
Analisis Upaya Manajemen Dalam Pembentukan Budaya Keselamatan Di Sebuah Rumah Sakit Di Kota Semarang

Hestyani Kelananingrum¹, Antono Suryoputro², Bagoes Widjanarko²

¹Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang

²Dosen, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang

Author's Contribution:

Penelitian ini merupakan kolaborasi tiga penulis. HK berkontribusi pada pengembangan penelitian, pengambilan data, menganalisis hasil dan penyusunan naskah jurnal. Sedangkan penulis AS dan BW berkontribusi pada arahan pengembangan penelitian dan penulisan naskah jurnal.

Corresponding author: hestyanik@yahoo.com

Competing Interests: Seluruh penulis menyatakan bahwa tidak terdapat competing interest dalam penelitian, proses penulisan maupun publikasi naskah jurnal ini.

ABSTRACT

Patient safety is the main concern in health services. Hospital had multi elements that simultaneously result in high-risk situations. Safety culture needs to be prioritized by hospitals. The commitment of the hospital management on safety becomes the basic entity for succeeding patient safety. This study aims to identify safety culture and its management at X Hospital, Semarang District.

This study was an analytical quantitative, using survey to analyse the management of safety culture at the hospital. This study was conducted from January to March 2020. The data were collected through questionnaires adopted from the 2017 American College of Healthcare Executives, and information of safety culture was obtained by distributing questionnaires adopted from the Hospital Survey on Patient Safety Culture published by The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) in 2004. The number of respondents was 220 people selected using proportionate stratified random sampling.

The results showed some dimensions of safety culture at X Hospital were positive in terms of organizational learning and sustainable development (90.15%), cooperation in units (81.82%) and management's support towards patient safety (80.45%). While, other dimensions of safety culture had negative response (<75%). The hospital management could formulate visions, give trust, appreciation and inclusion to employees. They also can conduct staff recruitment, managerial development and participation, leadership management, prioritizing the expectation of organizational behavior and assumption, and values, affecting safety culture.

Keywords: *safety culture, management support.*

PENDAHULUAN

Mutu pelayanan kesehatan berinti pada keselamatan. Rumah sakit merupakan kombinasi dari beberapa

elemen yang menghasilkan sebuah situasi yang beresiko tinggi. Menurut data dari *National Patient Safety Agency* pada tahun 2017 antara bulan Januari sampai

dengan Desember 2016 terjadi insiden keselamatan pasien di Inggris sebanyak 1.879.822 insiden, Kementerian Kesehatan Malaysia pada tahun 2013 mencatat angka insiden keselamatan pasien antara bulan Januari sampai dengan bulan Desember sebanyak 2.769 kejadian dan Indonesia pada tahun 2006-2011 Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit mencatat terjadi 877 insiden keselamatan pasien.¹

Dengan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), bisa menimbulkan dampak yang merugikan pada kenaikan biaya operasional pelayanan, selain itu juga dapat menyebabkan rumah sakit berada di area *blaming*, dimana timbul masalah antara dokter/petugas kesehatan lain dengan pasien, dan bahkan sering berakhir dengan tuntutan hukum yang sangat merugikan bagi rumah sakit. Selain itu, ketika pasien mengalami cedera, akan berdampak negatif terhadap klinisi juga. Terlibat dalam kesalahan yang mengakibatkan kematian pasien sangat merusak bagi seorang individu yang berkomitmen melayani mereka yang sakit. Yang paling buruk, kehancuran ini dapat menyebabkan mencelakai diri sendiri, depresi, isolasi, dan bahkan bunuh diri. Desolasi yang sering menyebabkan cedera diperparah bagi klinisi yang bekerja di organisasi tanpa sistem pendukung. Berdasarkan survey yang dilakukan *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* di rumah sakit mengenai keselamatan pasien,

hanya 64% responden staf merasa bahwa melaporkan kesalahan menyebabkan perubahan positif dalam organisasi mereka. Bahkan lebih sedikit anggota tenaga kerja, hanya 45%, merespon positif pertanyaan terkait dengan respons non-menghukum organisasi mereka terhadap kesalahan.²

Untuk mengembangkan dan membangun budaya keselamatan, ada 6 domain upaya kepemimpinan dan manajemen yang membutuhkan fokus dan dedikasi. Upaya manajemen tersebut adalah menetapkan visi yang kuat untuk keselamatan, membangun nilai kepercayaan, rasa hormat dan inklusi, pemilihan, pengembangan dan pelibatan manajemen, memprioritaskan keselamatan dalam seleksi dan pemilihan pemimpin, membangun dan menerapkan "*just culture*" serta menetapkan harapan perilaku organisasi.³

Beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa adanya kerjasama dalam unit adalah dimensi budaya keselamatan pasien yang paling kuat, sedangkan dimensi yang paling lemah adalah *staffing* dan respon *nonpunitive*. Budaya organisasi (tipe budaya clan) merupakan budaya yang dominan dan kuat serta menjadi panduan untuk melakukan perbaikan dalam organisasi terutama dalam pengembangan budaya keselamatan (Irviranty A, 2014). Budaya keselamatan sudah diterapkan oleh manajerial rawat inap, yaitu budaya respon tidak menyalahkan, budaya tidak

menghukum, pendekatan sistem, memberi insentif dan umpan balik, serta perlu peningkatan dalam penerapan budaya ronde keselamatan pasien, menetapkan visi misi serta meningkatkan pengetahuan budaya keselamatan pasien.⁴

Penelitian lain menemukan bahwa melibatkan staf dalam mempraktekkan budaya keselamatan, terutama budaya tidak menyalahkan dan budaya belajar dari suatu insiden merupakan gaya kepemimpinan transformasional.⁵ Ditemukan juga ada pengaruh dari keinginan perawat (10,3%) serta pengaruh gaya kepemimpinan kepala ruang (36,8%) terhadap praktek budaya keselamatan pasien.⁶ Penelitian yang dilakukan di empat rumah sakit pemerintah di Oman terhadap 414 perawat menemukan bahwa proses pembelajaran dan perbaikan yang dilakukan terus menerus, dukungan manajemen rumah sakit, harapan manajer, umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, kerjasama tim, serah terima dan proses transisi di rumah sakit menjadi prediktor utama budaya keselamatan pasien.⁷

Komitmen manajemen terhadap keselamatan umumnya diakui sebagai aspek mendasar dari kinerja keselamatan yang penuh keberhasilan. Akreditasi sudah diadakan secara berkala dalam rangka untuk meningkatkan budaya keselamatan dan budaya mutu di rumah sakit, sehingga rumah sakit senantiasa berusaha meningkatkan akan mutu dan juga keamanan dari pelayanan kesehatan

yang diberikannya. Sebuah rumah sakit di kota Semarang merupakan rumah sakit yang sudah terakreditasi paripurna, namun demikian dari survey pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti, masih terdapat beberapa data yang menunjukkan bahwa budaya keselamatan belum berjalan dengan maksimal. Insiden terbanyak adalah *medication error*. Meskipun setiap bulan sudah ada laporan insiden keselamatan pasien, namun masih adanya insiden baik KTD, KTC maupun KNC dan belum adanya tren penurunan insiden menunjukkan bahwa budaya keselamatan masih belum dijalankan sepenuhnya di Rumah Sakit X Semarang. Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui: “Bagaimana upaya manajemen dalam membentuk budaya keselamatan di rumah sakit X Semarang?”

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik kuantitatif dengan metode survey yang menganalisis upaya manajemen dalam membentuk budaya keselamatan di sebuah rumah sakit di kota Semarang. Penelitian berlangsung pada bulan Januari – Maret 2020. Menggunakan pendekatan waktu *cross sectional*. Data terdiri dari karakteristik responden yang meliputi umur, jenis kelamin, bagian/unit tempat bekerja, lama masa kerja. Data primer diperoleh dari penyebaran kuesioner terhadap karyawan rumah sakit, baik tenaga medis, tenaga paramedik, tenaga penunjang maupun tenaga non

medik. Upaya manajemen diperoleh dengan mengambil data melalui kuesioner yang diadaptasi dari *American College of Healthcare Executives* tahun 2017 yaitu (1) penetapan visi, (2) nilai kepercayaan, rasa hormat, dan inklusi, (3) pemilihan, pengembangan, dan pelibatan tim, (4) pengembangan kepemimpinan yang memprioritaskan keselamatan, (5) just culture, dan (6) ekspektasi perilaku organisasi dan (7) asumsi, nilai-nilai dan artefak yang berhubungan dengan budaya keselamatan. Sedangkan gambaran budaya keselamatan diperoleh dengan mengumpulkan data dari kuesioner dari *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)* tahun 2004.⁸ Kuesioner ini berisi informasi mengenai keterbukaan komunikasi, umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, respon *nonpunitive*, pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan, *staffing*, harapan dan tindakan manager dalam promosi keselamatan, kerjasama dalam unit, dukungan manajemen dalam upaya keselamatan pasien, serah terima dan transisi, kerjasama antar unit, frekuensi pelaporan, persepsi keseluruhan tentang keselamatan. Pengukuran menggunakan skala Likert dengan 5 tingkatan sebagai berikut: Sangat tidak setuju diberi skor nilai 1, Tidak setuju diberi skor nilai 2 kadang-kadang diberi nilai skor 3 setuju diberi nilai skor 4 sangat setuju diberi nilai skor 5.

Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah karyawan yang sudah bekerja sekurang-

kurangnya selama 1 tahun dan bersedia menjadi responden. Dengan pertimbangan karyawan sudah cukup mengenal budaya keselamatan di rumah sakit dan sudah memiliki pengalaman yang cukup dalam bekerja di rumah sakit. Sedangkan kriteria eksklusi adalah karyawan dengan masa kerja di rumah sakit < 1 tahun, karyawan masih menjalani masa cuti selama proses penelitian dan tidak kooperatif selama penelitian. Untuk mengukur upaya manajemen dalam membangun budaya keselamatan digunakan pendekatan kuantitatif dengan jumlah sampel yang diambil pada penelitian ini adalah menggunakan rumus ukuran *proportionate stratified simple random sampling*. Kuesioner disebarikan pada responden yang memenuhi kriteria dan dilakukan pengisian kuesioner dengan panduan/bantuan 2 orang numerator yang sebelumnya sudah dilakukan briefing/penjelasan mengenai maksud dan tujuan dari pertanyaan-pertanyaan yang ada di kuesioner.

Uji ketepatan dan kehandalan kuesioner dilakukan terhadap 30 orang karyawan di sebuah rumah sakit di Semarang. Pengolahan data dilakukan dengan empat proses utama analisis data kuantitatif, yaitu editing, coding, analisis dan interpretasi data. Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan uji statistik menggunakan uji univariat, bivariat dan multivariat. Sebelumnya dilakukan uji normalitas dengan memakai uji Komolgorov-Smirnov

karena jumlah responden sebanyak 220 orang (>50).

HASIL

Karakteristik Responden

Jumlah responden sebanyak 220 orang, yang terdiri dari 13 tenaga medis, 86 tenaga paramedis, 84 tenaga non medis dan 37 tenaga penunjang medis. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu 158 (71,82%) dan berusia antara 31-40 tahun (26,82%). Sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir D3 (54,09%) dan mayoritas memiliki masa kerja 0-10 tahun (40,57%).

Gambaran Budaya Keselamatan

Budaya keselamatan dikatakan positif jika $\geq 75\%$ responden menjawab setuju/sangat setuju atau selalu/sering untuk pernyataan positif atau tidak setuju untuk pernyataan negatif, dan dikatakan budaya keselamatan negatif bila $< 75\%$ menjawab negatif/tidak untuk pernyataan positif dan menjawab positif untuk pernyataan negatif.

Berdasarkan data yang diperoleh dari kuesioner yang diisi oleh 220 responden, yang terdiri dari 62 responden laki-laki dan 158 responden perempuan diperoleh gambaran budaya keselamatan sebagai berikut:

Tabel 1. Gambaran Budaya Keselamatan

	Dimensi Budaya Keselamatan	Hasil	Interpretasi
1	Keterbukaan komunikasi	50,61	Negatif
2	Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan	67,73	Negatif
3	Respon <i>non-punitive</i> terhadap kesalahan	40,15	Negatif
4	Pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan	90,15	Positif
5	<i>Staffing</i>	38,18	Negatif
6	Harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam promosi kesehatan	65,00	Negatif
7	Kerjasama dalam unit	81,82	Positif
8	Dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien	80,45	Positif
9	Serah terima dan transisi	52,84	Negatif
10	Kerjasama antar unit	74,55	Negatif
11	Frekuensi pelaporan kejadian	61,06	Negatif
12	Persepsi keseluruhan tentang keselamatan pasien	63,98	Negatif

kerjasama dalam unit (81,82%) dan dimensi dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien (80,45%). Sedangkan dimensi budaya keselamatan lain memiliki respon negative (<75%).

Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan analisa yang menitikberatkan pada deskripsi data yang diperoleh yaitu distribusi frekuensi dari masing-masing variabel bebas dan variabel terikat sehingga didapatkan gambaran budaya keselamatan di sebuah rumah sakit di Semarang.

1. Menetapkan visi yang kuat untuk keselamatan.

Menetapkan visi yang kuat untuk keselamatan dalam penelitian ini meliputi pernyataan visi keselamatan yang jelas, sosialisasi visi, upaya membangun antusiasme seluruh karyawan dalam memahami pernyataan visi keselamatan, penyampaian visi kepada pasien dan publik secara jelas, dan usulan pengembangan visi keselamatan serta hubungan visi keselamatan dengan pekerjaan sehari-hari. Sebagian besar responden mempersepsikan bahwa direksi/manajemen menerima masukan ketika mengembangkan visi keselamatan (166 responden, 74,45%). Hasil distribusi jawaban responden mengenai menetapkan visi yang kuat untuk keselamatan dapat dikategorikan dengan menggunakan *cut off point* berdasarkan median dari distribusi jawaban. Kategori jawaban baik jika memiliki nilai lebih dari nilai median dan kurang baik jika memiliki nilai kurang dari median.

2. Nilai kepercayaan, rasa hormat dan inklusi

Nilai kepercayaan, rasa hormat dan inklusi dalam penelitian ini bertujuan untuk mengukur pelatihan komunikasi dengan pasien untuk klinisi dan karyawan, implementasi program keselamatan karyawan

untuk mengurangi bahaya fisik dan psikologis, tersedianya informasi dan metrik secara transparan disekitar peristiwa bahaya dan rencana aksi untuk peningkatan di seluruh RS, pengukuran rasa hormat dan nilai kepercayaan yang dimasukkan dalam seluruh penilaian kinerja karyawan, pelatihan sistematis mengenai keragaman dan inklusi untuk tenaga klinik dan non klinik, rencana perbaikan dan evaluasi terhadap perlakuan yang berbeda dalam perawatan pasien. 156 responden (70,91%) menjawab setuju bahwa RS membagikan informasi dan metrik secara transparan disekitar peristiwa bahaya dan rencana aksi untuk peningkatan di seluruh RS.

3. Pemilihan, pengembangan dan pelibatan manajemen.

Pemilihan, pengembangan dan pelibatan manajemen dalam penelitian ini bertujuan untuk mengukur perhatian terhadap budaya keselamatan, penilaian diri dan pendidikan secara teratur terkait pengetahuan tentang budaya keselamatan dan prinsip-prinsip mutu, penempatan ahli keselamatan dan klinis di semua bagian, memberi kesempatan pada pasien untuk menyampaikan keluhan ke manajemen dan penilaian kinerja dan insentif karyawan termasuk metrik dan kinerja budaya

keselamatan. Sebanyak 164 responden (74,55%) mempersepsikan direksi/manajemen harus menyelesaikan penilaian diri dan pendidikan secara teratur terkait dengan pengetahuan dan pemahaman tentang budaya keselamatan dan prinsip-prinsip mutu.

4. Memprioritaskan keselamatan dalam pemilihan dan pengembangan pemimpin.

Memprioritaskan keselamatan dalam pemilihan dan pengembangan pemimpin dalam penelitian ini bertujuan untuk mengukur apakah pemimpin sudah menerima pendidikan dan pelatihan dalam ilmu keselamatan dan budaya keselamatan, peran, kompetensi keselamatan dan program pengembangan untuk para pemimpin di semua tingkatan sudah ditetapkan, manajemen menetapkan proses untuk pengembangan kepemimpinan di semua tingkatan, RS memiliki ahli keselamatan yang tersertifikasi dalam manajemen dan RS memberi kesempatan pemimpin untuk belajar lintas bagian dan dari luar RS. Jawaban responden terkait memprioritaskan keselamatan dalam pemilihan dan pengembangan pemimpin menunjukkan mayoritas responden (172 responden, 78,18%) mempersepsikan RS memberikan

para pemimpin kesempatan untuk belajar lintas departemen dan dari luar RS.

5. Memimpin dan menghargai budaya yang adil

Memimpin dan menghargai budaya yang adil dalam penelitian ini bertujuan untuk mengukur penggunaan kebijakan budaya adil, pengembangan kebijakan budaya yang adil di seluruh sistem dan bagian, pelatihan tentang budaya yang adil dalam program pengembangan manajemen, kepemimpinan and tenaga kerja, peninjauan metrik/pengukuran pendidikan dan pemahaman tentang budaya yang adil dan peluang peningkatan, satu set standar perilaku dan pedoman akuntabilitas yang berlaku untuk semua individu. Mayoritas responden mempersepsikan bahwa manajemen RS memiliki satu set standar perilaku dan pedoman akuntabilitas yang berlaku untuk semua individu, terlepas dari unit, pangkat atau peran (79,95%).

6. Menetapkan harapan perilaku organisasi.

Menetapkan harapan perilaku organisasi dalam penelitian ini bertujuan mengukur program pelatihan formal dan proses yang ditentukan untuk kerja tim dan komunikasi, standar akuntabilitas profesional termasuk proses untuk

mengatasi perilaku mengganggu dan tidak hormat, program pengakuan dan penghargaan ketika individu/tim unggul dalam metrik dan budaya keselamatan, mendorong system pelaporan yang terbuka, diskusi keselamatan dan memberi umpan balik yang transparan, RS melibatkan pasien dalam seluruh aktivitas tim dan proses komunikasi. Pada variabel menetapkan harapan perilaku organisasi terlihat bahwa sebagian besar responden mempersepsikan setuju dengan RS

menggunakan dan secara teratur meninjau program pelatihan formal dan proses yang ditentukan untuk kerja tim dan komunikasi yaitu 166 responden (75,45%).

7. Asumsi, nilai-nilai dan artefak yang mendukung budaya keselamatan
 Mayoritas responden (84,43%) mempersepsikan yakin untuk melakukan budaya keselamatan dalam pekerjaan sehari-hari. Gambaran distribusi frekuensi responden seperti terlihat pada tabel 2.

Tabel 2. Distribusi frekuensi responden

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Menetapkan visi yang kuat untuk keselamatan		
<i>Baik</i>	104	47,27
<i>Kurang baik</i>	116	52,73
Total	220	100.00
Nilai kepercayaan, rasa hormat dan inklusi		
<i>Baik</i>	110	50.00
<i>Kurang baik</i>	110	50.00
Total	220	100.00
Pemilihan, pengembangan dan pelibatan manajemen		
<i>Baik</i>	67	30,45
<i>Kurang baik</i>	153	69,55
Total	220	100.00
Memprioritaskan keselamatan dalam pemilihan dan pengembangan pemimpin		
<i>Baik</i>	86	39,09
<i>Kurang baik</i>	134	60,91
Total	220	100.00
Memimpin dan menghargai budaya yang adil		
<i>Baik</i>	71	32.27
<i>Kurang baik</i>	149	67.73
Total	220	100.00
Menetapkan harapan perilaku organisasi		
<i>Baik</i>	69	31.36
<i>Kurang baik</i>	151	68.64
Total	220	100.00
Asumsi, nilai-nilai dan artefak		
<i>Baik</i>	71	32,27
<i>Kurang baik</i>	149	67,73
Total	220	100.00

Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui pola hubungan masing-masing variabel bebas dengan variabel

terikat. Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan tabulasi silang uji statistik *Chi square* dengan derajat kemaknaan yang digunakan yaitu 5% ($p < 0,05$).

Tabel 3. Tabulasi silang variabel upaya manajemen dan budaya keselamatan

Variabel	Budaya Keselamatan Negatif(%) Positif(%)	Nilai <i>p</i>
Menetapkan visi yang kuat untuk keselamatan		
Baik	27,72	0.00
Kurang baik	19,54	
	49,09	
	3,63	
Nilai kepercayaan, rasa hormat dan inklusi		
Baik	27,27	0.00
Kurang baik	22,72	
	49,54	
	0,45	
Pemilihan dan pelibatan manajemen		
Baik	13,18	0.00
Kurang baik	17,27	
	63,63	
	5,90	
Memprioritaskan keselamatan dalam pemilihan dan pengembangan pemimpin		
Baik	19,09	0.00
Kurang baik	20,00	
	57,72	
	3,18	
Memimpin dan menghargai budaya yang adil		
Baik	13,18	0.00
Kurang baik	19,09	
	63,63	
	4,09	
Menetapkan harapan perilaku organisasi		
Baik	9,54	0.00
Kurang baik	21,81	
	67,27	
	1,36	
Asumsi, nilai-nilai dan artefak yang berhubungan dengan budaya keselamatan		
Baik	13,63	0.00
Kurang baik	18,63	
	63,18	
	4,54	

Dari tabel 3 didapat bahwa menetapkan visi yang kuat untuk

keselamatan, nilai kepercayaan rasa hormat dan inklusi, pemilihan dan

pelibatan manajemen, memprioritaskan keselamatan dalam pemilihan dan pengembangan pemimpin, memimpin dan menghargai budaya yang adil, menetapkan harapan perilaku organisasi serta asumsi, nilai-nilai dan artefak yang berhubungan dengan budaya keselamatan memiliki hubungan yang signifikan dengan pembentukan budaya keselamatan ($p < 0,05$).

Analisis multivariat

Untuk mengetahui pengaruh antara semua variabel bebas secara bersama-sama dengan variabel terikat dilakukan uji statistic regresi logistik. Dari analisis multivariat diketahui variabel yang paling berpengaruh adalah variabel menetapkan harapan perilaku organisasi. (nilai OR = 45,833) seperti yang terlihat pada tabel 4.

Tabel 4. Hasil Analisis Regresi Logistik Multivariat

No	Variabel	p-value	OR
1	Nilai kepercayaan, rasa hormat dan inklusi	0,009	42,306
2	Memprioritaskan keselamatan dalam pemilihan dan pengembangan pemimpin	0,008	18,676
3	Menetapkan harapan perilaku organisasi	0,000	45,833
4	Asumsi, nilai-nilai dan artefak yang berhubungan dengan budaya keselamatan	0,015	5,777
5	Memimpin dan menghargai budaya yang adil	0,349	2,009
6	Pemilihan dan pelibatan manajemen	0,200	0,279

PEMBAHASAN

Dimensi *staffing* memiliki nilai yang paling kecil dibanding dimensi keselamatan lainnya (38,18%). Hasil ini sesuai dengan hasil dari suatu review sistematis yang menunjukkan bahwa lebih dari separuh staff rumah sakit yang berpartisipasi dalam penelitian menjelaskan bahwa mereka merasa kelebihan beban oleh ketidaksesuaian personil untuk kegiatan kerja mereka, yang dapat merugikan kualitas perawatan yang diberikan.⁹

Dari suatu penelitian di Korea, didapatkan bahwa pelayanan keperawatan yang menurun dapat ditingkatkan melalui pengelolaan lingkungan kerja dan budaya keselamatan

pasien. Secara lebih spesifik lagi, pelayanan keperawatan yang baik dapat dikontrol dengan menyediakan sumber daya staf yang memadai dan mengembangkan kemampuan manajer perawat, serta budaya kepemimpinan dan keselamatan yang efektif dalam unit.¹⁰ Pemberian pelayanan keperawatan yang keliru/salah, yang berhubungan erat dengan *staffing* perawat, memiliki korelasi dengan jumlah kematian pasien yang meningkat setelah prosedur operasi di rumah sakit. Analisis ini mendukung hipotesis bahwa pelayanan keperawatan yang keliru berhubungan dengan pengaturan sistem kepegawaian perawat/staffing dan risiko kematian pasien.¹⁰

Terlihat bahwa dimensi frekuensi pelaporan kejadian juga masih negatif (61,06%). Menurut penelitian terdahulu, empat faktor utama yang menyebabkan hal ini adalah ketakutan, sistem administrasi, penghalang yang berhubungan dengan sistem, dan persepsi karyawan mengenai *error*.¹¹ Dari suatu survey mengenai budaya keselamatan pada perawat di Turki juga didapatkan hasil dengan persepsi negatif. Nilai terendah ada pada dimensi respon non-punitive terhadap kesalahan dan frekuensi pelaporan kejadian. Skor yang tertinggi ada pada kerjasama dalam unit diikuti pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan. Manajer keperawatan perlu menciptakan budaya keselamatan yang positif dengan komunikasi terbuka, saling percaya, menyamakan persepsi mengenai pentingnya keselamatan dan pentingnya tindakan preventif.¹²

Secara keseluruhan dapat dilihat bahwa budaya keselamatan di sebuah rumah sakit di kota Semarang masih kurang baik. Menurut penelitian sebelumnya, beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tingkat budaya keselamatan antara lain jumlah jam kerja, tingkat *staffing*, keterbukaan komunikasi, kerjasama tim, pelaporan kejadian tidak diharapkan dan feedback dari kesalahan yang sudah terjadi.¹³ Diperlukan intervensi melalui pendekatan sistem yang memberikan kesempatan untuk komunikasi yang lebih terbuka, kerjasama

dan diskusi antara pekerja kesehatan untuk meningkatkan budaya keselamatan. Untuk meningkatkan skor budaya keselamatan, praktik yang terbaik adalah dengan melakukan pengukuran budaya keselamatan secara rutin dengan penyebaran hasil yang diperoleh secara luas kepada karyawan, perencanaan tindakan yang kuat untuk perbaikan yang mencakup dukungan kepemimpinan dan keterlibatan dari semua staf, dan program pendidikan keselamatan pasien yang beraneka ragam.¹⁴ Selain itu untuk mencapai persepsi yang optimal tentang budaya keselamatan di antara tenaga kesehatan, mereka perlu peka mengenai keselamatan pasien, terutama pada protokol perlakuan standar, kerangka kerja administrasi rumah sakit, dan mekanisme komunikasi melalui pendidikan kedokteran lanjutan atau pelatihan kerja.¹⁵

Berdasarkan analisis statistik diperoleh bahwa upaya manajemen yang meliputi penetapan visi, nilai kepercayaan, rasa hormat dan inklusi, pemilihan, pengembangan dan pelibatan manajemen, pengembangan kepemimpinan yang memprioritaskan keselamatan, *just culture*, ekspektasi perilaku organisasi serta asumsi, nilai-nilai dan artefak yang berhubungan dengan budaya keselamatan memiliki pengaruh dalam pembentukan budaya keselamatan di sebuah rumah sakit di kota Semarang ($p < 0,05$).

Hasil diatas sesuai temuan dari Chassin dan Loeb (2013), bahwa komitmen kepemimpinan, serta kesepakatan antara badan pengatur, biasanya Dewan Pengawas atau Direksi, manajemen senior, dan dokter serta perawat pemimpin, semua konstistensi kepemimpinan, baik formal maupun informal, harus berbagi visi tunggal yang sama pada akhirnya menghilangkan hal-hal merugikan bagi pasien.¹⁶ Para pemimpin harus tetap berkomitmen untuk jangka panjang, karena menciptakan visi keselamatan saja tidak mencukupi; tapi lebih diperlukan untuk mengkomunikasikan dan mempertahankan visi itu.¹⁷

Kepercayaan, rasa hormat terhadap orang lain, dan inklusi sangat penting untuk menciptakan lingkungan yang aman baik secara fisik maupun psikologis. Ini juga melibatkan pelatihan kejujuran, inklusi, transparansi, dan rasa hormat kepada semua orang.¹⁸ Tindakan para pemimpin harus konsisten dari waktu ke waktu dan di seluruh organisasi. Standar dan ekspektasi perilaku harus berlaku untuk semua orang, tanpa kecuali. Menghormati orang lain, baik pasien, anggota keluarga, teman sekerja, atau bawahan, sangat penting untuk menciptakan dan mempertahankan kepercayaan. Mengembangkan dan meminta semua pemimpin dan tenaga kerja bertanggung jawab atas kode etik atau kode etik dapat membantu memperkuat praktik dan perilaku yang

mendorong kepercayaan dan rasa hormat.¹⁶

Dalam merekrut anggota baru, harus dipertimbangkan kompetensi, keterampilan, pengalaman, dan keanekaragaman yang dibutuhkan untuk menciptakan dan mempertahankan budaya keselamatan. Keterampilan ini dapat mencakup kompetensi spesifik yang terkait dengan upaya peningkatan budaya terkemuka, serta kompetensi klinis dan keselamatan. Memastikan bahwa ada staf ahli klinis yang kuat di manajemen sangat penting untuk membentuk kepemimpinan yang kolaboratif dalam upaya meningkatkan keselamatan di seluruh organisasi.¹⁹

Proses seleksi untuk pemimpin saat ini dan yang akan datang harus didasarkan pada pemahaman, dedikasi, dan keselarasan dengan visi rumah sakit untuk keselamatan pasien dan tenaga kerja, keterampilan komunikasi, dan pemodelan perilaku keselamatan yang diharapkan. Keselamatan dapat menjadi topik untuk pengembangan profesional individu serta perencanaan suksesi di seluruh organisasi untuk memastikan bahwa komitmen terhadap keselamatan berkelanjutan di semua tingkatan dan area fungsional. Banyak organisasi sudah memiliki proses untuk mengidentifikasi individu yang berpotensi tinggi untuk berhasil sebagai pemimpin, di mana program keselamatan dan budaya dapat diintegrasikan.²⁰

Dari penelitian yang dilakukan oleh Edward (2018) sebanyak 79 % responden

menyetujui bahwa rumah sakit mereka mengadopsi *just culture*, dan lebih dari separuhnya mempercayai bahwa *just culture* memiliki pengaruh yang baik. Implementasi *just culture* dan dampaknya terkait dengan proses review peer agak lebih baik, tetapi tidak dengan langkah-tindakan objektif kinerja rumah sakit. Respons non-punitif terhadap kesalahan telah secara konsisten menjadi kategori skor terendah (45% positif) dalam database AHRQ. Adopsi luas *just culture* tidak mengurangi keengganan untuk melaporkan atau budaya menyalahkan target²¹

Asumsi adalah model mental bersama, cara pandang atau teori yang diandalkan untuk membimbing seseorang dalam bersikap dan berperilaku. Nilai dan keyakinan membantu menentukan mana yang benar dan mana yang salah, atau mana yang baik dan mana yang buruk.¹⁸ Artefak terdiri dari unsur-unsur nyata yang terlihat dan diidentifikasi secara verbal dalam organisasi.²²

Menetapkan ekspektasi perilaku organisasi merupakan variabel yang paling berpengaruh. Menetapkan harapan perilaku organisasi bertujuan untuk menciptakan satu harapan perilaku yang berlaku untuk setiap individu dalam organisasi yang mencerminkan misi, visi dan nilai-nilai organisasi. Perilaku ini mencakup kerjasama yang efektif, komunikasi aktif, etika kesopanan, dan memberikan umpan balik secara langsung dan tepat waktu. Perilaku organisasi yang

diharapkan dalam membangun budaya keselamatan mendorong sistem pelaporan yang terbuka, diskusi mengenai keselamatan, dan memberikan umpan balik yang transparan. Selain itu juga menentukan respon organisasi terhadap perilaku yang tidak hormat/disruptif dan melibatkan pasien dalam seluruh proses aktivitas tim.³

SIMPULAN DAN SARAN

Sebuah rumah sakit di kota Semarang memiliki gambaran budaya keselamatan yang masih kurang baik di beberapa dimensi yaitu dimensi keterbukaan komunikasi, umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, respon *nonpunitive* terhadap kesalahan, staffing, harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam promosi kesehatan, serah terima dan transisi, kerjasama antar unit, frekuensi pelaporan kejadian dan persepsi keseluruhan tentang budaya keselamatan. Dimensi pembelajaran organisasi dan perbaikan yang berkelanjutan, kerjasama dalam unit dan dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien sudah baik (*respon positif*).

Menetapkan visi keselamatan, membangun kepercayaan, rasa hormat dan inklusi, pemilihan, pengembangan dan pelibatan manajemen, pengembangan kepemimpinan yang memprioritaskan keselamatan, penerapan *just culture*, ekspektasi perilaku organisasi, asumsi, nilai-nilai dan artefak yang berhubungan dengan budaya

keselamatan berpengaruh terhadap upaya manajemen dalam membentuk budaya keselamatan di rumah sakit.

Menetapkan perilaku organisasi memiliki pengaruh yang paling kuat dalam upaya manajemen dalam membentuk budaya keselamatan di sebuah rumah sakit di kota Semarang.

Masih diperlukan upaya yang menyeluruh untuk meningkatkan budaya keselamatan. Perlu dipertimbangkan upaya untuk membentuk tim budaya keselamatan secara khusus yang bertugas untuk mengevaluasi pelaksanaan budaya keselamatan serta melakukan survey budaya keselamatan secara berkala dengan memperhatikan hasil yang didapat, dengan maksud segera mencari langkah-langkah perbaikan. Selain itu manajemen rumah sakit dapat mengadakan lebih banyak lagi pelatihan mengenai budaya keselamatan pasien untuk karyawan rumah sakit, memfasilitasi koordinasi antara tim keselamatan pasien dengan dokter-dokter dalam pembuatan SPO sesuai dengan bidang spesialisasinya, sehingga pencegahan dan penanganan suatu insiden keselamatan pasien dapat lebih baik. Manajemen rumah sakit bisa lebih mengutamakan pemberian motivasi positif seperti promosi jabatan, kesempatan peningkatan kompetensi dan pemberian bonus akan prestasi yang sudah diraih dalam pelaksanaan budaya keselamatan.

Perlu dilakukan penelitian sejenis secara lebih mendalam dengan menggunakan variabel-variabel dalam penelitian ini atau menggunakan metode kualitatif sehingga dapat memperoleh data yang lebih mendalam. Juga dapat dilakukan penelitian lebih lanjut seberapa jauh budaya keselamatan dapat berjalan di rumah sakit.

PENDANAAN

Penelitian ini didanai oleh peneliti sendiri tanpa dibantu institusi atau lembaga tertentu.

SIGNIFICANCE STATEMENT

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan kuesioner yang dikembangkan sendiri sesuai dengan kondisi rumah sakit lokasi penelitian, sehingga belum bisa mendapatkan data-data lain mengenai upaya manajemen dalam pembentukan budaya keselamatan di rumah sakit secara lebih mendalam.

AVAILABILITY DATA

Data hasil penelitian ini sepenuhnya milik penulis dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian akademis di lingkungan Universitas Diponegoro.

DAFTAR PUSTAKA

1. *National Patient Safety Agency Incident Report 2017.*; 2017.
2. *Patient Safety Primer, Safety Culture.*; 2016.
[https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture.](https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture)

3. Kaplan GS, Stokes CD. *Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success*. Virginia: American College Of Healthcare Executive; 2017. www.npsf.org/LLI.%0Ahttp://c.ymcdn.com/sites/www.npsf.org/resource/resmgr/lli/Leading_a_Culture_of_Safety_.pdf.
4. Verawati T. Analisis pelaksanaan budaya keselamatan pasien dari aspek manajerial di rawat inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. 2016.
5. Kartika Y. Analisis pengaruh gaya kepemimpinan direktur terhadap budaya keselamatan pasien di RS Hermina Pandanaran. *J Manaj Kesehat Indones*. Vol.03 No.02 pp:145-152, 2015
6. Nivalinda D, Hartini M, Santoso A. Pengaruh motivasi perawat dan gaya kepemimpinan kepala ruang terhadap penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana pada rumah sakit pemerintah di Semarang. *J Manaj Keperawatan*. Vol.1 No. 2:138-145, 2013
7. A.A. Ammouri RN, MSN, PhD A.K. Tailakh RN, PhD J.K. Muliira RNMA, DNP R. Geethakrishnan MSc(N), M.Phil (N) S.N. Al Kindi RN M. Patient safety culture among nurses. *Int Nurs Rev*. Vol.62 No.1pp:102-110, 2015
8. Sorra J, Nieva V. Hospital survey on patient safety culture. 2004.
9. Tartaglia Reis C, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: A systematic review by characteristics of Hospital survey on patient safety culture dimensions. *Int J Qual Heal Care*.Vol.30 No. 9 pp:660-677, 2018 doi:10.1093/intqhc/mzy080
10. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Study* Vol. 78 (August 2017)pp.10-15, 2018
11. Soydemir D, Intepeler SS, Mert H. Barrier to Medical Error Reporting for Physicians and Nurses. *Pubmed*. 2016. <https://doi.org/10.1177/0193945916671934>.
12. Ülkü Güneş Y, Gürlekb O, Sönmez M. A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian*.Vol .23 No 2, pp.225-232, 2016
13. Wami SD, Demssie AF, Wassie MM, Ahmed AN. Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. Vol16. no. 1, pp.1-10, 2016 doi:10.1186/s12913-016-1757-z
14. Campione J, Famolaro T. Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.09.001>.

15. Adhisakthi Rajalatchumi, Thanjavur S. Ravikumar, Kaliaperumal Muruganandham, Mahalakshmy Thulasingham, Kalaiselvi Selvaraj, Mahendra M. Reddy BJ. Perception of Patient Safety Culture among Health-care Providers in a Tertiary Care Hospital, South India. *J Natl Sci Biol Med*. Vol.9 No.1 pp.14-18, 2018 doi: 10.4103/jnsbm.JNSBM_86_17: 10.4103/jnsbm.JNSBM_86_17
16. Chassin MR, Loeb JM. High-Reliability Health Care: Getting There from Here. *Milbank Q*. Vol.91No.3 pp.459-490, 2013
17. Tejal K. Gandhi M. Leadership and Vision for a Culture of Safety. *NEJM Catal*. 2018.
18. Schein EH. *Organizational Culture and Leadership*. San Fransisco: Jossey-Bass Publisher; 2004.
19. Goeschel CA, Pronovost PJ, Wachter R. Responsibility for quality improvement and patient safety hospital board and medical staff leadership challenges. *Chest*. Vol 138 No.1 pp.171-178, 2010
20. Anderson MM, Garman AN. *Leadership Development in Healthcare Systems: Toward an Evidence-Based Approach.*; 2014.
21. Edward MT. An Assessment of the Impact of Just Culture on Quality and Safety in US Hospitals. *Am J Med Qual*. 2018. doi:doi.org/10.1177/1062860618768057
22. Guldenmund FW. Understanding and exploring safety culture. 2010.