kerjasama tim, staf dan kecepatan kerja, pembelajaran organisasi untuk peningkatan berkelanjutan, respon ketika terjadi kesalahan, pemimpin klinis mendukung keselamatan pasien, komunikasi tentang terjadinya kesalahan, keterbukaan komunikasi, jumlah laporan kesalahan, manajemen rumah sakit mendukung keselamatan pasien, dan pergantian tugas dan transisi

Survei tersebut dianggap mampu menggambarkan dan mengukur tingkat kesadaran staf dan menilai status dan tren budaya keselamatan pasien dan mampu mengidentifikasi kekuatan area untuk perbaikan kedepannya. Survei ini telah banyak digunakan dalam penelitian di negara-negara besar diantaranya Amerika Serikat dan Cina, karena validitas dan reliabilitasnya yang sudah terjamin secara internasional.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien di RSUD Haji Makassar. Masih kurangnya perhatian mengenai budaya keselamatan pasien di RSUD Haji Makassar dengan melihat angka insiden keselamatan pasien yang tidak sesuai standar yang telah ditetapkan oleh Kepmenkes No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yaitu nol kejadian. Hal ini menjadikan alasan peneliti

untuk tertarik mengukur 10 dimensi AHRQ 2.0 di lokasi penelitian tersebut sebagai variabel penelitian.

B. Kerangka Konsep



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep Penelitian

C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Definisi operasional adalah definisi dari variabel yang akan diteliti oleh peneliti sesuai dengan alur pemikiran peneliti yang akan digunakan di lapangan.

Tabel 3. 1
Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

No	Variable	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Kriteria Objektif
1.	Budaya Keselamatan Pasien	Nilai, sikap, kompetensi dan pola perilaku staf yang menentukan komitmen, dan kemampuan suatu organisasi pelayanan kesehatan terhadap program keselamatan pasien	Suatu nilai dan keyakinan yang berfungsi sebagai perekat organisasi yang dapat dijadikan sebagai dasar untuk pembentukan perilaku kesehatan yang berorientasi pada keselamatan pasien yaitu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerjasama Tim 2. Staf dan Kecepatan Kerja 3. Pembelajaran Organisasi untuk Peningkatan Berkelanjutan 4. Respon Ketika Terjadi Kesalahan 5. Supervisor, Manajer, atau Pemimpin Klinis Mendukung Keselamatan Pasien 6. Komunikasi Tentang Terjadinya Kesalahan 7. Keterbukaan Komunikasi 8. Jumlah Laporan Kesalahan 	Kuesioner Survei Budaya Keselamatan Pasien yang berisi 32 pertanyaan menggunakan skala likert dengan skor 1-5	Skor kategori budaya keselamatan pasien: <ol style="list-style-type: none"> a. Budaya kuat : >75% b. Budaya sedang : 50%-75% c. Budaya lemah : <50%

No	Variable	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Kriteria Objektif
			9. Manajemen Rumah Sakit Mendukung Keselamatan Pasien 10. Pergantian Tugas dan Transisi		
2.	Kerjasama Tim	Mendesripsikan kekompakan dan saling mendukung, bekerja sama, saling menghormati dan saling menolong	Staf bekerja sama sebagai tim yang efektif, saling membantu selama masa sibuk, dan saling menghormati	Kuesioner dengan jumlah 3 pernyataan pada nomor A1, A8 dan A9 Menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban: 1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju	a. Skor Tertinggi = 15 b. Skor Terendah = 3 c. Skor Tertinggi-Terendah = 12 d. Interval = 6 Kategori Budaya Keselamatan pernyataan positif: 1. Positif = Sangat Setuju & Setuju 2. Netral = Netral 3. Negatif = Sangat Tidak Setuju & Tidak Setuju Kategori Budaya Keselamatan Pernyataan Negatif: 1. Positif = Sangat Tidak Setuju & Tidak Setuju 2. Netral = Netral 3. Negatif = Sangat Setuju & Setuju Dimensi Kerjasama Tim termasuk budaya positif,

No	Variable	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Kriteria Objektif
					apabila respon positif mencapai $\geq 83\%$
3.	Staf dan Kecepatan Kerja	Mendeskripsikan staf tidak tergesa-gesa dalam bekerja, dapat menangani beban kerja, ada ketergantungan pada staf sementara	Ada cukup staf untuk menangani beban kerja, staf bekerja dengan jam kerja yang sesuai dan tidak merasa tergesa-gesa, dan ada ketergantungan pada staf sementara.	Kuesioner dengan jumlah 4 pertanyaan pada nomor A2, A3, A5, dan A11. Menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban: 1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju	a. Skor Tertinggi = 20 b. Skor Terendah = 4 c. Skor Tertinggi - skor terendah = 16 d. Interval = 8 Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Positif: 1. Positif = Sangat Setuju & Setuju 2. Netral = Netral 3. Negatif = Sangat Tidak Setuju & Tidak Setuju Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Negatif: 1. Positif = Sangat Tidak Setuju & Tidak Setuju 2. Netral = Netral 3. Negatif = Sangat Setuju & Setuju Dimensi staf dan kecepatan kerja termasuk budaya positif apabila respon positif mencapai $\geq 63\%$

No	Variable	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Kriteria Objektif
4.	Pembelajaran Organisasi untuk Peningkatan Berkelanjutan	Mendeskripsikan organisasi melakukan tinjauan terkait proses kerja dan evaluasi kerja sehingga dapat mencegah terjadinya kesalahan	Proses kerja ditinjau secara berkala, perubahan dilakukan untuk mencegah kesalahan terjadi lagi, dan perubahan dievaluasi.	Kuesioner dengan jumlah 3 pertanyaan pada nomor A4, A12, dan A14. Menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban: 1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju	a. Skor Tertinggi = 15 b. Skor Terendah = 3 c. Skor Tertinggi-Terendah = 12 d. Interval = 6 Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Positif: 1. Positif = Sangat Setuju & Setuju 2. Netral = Netral 3. Negatif = Sangat Tidak Setuju & Tidak Setuju Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Negatif: 1. Positif = Sangat Tidak Setuju & Tidak Setuju 2. Netral = Netral 3. Negatif = Sangat Setuju & Setuju Dimensi Pembelajaran Organisasi termasuk budaya positif apabila respon positif mencapai $\geq 76\%$
5.	Respon Ketika Terjadi Kesalahan	Mendeskripsikan staf menganggap bahwa pengakuan	Staf diperlakukan dengan adil ketika mereka melakukan	Kuesioner dengan jumlah 4 pertanyaan	a. Skor Tertinggi = 20 b. Skor Terendah = 4

No	Variable	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Kriteria Objektif
		terhadap kesalahan tidak ditanggapi dengan hukuman	kesalahan, fokus untuk belajar dari kesalahan dan mendukung / tidak menyalahkan staf yang terlibat dalam kesalahan	pada nomor A6, A7, A10, dan A13 Menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban: 1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju	c. Skor Tertinggi = 16 d. Interval = 8 Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Positif: 1. Positif = Sangat Setuju & Setuju 2. Netral = Netral 3. Negatif = Sangat Tidak Setuju & Tidak Setuju Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Negatif: 1. Positif = Sangat Tidak Setuju & Tidak Setuju 2. Netral = Netral 3. Negatif = Sangat Setuju & Setuju Dimensi Respon Ketika Terjadi Kesalahan termasuk budaya positif apabila respon positif mencapai $\geq 79\%$
6.	Supervisor, Manajer, atau Pemimpin Klinis Mendukung Keselamatan Pasien	Mendeskripsikan supervisor mempertimbangkan saran staf dalam meningkatkan keselamatan pasien, tidak	Supervisor, manajer, atau pemimpin klinis mempertimbangkan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, tidak	Kuesioner dengan jumlah 3 pertanyaan pada nomor B1, B2, dan B3	a. Skor Tertinggi = 15 b. Skor Terendah = 3 c. Skor Tertinggi-Terendah = 12 d. Interval = 6

No	Variable	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Kriteria Objektif
		membolehkan staf mengambil jalan pintas	menganjurkan mengambil jalan pintas, dan mengambil tindakan untuk mengatasi masalah keselamatan pasien.	Menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban: 1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju	Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Positif: 1. Positif = Sangat Setuju & Setuju 2. Netral = Netral 3. Negatif = Sangat Tidak Setuju & Tidak Setuju Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Negatif: 1. Positif = Sangat Tidak Setuju & Tidak Setuju 2. Netral = Netral 3. Negatif = Sangat Setuju & Setuju Dimensi Supervisor, Manajer, atau Pemimpin Klinis Mendukung Keselamatan Pasien termasuk budaya positif apabila respon positif mencapai $\geq 75\%$
7.	Komunikasi Tentang Terjadinya Kesalahan	Mendeskripsikan bagaimana staf ketika melapor setiap kejadian yang terjadi kemudian saling berdiskusi untuk mencegah kesalahan terulang,	Staf diinformasikan saat terjadi kesalahan, diskusikan cara untuk mencegah kesalahan, dan diinformasikan saat perubahan dilakukan	Kuesioner dengan jumlah 3 pertanyaan pada nomor C1, C2, dan C3. Menggunakan	a. Skor Tertinggi = 15 b. Skor Terendah = 3 c. Skor Tertinggi-Terendah = 12 d. Interval = 6

No	Variable	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Kriteria Objektif
		dan saling mengkonfirmasi perubahan yang dibuat berdasarkan pelaporan kejadian		skala Likert dengan pilihan jawaban: 1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu	Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Positif: 1. Positif = Sering & Selalu 2. Netral = Netral 3. Negatif = Tidak Pernah & Jarang Dimensi Komunikasi Tentang Terjadinya Kesalahan termasuk budaya positif apabila respon positif mencapai $\geq 76\%$
8.	Keterbukaan Komunikasi	Mendeskripsikan keterbukaan komunikasi meliputi keberanian anggota dalam mengemukakan pendapat dan tidak merasa tertekan dan menghargai pendapat	Staf berbicara jika mereka melihat sesuatu yang tidak aman dan merasa nyaman ketika ingin mengajukan pertanyaan	Kuesioner dengan jumlah 4 pertanyaan pada nomor C4, C5, C6, dan C7. Menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban: 1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu	a. Skor Tertinggi = 20 b. Skor Terendah = 4 c. Skor Tertinggi = 16 d. Interval = 8 Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Positif: 1. Positif = Sering & Selalu 2. Netral = Netral 3. Negatif = Tidak Pernah & Jarang Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Negatif:

No	Variable	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Kriteria Objektif
					1. Positif = Tidak Pernah & Jarang 2. Netral = Netral 3. Negatif = Sering & Selalu Dimensi Keterbukaan Komunikasi termasuk budaya positif apabila respon positif mencapai $\geq 72\%$
9.	Jumlah Laporan Kesalahan	Mendeskripsikan petugas memahami bahwa perlunya melaporkan dan pengakuan terhadap kesalahan yang terjadi	Jenis kesalahan berikut dilaporkan: kesalahan yang diketahui dan diperbaiki sebelum sampai ke pasien dan kesalahan yang dapat membahayakan pasien tetapi tidak dilakukan.	Kuesioner dengan jumlah 2 pertanyaan pada nomor D1 dan D2 Menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban: 1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu	a. Skor Tertinggi 10 b. Skor Terendah 2 c. Skor Tertinggi - Skor Terendah = 8 d. Interval = 4 Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Positif: 1. Positif = Sering & Selalu 2. Netral = Netral 3. Negatif = Tidak Pernah & Jarang Dimensi Jumlah Laporan Kesalahan termasuk budaya positif apabila respon positif mencapai $\geq 76\%$

No	Variable	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Kriteria Objektif
10.	Manajemen Rumah Sakit Mendukung Keselamatan Pasien	Mendeskripsikan Manajemen rumah sakit menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama dan menyediakan sumber daya yang memadai untuk keselamatan pasien.	Kebijakan manajemen dalam memprioritaskan keselamatan pasien, menyediakan SDM, dan menunjukkan ketertarikan pada keselamatan pasien bukan hanya saat adanya laporan kejadian	Kuesioner dengan jumlah 3 pertanyaan pada nomor F1, F2, F3 Menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban: 1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju	a. Skor Tertinggi = 15 b. Skor Terendah = 3 c. Skor Tertinggi- Terendah = 12 d. Interval = 6 Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Positif: 1. Positif= Sangat Setuju & Setuju 2. Netral = Netral 3. Negatif = Sangat Tidak Setuju & Tidak Setuju Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Negatif: 1. Positif = Sangat Tidak Setuju & Tidak Setuju 2. Netral = Netral 3. Negatif = Sangat Setuju & Setuju Dimensi Manajemen RS mendukung keselamatan pasien termasuk budaya positif apabila respon positif mencapai $\geq 83\%$
11.	Pergantian Tugas dan Transisi	Mendeskripsikan tentang staf pada saat pergantian shift kerja dalam memindahkan pasien,	Informasi penting tentang perawatan pasien ditransfer ke	Kuesioner dengan jumlah 3 pertanyaan pada nomor F4, F5,	a. Skor Tertinggi = 15 b. Skor Terendah = 3

No	Variable	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Kriteria Objektif
		dan melakukan pertukan informasi penting pasien	seluruh unit rumah sakit dan selama pergantian shift.	dan F6. Menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 	c. Skor Tertinggi- Terendah = 12 d. Interval = 6 Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Positif: <ol style="list-style-type: none"> 1. Positif= Sangat Setuju & Setuju 2. Netral = Netral 3. Negatif = Sangat Tidak Setuju & Tidak Setuju Kategori Budaya Keselamatan Pasien Pernyataan Negatif: <ol style="list-style-type: none"> 1. Positif = Sangat Tidak Setuju & Tidak Setuju 2. Netral = Netral 3. Negatif = Sangat Setuju & Setuju Dimensi Pergantian Tugas dan Transisi termasuk budaya positif apabila respon positif mencapai $\geq 80\%$

