

**GAMBARAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
PADA RSUD SYEKH YUSUF KABUPATEN GOWA
SULAWESI SELATAN TAHUN 2020**

**MUH. ANZHAR ISLAMI
K111 16 529**



**DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

SKRIPSI

**GAMBARAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
PADA RSUD SYEKH YUSUF KABUPATEN GOWA
SULAWESI SELATAN TAHUN 2020**

**MUH. ANZHAR ISLAMI
K111 16 529**



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

**DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**GAMBARAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN PADA RSUD SYEKH
YUSUF KABUPATEN GOWA SULAWESI SELATAN TAHUN 2020**

Disusun dan diajukan oleh

**MUH. ANZHAR ISLAMI
K11116529**

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 21 Juni 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Dr.dr. Noer Bahry Noor, M.Sc
Nip. 19521212 198403 1 002

Pembimbing Pendamping

Nur Arifah, SKM., MA
Nip. 19780904 200312 2 008

Mengetahui,

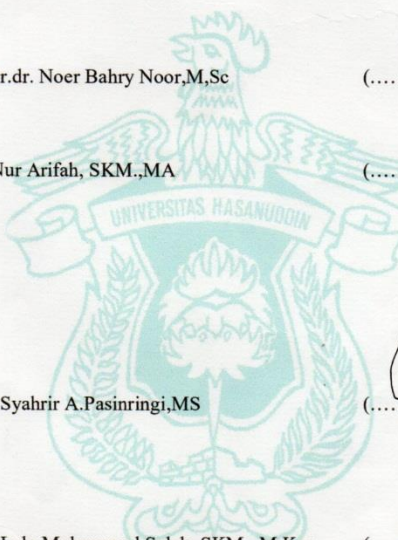
Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin



Dr. Suriah, SKM., M.Kes
Nip. 19740520 200212 2 00

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Senin, tanggal 21 Juni 2021.



Ketua : Dr.dr. Noer Bahry Noor, M.Sc (.....)

Sekretaris : Nur Arifah, SKM., MA (.....)

Anggota :

1. Dr. Syahrir A.Pasinringi, MS (.....)

2. Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM., M.Kes (.....)

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muh. Anzhar Islami
NIM : K11116529
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S1

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul

Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Pada RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Sulawesi Selatan Tahun 2020

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa skripsi yang saya tulis ini benar benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 15 Agustus 2021

nyatakan

Muh. Anzhar Islami

RINGKASAN

**UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
MANAJEMEN RUMAH SAKIT
MAKASSAR, AGUSTUS 2021**

MUH. ANZHAR ISLAMI

“Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Pada RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Sulawesi Selatan Tahun 2020”

(xvi + 117 halaman + 37 tabel + 3 gambar + 2 lampiran)

Keselamatan Pasien adalah isu global dan nasional bagi rumah sakit, Data dari RSUD Syekh Yusuf Gowa dari tahun 2017-2019 menunjukkan terjadinya insiden keselamatan pasien yang melebihi standar yang telah ditetapkan yaitu sebesar 0 kejadian. Tujuan untuk penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien di RSUD Syekh Yusuf Gowa.

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Metode pengambilan sampel adalah *proporsional random sampling* dengan besar sampel sebanyak 191 orang. Alat pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner baku budaya keselamatan pasien yaitu *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Analisis data menggunakan analisis statistik deskriptif dan penyajian data berupa tabel disertai dengan narasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien di RSUD Syekh Yusuf Gowa dengan respon baik diantaranya dimensi kerjasama (57,6%), iklim keselamatan (50,3%), sedangkan dengan respon cukup diantaranya kepuasan kerja (52,4%), kondisi stress (48,2%), persepsi manajemen (82,7%) dan kondisi kerja (63,4%). Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa dari enam budaya diteliti terdapat dua dimensi dengan respon yang baik dan empat dimensi dalam kategori cukup.

Daftar Pustaka : 53 (2003-2019)

Kata Kunci : Budaya, Keselamatan Pasien, Rumah Sakit

ABSTRACT

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

MUH, ANZHAR ISLAMI

***“Description of Patient Safety Culture at RSUD Syekh Yusuf Gowa Regency
South Sulawesi Province in 2020”***

(xvi + 117 pages + 37 tables + 3 pictures + 1 attachments)

Patient safety is a global and national issue for hospitals. Data from the Syekh Yusuf Gowa Regional Hospital from 2017-2019 shows that there were patient safety incidents that exceeded the predetermined standards, namely 0 incidents. The purpose of this study is to find an overview of patient safety culture at Syekh Yusuf Gowa Hospital.

This type of research is a descriptive study with a quantitative approach. The sampling method was proportional random sampling with a sample size of 191 people. The data collection tool used a standard patient safety culture questionnaire, namely the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Data analysis used descriptive statistical analysis and data presentation in the form of tables accompanied by narration.

The results showed that the culture of patient safety in Syekh Yusuf Gowa Hospital with good responses including the dimensions of cooperation (57.6%), safety climate (50.3%), while with sufficient responses including job satisfaction (52.4%), stress conditions (48.2%), management perception (82.7%) and working conditions (63.4%). From the results of the study, it can be concluded that of the six cultures studied there are two dimensions with good responses and four dimensions in the sufficient category.

Bibliography : 53 (2003-2019)

Keywords : Culture, Patient Safety, Hospital

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT karena dengan izin dan rahmat-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “***Gambaran Budaya Keselamatan Pasien pada RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Tahun 2020***”. Shalawat serta salam tidak lupa tercurahkan bagi Rasulullah SAW teladan umat manusia sepanjang masa, pembawa dari masa kebodohan ke masa yang penuh dengan ilmu pengetahuan dan jalan kebenaran. Skripsi merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan studi pada program S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Terima kasih sebesar-besarnya kepada Bapak **Dr. dr. Noer Bahry Noor, M.Sc**, selaku dosen pembimbing I yang telah banyak memberikan nasehat dan arahan kepada penulis selama menjalankan studi S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar dan Ibu **Nur Arifah, SKM., MA**, selaku dosen pembimbing II yang telah banyak mencurahkan tenaga dan pikirannya, meluangkan waktunya yang begitu berharga untuk memberi bimbingan dan pengarahan dengan baik, dan memberikan dukungan serta motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini. Dalam kesempatan ini, dengan seagala kerendahan hati penulis juga ingin menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak **Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M.Med.Ed** selaku dekan seluruh dosen dan karyawan yang telah memberikan bantuan fasilitas selama penulis mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

2. Bapak **Muhammad Rachmat, SKM., M.Kes** selaku Penasehat Akademik selama penulis menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Bapak **Dr. Irwandy, SKM., M.ScPH., M.Kes** selaku Ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Bapak **Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS** selaku penguji I dan Bapak **Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM., M.Kes** selaku penguji II yang telah memberikan bimbingan, masukan, kritikan dan arahan selama penulisan demi terselesaikannya skripsi ini dengan baik.
5. **Direktur dan Kepala Instalasi/Unit RSUD. Syekh Yusuf Gowa** atas bantuan dan kerjasama yang telah diberikan dalam proses penelitian.
6. **Para Staf Rumah Sakit** selaku responden yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membantu penulis dalam proses pengumpulan data dan bersedia mengisi kuesioner penelitian.
7. Kakak-kakak senior FKM (Kak Dindha, Kak Atika, dan Kak Venny) yang selalu memberi dukungan dan bantuan karena mereka yang lebih berpengalaman.
8. Teman-teman seperjuangan angkatan 2016 GOBLIN terkhusus teman-teman jurusan Manajemen Rumah Sakit, terimakasih atas kenangan dan pengalaman yang telah dilewati bersama dan tak akan pernah terlupakan dari awal menjadi mahasiswa baru hingga menjadi mahasiswa tingkat akhir.

9. Teruntuk Mockingjay, Ummu, Gita, Ekky, Windar, Resnur, Vii, dan Syalsa terimakasih atas bantuannya selama ini. Banyak hal yang benar-benar membantu penulis utamanya dalam penulisan dan proses penyelesaian skripsi.
10. Teruntuk A. Nurul Maulida Tenrirawe terimakasih sudah menjadi pendengar yang baik. Banyak keluhan kesah yang tersampaikan dan terdengarkan dari penulis tapi banyak pula semangat serta dukungan moril yang kalian berikan. banyak pula hal-hal kecil yang dilakukan untuk penulis namun sungguh berharga dan begitu berarti, sekali lagi terimakasih.

Terima kasih sebesar-besarnya kepada kedua orang tua tercinta Ayahanda **Muh. Djafar** dan Ibunda **St. Rusmiati**, terimakasih atas segala doa yang selalu dipanjatkan kepada Ananda, serta dukungan dan bantuan luarbiasa yang tak ternilai hingga penulis dapat menyelesaikan studi S1. Kiranya amanah yang diberikan kepada penulis tidak tersia-siakan, dan terima kasih pula kepada saudara-saudari dan keluarga saya atas segala doa, dukungan dan hiburan kepada penulis selama menjalani proses penyelesaian hingga sekarang, yang selalu ikut mendoakan dan mendukung segala hal kegiatan yang penulis lakukan baik selama menjadi mahasiswa baru maupun selama menjadi mahasiswa tingkat akhir sampai penulis dapat membanggakan kedua orang tua serta keluarga yang saya cintai.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik dari pembaca yang bersimpati pada skripsi ini untuk penyempurnaannya. Akhir kata, tiada kata yang patut penulis ucapkan selain doa semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan ridho dan berkah-Nya atas amalan kita di dunia dan di akhirat. Aamiin.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Makassar, Agustus 2021

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
RINGKASAN	iv
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	12
C. Tujuan Penelitian.....	12
1. Tujuan Umum	12
2. Tujuan Khusus.....	12
D. Manfaat Penelitian.....	13
1. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan	13
2. Bagi Rumah Sakit.....	13
3. Bagi Peneliti	14
4. Bagi Peneliti Lain.....	14
5. Bagi Masyarakat.....	14
BAB II.....	15
TINJAUAN PUSTAKA	15
A. Tinjauan Umum mengenai Keselamatan Pasien	15
1. Definisi Keselamatan Pasien (<i>patient safety</i>).....	15
2. Insiden keselamatan pasien	17
3. Standar keselamatan pasien.....	19
4. Sasaran keselamatan pasien.....	20
B. Tinjauan mengenai Budaya Keselamatan Pasien	21

1.	Definisi Budaya Keselamatan Pasien.....	21
2.	Model Budaya Keselamatan pasien	22
3.	Dimensi Budaya Keselamatan Pasien	24
4.	Survei Budaya Keselamatan Pasien	30
5.	Manfaat Penilaian Budaya Keselamatan Pasien	32
C.	Tinjauan umum tentang rumah sakit.....	33
1.	Pengertian Rumah Sakit	33
2.	Perbandingan Rumah Sakit Pemerintah dengan Rumah Sakit Swasta ..	36
3.	Kedudukan, Tugas dan Fungsi Rumah sakit.....	37
4.	Jenis – jenis Rumah Sakit.....	38
D.	Matriks Penelitian Terdahulu	40
E.	Mapping Teori	56
F.	Kerangka Teori	57
	BAB III	58
	KERANGKA KONSEP.....	58
A.	Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti	58
B.	Kerangka Konsep	60
C.	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	61
	BAB IV	69
	METODE PENELITIAN.....	69
A.	Jenis Penelitian	69
B.	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	69
C.	Populasi dan Sampel Penelitian	69
1.	Populasi	69
2.	Sampel.....	70
D.	Pengumpulan Data	73
1.	Data Primer	73
2.	Data sekunder	73
E.	Teknik Pengelolaan dan Analisis Data	73
1.	Teknik Pengolahan Data	73
2.	Analisis Data	75

F. Penyajian Data	75
BAB V	76
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	76
A. Hasil Penelitian	76
1. Karakteristik Umum Responden	76
2. Deskripsi Dimensi Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa	80
B. Pembahasan.....	98
1. Deskripsi Dimensi Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa	98
BAB VI.....	111
KESIMPULAN DAN SARAN.....	111
A. Kesimpulan.....	111
B. Saran.....	112
DAFTAR PUSTAKA	114
LAMPIRAN.....	119
RIWAYAT HIDUP	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Angka Kejadian KTD dan KNC di RSUD Syekh Yusuf	10
Tabel 2. Matriks Penelitian Terdahulu.....	40
Tabel 3. Definisi Teori dan Definisi Operasional Penelitian.....	61
Tabel 4. Rincian Total Subpopulasi Penelitian.....	70
Tabel 5. Rincian Sampel Penelitian	72
Tabel 6. Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Umum	77
Tabel 7. Distribusi Responden Berdasarkan Unit Kerja	78
Tabel 8. Distribusi Responden Berdasarkan Jabatan	79
Tabel 9. Distribusi Responden Berdasarkan Keikutsertaan dalam Pelatihan Keselamatan Pasien di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa	80
Tabel 10. Distribusi Penilaian Responden Terhadap Dimensi Kerjasama di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Tahun 2021	81
Tabel 11. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Kerjasama	82
Tabel 12. Distribusi Frekuensi Dimensi Kerjasama pada Unit Kerja.....	83
Tabel 13. Distribusi Kategori Dimensi Kerjasama Berdasarkan Jenis Tenaga di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Tahun 2021	83
Tabel 14. Distribusi Penilaian Responden Terhadap Dimensi Iklim Keselamatan di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Tahun 2021	84
Tabel 15. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Iklim Keselamatan di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Tahun 2021	85
Tabel 16. Distribusi Frekuensi Dimensi Iklim Keselamatan pada Unit Kerja....	86
Tabel 17. Distribusi Dimensi Iklim Keselamatan Berdasarkan Jenis Tenaga Kerja.....	86
Tabel 18. Distribusi Penilaian Responden Terhadap Dimensi Kepuasan Kerja.	87
Tabel 19. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Kepuasan Kerja.....	88
Tabel 20. Distribusi Frekuensi Dimensi Kepuasan Kerja pada Unit Kerja	89
Tabel 21. Distribusi Dimensi Kepuasan Kerja Berdasarkan Jenis Tenaga Kerja	89
Tabel 22. Distribusi Penilaian Responden Terhadap Dimensi Kondisi Stress ...	90
Tabel 23. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Kondisi Stress	91
Tabel 24. Distribusi Frekuensi Dimensi Kondisi Stress pada Unit Kerja.....	91

Tabel 25. Distribusi Kategori Dimensi Kondisi Stress Berdasarkan Jenis Tenaga	92
Tabel 26. Distribusi Penilaian Responden Terhadap Dimensi Persepsi Manajemen.....	93
Tabel 27. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Persepsi Manajemen	93
Tabel 28. Distribusi Frekuensi Dimensi Persepsi Manajemen pada Unit Kerja.	94
Tabel 29. Distribusi Kategori Dimensi Presepsi Manajemen Berdasarkan Jenis Tenaga Kerja.....	95
Tabel 30. Distribusi Penilaian Responden Terhadap Dimensi Kondisi Kerja....	96
Tabel 31. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Kondisi Kerja.....	96
Tabel 32. Distribusi Frekuensi Dimensi Kondisi Kerja pada Unit Kerja	97
Tabel 33. Distribusi Kategori Dimensi Kondisi Kerja Berdasarkan Jenis Tenaga Kerja.....	98
Tabel 34. Distribusi Frekuensi Budaya Keselamatan Pasien....	Error! Bookmark not defined.
Tabel 35. Distribusi Frekuensi Kategori Dimensi Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan Jenis Tenaga di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Tahun 2021	Error! Bookmark not defined.
Tabel 36. Distribusi Frekuensi Dimensi Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan Unit Kerja di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Tahun 2021	Error! Bookmark not defined.
Tabel 37. Distribusi Frekuensi Dimensi Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan Jenis Tenaga di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Tahun 2021	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR GAMBAR

<i>Figure 1.</i> Mapping Teori.....	56
<i>Figure 2.</i> Kerangka Teori Penelitian.....	57
<i>Figure 3.</i> Kerangka Konsep Penelitian.....	60

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian.....	119
Lampiran 2. Dokumentasi Penelitian.....	124

DAFTAR SINGKATAN

AHRQ	: <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
HSOPSC	: <i>Hospital Survey On Patient Safety Culture</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
IKP	: Insiden Keselamatan Pasien
IPSGs	: <i>Internatonal Patient Safety Goals</i>
JCI	: <i>Joint Comission International</i>
KKPRS	: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KNKP	: Komite Nasional Keselamatan Pasien
KTC	: Kejadian Tidak Cedera
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
NPSA	: <i>National Patient Safety Agency</i>
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SAQ	: <i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SCS	: <i>Safety Climate Scale</i>
SKPN	: Sasaran Keselamatan Pasien Nasional
TAPS	: <i>Threats to Australian Patient Safety</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, seperti yang dijelaskan dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 dan Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009 bahwa rumah sakit wajib melaksanakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif, dengan mengutamakan kepentingan pasien.

Rumah sakit merupakan bagian dari sistem kesehatan nasional yang berperan strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Rumah sakit dalam upaya tersebut memiliki karakteristik yang unik dan kompleks, padat modal, padat teknologi, dan padat karya dihadapkan pada tantangan untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang bersifat multi dimensi dengan berbagai kompleksitas masalah yang menyertai, termasuk masalah keselamatan pasien (Beginta, R. Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien, Gaya Kepemimpinan, Tim Kerja, terhadap Persepsi Pelaporan Kesalahan Pelayanan oleh Perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi Tahun 2011 [Tesis] Depok: Universitas Indonesia; 2012).

Keselamatan Pasien adalah isu global dan nasional bagi rumah sakit, komponen penting dari mutu layanan kesehatan, prinsip dasar dari pelayanan pasien dan komponen kritis dari manajemen mutu (WHO, 2004). Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2017).

National Patient Safety, 2017 melaporkan dalam rentang waktu Januari-Desember 2016 angka kejadian insiden keselamatan pasien yang dilaporkan dari negara Inggris adalah sebanyak 1.879.822 kejadian. *Ministry of Health Malaysia* melaporkan angka kejadian insiden keselamatan pasien dalam rentang waktu Januari-Desember 2013 sebanyak 2.769 kejadian.

Di Indonesia berdasarkan data insiden keselamatan pasien yang diterbitkan KKPRS (Komite Keselamatan Pasien rumah Sakit) terdapat 114 laporan insiden keselamatan pasien pada tahun 2009, 103 laporan pada tahun 2010, dan 34 lporan di tahun 2011 pada triwulan I (KKPRS, 2012). Terjadinya

insiden keselamatan pasien di rumah sakit dapat merugikan pihak rumah sakit, staf, dan pasien sendiri sebagai penerima pelayanan. Hal ini dapat menimbulkan menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Keselamatan pasien merupakan inti dari mutu pelayanan kesehatan. Untuk mencapainya, diperlukan komitmen yang kuat dari individu maupun tim. Kombinasi dari berbagai elemen di rumah sakit, secara bersama-sama menghasilkan sebuah situasi yang berisiko tinggi. Untuk dapat memahami risiko yang ada dalam sebuah proses yang kompleks pada pelayanan medis/kesehatan, diperlukan informasi tentang berbagai kasus *error* dan *nearmissed* yang pernah dan dapat terjadi. Dari situ kita dapat belajar untuk menutup kesenjangan yang ada, mengurangi morbiditas dan mortalitas untuk mencapai mutu pelayanan yang diharapkan (Irviranty, 2015).

Keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan masyarakat global yang serius. Di Eropa pasien dengan resiko infeksi 83,5% dan bukti kesalahan medis menunjukkan 50-72,3%. Di kumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai Negara, ditemukan KTD dengan rentang 3,2 – 16,6 % (WHO, 2014; Lombogia et al, 2016). Data di Indonesia tentang KTD apalagi Kejadian Nyaris Cedera (*Near Miss*) masih langka, namun dilain pihak terjadi peningkatan tuduhan “mal praktek”, yang belum tentu sesuai dengan pembuktian akhir. Insidensi pelanggaran *patient safety* 28.3% dilakukan oleh perawat. Perawat harus menyadari perannya sehingga harus dapat berpartisipasi aktif dalam mewujudkan *Patient Safety*. Kerja keras perawat

tidak dapat mencapai level optimal jika tidak didukung dengan sarana prasarana, manajemen rumah sakit dan tenaga kesehatan lainnya (Bawelle, Sinolungan, & Hamel, 2013).

Dari beberapa hasil penelitian ini bahwa insiden keselamatan pasien masih banyak di temukan di berbagai negara termasuk di Indonesia. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Indonesia berdasarkan provinsi mencatat bahwa provinsi DKI Jakarta menempati urutan tertinggi, yaitu 37,9% lebih besar dari antara delapan propinsi lainnya (Jawa Tengah 15,9%, D.I. Yogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Aceh 10,7%, dan Sulawesi Selatan 0,7%).Sedangkan dalam bidang spesialisasi penyakit, ditemukan bahwa kesalahan paling banyak terjadi pada unit penyakit dalam, bedah dan anak sebesar 56,7%. Jumlah tersebut lebih besar dibandingkan unit kerja lain.

Dalam upaya meminimalisirkan terjadinya (KTD) yang terkait dengan aspek keselamatan pasien, maka manajemen rumah sakit perlu menciptakan budaya keselamatan pasien merupakan pondasi utama dalam menuju keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien akan menurunkan (KTD) secara signifikan sehingga akuntabilitas RS dimata pasien dan masyarakat akan meningkat dan pada akhirnya kinerja RS pun meningkat menurut Sora dan Nieva (2004) dalam (Nurlindawati, 2018). Hal tersebut dikarenakan banyak rumah sakit yang mengaplikasikan sistem keselamatan yang baik, tetapi pada kenyataanya (KTD) tetap terjadi. Meskipun pada umumnya jika sistem dapat dijalankan dengan sebagaimana mestinya maka (KTD) dapat

ditekan sekecil – kecilnya, namun fakta menunjukkan bahwa sistem tidak dapat berjalan secara optimal jika kompetensi dan nilai-nilai atau budaya yang ada tidak mendukung (Budihardjo, 2008).

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

Penelitian yang berjudul “*An Organization with Memory*” yang dipublikasikan oleh *United Kingdom of Chief’s Medical Officer* menjelaskan bahwa kesalahan medis kerap terjadi di pelayanan kesehatan dan terjadi sekitar 10% sejak penerimaan pasien di rumah sakit. Dalam proporsi kasus, kerugian yang dialami pasien sangat serius, bahkan fatal (*World Health Organization*, 2015). Dengan demikian, persoalan keselamatan pasien dipandang sebagai persoalan yang nyata sehingga pelaksanaan keselamatan pasien menjadi komponen fundamental dan bagian integral yang tidak terpisahkan dari kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit di Indonesia dan menimbulkan masalah yang besar dan signifikan.

Penelitian yang telah dilakukan oleh Salawati, (2014) bahwa budaya keselamatan pasien memiliki hubungan langsung terhadap peningkatan implementasi keselamatan pasien yang akan berdampak pada *outcome* keselamatan pasien. Sehingga rumah sakit perlu mengetahui dan memahami budaya keselamatan pasien yang sedang berkembang saat ini untuk dapat diketahui upaya-upaya yang perlu dikembangkan dalam meningkatkan keselamatan bagi pasien.

Mengacu pada penelitian sebelumnya mengenai budaya keselamatan pasien di beberapa rumah sakit di Heilongjiang, Cina dengan sampel perawat, dokter dan profesi kesehatan lainnya sebanyak 665 responden menunjukkan bahwa diantara 6 dimensi yang diteliti, dimensi yang meraih nilai tertinggi ialah dimensi kepuasan kerja diikuti dengan dimensi kerjasama (Jiang *et al.*, 2019).

Penelitian lainnya mengenai budaya keselamatan pasien yang dilakukan di Rumah Sakit Pemerintah di Kota Jambi menunjukkan bahwa lebih dari setengah dari perawat Rumah Sakit pemerintah (60,5%) menyatakan dimensi kerja sama masih kurang baik, hampir setengah dari perawat rumah sakit pemerintah (43,8%) menyatakan bahwa iklim keselamatan memiliki iklim baik lebih dari setengah perawat (51.4%) memiliki kepuasan kerja yang puas, lebih dari setengah perawat (56.8%) menyatakan stress tinggi, lebih dari setengah menyatakan bahwa manajemen baik (56,2%) dan hampir setengah dari perawat rumah sakit pemerintah menyatakan bahwa lingkungan kerja

sudah baik terkait penerapan budaya keselamatan pasien (41,6%) (Mulyati dkk, 2016).

Dalam mengukur budaya keselamatan pasien di rumah sakit, berbagai instrumen telah dikembangkan oleh beberapa organisasi besar seperti AHRQ (*Agency of Health care Research and Quality*), SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*), dan *Stanford*. AHRQ menilai budaya keselamatan pasien suatu rumah sakit dengan melihat 12 dimensi yang dibagi ke dalam 3 tingkatan yaitu tingkat unit, tingkat rumah sakit, dan *output*. Sementara SAQ yang merupakan teori dari Sexton, menilai budaya keselamatan pasien dari 6 dimensi, meliputi : kerjasama, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi stress, persepsi manajemen dan kondisi kerja.

King et al, 2008 menyatakan bahwa banyak organisasi telah menyebutkan bahwa pentingnya kerjasama tim dalam keselamatan pasien. Salas, 2005 menyebutkan bahwa bersikap saling membantu dan tolong-menolong dalam kerja tim dapat menyelesaikan pekerjaan secara cepat dan dapat meminimalisir kesalahan yang terjadi. Didalam kerjasama tim dibutuhkan rasa ingin saling membantu antar tim agar mencapai tujuan dengan baik. Dalam penerapan budaya keselamatan pasien, kerjasama tim yang baik antar perawat pelaksana akan mendukung penerapan budaya keselamatan pasien menjadi lebih baik. Iklim keselamatan dianggap penting untuk meningkatkan keselamatan pasien. Iklim keselamatan telah didefinisikan sebagai persepsi karyawan mengenai prioritas keselamatan di organisasi mereka dan diasumsikan bahwa

iklim keselamatan dalam suatu organisasi mempengaruhi perilaku dengan mempengaruhi motivasi dan sikap dari perawat kesehatan keselamatan profesional. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi iklim keselamatan pasien yaitu dukungan organisasi yang terdiri dari keadilan, dukungan atasan dan penghargaan (Ismaniar, 2018).

Dengan menerapkan budaya keselamatan pasien, hal tersebut dapat mencapai kepuasan pasien terhadap layanan kesehatan, khususnya menerapkan enam sasaran keselamatan pasien yaitu; meningkatkan identifikasi pasien, meningkatkan komunikasi efektif, ketepatan identifikasi pasien, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi-tepat prosedur-tepat-pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan pengurangan resiko jatuh (Iswati, 2017). Jam kerja yang melebihi batas juga dapat menyebabkan terpicunya stress. Kondisi stres seseorang ditentukan oleh keseimbangan 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 (Mandriani, 2019).

Penelitian Rachmawati mengemukakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien diantaranya ada di tingkat manajemen dan tingkat organisasi. Untuk tingkat manajemen meliputi persepsi manajemen tentang keselamatan pasien dan keterlibatan manajemen

dalam keselamatan pasien (Rachmawati, 2011). Hal ini menunjukkan bahwa apabila manajemen mendukung setiap petugas maka keselamatan pasien dapat dilaksanakan dengan baik. Program keselamatan pasien adalah suatu usaha untuk menurunkan angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang sering terjadi pada pasien selama dirawat di rumah sakit sehingga sangat merugikan baik pasien itu sendiri maupun pihak rumah sakit. KTD bisa disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain : beban kerja perawat yang tinggi, alur komunikasi yang kurang tepat, penggunaan sarana kurang tepat dan sebagainya (Nursalam, 2014).

Healthcare Associated Infections (HAIs) adalah infeksi yang di dapat di rumah sakit baik yang terjadi pada pasien ketika menerima perawatan, petugas kesehatan yang bekerja di rumah sakit maupun pengunjung rumah sakit (CDC, 2016). Data Sekunder di RSUD Syekh Yusuf Gowa menunjukkan angka kejadian HAI's pada tahun 2017 yaitu ditemukan kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) sebesar 2,4%, pada tahun 2018 sebesar 3,64%, dan pada tahun 2019 sebesar 1,55%. Menurut Buku Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Tahun 2012, standar Infeksi Nosokomial yang ditetapkan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit sebesar $\leq 1,5\%$. Jadi, pencapaian di Instalasi Rawat Inap RSUD Syekh Yusuf Gowa pada tahun 2017 sampai dengan 2019 belum memenuhi standar Pedoman Penyusunan SPM di Rumah Sakit Tahun 2012 yang diterbitkan Kementerian Kesehatan. Dalam Kepmenkes No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit juga telah ditetapkan bahwa tidak boleh ada kejadian pasien

jatuh dan kesalahan pemberian obat pada pasien (standar 0 kasus). Besarnya jumlah insiden di Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Gowa ini mengindikasikan bahwa pihak Rumah Sakit perlu melakukan tindakan demi mengurangi bahkan jika perlu meniadakan insiden keselamatan pasien.

Tabel 1. Angka Kejadian KTD dan KNC di RSUD Syekh Yusuf

No	Tahun	KTD	KNC
1	2017	3	0
2	2018	2	13
3	2019	3	1

Kemudian, pada tahun 2017 di RSUD Syekh Yusuf Gowa terdapat 3 insiden KTD berupa pasien jatuh. Pada tahun 2018 terdapat 2 insiden KTD berupa pasien jatuh, dan juga terdapat 13 insiden KNC yaitu salah pemberian obat. Pada tahun 2019 terdapat 3 insiden KTD berupa pasien jatuh dari tempat tidur yang terjadi 2 kali dan pasien tertusuk jarum. Lalu terdapat 1 insiden KNC yaitu penjaga pasien kejatuhan tabung oksigen. Berdasarkan Pedoman Penyusunan SPM RS Tahun 2012, RSUD Syekh Yusuf Gowa belum memenuhi standar nol kejadian untuk angka Insiden Keselamatan Pasien (IKP). Berdasarkan data yang telah diperoleh, dapat dilihat bahwa keselamatan pasien pada RSUD Syekh Yusuf Gowa harus menjadi perhatian khusus bagi pihak rumah sakit agar dapat meningkatkan upaya keselamatan pasien.

Beranjak dari hal tersebut, maka variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dimensi budaya keseamatan pasien menurut SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*) yang merupakan teori dari Sexton, menilai budaya keselamatan pasien dari 6 dimensi, meliputi: **Kerjasama**, budaya ini menggambarkan kolaborasi dan kerjasama antar staf dalam sebuah tim yang terkoordinasi. **Iklm keselamatan**, budaya ini menggambarkan persepsi dari komitmen organisasi yang kuat dan proaktif untuk keselamatan. **Kepuasan kerja**, budaya dimana staf menyukai tempat kerja mereka dan menganggap tempat mereka bekerja adalah tempat yang baik. **Kondisi stress**, budaya ini menggambarkan bagaimana kinerja staf dapat dipengaruhi oleh stress dan ketika beban kerja menjadi tinggi maka kinerja menjadi terganggu. **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. Penelitian ini menggunakan 6 dimensi yang diambil berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Sexton yakni *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) yang dimana telah digunakan oleh banyak rumah sakit dari berbagai penjuru dunia. Namun, di Indonesia sendiri kuesioner HSOPSC dari AHRQ paling banyak digunakan, belum adanya yang menggunakan kuesioner SAQ. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk menggunakan 6 dimensi budaya keseamatan pasien menurut SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*) yang merupakan teori dari Sexton, menilai budaya keselamatan pasien dari 6 dimensi, meliputi : kerja

sama, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi stress, persepsi manajemen dan kondisi kerja tersebut sebagai variabel penelitian.

Sebagai langkah awal untuk dapat meningkatkan upaya keselamatan pasien, perlu bagi pihak Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Kabupaten Gowa untuk terlebih dahulu mengetahui bagaimana budaya keselamatan pasien yang ada di Rumah Sakit tersebut maka penulis merasa tertarik untuk mengkaji lebih dalam tentang “Gambaran Budaya Keselamatan pasien di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Sulawesi Selatan Tahun 2020”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana gambaran budaya keselamatan pasien di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa, menurut dimensi kerja sama, dimensi iklim keselamatan, dimensi kepuasan kerja, dimensi kondisi stress, dimensi persepsi manajemen dan dimensi kondisi kerja.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk memberikan gambaran mengenai budaya keselamatan pasien di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi kerjasama RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa

- b. Untuk mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi iklim keselamatan di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa
- c. Untuk mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi kepuasan kerja di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa
- d. Untuk mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi kondisi stress di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa
- e. Untuk mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi persepsi manajemen di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa
- f. Untuk mengetahui budaya keselamatan pasien berdasarkan dimensi kondisi kerja di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Sebagai kontribusi terhadap ilmu pengetahuan dalam bidang manajemen rumah sakit khususnya manajemen mutu rumah sakit melalui pengembangan ilmu mengenai *patient safety culture* di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa.

2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai saran dan masukan bagi manajemen rumah sakit untuk dapat meningkatkan keselamatan pasien dan mencegah insiden

kecelakaan yang dapat merugikan pasien serta perbaikan pelayanan secara berkelanjutan di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa.

3. Bagi Peneliti

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

4. Bagi Peneliti Lain

Penelitian ini dapat dijadikan referensi terkait gambaran budaya keselamatan pasien di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa.

5. Bagi Masyarakat

Penelitian ini dapat menjadi sumber informasi bagi masyarakat terkait kondisi rumah sakit yang berpotensi untuk menyebabkan cedera pada dirinya jika berkunjung ke rumah sakit, sehingga masyarakat menjadi lebih waspada dan mengetahui bahwa rumah sakit wajib memberikan pelayanan yang bermutu dan aman.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum mengenai Keselamatan Pasien

1. Definisi Keselamatan Pasien (*patient safety*)

Keselamatan pasien menurut Vincent (2008), penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari hasil tindakan yang buruk yang berasal dari proses perawatan kesehatan. Menurut *World Health Organization* (WHO), keselamatan pasien adalah tidak adanya bahaya yang mengancam kepada pasien selama proses pelayanan kesehatan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017, keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Keselamatan pasien dapat diartikan sebagai upaya untuk melindungi pasien dari sesuatu yang tidak diinginkan selama proses perawatan (Permenkes, 2017).

Masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan keselamatan pasien. Penyelenggaraan keselamatan pasien dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan

kesehatan yang menerapkan, antara lain: Standar keselamatan pasien, Sasaran keselamatan pasien nasional dan Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien.

Fasilitas kesehatan dengan menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien dapat meningkatkan dan memperbaiki keselamatan pasien. Melalui perencanaan kegiatan dan pengukuran kinerja, sehingga dapat menilai kemajuan yang telah dicapai dalam pemberian asuhan pelayanan menjadi lebih aman. Pelaksanaan tujuh langkah menuju keselamatan pasien dapat memastikan pelayanan yang diberikan menjadi lebih aman, dan jika terjadi sesuatu hal yang tidak benar bisa segera diambil tindakan yang tepat (Permenkes, 2017).

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien terdiri dari (Permenkes, 2017):

- a. Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien. Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil
- b. Memimpin dan mendukung staf. Bangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko serta lakukan identifikasi dan kajian hal yang potensial bermasalah.
- d. Mengembangkan sistem pelaporan. Pastikan staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada KKPRS sekarang berubah menjadi KNKP.

- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Dorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian terjadi
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien. Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan sistem pelayanan.

2. Insiden keselamatan pasien

Insiden keselamatan pasien atau yang dikenal dengan istilah insiden menurut definisi WHO adalah suatu kejadian atau keadaan yang dapat mengakibatkan, atau mengakibatkan kerugian yang tidak perlu pada pasien. Berdasarkan PMK Nomor 11/2017 tentang Keselamatan Pasien, Insiden merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Permenkes, 2017).

Threats to Australian Patient Safety (TAPS) membagi menjadi dua jenis insiden keselamatan pasien, yaitu: insiden yang terkait dengan proses perawatan . Universitas Sumatera Utara dan insiden terkait dengan pengetahuan atau keterampilan. Menurut PMK Nomor 11/2017, insiden keselamatan pasien yang terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan terbagi menjadi empat jenis yaitu Kondisi Potensi Cedera (KPC), Kejadian Nyaris

Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) (Permenkes, 2017).

Adapun penjelasan dari masing-masing jenis insiden tersebut yaitu (Permenkes, 2017 dan KKPRS, 2015):

- a. Kondisi Potensi Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. (Contoh: merusak alat ventilator, DC shock, tensi meter)
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/*Near miss* adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. (contoh: salah identitas pasien namun diketahui sebelum tindakan)
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Hal ini dapat terjadi karena “keberuntungan” (misal: pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau “peringanan” (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya)
- d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*Adverse event* adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Kejadian sentinel/*Sentinel event* merupakan suatu KTD yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien. Seperti melakukan operasi pada bagian tubuh yang salah (misal: amputasi pada kaki yang salah).

3. Standar keselamatan pasien

Dalam penyelenggaraan keselamatan pasien maka diperlukan standar keselamatan pasien sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatannya. Standar keselamatan pasien wajib diterapkan fasilitas pelayanan kesehatan. Standar keselamatan pasien meliputi tujuh standar yaitu (Permenkes, 2017):

- a. Hak pasien, pasien dan keluarga mempunyai hak untuk mendapat informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan KTD
- b. Pendidikan bagi pasien dan keluarga, rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien
- c. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan, rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
- d. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien, rumah sakit harus mendisain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- f. Pendidikan bagi staf tentang keselamatan pasien

- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

4. Sasaran keselamatan pasien

Fasilitas pelayanan kesehatan selain diwajibkan melaksanakan standar keselamatan pasien, juga melakukan perbaikan-perbaikan tertentu dalam keselamatan pasien. Penyusunan Sasaran Keselamatan Pasien ini mengacu pada *Nine Life saving Patient Safety Solution* dari WHO (2007) dan *Joint Commission International (JCI) "International Patient Safety Goals (IPSGs)"*. Di Indonesia secara nasional untuk seluruh fasilitas pelayanan kesehatan diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional (SKPN), yang terdiri dari (Permenkes, 2017 dan UU RI No.44 Tahun 2009):

- a. SKP. 1: mengidentifikasi pasien dengan benar
- b. SKP. 2: meningkatkan komunikasi yang efektif
- c. SKP. 3: meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai
- d. SKP. 4: memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
- e. SKP. 5: mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan
- f. SKP. 6: mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

B. Tinjauan mengenai Budaya Keselamatan Pasien

1. Definisi Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan adalah output dari individu dan kelompok terhadap nilai-nilai, sikap, kompetensi, dan pola dan kebiasaan yang mencerminkan komitmen dan gaya dan kemampuan organisasi dan manajemen keselamatan kesehatan. 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 hasil keselamatan yang lebih apabila dibandingkan hanya menfokuskan pada programnya saja (Herawati, 2015).

Menurut Nieva & Sorra (2004), budaya keselamatan pasien merupakan keluaran dari nilai individu dan kelompok, perilaku, kompetensi dan pola serta kebiasaan yang mencerminkan komitmen dan gaya serta kecakapan dari manajemen organisasi dan keselamatan kesehatan. Budaya keselamatan pasien dikembangkan dari konsep-konsep budaya keselamatan di dunia industri. Walaupun memiliki karakteristik yang berbeda, berbagai penelitian budaya keselamatan di industri lain menjadi dasar pengembangan konsep keselamatan pasien di rumah sakit. Salah satu perbedaan konsep budaya keselamatan yang ada di rumah sakit adalah fokus untuk melindungi pasien lebih besar daripada perlindungan terhadap personel sendiri. Menurut *Institute of Medicines*

(1999), terciptanya lingkungan yang aman bagi pasien berarti tercipta juga lingkungan yang aman bagi pekerja, karena keduanya terikat satu sama lain. *World Health Organization* (2009) menyatakan organisasi pelayanan kesehatan harus mengembangkan budaya keselamatan pasien seperti tujuan yang jelas, prosedur yang tetap, dan proses yang aman.

2. Model Budaya Keselamatan pasien

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

- a. Membangun budaya keselamatan. Melakukan audit untuk menilai budaya keselamatan.
- b. Memimpin dan mendukung tim. Memandang pentingnya keselamatan pasien, dan menerapkannya dalam usaha nyata.
- c. Mengintegrasikan aktivitas manajemen risiko. Secara teratur meninjau arsip pasien.
- d. Meningkatkan pelaporan. Berbagi insiden keselamatan pasien.

- e. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat. Mencari tahu pandangan pasien. Mendorong umpan balik dengan survei pasien.
- f. Belajar dan berbagi pelajaran keselamatan. Meningkatkan pertemuan.
- g. Mengimplementasikan solusi untuk mencegah kerusakan memastikan bahwa tindakan yang telah disetujui didokumentasikan, diimplementasikan dan review, dan disetujui siapa yang harus bertanggung jawab.

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

Budaya keselamatan mempengaruhi keselamatan pasien dengan memotivas pegawai dalam memilih kebiasaan yang meningkatkan disbanding yang menurunkan keselamatan pasien (Nieva & Sorra, 2004). Langkah pertama menuju Keselamatan pasien Rumah Sakit adalah membangun budaya keselamatan pasien. Dalam menciptakan budaya keselamatan pasien dan menurunkan angka kesalahan, diperlukan pemimpin yang menanamkan budaya yang jelas, mendukung usaha pegawai, dan tidak bersifat menghukum yang disebut dengan

kepemimpinan transformasional. Budaya keselamatan pasien yang kuat dengan sendirinya akan menurunkan angka kesalahan medis.

3. Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

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

a. Kerjasama Tim dalam Unit

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

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

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

c. Pembelajaran Organisasi- Peningkatan Berkelanjutan

Pembelajaran organisasi dan peningkatan berkelanjutan dapat dinilai dari adanya budaya belajar pada organisasi yang menganggap kesalahan membawa perubahan baik dan perubahan dievaluasi untuk efektivitas. Banyak kejadian insiden yang terjadi kemudian tidak dilaporkan yang dikarenakan laporan yang diadakan tersebut akan dikaitkan dengan area kerja mereka dimana insiden terjadi. Hasilnya,

para pengambil kebijakan di rumah sakit tidak mengetahui peringatan akan potensial bahaya yang dapat menyebabkan *error* (Tamuz *et al.*, 2002).

d. Dukungan Manajemen RS

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

e. Persepsi secara Keseluruhan

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

f. Umpan Balik terhadap *Error*

Umpan balik terhadap kesalahan dalam mengukur budaya keselamatan pasien dapat dilihat dari informasi yang diterima staf mengenai kesalahan yang terjadi seperti umpan balik yang diberikan

tentang perubahan pengimplementasian, dan membahas cara-cara untuk mencegah terjadinya kesalahan.

g. Keterbukaan komunikasi

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

h. Frekuensi Pelaporan Kejadian

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

i. Kerjasama Tim antar unit

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

j. *Staffing*

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

k. Penyerahan dan Pemindahan Pasien antarunit

Penyerahan dan pemindahan merupakan proses transfer informasi dalam rangkaian transisi keperawatan dengan tujuan memastikan keberlanjutan dan keselamatan pasien selama dalam perawatan. Selama proses penyerahan dan pemindahan ini terjadi transfer informasi yang akurat mengenai perawatan, pengobatan, pelayanan, kondisi terkini pasien, perubahan yang terjadi dan perubahan yang dapat diantisipasi (Yulia, 2010).

l. Respon Tidak Menyalahkan *error*

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

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

a. Kerjasama

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

b. Iklim Keselamatan

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

c. Kepuasan Kerja

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

d. Kondisi Stress

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

e. Persepsi Manajemen

Dukungan manajemen dalam mengambil tindakan manajerial terhadap pekerjaan staf.

f. Kondisi Kerja

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

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

a. Budaya keterbukaan (*open culture*)

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

b. Budaya pelaporan (*reporting culture*)

Budaya pelaporan merupakan bagian penting dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien. Perawat akan membuat pelaporan jika merasa aman. Aman yang dimaksud apabila membuat laporan maka tidak akan mendapatkan hukuman. Perawat yang terlibat merasa bebas untuk menceritakan atau terbuka terhadap kejadian yang terjadi.

c. Budaya keadilan (*just culture*)

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

mempengaruhi dan dampak hukuman yang akan diberikan kepada individu yang berbuat kesalahan.

d. Budaya pembelajaran (*learning culture*)

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

4. Survei Budaya Keselamatan Pasien

Standar pengukuran budaya keselamatan pasien dapat dikembangkan oleh beberapa organisasi seperti AHRQ, Standford, dan MapSaf. Survei tersebut menggunakan metode kuantitatif yang menggunakan instrumen berupa kuesioner. Instrumen tersebut sebagian besar melihat budaya dari perspektif staf di rumah sakit (AHRQ, 2017).

Survei yang dikembangkan oleh *Agency of Healthcare Research and Quality* (AHRQ) berupa *Hospital Survey on Patient Safety* dengan 12 dimensi dalam mengukur budaya keselamatan pasien yang meliputi : kerjasama dalam unit, ekspektasi manajer, pembelajaran organisasi, dukungan manajemen, persepsi keselamatan pasien, umpan balik dan komunikasi, komunikasi terbuka, pelaporan kejadian, *staffing*, *handover* dan transisi, serta respon *non punitive*.

Stanford Instrument (SI) melihat dari 5 dimensi budaya keselamatan pasien, diantaranya adalah : organisasi, departemen, produksi, pelaporan dan kesadaran diri. Sedangkan modifikasi dari SI yaitu *Modified Stanford Instrument* hanya mengidentifikasi 3 dimensi yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien, yaitu : nilai keselamatan, takut dan reaksi negatif, serta persepsi keselamatan.

Stanford mengembangkan instrumen *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) yang mengidentifikasi 6 dimensi, yaitu : kerjasama, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi stress, persepsi manajemen dan kondisi kerja. Instrumen ini merupakan hasil pengembangan instrumen pengukuran keselamatan pada kokpit pesawat yang disesuaikan untuk mengukur peran faktor manusia dalam budaya keselamatan di rumah sakit. Instrumen ini menggunakan skala likert dalam pengukurannya, dimana dalam mengukur masing-masing dimensi disesuaikan dengan pernyataan positif dan pernyataan negatif dalam hal *skoring* (Sexton, 2006).

Insrumen SAQ merupakan salah satu instrument yang dapat digunakan untuk mengukur budaya keselamatan pasien pada area klinis di rumah sakit. Instrumen ini merupakan pengembangan dari instrument FMAQ (*Flight Management Attitudes Questionnaire*) yang merupakan intrumen pengukuran keselamatan kokpit pesawat. SAQ telah diadaptasi untuk mengukur budaya keselamatan pasien di area klinis rumah sakit. SAQ berbeda dari survei budaya keselamatan lainnya dimana SAQ *focus*

untuk mengukur *factor* manusia dalam dimensi keselamatan pasien, selanjutnya SAQ mempertahankan kesinambungan dengan pendahulunya FMAQ yaitu survei factor manusia dalam keselamatan penerbangan selama 20 tahun (Sexton, 2006).

Kelebihan dari instrumen SAQ adalah penggunaannya yang lebih luas, dapat digunakan di beberapa organisasi/industry di luar organisasi kesehatan. SAQ adalah salah satu alat yang paling umum digunakan dan divalidasi secara ketat untuk mengukur iklim keselamatan di perawatan kesehatan. Fitur yang membedakan adalah bahwa skor yang lebih tinggi pada survei ini dikaitkan dengan data *outcome* pasien. SAQ juga dapat digunakan untuk membandingkan sikap berbagai tipe staf dalam perawatan kesehatan dan sepenuhnya divalidasi untuk tujuan tersebut. Kekuatan lainnya adalah, *instrument* ini dapat digunakan untuk memantau perubahan dari waktu ke waktu dengan implementasi berulang (Sexton, 2006).

5. Manfaat Penilaian Budaya Keselamatan Pasien

Adapun manfaat dari penilaian budaya keselamatan pasien di rumah sakit menurut (Nieva, 2003) adalah :

- a. Mendiagnosis dan meningkatkan kepedulian terhadap keselamatan pasien. Penilaian budaya keselamatan pasien dapat digunakan untuk mengidentifikasi lokasi-lokasi di rumah sakit yang perlu perbaikan. Disamping itu, dengan menilai budaya keselamatan pasien, akan

meningkatkan kepedulian sehingga memudahkan promosi dan program promosi keselamatan pasien

- b. Evaluasi program serta melihat secara periodik perubahan budaya keselamatan pasien. Hasil penilaian yang baik dapat digunakan sebagai bukti keefektifan program keselamatan pasien maupun intervensi yang dilakukan seperti edukasi staf, kebijakan, prosedur, dan lain-lain.
- c. Melakukan *benchmarking* baik internal maupun eksternal. Penilaian budaya keselamatan ini dapat digunakan untuk menilai departemen dalam rumah sakit sehingga dapat dilihat perbedaan dari setiap unit yang ada. Perbandingan eksternal dengan organisasi lain dimungkinkan bila instrumen dan metode yang dipakai sama, sehingga bisa dilihat perbedaan satu rumah sakit dengan rumah sakit lainnya.
- d. Sebagai pemenuhan standar dan peraturan yang berlaku. Organisasi kesehatan di negara lain melakukan penilaian terhadap budaya keselamatan pasien ini untuk memenuhi program yang direkomendasikan oleh perkumpulan dimana mereka sebagai anggotanya. Di Amerika Serikat, penilaian terhadap budaya keselamatan pasien merupakan salah satu standar pada *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCHO).

C. Tinjauan umum tentang rumah sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Menurut WHO (*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 medik. Berdasarkan undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Pangerapan, 2018).

Menurut Undang-undang Republik Indonesia No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit mempunyai karakteristik yang berbeda dengan perusahaan lain, yaitu di satu pihak sebagai perusahaan yang *corebisnisnya* adalah pelayanan rumah sakit yang harus memberikan *service* yang sebaik-baiknya kepada masyarakat, di lain pihak harus menjaga kelangsungan hidup kegiatan rumah sakit secara modern, dan tidak tergantung dari subsidi pemerintah atau pihak ketiga.

Sesuai dengan UU No.44 Tahun 2009, rumah sakit di Indonesia dapat dibedakan atas beberapa macam. Ditinjau dari pemiliknya maka rumah sakit di Indonesia dapat dibedakan menjadi dua yaitu, Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta. Rumah sakit Pemerintah yang

dimaksudkan disini dapat dibedakan atas dua macam yaitu, Rumah Sakit Pemerintah Pusat dan Rumah Sakit Pemerintah Daerah. Rumah Sakit Pemerintah Pusat dan Daerah dapat diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit umum kelas A, B, C dan kelas D. Klasifikasi tersebut didasarkan pada unsur pelayanan, ketenagaan, fisik, dan peralatan.

- a. Rumah Sakit umum kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik luas dan subspecialistik luas. Pemerintah menetapkan tipe ini sebagai tempat pelayanan rujukan tertinggi (*top referral hospital*) atau disebut pula sebagai rumah sakit pusat.
- b. Rumah Sakit umum kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya 11 spesialisik dan subspecialistik terbatas. Direncanakan rumah sakit tipe ini didirikan di setiap ibukota provinsi (*provincial hospital*) dan menjadi tempat rujukan dari rumah sakit kabupaten. Rumah sakit pendidikan yang tidak termasuk kelas A diklasifikasikan dalam kelas ini.
- c. Rumah Sakit umum kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar. Pada saat ini terdapat empat macam pelayanan yaitu pelayanan penyakit dalam, bedah, kesehatan anak serta kebidanan dan kandungan. Rumah sakit kelas C ini didirikan di setiap ibukota

kabupaten (*regency hospital*) yang menampung pelayanan rujukan dari puskesmas.

- d. Rumah sakit umum kelas D adalah rumah sakit umum yang bersifat transisi karena pada suatu saat akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C. Saat ini kemampuan rumah sakit kelas D hanyalah memberikan pelayanan kedokteran umum dan kedokteran gigi. Rumah sakit ini juga menampung rujukan dari puskesmas.

Menurut UU No. 44 tahun 2009 rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Rumah Sakit mempunyai fungsi :

- a. penyelenggaraan 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. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

2. Perbandingan Rumah Sakit Pemerintah dengan Rumah Sakit Swasta

Rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta memiliki aturan yang sama dalam hal sumber daya manusia (SDM) kesehatan, namun ada perbedaan dalam hal manajemen SDM. Undang – undang nomor 43 tahun 1999 tentang Perubahan atas UU nomor 8 tahun 1974 tentang Pokok –

pokok Kepegawaian memberikan gambaran bagaimana proses manajemen SDM di lingkungan pemerintah Republik Indonesia.

Rumah sakit milik pemerintah memiliki sistem manajemen SDM yang berbeda dibandingkan dengan rumah sakit milik swasta terutama dalam hal seleksi dan tenaga honorer. Sistem perekrutan yang dilakukan di lingkungan pemerintah dilaksanakan berdasarkan perencanaan kebutuhan SDM berbasis beban kerja sesuai dengan KepmenPAN Nomor 75 Tahun 2004 Tentang Pedoman Perhitungan Kebutuhan Pegawai Berdasarkan Beban Kerja.

3. Kedudukan, Tugas dan Fungsi Rumah sakit

Berdasarkan UU Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009, rumah sakit merupakan instansi yang memiliki tugas untuk melaksanakan pelayanan kesehatan paripurna dan pendidikan serta pelatihan. rumah sakit merupakan unit pelaksana teknis di lingkungan Departemen Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik. Disamping melaksanakan upaya pelayanan kesehatan, rumah sakit juga dapat melaksanakan penelitian, pengembangan, serta penapisan teknologi bidang kesehatan sesuai dengan kemampuan pelayanan kesehatan dan kapasitas sumber daya manusia yang dimilikinya.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayan kesehatan

paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi *promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif*.

Berdasarkan Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai fungsi yaitu :

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

4. Jenis – jenis Rumah Sakit

Jenis – jenis Rumah Sakit di Indonesia secara umum ada lima, yaitu Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Khusus atau Spesialis, Rumah Sakit Pendidikan dan Penelitian, Rumah Sakit Lembaga atau Perusahaan, dan Klinik (Haliman & Wulandari, 2012). Berikut penjelasan dari lima jenis Rumah Sakit tersebut :

- a. Rumah Sakit Umum, biasanya Rumah Sakit Umum melayani segala jenis penyakit umum, memiliki institusi perawatan darurat yang siaga 24 jam (ruang gawat darurat) untuk mengatasi bahaya dalam waktu secepat-cepatnya dan memberikan pertolongan pertama. Di dalamnya juga terdapat layanan rawat inap dan perawatan intensif, fasilitas bedah, ruang bersalin, laboratorium, dan sarana-prasarana lain.
- b. Rumah Sakit Khusus atau Spesialis, dari namanya sudah tergambar bahwa Rumah Sakit Khusus atau Rumah Sakit Spesialis hanya melakukan perawatan kesehatan untuk bidang-bidang tertentu, misalnya, Rumah Sakit untuk trauma (*trauma center*), Rumah Sakit untuk Ibu dan Anak, Rumah Sakit Manula, Rumah Sakit Kanker, Rumah Sakit Jantung, Rumah Sakit Gigi dan Mulut, Rumah Sakit Mata, Rumah Sakit Jiwa, Rumah Sakit Bersalin, dan lain-lain.
- c. Rumah Sakit Pendidikan dan penelitian, Rumah Sakit ini berupa Rumah Sakit Umum yang terkait dengan kegiatan pendidikan dan penelitian di Fakultas Kedokteran pada suatu Universitas atau Lembaga Pendidikan Tinggi.
- d. Rumah Sakit Lembaga atau Perusahaan, ini adalah Rumah Sakit yang didirikan oleh suatu lembaga atau perusahaan untuk melayani pasien-pasien yang merupakan anggota lembaga tersebut.

Klinik merupakan tempat pelayanan kesehatan yang hampir sama dengan Rumah Sakit, tetapi fasilitas medisnya lebih sederhana.

D. Matriks Penelitian Terdahulu

Tabel 2. Matriks Penelitian Terdahulu

No	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain penelitian	Variabel	Sampel	Hasil	Persamaan	Perbedaan
1.	Ramos and Calidgid (2018) https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189718302933	<i>Patient Safety Culture Among Nurses at a Tertiary Government Hospital in the Philippines</i> <i>Applied Nursing Research</i>	Studi deskriptif, <i>cross sectional</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Teamwork within units</i> 2. <i>Organizational Learning – Continuous Improvement</i> 3. <i>Feedback and Communication About Error</i> 4. <i>Teamwork Across Units</i> 5. <i>Supervisor / Manager</i> 6. <i>Management Support for Patient Safety</i> 7. <i>Handoffs and Transitions</i> 	292 perawat	292 perawat menyelesaikan survei, menghasilkan tingkat respons 86,65%. Dari 12 komposit yang dievaluasi, <i>Teamwork Across Units</i> (91,50%) adalah peringkat baik tertinggi diikuti oleh <i>Organizational Learning – Continuous Improvement</i> (86,89%) sementara <i>Nonpunitive Respons to Error</i> (17,65%) adalah yang berperingkat paling baik. Sebagian besar (71,48%) dari responden tidak	Budaya keselamatan pasien sebagai variabel dependen	<ul style="list-style-type: none"> - Penelitian terdahulu hanya fokus pada perawat - Desain penelitian terdahulu adalah deskriptif, <i>cross sectional</i> <p>Penelitian terdahulu tidak membahas kondisi stres</p>

No	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain penelitian	Variabel	Sampel	Hasil	Persamaan	Perbedaan
				8. <i>Frequency of Events Reported</i> 9. <i>Overall Perceptions of Patient Safety</i> 10. <i>Communications Openness</i> 11. <i>Staffing</i> 12. <i>Nonpunitive Response to Error</i>		melaporkan peristiwa apa pun dalam 12 bulan terakhir. Mayoritas (45%) melaporkan bahwa tingkat keamanan pasien di rumah sakit secara keseluruhan sangat baik dan tidak ada yang mengira itu gagal.		
2.	Huang, Wu and Lee (2018)	<i>The perceptions of patient safety culture: A difference between physicians and nurses in</i>	<i>Confirmatory factor analysis (CFA)</i>	1. <i>Teamwork climate</i> 2. <i>Safety climate</i> 3. <i>Job satisfaction</i> 4. <i>Stress recognition</i> 5. <i>Perceptions of management</i>	376 kuesioner	Hasil penelitian menggambarkan bahwa lebih banyak kerja tim dipamerkan di antara anggota tim, semakin banyak keselamatan pasien yang berkomitmen. Persepsi manajemen dan	Budaya keselamatan pasien sebagai variabel dependen	- Desain penelitian terdahulu menggunakan <i>Confirmatory factor analysis (CFA)</i> Penelitian

No	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain penelitian	Variabel	Sampel	Hasil	Persamaan	Perbedaan
	www.elsevier.com/locate/apnr	Taiwan Applied Nursing Research		6. <i>Working conditions</i> 7. <i>Emotional exhaustion</i> 8. <i>Work life-balance</i>		kelelahan emosional adalah komponen penting yang berkontribusi pada keselamatan pasien yang lebih baik. Lebih penting lagi, kondisi kerja dan pengakuan stress ditemukan berhubungan negatif dari persepsi perawat. Dibandingkan dengan dokter, perawat melaporkan stress dan tantangan yang lebih tinggi akibat kondisi kerja multi-tugas di rumah sakit.		terdahulu terdapat variabel kelelahan emosional dan bekerja dengan keseimbangan hidup
3.	Goyal and Choudhari	<i>Assessment of patient safety culture in a</i>	<i>Cross sectional</i>	1. <i>Supervisor / manager expectations</i>	156 sampel	Temuan survei, menunjukkan bahwa persepsi keselamatan	Budaya keselamatan pasien	- Desain penelitian terdahulu

No	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain penelitian	Variabel	Sampel	Hasil	Persamaan	Perbedaan
	(2018) https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/3236	<i>rural tertiary health care hospital of Central India</i> International Journal of Community Medicine and Public Health		<ul style="list-style-type: none"> <i>& actions promoting safety</i> 2. <i>Organizational learning—continuous improvement</i> 3. <i>Teamwork within hospital units</i> 4. <i>Communication openness</i> 5. <i>Feedback and communication about error</i> 6. <i>Non punitive response to error</i> 7. <i>Staffing</i> 8. <i>Hospital management support for</i> 		pasien dan standar keselamatan pasien cukup baik di rumah sakit perawatan kesehatan tersier pedesaan saat ini, tetapi ada banyak prospek dalam perbaikan sehubungan dengan pelaporan, <i>feedback</i> dan <i>non punitive response to error</i> .	sebagai variabel dependen	<p>menggunakan <i>cross sectional</i></p> <p>Penelitian terdahulu tidak membahas tentang iklim keselamatan dn kondisi stres</p>

No	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain penelitian	Variabel	Sampel	Hasil	Persamaan	Perbedaan
				<p><i>patient safety</i></p> <p>9. <i>Teamwork across hospital units</i></p> <p>10. <i>Hospital handoffs & transitions</i></p>				
4.	Alqattan, Cleland and Morrison, (2018) https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S165836	<i>An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait</i> Journal of Taibah University Medical Sciences	<i>Cross-sectional</i>	<p>1. <i>Non-punitive response to errors</i></p> <p>2. <i>Staffing</i></p> <p>3. <i>Communication openness</i></p> <p>4. <i>Handoffs & transition</i></p> <p>5. <i>Overall perceptions of patient safety</i></p> <p>6. <i>Teamworks across units</i></p> <p>7. <i>Event reporting frequency</i></p>	1008 kuesioner	Sebanyak 1008 kuesioner lengkap diterima, menghasilkan tingkat respons 75,2%. Tiga dimensi budaya keselamatan pasien ditemukan sebagai area prioritas untuk perbaikan: respons non-hukuman untuk kesalahan, staf, dan keterbukaan komunikasi. Kerja tim dalam unit dan pembelajaran organisasi	Budaya keselamatan pasien sebagai variabel dependen	<p>- Penelitian terdahulu menggunakan desain penelitian <i>cross sectional</i></p> <p>Penelitian terdahulu tidak membahas tentang kondisi stres</p>

No	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain penelitian	Variabel	Sampel	Hasil	Persamaan	Perbedaan
	1218300192			8. <i>Feedback & communication about errors</i> 9. <i>Management support for patient safety</i> 10. <i>Supervisor/manager expectations & actions promoting patient safety</i> 11. <i>Organizational learning-continuous improvement</i> 12. <i>Teamwork within units</i>		dengan perbaikan terus-menerus diidentifikasi sebagai bidang kekuatan. Responden dari Kuwait dan negara-negara Teluk memiliki persepsi yang kurang baik tentang budaya keselamatan pasien di rumah sakit dibandingkan responden Asia. Analisis regresi menunjukkan bahwa negara asal responden, profesi, usia, dan kursus keselamatan pasien / kuliah hadir secara signifikan berkorelasi dengan persepsi mereka tentang budaya keselamatan pasien di		

No	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain penelitian	Variabel	Sampel	Hasil	Persamaan	Perbedaan
						rumah sakit.		
5.	Smits <i>et al.</i> , (2018) http://qualitysafety.bmj.com/content/18/4/292.full.html	<i>Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level</i> Quality and Safety in Health Care	<i>Random-sampling</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Feedback about and learning from error</i> 2. <i>Overall perceptions of safety</i> 3. <i>Teamwork across hospital units</i> 4. <i>Frequency of event reporting</i> 5. <i>Supervisor / manager expectations and actions</i> 6. <i>Teamwork within units</i> 7. <i>Non-punitive response to error</i> 	1899 karyawan rumah sakit	Level unit adalah level yang mendominasi untuk pengelompokan respon ke 11 dimensi. Korelasi intraclass (ICC) pada tingkat unit berkisar antara 4,3 hingga 31,7, mewakili variasi tingkat yang lebih tinggi. Untuk tiga dimensi budaya keselamatan pasien, ada juga pengelompokan respon yang signifikan di tingkat rumah sakit: (1) <i>Feedback about and learning from error</i> , (2) <i>Teamwork across hospital units</i> and (3) <i>Non-punitive response to</i>	Budaya keselamatan pasien sebagai variabel dependen	<p>- Penelitian terdahulu menggunakan desain penelitian random sampling</p> <p>Penelitian terdahulu tidak membahas tentang iklim keselamatan dan kondisi stres</p>

No	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain penelitian	Variabel	Sampel	Hasil	Persamaan	Perbedaan
				8. <i>Smooth transitions</i> 9. <i>Openness of communication</i> 10. <i>Adequate staffing</i> 11. <i>Hospital management support</i>		<i>error</i>		
6.	Leonard and Donovan (2017)	<i>Measuring Safety Culture: Application of The Hospital Survey on Patient Safety Culture to Radiotherapy Departments Worldwide</i>	<i>Cross-sectional</i>	1. <i>Teamwork within units</i> 2. <i>Organizational Learning – Continuous Improvement</i> 3. <i>Feedback and Communication About Error</i> 4. <i>Teamwork Across Units</i> 5. <i>Supervisor /</i>	222 kuesioner	Skor persen baik untuk 12 dimensi HSPSC bervariasi dari 50% hingga 79%. Skor komposit tertinggi di antara 12 dimensi adalah kerja tim dalam unit dan skor komposit terendah adalah <i>handoffs and transitions</i> .	Budaya keselamatan pasien sebagai variabel dependen	- Penelitian terdahulu menggunakan desain penelitian <i>cross sectional</i> Penelitian terdahulu tidak membahas tentang iklim keselamatan dan

No	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain penelitian	Variabel	Sampel	Hasil	Persamaan	Perbedaan
	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28967578	Practical Radiation Oncology		<i>Manager</i> 6. <i>Management Support for Patient Safety</i> 7. <i>Handoffs and Transitions</i> 8. <i>Frequency of Events Reported</i> 9. <i>Overall Perceptions of Patient Safety</i> 10. <i>Communications Openness</i> 11. <i>Staffing</i> 12. <i>Nonpunitive Response to Error</i>				kondisi stress
7.	Gunes, Gurlek and Sonmez	<i>A survey of the patient safety culture of</i>	Studi deskriptif, cross	1. <i>Teamwork within units</i> 2. <i>Organizational Learning –</i>	554 perawat	Skor tertinggi dari 12 dimensi adalah <i>teamwork within units, followed by</i>	Budaya keselamatan pasien	- Penelitian terdahulu menggunakan

No	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain penelitian	Variabel	Sampel	Hasil	Persamaan	Perbedaan
				10. <i>Communications Openness</i> 11. <i>Staffing</i> 12. <i>Nonpunitive Response to Error</i>				
8.	Danielsson (2017) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28234728	<i>A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden</i> Journal Patient Safety Volume 05, Number 01, January 2017	<i>Cross Sectional</i>	1. <i>Teamwork within units</i> 2. <i>Organizational Learning – Continuous Improvement</i> 3. <i>Feedback and Communication About Error</i> 4. <i>Teamwork Across Units</i> 5. <i>Supervisor / Manager</i> 6. <i>Management Support for Patient</i>	Seluruh petugas kesehatan di Pelayanan Kesehatan yang ada di Swedia sebanyak 23,781 sampel	Dimensi budaya keselamatan pasien yang dinilai tertinggi adalah "Kerja tim dalam unit" (rata-rata, 73,5), "respons nonpunitif terhadapkesalahan "(rata-rata, 67,2)," ekspektasi atasan / manajer dan tindakan yang mempromosikan keselamatan "(rata-rata, 66,7), dan" keterbukaan komunikasi "(rata-rata, 66,3). Dimensi budaya	Budaya keselamatan pasien sebagai variabel dependen	- Penelitian terdahulu menggunakan desain penelitian <i>cross sectional</i> Penelitian terdahulu tidak membahas tentang iklim keselamatan dan kondisi stress

No	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain penelitian	Variabel	Sampel	Hasil	Persamaan	Perbedaan
				<i>Safety</i> 7. <i>Handoffs and Transitions</i> 8. <i>Frequency of Events Reported</i> 9. <i>Overall Perceptions of Patient Safety</i> 10. <i>Communications Openness</i> 11. <i>Staffing</i> 12. <i>Nonpunitive Response to Error</i>		keselamatan pasien yang dinilai terendah adalah "dukungan manajemen untuk keselamatan pasien" (rata-rata, 47,9) dan "Staf" (rata-rata, 51,9).		
9.	Hiromi <i>et al.</i> , (2018)	<i>Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital</i>		1. <i>Teamwork within units</i> 2. <i>Organizational Learning – Continuous Improvement</i> 3. <i>Feedback and</i>	Studi ini melibatkan 755.415 profesional yang menjawab	Dari 12 dimensi HSOPS, enam mendapat skor di bawah 50% dari kebaikan, dengan "Nonpunitive Response to Error" yang terendah.	Budaya keselamatan pasien sebagai variabel dependen	Penelitian terdahulu tidak membahas tentang iklim keselamatan dan kondisi stres

No	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain penelitian	Variabel	Sampel	Hasil	Persamaan	Perbedaan
	https://www.hindawi.com/journals/tswj/2018/9156301/	<i>Survey on Patient Safety Culture:</i> <i>A Systematic Review and Meta-Analysis</i> The Scientific World Journal Volume 2018		<i>Communicati on About Error</i> 4. <i>Teamwork Across Units</i> 5. <i>Supervisor / Manager</i> 6. <i>Management Support for Patient Safety</i> 7. <i>Handoffs and Transitions</i> 8. <i>Frequency of Events Reported</i> 9. <i>Overall Perceptions of Patient Safety</i> 10. <i>Communicati ons Opennes</i> 11. <i>Staffing</i> 12. <i>Nonpunitive</i>	HSOPS, di mana 55,4% adalah perawat dan 5,2% adalah dokter.	Dalam meta-regresi, tiga dimensi ditunjukkan dipengaruhi oleh proporsi dokter dan lima oleh benua tempat survei diadakan.		

No	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain penelitian	Variabel	Sampel	Hasil	Persamaan	Perbedaan
				<i>Response to Error</i>				
10	Nur Syarianingsih Syam (2017) www.journal.uad.ac.id	Implementasi Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar <i>Jurnal FKM Universitas Ahmad Dahlan</i>	Deskriptif dengan pendekatan kuantitatif	1. Keterbukaan komunikasi 2. Umpan balik dan komunikasi tentang <i>error</i> 3. Frekuensi pelaporan kejadian 4. Pergantian <i>shift</i> (<i>handoffs</i>) dan transisi / perpindahan posisi 5. Dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien	141 perawat	Budaya keselamatan pasien RS Ibnu Sina Makassar tergolong baik. Berdasarkan dimensinya, rata-rata keseluruhan tingkat respon baik dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien di RS Ibnu Sina Makassar adalah sebesar 87,94%. Dimensi yang memiliki persentase respon baik tertinggi adalah ekspektasi supervisor/manajer dan tindakan promosi keselamatan pasien dan dimensi yang memiliki persentase respon baik	- Budaya keselamatan pasien sebagai variabel dependen - Penelitian terdahulu menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif	Penelitian terdahulu tidak membahas tentang iklim keselamatan dan kondisi stres

No	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain penelitian	Variabel	Sampel	Hasil	Persamaan	Perbedaan
				<p>6. Respon non-punitive (tidak menghukum) terhadap <i>error</i></p> <p>7. Pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan</p> <p>8. Keseluruhan persepsi tentang keselamatan pasien</p> <p>9. <i>Staffing</i></p> <p>10. Ekspektasi supervisor / manajer dan tindakan promosi</p>		<p>terendah adalah respon non <i>punitive</i>/respon tidak menghukum. Instalasi yang memiliki budaya keselamatan pasien dengan respon baik tertinggi adalah instalasi rawat inap.</p>		

No	Peneliti (tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain penelitian	Variabel	Sampel	Hasil	Persamaan	Perbedaan
				keselamatan pasien 11. Kerjasama antar unit 12. Kerjasama dalam unit				

Berdasarkan tabel matriks diatas diketahui bahwa penelitian terdahulu mendukung penelitian yang ingin saya teliti, dimana penelitian terdahulu variabel dependennya adalah budaya keselamatan pasien, dan variabel independen pada penelitian terdahulu juga meneliti tentang variabel yang ingin saya teliti yaitu : kerjasama tim, iklim keselamatan, kondisi stress, persepsi manajemen, kecuali mengenai kepuasan kerja dan kondisi kerja. Maka dari itu variabel yang ada pada peneilitian saya wajar untuk diteliti.

E. Mapping Teori

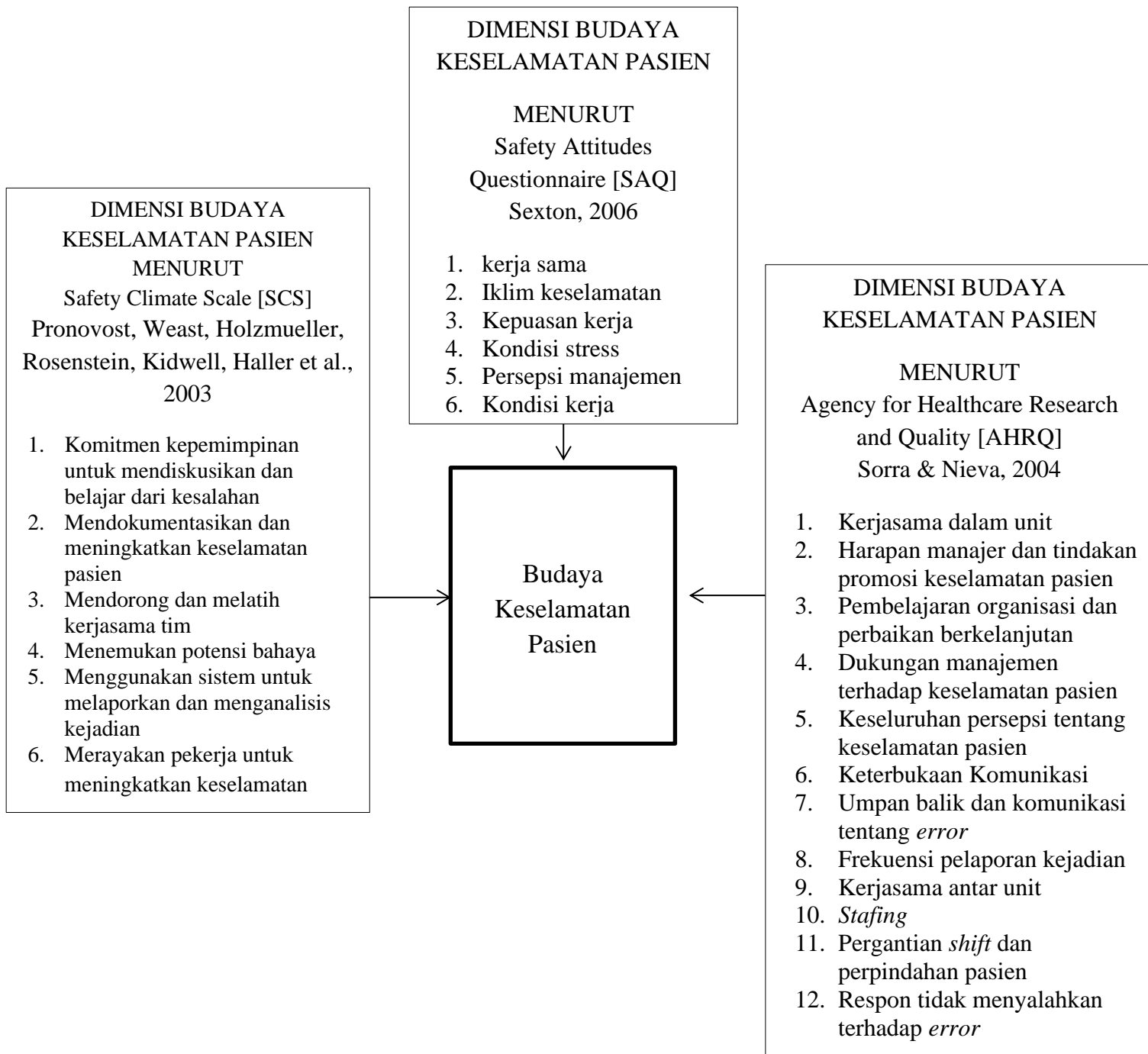


Figure 1. Mapping Teori

F. Kerangka Teori

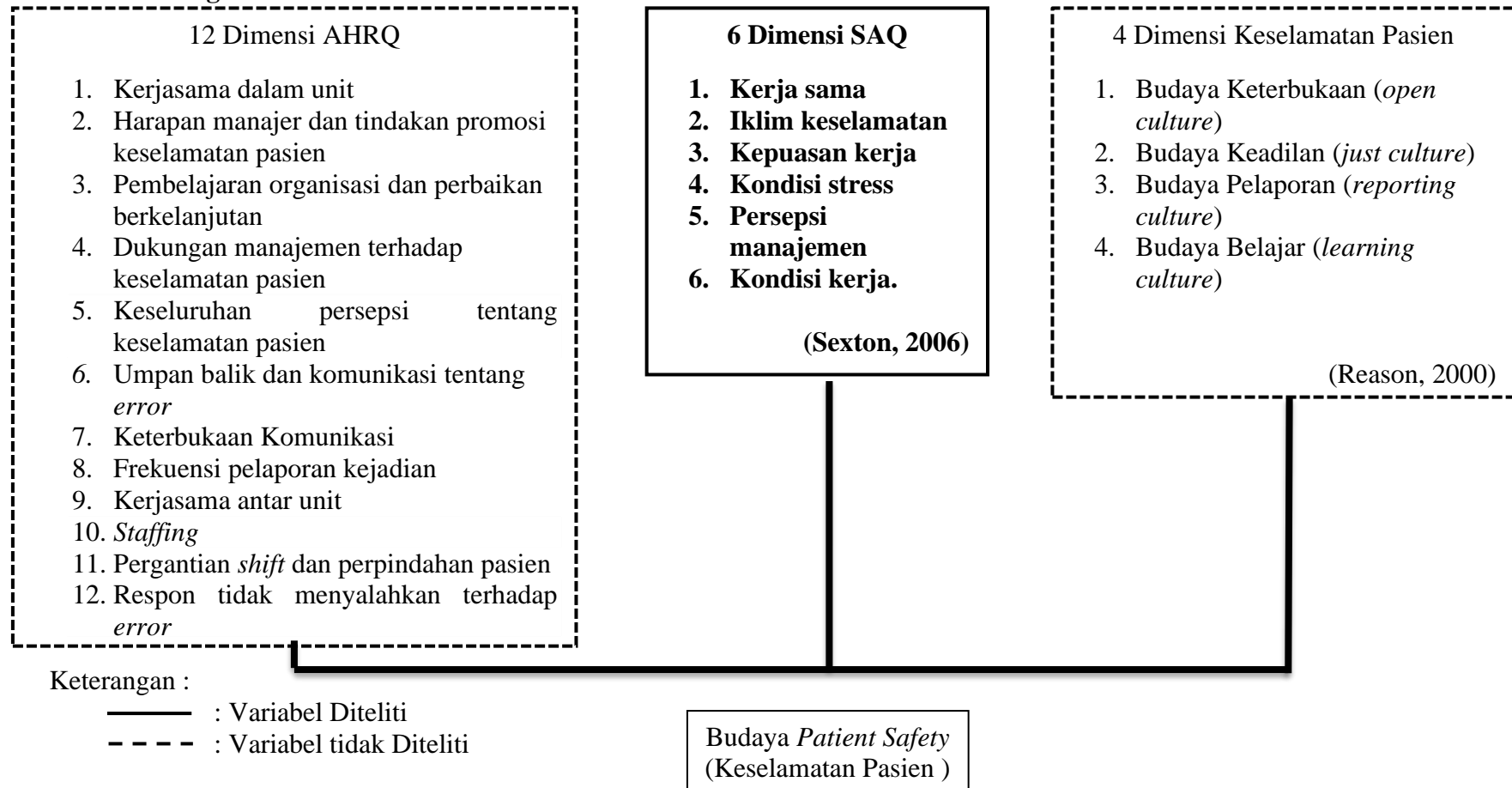


Figure 2. Kerangka Teori Penelitian