

FAKTOR KONTRIBUTOR MATURITAS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RS KARIADI SEMARANG

Verarica Silalahi¹, Elyana Sri Sulistyowati¹*

¹*RSUP Dr. Kariadi Semarang*

**Corresponding author:
verasilalahi@rocketmail.com*

Article History:

Received: 03/11/2025

Accepted: 22/12/2025

Available Online: 23/12/2025

ABSTRACT

This study aims to see the contributing factors to the maturity of patient safety culture. This study is a cross-sectional study utilizing secondary data from the results of the 2022-2024 patient safety culture survey totaling 3,892 samples. The results of the study found that the dimensions of staffing and work speed ($p=0.026$; $r=0.038$), the dimensions of response to errors ($p=0.000$; $r=0.068$), the dimensions of supervisors, managers or clinical leaders supporting patient safety ($p=0.037$; $r=0.025$), the dimensions of communication about errors ($p=0.000$; $r=0.077$), the dimensions of openness of communication ($p=0.000$; $r=0.080$), the dimensions of reporting safety incidents ($p=0.001$; $r=0.055$), the dimensions of hospital management support for patient safety ($p=0.000$; $r=0.053$), and the dimensions of handover and exchange ($p=0.000$; $r=0.073$) were related to the maturity of patient safety culture, while the dimensions of teamwork ($p=0.523$) and the dimensions of organizational learning-continuous improvement ($p=0.249$) were not related to the maturity of patient safety culture. These results highlight the need for hospital management to improve its personnel system and create a complaint system for staff reporting incidents where the parties involved can maintain confidentiality but remain open.

Keywords: **Patient safety culture, maturity, contributing factors**

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien merupakan fokus utama dalam pelayanan kesehatan dimanapun di dunia. Di Indonesia, keselamatan pasien diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017. Regulasi ini menjelaskan tentang mekanisme pelaporan insiden keselamatan pasien sebagai salah satu solusi dalam meminimalisir risiko insiden keselamatan

pasien.¹ Berdasarkan laporan WHO, angka kematian terjadi sebanyak 64 juta karena tidak amannya perawatan di seluruh dunia. Bukti yang tersedia menunjukkan bahwa setiap tahun sebanyak 134 juta kejadian akibat perawatan yang tidak aman (insiden keselamatan pasien) terjadi di rumah sakit di negara berpenghasilan rendah dan menengah, serta berkontribusi terhadap 2,6 juta kematian. Kejadian tidak diharapkan

akibat prosedur perawatan bedah yang tidak aman menyebabkan komplikasi sampai dengan 25% pasien yaitu sekitar hampir 7 juta pasien bedah setiap tahun dimana 1 juta diantaranya meninggal selama atau setelah operasi.²

Insiden keselamatan pasien yang terjadi di Indonesia berdasarkan hasil laporan Daud³ diketahui bahwa terdapat 7.465 kasus pada tahun 2019, yang terdiri dari 171 kematian (2,3%), 80 cedera berat (1,7%), 372 cedera sedang (5%), 1183 cedera ringan (16%), dan 5659 tidak ada cedera (75%). Di RSUP Dr. Kariadi sendiri, tercatat jumlah insiden keselamatan pasien pada tahun 2023 adalah 6.027 insiden, yang terdiri dari 3.321 KPC (55%), 1.574 KNC (26%), 1.050 KTC (17%), dan 82 KTD (1%). Angka insiden menurun pada tahun 2024 yaitu sebanyak 2.883 kasus yang terdiri dari 0 KPCS (0%), 2.107 KNC (73,1%), 769 KTC (26,7%), 7 KTD (0,2%) dan 0 sentinel (0%). Jumlah kasus *real* di lapangan kemungkinan jauh lebih besar dibandingkan kasus yang dilaporkan.

Hal ini terlihat dari hasil survei budaya keselamatan pasien RSUP Dr. Kariadi tahun 2016-2018 yang menunjukkan bahwa respon positif jumlah insiden yang dilaporkan mengalami penurunan, yaitu 67% pada tahun 2017 menjadi 61,2% pada tahun 2018 kendatipun hasil ini meningkat dari 42% pada tahun 2016. Sementara itu, laporan insiden paling banyak dilaporkan sekitar 1-2 laporan, yaitu sebesar 28% pada tahun 2016 meningkat menjadi 34% pada tahun 2017, dan menurun menjadi 32,2% pada tahun 2018.⁴

Rumah sakit, dalam upaya meningkatkan keselamatan dan kualitas pasien serta mengurangi insiden yang dapat terjadi, semakin menyadari pentingnya membangun budaya keselamatan pasien.

Budaya keselamatan menjadi salah satu tolak ukur keberhasilan mutu rumah sakit dan dijadikan sebagai standar akreditasi rumah sakit. Hal ini tertulis dalam Standar Akreditasi Kesehatan Kementerian Kesehatan. Dalam standar PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) 10 disebutkan bahwa pengukuran budaya keselamatan perlu dilakukan oleh rumah sakit. Budaya keselamatan diukur secara rutin dengan jadwal tetap dan dievaluasi oleh Direktur Rumah Sakit. Demikian juga survei budaya keselamatan tertulis dalam standar Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS) yang menyebutkan bahwa pimpinan rumah sakit menerapkan, memantau dan mengambil tindakan serta mendukung budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit.⁵

Berdasarkan *the Agency of Healthcare Research and Quality* (AHRQ), budaya keselamatan pasien terdiri dari nilai-nilai, kepercayaan, dan norma-norma tentang apa yang penting di dalam organisasi dan tentang perilaku apa yang berhubungan dengan keselamatan pasien yang didukung, dihargai dan diharapkan. Budaya keselamatan pasien diterapkan dengan tujuan meningkatkan kesadaran dalam mencegah *error* dan melaporkan jika terjadi insiden. Organisasi dengan budaya keselamatan positif ditandai oleh komunikasi yang dibangun atas dasar saling percaya dengan berbagai persepsi tentang pentingnya keamanan, dan keyakinan akan kemanjuran.⁶

Untuk menilai budaya keselamatan pasien, RSUP Dr. Kariadi sudah melaksanakan survei budaya keselamatan pasien sejak tahun 2016. Hasil survei budaya tahun 2016-2023 menunjukkan tren respons positif meningkat pada sebelas dimensi (Harapan dan Tindak Lanjut Supervisor/Manajer dalam Promosi

Keselamatan Pasien, Kerjasama dalam Unit Kerja, Keterbukaan Komunikasi, Umpam Balik dan Komunikasi terhadap Kesalahan, Budaya Tidak Menghukum terhadap Kesalahan, Kepegawaian, Dukungan Manajemen terhadap Keselamatan, Serah Terima dan Transisi, Frekuensi Pelaporan Insiden, Jumlah Insiden yang Dilaporkan, dan Level Keselamatan Pasien). Sementara itu, ada dimensi yang mengalami tren menurun yaitu dimensi Pembelajaran Organisasi – Perbaikan Berkelanjutan.⁴

Budaya keselamatan pasien yang sudah diterapkan pada suatu organisasi akan sangat menentukan maturitas sistem budaya keselamatan pasien itu sendiri. Hasil penelitian Astika dan Dewi menemukan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta secara keseluruhan berada pada tingkat proaktif (80%).⁷ Padahal seyogyanya, maturitas budaya keselamatan pasien berada pada tahap generatif. Sejalan dengan konsep ini, berdasarkan hasil survei, maturitas budaya keselamatan pasien RSUP Dr. Kariadi berada dalam kategori generatif dengan nilai 63% pada tahun 2022⁸ dan 61% pada tahun 2023.⁴ Meskipun hasil survei dua tahun ini masih tergolong baik, namun ada baiknya jika rumah sakit tetap berusaha mengembangkan budaya keselamatan pasien dengan memperbaiki dimensi-dimensi yang masih membutuhkan perbaikan sehingga dapat mencegah hal-hal yang tidak diinginkan dan menurunkan angka insiden keselamatan pasien di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk melihat faktor kontributor maturitas budaya keselamatan pasien.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* dengan mengumpulkan data hasil survei budaya keselamatan pasien

tahun 2022-2024 (data historis 3 tahun terakhir) yang kemudian dianalisis untuk melihat hubungan antar variabel. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh staf atau pegawai yang ada di RSUP Dr Kariadi (ASN, BLU, Kontrak, PPDS, dan Outsourcing) yaitu sebanyak 5.235 tahun 2022, sebanyak 5.993 tahun 2023, dan sebanyak 4.986 tahun 2024. Berdasarkan *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide 2.0*, besar sampel survei ditentukan oleh rentang banyaknya populasi dimana jika populasi >4.000 , maka besar sampel minimal adalah 750. Hasil survei keselamatan pasien mendapatkan sampel sebanyak 1.210 tahun 2022, sebanyak 1.838 sampel tahun 2023 dan sebanyak 844 sampel tahun 2024 sehingga sampel berjumlah 3.892 sampel. Seluruh sampel hasil survei budaya keselamatan pasien tahun 2022-2024 ini dijadikan besar sampel dalam penelitian ini (*total sampling*).

Variabel bebas penelitian yaitu sepuluh dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan *HSOPSC Version 2.0 (Hospital Survey on Patient Safety Culture)* dari *AHRQ (Agency for Healthcare Research & Quality)*, yaitu : kerja tim; kepegawaian dan kecepatan kerja; pembelajaran organisasi – peningkatan berkelanjutan; tanggapan atas kesalahan; supervisor, manajer, atau pimpinan klinis mendukung keselamatan pasien; komunikasi tentang kesalahan; keterbukaan komunikasi; pelaporan insiden keselamatan; dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien; dan serah terima dan pertukaran informasi. Variabel terikat penelitian yaitu maturitas budaya keselamatan pasien berdasarkan *Manchester Patient Safety Culture Assessment Tool (MaPSCAT)*, yaitu:

patologis, reaktif, birokratif, proaktif, dan generatif.

HSOPSC Version 2.0 terdiri dari 32 pertanyaan dengan menggunakan *skala Likert* untuk 5 pilihan jawaban mulai dari “sangat tidak setuju”, sampai “sangat setuju” atau mulai “tidak pernah” sampai “selalu”. Hasil skala Likert dalam kuesioner dibagi atas pernyataan positif (“setuju” dan “sangat setuju” atau “kebanyakan waktu” dan “sering”) serta pernyataan negatif (“sangat tidak setuju” dan “tidak setuju” atau “tidak pernah” dan “jarang”). *MaPSCAT* terdiri dari 24 pertanyaan.

Data karakteristik responden dan data dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan kuesioner *HSOPSC Version 2.0* dan *MaPSaF* dianalisis secara univariat dalam bentuk distribusi frekuensi. Secara bivariat, data dianalisis menggunakan uji statistik *Somers' d* menggunakan program SPSS versi 23. Penggunaan uji statistik ini didasarkan pada skala ukur variabel independen dan variabel dependen adalah sama-sama ordinal dan kedua variabel tersebut merupakan variabel yang tidak setara. Hasilnya disajikan dalam bentuk

tabel bivariat dengan tingkat kemaknaan 5%, yaitu data hasil tabulasi silang dimensi budaya keselamatan antara variabel bebas (*HSOPSC Version 2.0*) dan variabel terikat (*MaPSaF*). Jika didapatkan nilai $p < 0,05$, maka variabel bebas tersebut menjadi faktor kontributor maturitas budaya keselamatan pasien. Sebaliknya, bila didapatkan nilai $p > 0,05$, maka variabel bebas tersebut bukan faktor kontributor maturitas budaya keselamatan pasien.

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan Etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUP Dr. Kariadi dengan nomor 16295/EC/KEPK-RSDK/2024. Komite menyatakan bahwa penelitian ini layak etik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden terbanyak pada kelompok umur 31-40 tahun (46,9%), jenis kelamin perempuan (62,2%), tingkat pendidikan D-3/D-4 (43,3%), lama bekerja di rumah sakit lebih dari 11 tahun (34,92%), lama bekerja di unit saat ini 6-10 tahun (26,13%), dan lama kerja seminggu lebih dari 40 jam (60,43%) (Tabel 1).

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

No	Karakteristik	n	%
Kategori umur			
	≤ 20 tahun	24	0,6
	21-30 tahun	1.026	26,4
a.	31-40 tahun	1.826	46,9
	41-50 tahun	506	13,0
	51-60 tahun	222	5,7
	≥ 61 tahun	288	7,4
Jenis Kelamin			
b.	Laki-laki	1.471	37,8
	Perempuan	2.421	62,2
Tingkat Pendidikan			
c.	SMA/Sederajat	333	8,6
	D-3/D-4	1.686	43,3
	S-1	1.677	43,1

No	Karakteristik	n	%
	S-2	184	4,7
	S-3	12	0,3
Lama bekerja di rumah sakit			
	Kurang dari 1 tahun	214	5,498
d.	1-5 tahun	1.202	30,88
	6-10 tahun	1.117	28,7
	Lebih dari 11 tahun	1.359	34,92
Lama bekerja di unit ini			
	Kurang dari 1 tahun	448	11,51
e.	1-5 tahun	1.845	47,4
	6-10 tahun	1.017	26,13
	Lebih dari 11 tahun	582	14,95
Lama kerja per minggu			
f.	Kurang dari 20 jam per minggu	87	2,235
	20-39 jam per minggu	1.453	37,33
	Lebih dari 40 jam per seminggu	2.352	60,43
Total		3.892	100,0

Rata-rata respon positif dimensi budaya keselamatan sebesar 78,1%. Dimensi tiga teratas merupakan area yang menjadi kekuatan, yaitu dimensi Dukungan Manajemen rumah sakit untuk Keselamatan Pasien (87,8%), Kerja Tim (86,2%) dan Pembelajaran Organisasi – Peningkatan Berkelanjutan (85,0%)

sedangkan tiga terbawah merupakan dimensi yang butuh perhatian, yaitu dimensi Kepegawaian dan Kecepatan Kerja (62,5%), Tanggapan atas kesalahan (70,4%), dan Keterbukaan Komunikasi (71,6%) (Tabel 2).

Tabel 2. Respon positif dimensi budaya keselamatan pasien

Dimensi Budaya Keselamatan Pasien	Respon Positif (%)
Dukungan Manajemen rumah sakit untuk Keselamatan Pasien	87,8
Kerja Tim	86,2
Pembelajaran Organisasi – Peningkatan Berkelanjutan	85,0
Serah terima dan pertukaran informasi	81,4
Komunikasi tentang Kesalahan	81,3
Pelaporan Insiden keselamatan	78,5
Supervisor, Manajer, atau Pimpinan Klinis Mendukung Keselamatan Pasien	76,5
Keterbukaan Komunikasi	71,6
Tanggapan atas kesalahan	70,4
Kepegawaian dan Kecepatan Kerja	62,5
Rata-rata Respons Positif Budaya Keselamatan Pasien	78,1

Rata-rata paling tinggi pada tingkat maturitas budaya keselamatan pasien ada pada level generatif (61,4%). Dimensi

komitmen untuk peningkatan berkelanjutan keseluruhan berada pada tingkat generatif (48,6%). Dimensi prioritas diberikan

kepada keselamatan berada pada tingkat generatif (83,2%). Dimensi sistem kesalahan dan tanggung jawab individu berada pada tingkat generatif (70,4%). Dimensi pencatatan insiden dan kerja terbaik berada pada tingkat generatif (72,4%). Dimensi evaluasi insiden dan kerja terbaik berada pada tingkat generatif (55,3%). Dimensi pembelajaran dan perubahan efektif berada pada tingkat

generatif (57,8%). Dimensi komunikasi tentang isu keselamatan berada pada tingkat generatif (55,2%). Dimensi manajemen individu dan isu keselamatan berada pada tingkat generatif (76,2%). Dimensi edukasi staf dan pelatihan berada pada tingkat generatif (51,5%), serta dimensi kerja sama tim berada pada tingkat generatif (55,7%). Hasil ini terlihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

Dimensi	Maturitas				
	Patologi (n, %)	Reaktif (n, %)	Birokratif (n, %)	Proaktif (n, %)	Generatif (n, %)
Komitmen untuk peningkatan berkelanjutan keseluruhan	28 (0,2)	207 (1,8)	344 (2,9)	5417 (46,4)	5680 (48,6)
Prioritas diberikan kepada keselamatan	19 (0,2)	126 (1,1)	484 (4,1)	1334 (11,4)	9713 (83,2)
Sistem kesalahan dan tanggung jawab individu	168 (2,2)	130 (1,7)	577 (7,4)	1432 (18,4)	5477 (70,4)
Pencatatan Insiden dan kerja terbaik	71 (0,9)	127 (1,6)	239 (3,1)	1714 (22,0)	5633 (72,4)
Evaluasi insiden dan kerja terbaik	30 (0,3)	172 (1,5)	644 (5,5)	4377 (37,5)	6453 (55,3)
Pembelajaran dan perubahan efektif	15 (0,2)	50 (0,6)	339 (4,4)	2884 (37,1)	4496 (57,8)
Komunikasi tentang isu keselamatan	19 (0,2)	227 (1,9)	851 (7,3)	4138 (35,4)	6441 (55,2)
Manajemen individu dan isu keselamatan	55 (1,4)	44 (1,1)	160 (4,1)	666 (17,1)	2967 (76,2)
Edukasi staf dan pelatihan	23 (0,3)	62 (0,8)	271 (3,5)	3423 (44,0)	4005 (51,5)
Kerja sama tim	87 (0,7)	136 (1,2)	462 (4,0)	4487 (38,4)	6504 (55,7)
Total	515 (0,6)	1281 (1,4)	4371 (4,7)	29872 (32,0)	57369 (61,4)

Tabel 4 menjelaskan bahwa dimensi kerja tim tidak berhubungan dengan maturitas budaya keselamatan pasien ($p>0,05$), dimensi kepegawaian dan kecepatan kerja berhubungan secara bermakna dengan maturitas budaya keselamatan pasien ($p<0,05$; $r=0,038$), dimensi pembelajaran organisasi-peningkatan berkelanjutan tidak berhubungan dengan maturitas budaya keselamatan pasien ($p>0,05$), dimensi tanggapan atas kesalahan berhubungan secara bermakna dengan maturitas budaya keselamatan pasien ($p<0,05$; $r=0,068$),

dimensi supervisor, manajer atau pimpinan klinis mendukung keselamatan pasien berhubungan secara bermakna dengan maturitas budaya keselamatan pasien ($p<0,05$; $r=0,025$), dimensi komunikasi tentang kesalahan berhubungan secara bermakna dengan maturitas budaya keselamatan pasien ($p<0,05$; $r=0,077$), dimensi keterbukaan komunikasi berhubungan secara bermakna dengan maturitas budaya keselamatan pasien ($p<0,05$; $r=0,080$), dimensi pelaporan insiden keselamatan berhubungan secara bermakna dengan maturitas budaya

keselamatan pasien ($p<0,05$; $r=0,055$), dimensi dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien berhubungan secara bermakna dengan maturitas budaya keselamatan pasien ($p<0,05$; $r=0,053$), dan

dimensi serah terima dan pertukaran informasi berhubungan secara bermakna dengan maturitas budaya keselamatan pasien ($p<0,05$; $r=0,073$).

Tabel 4. Hubungan Dimensi Budaya Keselamatan Pasien dengan Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

Dimensi Budaya KP	Maturitas Budaya KP				Total		p	r
	Generatif		Proaktif		n	%		
Kerja Tim								
Positif	2.694	73,9	950	26,1	3.644	100,0		
Netral	40	57,1	30	42,9	70	100,0	0,523	0,006
Negatif	138	77,5	40	22,5	178	100,0		
Kepegawaian dan Kecepatan Kerja								
Positif	2.098	74,6	714	25,4	2.812	100,0		
Netral	423	75,3	139	24,7	562	100,0	0,026*	0,038
Negatif	351	67,8	167	32,2	518	100,0		
Pembelajaran Organisasi – Peningkatan Berkelanjutan								
Positif	2.665	74,0	934	26,0	3.599	100,0		
Netral	71	63,4	41	36,6	112	100,0	0,249	0,011
Negatif	136	75,1	45	24,9	181	100,0		
Tanggapan atas kesalahan								
Positif	2.302	75,4	750	24,6	3.052	100,0		
Netral	231	69,8	100	30,2	331	100,0	0,000*	0,068
Negatif	339	66,6	170	33,4	509	100,0		
Supervisor, Manajer, atau Pimpinan Klinis Mendukung Keselamatan Pasien								
Positif	2.571	74,4	886	25,6	3.457	100,0		
Netral	137	64,0	77	36,0	214	100,0	0,037*	0,025
Negatif	164	74,2	57	25,8	221	100,0		
Komunikasi tentang Kesalahan								
Positif	2.631	75,5	856	24,5	3.487	100,0		
Netral	128	60,4	84	39,6	212	100,0	0,000*	0,077
Negatif	113	58,5	80	41,5	193	100,0		
Keterbukaan Komunikasi								
Positif	2.536	75,6	820	24,4	3.356	100,0		
Netral	189	64,9	102	35,1	271	100,0	0,000*	0,080
Negatif	147	60,0	98	40,0	245	100,0		
Pelaporan Insiden keselamatan								
Positif	2.243	75,2	739	24,8	2.982	100,0		
Netral	376	68,5	173	31,5	549	100,0	0,001*	0,055
Negatif	253	70,1	108	29,9	361	100,0		
Dukungan Manajemen rumah sakit untuk Keselamatan Pasien								
Positif	2.725	74,9	914	25,1	3.639	100,0		
Netral	94	59,9	63	40,1	157	100,0	0,000*	0,053
Negatif	53	55,2	43	44,8	96	100,0		
Serah terima dan pertukaran informasi								
Positif	2.323	75,8	743	24,2	3.066	100,0		
Netral	211	59,3	145	40,7	356	100,0	0,000*	0,073
Negatif	338	71,9	132	28,1	470	100,0		

Keterangan :

* Signifikan

Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Dimensi budaya keselamatan pasien dibagi menjadi dua, yaitu area kekuatan dan area yang membutuhkan perbaikan. Kendatipun tidak ada dimensi dengan respon positif di bawah 50%, namun masih ada dimensi dengan respon positif di bawah 75%. Dimensi yang menjadi area kekuatan dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien yaitu dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien (87,8%), kerja tim (86,2%) dan pembelajaran organisasi – peningkatan berkelanjutan (85,0%). Dukungan dan komitmen organisasi memiliki peran penting dalam pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit. Selain memenuhi tuntutan akreditasi, keselamatan pasien tidak hanya menjadi tanggung jawab moral perawat pelaksana dalam memberikan keamanan bagi pasien tapi juga seluruh staf yang terlibat dalam organisasi.⁹ Budaya keselamatan pasien itu sendiri adalah komitmen organisasi dalam mengelola manajemen keselamatan pasien melalui penerapan produk dan nilai-nilai yang ada di dalam organisasi seperti persepsi, kompetensi dan perilaku semua anggotanya. Dukungan manajemen dalam organisasi rumah sakit yang bercirikan budaya keselamatan positif ditandai dengan adanya sikap saling percaya dan persepsi yang sama tentang pentingnya keselamatan pasien.¹⁰

Dimensi kerja tim menjadi area kekuatan dalam penelitian ini seperti yang ditemukan dalam banyak penelitian.^{11,12,13} Namun tidak berpengaruh signifikan terhadap maturitas budaya keselamatan pasien. Hal ini dikarenakan kerja tim bukan merupakan faktor dominan atau faktor tidak langsung dalam menentukan maturitas budaya keselamatan pasien, seperti faktor komunikasi, kepemimpinan, sistem pelaporan dan budaya organisasi.¹⁴ Dalam

penelitian ini masih ditemukan adanya kerja sama tim yang kurang efektif, dan tidak saling berbagi pekerjaan ketika banyak pasien serta masih ada yang berperilaku tidak saling menghormati.

Padahal, seharusnya kerja tim dapat menjadi salah satu faktor yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien di samping faktor kepemimpinan, komunikasi, kepegawaian, respon tidak menyalahkan dan pelaporan.^{15,16} Kerja tim yang baik akan menciptakan iklim keselamatan, kepuasan kerja dan lingkungan kerja yang baik pula.¹⁶ Tenaga kesehatan yang bekerja sebagai tim sepanjang hari, saling memeriksa pekerjaan, saling mengingatkan untuk pekerjaan selanjutnya, dan sering duduk bersama dapat menciptakan komunikasi yang baik diantara mereka.¹² Bahkan kerja tim dapat membuat perubahan positif dalam iklim keselamatan.¹⁷

Sama halnya dengan dimensi kerja tim, dimensi pembelajaran organisasi – peningkatan berkelanjutan juga menjadi area kekuatan seperti yang ditemukan dalam penelitian lainnya.¹³ Berbanding terbalik dengan hasil temuan peneliti lain,^{11,18} dimensi pembelajaran organisasi – peningkatan berkelanjutan tidak signifikan terhadap maturitas budaya keselamatan pasien dalam penelitian ini. Hal ini dikarenakan masih ditemukan adanya respon negatif terhadap perlunya peninjauan proses kerja secara berkala untuk menentukan arah perubahan keselamatan pasien, evaluasi kerja yang mendukung keselamatan pasien, dan masih ada staf yang membiarkan masalah keselamatan pasien yang sama terjadi lagi. Padahal, seharusnya ada upaya menerapkan dimensi ini dalam program kegiatan, evaluasi dan upaya pencegahan terhadap insiden keselamatan pasien.¹⁴

Adapun dimensi yang membutuhkan perbaikan yaitu dimensi kepegawaian dan kecepatan kerja (62,5%), tanggapan atas kesalahan (70,4%), dan keterbukaan komunikasi (71,6%) dimana ketiganya memiliki respon positif di bawah 75%. Dimensi kepegawaian dan kecepatan kerja menjadi salah satu dimensi yang butuh perbaikan¹³ sebab sejalan dengan hasil lama bekerja di rumah sakit ini paling banyak berada dalam rentang waktu lebih dari 11 tahun dan lama bekerja di unit saat ini berada dalam rentang waktu 1-5 tahun.

Masa kerja seseorang akan berpengaruh pada kinerjanya termasuk kecepatan kerja.¹¹ Hal ini secara tidak langsung akan memengaruhi penerimaan staf pada perubahan dalam organisasi kerja. Staf dengan masa kerja yang relatif lama, biasanya sudah berada dalam posisi nyaman dan bahkan cenderung menolak perubahan meskipun dalam hal kecepatan kerja, staf ini sudah lebih menguasai bidangnya. Sementara itu, staf dengan masa kerja yang relatif baru akan lebih menerima perubahan namun masih memerlukan pelatihan untuk meningkatkan performa kinerja.¹⁴

Beban kerja tenaga kesehatan yang tinggi dapat meningkatkan tingkat stres sehingga menghambat pelaksanaan budaya keselamatan pasien.^{19,20} Penempatan staf dan beban kerja diidentifikasi sebagai area utama yang perlu ditingkatkan. Selain itu, kurangnya dukungan dari manajemen rumah sakit mengakibatkan kondisi kerja yang buruk termasuk kurangnya staf dan kerja di bawah tekanan yang berlebihan seperti ketidaksesuaian rasio perawat dengan pasien.¹²

Dimensi tanggapan atas kesalahan menjadi dimensi yang perlu diperbaiki karena nilai yang diperolah berada dalam kategori respon positif rendah dan

cukup.^{12,13,14} Hal ini dikarenakan jika staf terbukti melakukan kesalahan, maka akan diberikan konsekuensi seperti sebuah peringatan. Bahkan tidak jarang kesalahan tersebut akan dibicarakan di dalam unit kerja.¹²

Dimensi keterbukaan komunikasi menjadi salah satu dimensi yang membutuhkan perbaikan.^{11,12} Komunikasi yang kurang baik menjadi faktor yang menghambat implementasi budaya keselamatan pasien.²⁰ Hambatan dalam keterbukaan komunikasi seringkali ditemukan pada komunikasi antar instalasi dan antar shift. Selain itu, ada faktor lainnya seperti penggunaan media komunikasi, bahasa dan istilah-istilah, serta kondisi psikologis pada komunikasi seringkali menimbulkan kesalahan persepsi dalam pertukaran informasi.¹⁴ Selain itu, adanya pendekatan otoritatif dari supervisor yang mengelola unit menghasilkan interaksi yang tidak sopan dan kasar. Akibatnya, para staf enggan berkomunikasi secara terbuka tentang suatu masalah.¹²

Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

Hasil penelitian menemukan bahwa maturitas budaya keselamatan pasien berada dalam kategori generatif. Hasil ini sejalan dengan temuan Pasinringi et al (2021) yang menyatakan bahwa maturitas budaya keselamatan pasien di rumah sakit berada dalam kategori generatif (82,5%).²¹ Ada tiga faktor yang secara signifikan dapat mengubah iklim keselamatan yaitu peningkatan, kualitas dan berpusat pada pasien.¹⁷

Tingkat generatif merupakan tahap dimana mengelola keselamatan pasien merupakan suatu hal yang tidak terpisahkan dari semua yang dilakukan.²² Liana et al (2022) menemukan bahwa level maturitas budaya keselamatan pasien di rumah sakit

terakreditasi paling banyak berada pada level proakif (50,8%) disusul oleh level generatif (48,7%).¹⁸ Tingkat generatif pada RSUP dr. Kariadi kemungkinan dikarenakan kategori akreditasi yang telah didapatkan yaitu tingkat Paripurna.

Faktor kontributor maturitas budaya keselamatan pasien

1. Dimensi kepegawaian dan kecepatan kerja

Komitmen terhadap tempat kerja sangat penting dalam mempertahankan iklim keselamatan yang matang dari waktu ke waktu.¹⁷ Sikap staf menjadi faktor penghambat dalam membentuk respon positif budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Sikap staf ini berupa tidak adanya budaya yang komprehensif dalam merawat pasien dan sikap yang kasar serta tidak sopan. Selain itu, kekurangan staf dan tingginya beban kerja menyebabkan staf sering kelelahan sehingga berdampak pada ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan. Lebih lanjut, staf yang sering di-rotasi menyebabkan staf sebagian besar menghabiskan waktu bersama pasien menjadi terkendala dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Padahal, staf perlu peduli, empati dan menghormati pasien dan orang lain. Selain itu, staf juga seharusnya memperlakukan pasien seperti mereka memperlakukan diri sendiri atau keluarga.²³

Beban kerja ganda yang menjadi tanggung jawab staf menyebabkan maturitas budaya keselamatan pasien berada pada level 3. Rotasi kerja yang cepat membuat staf harus menyediakan waktu yang lebih banyak untuk mengikuti pelatihan selain bekerja. Namun, penggunaan perangkat seluler (ponsel atau tablet) mempermudah staf untuk mengikuti pelatihan secara online.²⁴

2. Dimensi tanggapan atas kesalahan

Tanggapan atas kesalahan terkait erat dengan keselamatan pasien dan merupakan area kekuatan dalam budaya keselamatan pasien.¹¹ Jika pelaporan insiden dilakukan dan staf merasa disalahkan dan menjadi malu, maka menyebabkan staf enggan untuk melaporkan insiden demi tidak kehilangan pekerjaan. Hal ini sangat memengaruhi tingkat maturitas budaya keselamatan pasien di rumah sakit.²³

3. Dimensi supervisor, manajer atau pimpinan klinis mendukung keselamatan pasien

Gaya kepemimpinan atas atau pimpinan unit berpengaruh terhadap kepatuhan staf dalam penerapan budaya keselamatan pasien.^{25,26,27} Selain gaya kepemimpinan, iklim organisasi juga akan memengaruhi tingkat kematangan budaya keselamatan pasien secara simultan dan parsial terhadap keterlibatan kerja.²⁶ Menyelaraskan kematangan budaya keselamatan dan keselamatan pasien, bila dipadukan dengan kepemimpinan yang efektif, dapat memberikan pendekatan jangka panjang untuk layanan berkualitas.²⁸

4. Dimensi komunikasi tentang kesalahan

Komunikasi berpengaruh terhadap maturitas budaya keselamatan pasien.²⁷ Setiap staf seyogyanya dapat memberikan pendapat mengenai keleluasan mereka berkomunikasi dan belajar dari insiden yang terjadi tanpa khawatir disalahkan.¹⁰

5. Dimensi keterbukaan komunikasi

Komunikasi di dalam suatu organisasi sangat penting untuk menjaga keamanan dan kualitas tempat kerja.²⁸ Atasan atau pimpinan unit terkadang

menjadi penghambat komunikasi antar staf.²⁴

6. Dimensi pelaporan insiden keselamatan

Pelaporan insiden keselamatan pasien dapat meningkatkan penerapan budaya keseamatan pasien sehingga insiden keselamatan pasien tersebut dapat dihindari. Namun masih banyak dari petugas kesehatan yang mengabaikan pelaporan insiden karena merasa hal tersebut dapat ditangani sendiri dan hanya melaporkan apabila sudah terjadi cedera.⁹ Selain itu, masih ditemukan adanya anggapan bahwa ketika insiden terjadi, maka yang bersangkutan tidak dibolehkan untuk terlibat sampai alasan kejadian diketahui, sampai ada pelajaran yang bisa diambil dan sampai tindakan pencegahan dilakukan. Ketiga hal ini akan diberitahukan kepada seluruh staf untuk mencegah kejadian yang sama.²⁴

7. Dimensi dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien

Dukungan manajemen rumah sakit khususnya manajemen sumber daya manusia dengan mempertimbangkan antara rasio staf dengan staf terlatih dapat menjaga keamanan dan kualitas tempat kerja.²⁸ Manajemen rumah sakit harus melakukan dan mengakui upaya keselamatan pasien yang sudah dilakukan dan jika bisa memberikan insentif untuk perawatan lanjutan. Hal ini akan mencerminkan budaya keselamatan pasien. Selain itu, timbul gagasan bahwa perawatan pasien merupakan inti proses bisnis di rumah sakit, tidak hanya staf klinis dan keperawatan, namun juga setiap individu yang ada di rumah sakit.²³ Selain itu, dukungan manajemen sangat memengaruhi pemenuhan kompetensi yang dibutuhkan oleh staf.²⁴

8. Dimensi serah terima dan pertukaran informasi

Serah terima sebagai bentuk transfer informasi terkait keadaan klinis pasien antar shift berperan sebanyak 80% dari masalah penyebab *medical error* yang dapat mengakibatkan insiden keselamatan pasien. Salah satu yang mempengaruhi pelaksanaan komunikasi ini adalah dukungan teman sejawat dalam tim. Komunikasi serah terima dan pertukaran informasi yang terjalin dapat menciptakan rasa percaya dan hubungan interpersonal yang baik diantara staf.⁹

SIMPULAN

Rata-rata respon positif dimensi budaya keselamatan sebesar 78,1% dan maturitas budaya keselamatan pasien berada pada tingkat generatif (61,4%). Faktor kontributor maturitas budaya keselamatan pasien yaitu dimensi kepegawaian dan kecepatan kerja dimensi tanggapan atas kesalahan, dimensi supervisor, manajer atau pimpinan klinis mendukung keselamatan pasien, dimensi komunikasi tentang kesalahan, dimensi keterbukaan komunikasi, dimensi pelaporan insiden keselamatan, dimensi dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien, dan dimensi serah terima dan pertukaran informasi.

Saran berdasarkan hasil penelitian ini yaitu manajemen rumah sakit perlu menghitung secara detail Angka Beban Kerja setiap staf sehingga dapat bekerja sesuai dengan kemampuan dan kompetensinya; memberikan kesempatan kepada semua staf untuk mengikuti pelatihan sesuai kompetensinya agar dapat meningkatkan kecepatan, kemampuan dan keahlian kerja; dan membuat Ruang Pengaduan Insiden Keselamatan Pasien

(RPIKP) untuk staf yang melaporkan insiden dimana pihak yang terlibat di dalamnya dapat menjaga kerahasiaan namun tetap terbuka.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada RSUP Dr. Kariadi yang sudah

mendanai penelitian ini dan semua pihak yang terlibat dalam penyusunan dan pelaksanaan penelitian ini mulai dari awal hingga selesai.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan. 2017. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Jakarta.
2. World Health Organization. 2019. Patient Safety Global Action on Patient Safety, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf.
3. Daud, AW. 2020. Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Nasional (SP2KPN). Jakarta.
4. Komite Mutu RSUP Dr. Kariadi. 2023. Survei Budaya Keselamatan Pasien Tahun 2023. Semarang.
5. Kementerian Kesehatan. 2024. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta.
6. Agency For Health Care Research and Quality. 2021. Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide.
7. Astika, A dan Dewi, A. 2018. Analisis Tingkat Maturitas Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Terakreditasi Paripurna (Studi Kasus di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta), <http://repository.ums.ac.id/handle/123456789/20991>.
8. Komite Mutu RSUP Dr. Kariadi. 2022. Survei Budaya Keselamatan Pasien Tahun 2022. Semarang.
9. Alfid Tri Afandi, Anggun Dyah Pramita, Kholid Rosyidi Muhammad Nur, Handoko, YT. Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit : Studi Kasus pada Area Manajemen Pelayanan. SEHATMAS J Ilm Kesehat Masy 2023; 2: 894–902.
10. AHRQ. 2021. SOPS Hositas Survey Language.
11. Mrayyan MT. Predictors and outcomes of patient safety culture: a cross-sectional comparative study. BMJ Open Qual 2022; 11: 1–12.
12. Granel-Giménez N, Palmieri PA, Watson-Badia CE, et al. Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. Int J Environ Res Public Health; 19. Epub ahead of print 2022. DOI: 10.3390/ijerph19020939.
13. Camacho-Rodríguez DE, Carrasquilla-Baza DA, Dominguez-Cancino KA, et al. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health; 19. Epub ahead of print 2022. DOI: 10.3390/ijerph192114380.
14. Siregar I. Pengaruh Kerja Tim, Komunikasi dan Budaya Keselamatan Pasien Terhadap Capaian Sasaran Keselamatan Pasien (Suatu Survei pada Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit X). Universitas Pasundan, 2020.
15. Wahyuda, O., Suyasa, PGD., Adianta, KA., Sastamidhyani P. Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. J Keperawatan 2024; 16: 27–36.
16. Salma Ega Suwandy, Yanuar Jak, Yuli Prapanca Satar. Analisis Determinan Yang

- Mempengaruhi Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Tugu Ibu Depok Tahun 2023. *J Manaj Dan Adm Rumah Sakit Indones* 2023; 7: 203–213.
17. Brubakk K, Svendsen MV, Deilkås ET, et al. Hospital work environments affect the patient safety climate: A longitudinal follow-up using a logistic regression analysis model. *PLoS One* 2021; 16: 1–13.
 18. Liana D, Maratis J, Fauziah N. Safety Culture in Accredited Hospitals During Pandemic of COVID-19. *Int J Res Rev* 2024; 11: 210–220.
 19. Anggraini AN. Analisis Budaya Keselamatan Pasien Berbasis Hsopsc (Hospital Survey on Patient Safety Culture) Sebagai Upaya Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Di Kabupaten Karanganyar. *J Admmirasi* 2021; 6: 35–49.
 20. Yanriatuti I, Nursalam N, M RS. Faktor Pendukung dan Penghambat Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: A Systematic Review. *J Penelit Kesehat ‘SUARA FORIKES’ (Journal Heal Res ‘Forikes Voice’)* 2020; 11: 367.
 21. Pasinringi SA, Rivai F, Irwandy, et al. Maturity Level of Patient Safety Culture in Makassar City Hospital. *Media Kesehat Masy Indones* 2021; 17: 58–63.
 22. University of Manchester. 2006. *Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)*. UK.
 23. Abraham V, Meyer JC, Godman B, et al. Perceptions of managerial staff on the patient safety culture at a tertiary hospital in South Africa. *Int J Qual Stud Health Well-being*; 17. Epub ahead of print 2022. DOI: 10.1080/17482631.2022.2066252.
 24. Wang L juan, Wang XL, Zou M, et al. Assessing patient safety culture in obstetrics ward: A pilot study using a modified Manchester Patient Safety Framework in China. *Nurs Open* 2023; 10: 658–664.
 25. Hernawati. Pengaruh Sikap terhadap Kepatuhan Perawat pada Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RS Mitra Sejati. *J Heal Sains* 2021; 2: 604–620.
 26. Silaen J, Kusumapradja R, Mutiara R. Leadership, Organizational Climate and Maturity Levels of Patient Safety Culture on Nurses’ Work Engagement. *Int J Nurs Heal Serv* 2023; 6: 49–54.
 27. Liana D, Lestari F, Sutoto S, et al. self assesmt PSC. *J Public health Res* 2022; 11: 51–58.
 28. Morales MM, Estioko ED. Perceptions of Nurse Managers on Patient Safety Culture and Safety Culture Maturity Level of Selected Internationally Accredited Hospitals in Metro Manila, Philippines. *Asia Pacific J Acad Res Soc Sci* 2020; 5: 8–17.