

## **ANALISIS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA**

Rokiah Kusumapradja  
Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Esa Unggul  
Jl. Arjuna Utara No. 9 Kebon Jeruk, Jakarta  
rokiah.kusumapradja@esaunggul.ac.id

### **Abstract**

*Patient care center is a new paradigm that prioritizes quality service and safety for patients with consideration of the needs and values of the patient. Various demands of many patients posted to the hospital due to lack of safety measures were strongly associated with patient safety culture. The aim of research to obtain a description of factors that affect the culture of patient safety in hospitals Capital Territory of the city (DKI) Jakarta, in order to answer the important questions for the public about how the actual conditions of culture of patient safety in hospitals. The study design is causality-explanatory. Data collection method was survey. The type of data in the form of primary and secondary. The dimension of time is cross sectional. The unit of analysis is the government and private hospitals in Jakarta total 34 Hospitals, with 45 respondents. Sampling method with stratified sampling. Analysis of data using multiple linear regression, produce a model as a representation of the theory. The results of the study, based on an analysis proving the hypothesis by using multiple linear regression found that the effect of variable management commitment and teamwork does not affect significantly to patient safety culture, while variable patterns of communication, work climate, the culture is not the blame, incident reporting to able to learn from mistakes, and education and training significantly affect patient safety to patient safety culture in hospitals. The conclusion, based on the multiple linear regression equation, namely: patient safety culture communication =  $-5.968 + 0.283 + 0.856 + 0.212$  work climate, culture is not the blame for incident reporting +  $0.524 + 0.364$  education and training, the variables that most influence on patient safety culture is culture is not the blame. Researchers suggest is necessary to develop education and training on patient safety culture and instilling a culture of not looking for who is wrong but why the error occurred.*

**Keywords:** *safety culture, no blame culture, organizational learning and improvement.*

### **Abstrak**

Pelayanan kesehatan berfokus kepada pasien (*patient center care*) adalah paradigma baru yang mengutamakan pelayanan yang berkualitas dan aman (*safety*) bagi pasien dengan mempertimbangan kebutuhan dan nilai-nilai pasien. Berbagai tuntutan pasien banyak dilayangkan kepada rumah sakit akibat kurang amannya keselamatan tindakan yang sangat terkait

dengan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*). Tujuan penelitian untuk memperoleh gambaran faktor yang berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit wilayah Daerah Khusus Ibu kota (DKI) Jakarta, guna menjawab pertanyaan penting bagi publik tentang bagaimana kondisi yang sebenarnya budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Rancangan penelitian bersifat kausalitas-eksplanatoris. Metode pengumpulan data adalah survei. Jenis data berbentuk primer dan sekunder. Dimensi waktu adalah *cross sectional*. Unit analisis adalah rumah sakit pemerintah dan swasta di DKI Jakarta berjumlah 34 RS, dengan 45 orang responden. Metode pengambilan sample dengan stratified sampling. Analisis data menggunakan *multiple regression berganda* yang menghasilkan suatu model sebagai representasi dari teori. Hasil penelitian, berdasarkan hasil analisis pembuktian hipotesis dengan menggunakan uji regresi linier berganda ditemukan bahwa pengaruh variabel komitmen pimpinan dan kerjasama tim tidak berpengaruh secara bermakna terhadap budaya keselamatan pasien, sedangkan variabel pola komunikasi, Iklim kerja, budaya tidak mencari siapa yang salah, pelaporan insiden untuk mampu belajar dari kesalahan, dan pendidikan serta pelatihan keselamatan pasien berpengaruh secara bermakna terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Kesimpulan, berdasarkan persamaan regresi linear ganda yaitu : budaya keselamatan pasien =  $-5,968 + 0,283$  komunikasi +  $0,212$  iklim kerja +  $0,856$  budaya tidak mencari siapa yang salah +  $0,524$  pelaporan insiden +  $0,364$  pendidikan dan pelatihan, maka variabel yang paling berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien adalah budaya tidak mencari siapa yang salah. Peneliti menyarankan perlu dikembangkan pendidikan dan pelatihan tentang budaya keselamatan pasien dan menanamkan budaya tidak mencari siapa yang salah tetapi mengapa terjadi kesalahan.

**Kata kunci:** budaya aman, *no blame culture*, pembelajaran dan peningkatan berorganisasi.

## **Pendahuluan**

Era perdagangan bebas yang dilaksanakan di tingkat Asia- Pasifik pada tahun 2010, berimplikasi terhadap persaingan dan kompetisi yang semakin ketat dalam industri sektor kesehatan, termasuk pelayanan rumah sakit. Oleh karena itu, mutu pelayanan yang prima (*excellence*) dan aman (*safety*) sering dianggap sebagai suatu strategi bersaing yang perlu mendapat perhatian utama dalam pemberian pelayanan kesehatan di berbagai strata pelayanan, termasuk pelayanan di rumah sakit. Keselamatan pasien itu sendiri diartikan sebagai “ Suatu

sistem dimana RS membuat asuhan pasien lebih aman. Dalam pelaksanaannya di rumah sakit berbagai tuntutan pasien banyak dilyangkan kepada rumah sakit akibat kurang amannya keselamatan tindakan yang sangat terkait dengan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*). Hal ini terkait situasi di rumah sakit dimana terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola

dengan baik dapat terjadi Kejadian Tidak Diharapkan ( KTD) atau *adverse event*.

Undang- Undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Konsep Patient center Care (PCC) merupakan paradigma baru dalam pelayanan kesehatan kepada pasien, dimana pemberian pelayanan berfokus kepada pasien, yang intinya adalah pelayanan kesehatan yang diberikan harus berkualitas dan aman (safety) dengan memperhatikan kebutuhan dan nilai- nilai pasien. Dalam pelaksanaannya di rumah sakit masih banyak ditemukan keluhan terhadap mutu pelayanan kesehatan dan keamanan tindakan yang kurang memuaskan pelanggan atau kurang memenuhi standar pelayanan. Berbagai tuntutan pasien banyak dilayangkan kepada rumah sakit akibat kurang amannya keselamatan tindakan yang sangat terkait dengan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*). Mengingat keselamatan pasien sudah menjadi tuntutan masyarakat dan profesi, maka perlu pengembangan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*) yang akan menjadi landasan nilai bagi perilaku semua petugas di RS dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan aman bagi semua pihak. Budaya (*culture*) menurut Stoner diartikan sebagai: “ gabungan kompleks dari asumsi tingkah laku, cerita, mitos, metafora, dan berbagai ide lain yang menjadi satu untuk menentukan apa arti menjadi anggota masyarakat tertentu”.

Pengukuran budaya Keselamatan Pasien melalui pengukuran elemen kedua dari model budaya organisasi (Schein, 1999), yaitu *espoused values* (nilai-nilai pendukung), yang mencakup kepercayaan, nilai-nilai, persepsi dan sikap/*attitude* yang

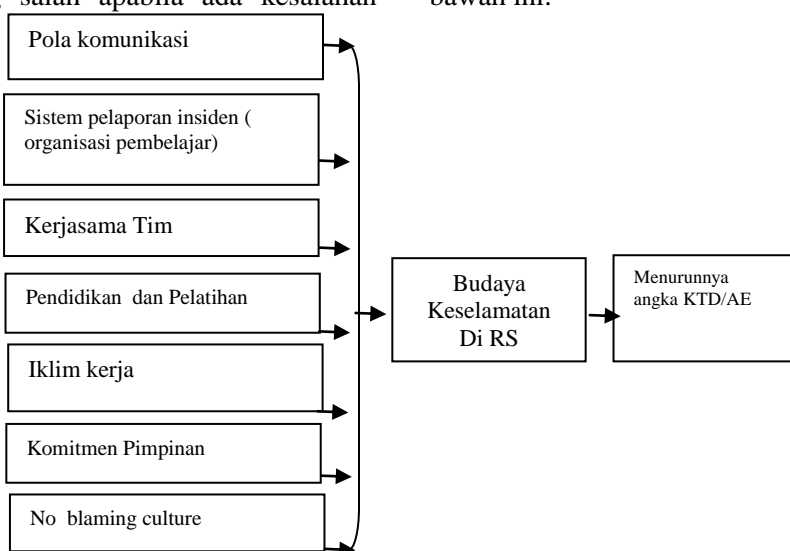
berlaku dalam organisasi. Nilai-nilai pendukung ini dianggap lebih mudah diukur, dikenal sebagai iklim organisasi, yang dapat mendiagnosis budaya, sebagai *preceding culture* dan *culture in making*. Model dari Flin (2007) menjelaskan bagaimana mekanisme bentuk-bentuk iklim keselamatan (yang digunakan untuk mengukur budaya keselamatan), yang didefinisikan sebagai persepsi terhadap Kejadian Tidak Diharapkan/*Adverse Event* pada pasien dan pekerja, diukur pada tingkat unit kerja dan organisasi. Menurut Walshe (2007) dikemukakan bahwa *Characteristics of a positive safety culture*, meliputi : *communication founded on mutual trust and openness; good information flow and processing; shared perceptions of the importance of safety; recognition of the inevitability of error; confidence in the efficacy of preventative safety) measures; proactive identification of latent threats to safety; organizational learning; committed leadership and executive responsibility; a “no blame”, non punitive approach to incident reporting and analysis*. Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Matsubara et al. (2008), dan Singer et al. (2009) serta penelitian lainnya juga mengukur budaya keselamatan pasien (KP) melalui pengukuran terhadap iklim Keselamatan pasien di tingkat interpersonal, unit kerja serta organisasi. Penelitian Dwi Setiowati, Allenidekania, Luknis Sabri ( 2014 ) Kepemimpinan Efektif *Head Nurse* Meningkatkan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RS. Hasil analisis menunjukkan hubungan lemah dan positif antara kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Demikian juga penelitian Emma Rachmawati ( 2011) Model Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien di RS Muhammadiyah; Melalui CFA diperoleh 4 faktor yang saling berhubungan secara

bermakna untuk model pengukuran iklim keselamatan pasien, yaitu Kepemimpinan Transformasional, Kesadaran Individual, Kerjasama Tim, serta Budaya Keselamatan Pasien. Kepemimpinan Transformasional dinilai paling berpengaruh positif langsung terhadap budaya keselamatan pasien dibanding kerjasama tim dan kesadaran individual.

### Metode Penelitian

Penelitian ini termasuk penelitian eksplanatori (*explanatory research*), karena berusaha memberikan penjelasan pengaruh antar variabel melalui pengujian hipotesis. Penelitian ini juga termasuk penelitian kausal karena penelitian ini dirancang untuk mengidentifikasi hubungan sebab akibat antar variabel yang diteliti. Hubungan kausal yang diteliti dalam penelitian ini adalah pengaruh pola komunikasi, iklim kerja, kerjasama tim, organisasi pembelajar, komitmen pimpinan dan pengaruh pendekatan tidak mencari siapa yang salah apabila ada kesalahan

terhadap budaya keselamatan pasien. Objek dalam penelitian ini melibatkan populasi 120 rumah sakit di Jakarta, dengan sampel sebanyak 34 rumah sakit dan responden sebanyak 45 orang pejabat di RS dengan menggunakan stratified sampling yang meliputi Pimpinan RS, tenaga medis dan keperawatan, serta tenaga lainnya. Metode pengambilan sample dengan stratified sampling. Jenis penelitian menggunakan rancangan survei deskriptif. Pengumpulan data diperoleh melalui data primer ( hasil penyebaran kuesioner tentang karakteristik responden dan budaya keselamatan pasien di rumah sakit ) dan data sekunder. Dimensi waktu adalah *cross sectional*. Analisis data selain analisis univariat untuk mendeskripsikan karakteristik responden dan menggunakan *multiple regression berganda* yang menghasilkan suatu model sebagai representasi dari teori. Kerangka berpikir dalam penelitian ini seperti pada gambar di bawah ini.



Gambar 1  
Kerangka Pemikiran Penelitian

## Hasil dan Pembahasan Karakteristik Responden

Tabel 1  
Distribusi Responden Berdasarkan umur  
Di Rumah sakit Wilayah DKI Jakarta  
Tahun 2016

N0.	Kelompok Umur	Frek wensi	%
1	21 - 35 Tahun	6	13.33
2	36 - 50 Tahun	15	33.33
3	> 51 Tahun	24	53.33
Jumlah		45	100

Berdasarkan tabel 1. di atas, jumlah responden berdasarkan usia menggambarkan bahwa yang berusia lebih dari 51 tahun sebesar 24 orang (53.3%) dan 15 orang (33,33 %) pada kelompok usia 36- 50 tahun.

Tabel 2  
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Rumah sakit Wilayah DKI Jakarta Tahun2016

N0.	Jenis Kelamin	Frekwensi	%
1	Laki-laki	9	20.00
2	Perempuan	36	80.00
Jumlah		45	100

Tabel 2 di atas menunjukkan bahwa 36 orang ( 80 %) adalah perempuan

Tabel 3  
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Profesi Di Rumah sakit Wilayah DKI Jakarta Tahun 2016

N0.	Jenis Profesi	Frekwensi	%
1	Medis	26	57.00
2	Perawat	8	17.00
3	Farmasis	1	2.00
4	Lainnya	10	22.00
Jumlah		45	100

Tabel 3 di atas menunjukkan bahwa 26 orang ( 57 %) adalah tenaga medis dan 1 orang ( 2 %) adalah farmasis.

Tabel 4  
Distribusi Responden Berdasarkan Jabatan Di Rumah sakit Wilayah DKI Jakarta Tahun 2016

N0.	Jenis Profesi	Frekwensi	%
1	Direktur	4	8.89
2	Kabid/ Manajer	14	31.11
3	Kasie / Ka. Ruangan	5	11.11
4	Fungsional	22	48.89
Jumlah		45	100

Tabel 4 di atas menunjukkan bahwa 22 orang (48,89 %) adalah tenaga fungsional dan 14 orang ( 31.1 %) adalah manajer menengah serta 4 orang ( 8,89% ) adalah Direktur RS .

Tabel 5  
Distribusi Rumsah sakit Berdasarkan Jenis Kepemilikan Rumah sakit Di Wilayah DKI Jakarta Tahun 2016

N0.	Kepemilikan RS	Frekwensi	%
1	Pemerintah	10	29.41
2	Swasta	24	70.55
3	BUMN	1	2.94
Jumlah		34	100

Tabel 5 di atas menunjukkan bahwa 24 RS (70,55 %) adalah RS Swasta dan 10 RS ( 29.41 %) adalah RS pemerintah serta 1 RS ( 2,94% ) adalah milik BUMN

**Tabel 6**  
Distribusi Responden Berdasarkan Kelas Rumah sakit Di Rumah sakit Wilayah DKI Jakarta Tahun 2016

NO.	Kelas RS	Frekwensi	%
1	A	4	11,76
2	B	8	23,52
3	C	17	50,00
4	D	5	14,72
Jumlah		34	100

Tabel 6 di atas menggambarkan bahwa 17 RS adalah kelas C (50.00 %), 4 RS adalah kelas A (11,76%) dan 8 RS kelas B (23,52 %) serta 5 RS Kelas D (14,72%)

**Tabel 7**  
Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Tempat Tidur Di wilayah DKI Jakarta tshun 2016

NO.	Jumlah TT	Frekwensi	%
1	20 – 50	5	14.72
2	51 - 100	7	20.58
3	101 - 200	10	29,41
4	> 200	12	35,29
Jumlah		34	100

Tabel 7 di atas menunjukkan bahwa 12 RS (35,29 % mempunyai kapasitas TT di atas 200 TT, 10 RS (29,41%) mempunyai kapasitas TT sebanyak antara 101-200 TT dan 7 RS (20,58 %) mempunyai kapasistas TT sebanyak (51- 100 TT ) serta 5 RS (14,72%) mempunyai kapasitas TT sebanyak 20- 50 TT.

Tabel 8 menunjukkan bahwa 16 RS (35,56 % ) mempunyai BOR 41- 50%, 13 RS ( 28,89%) mempunyai BOR > 71% dan 9 RS ( 20,00 %) mempunyai BOR 61- 70 %.

Tabel 9 menggambarkan bahwa 12 RS (35,29 % ) mempunyai tenaga medis lebih dari 60 orang, 10 RS ( 29,42%) mempunyai tenaga medis berjumlah antara

21- 40 orang dan 5 RS ( 14.71 %) mempunyai tenaga medis berjumlah antara 41- 60 orang.

**Tabel 8**  
Distribusi Responden Berdasarkan Bed Occupancy Rate Di Rumah sakit Wilayah DKI Jakarta Tahun 2016

N o.	Bed Occupancy Rate (BOR)	Frekwensi	%
1.	< 40 %	3	6.67
2.	41 – 50 %	16	35.5
3.	51 – 60 %	4	8.88
4.	61 - 70 %	9	20.0
5.	>71 %	13	28.8
Jumlah		45	100

**Tabel 9**  
Distribusi Responden berdasarkan Jumlah Tenaga Medis di Rumah sakit Wilayah DKI Jakarta Tahun 2016

NO.	Jumlah Tenaga Medis	Frekwensi	%
1	10- 20	7	20.58
2	21- 40	10	29.42
4	41- 60	5	14.71
5	> 61	12	35,29
Jumlah		34	100

**Tabel 10**  
Distribusi Responden berdasarkan Jumlah Tenaga Keperawatan Di Rumah sakit Wilayah DKI Jakarta Tahun 2016

NO.	Jumah Tenaga Keperawatan	Frekwensi	%
1	20- 40	4	11.76
2	41- 60	4	11.76
4	61- 80	6	17.64
5	81-100	8	23.56
6	> 101	12	35.29
Jumlah		34	100

Tabel 10 di atas menggambarkan bahwa 12 RS (35,29 %) mempunyai tenaga

keperawatan lebih dari 101 orang, 8 RS (23,56%) mempunyai tenaga keperawatan 61- 80 orang.

Tabel 11 menggambarkan bahwa 12 RS (35,29 %) mempunyai tenaga penunjang medis berjumlah 41- 60 orang , 8 RS ( 23,56%).

Tabel 12 menggambarkan bahwa 12 RS (35,29 % ) mempunyai tenaga Non medis berjumlah > 101 orang, 10 RS (29.41%) mempunyai tenaga non medis berjumlah 20- 40 orang.

Tabel 13 menggambarkan bahwa 21 RS (61 %) telah terakreditasi dan 13 (38%) RS belum terakreditasi.

Tabel 14 menggambarkan bahwa 27 Responden (60 %) telah mengikuti pelatihan keselamatan pasien dan 18 (40%) RS belum pernah mengikuti Keselamatan pasien.

Tabel 11

Distribusi Responden berdasarkan Jumlah tenaga Penunjang medis di Rumah sakit Wilayah DKI Jakarta Tahun 2016

N0.	Jumlah Tenaga Penunjang	Frekwensi	%
1	20- 40	4	11.76
2	41- 60	12	35.29
4	61- 80	8	23.56
5	81-100	6	17.64
6	> 101	4	11.76
Jumlah		34	100

Tabel 12

Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Karyawan Non Medis di Rumah Sakit Wilayah DKI Jakarta tahun 2016

N0.	Jumlah Tenaga Penunjang	Frekwensi	%
1	20- 40	10	29.41
2	41- 60	3	08.82
4	61- 80	4	11.76
5	81-100	5	14.70
6	> 101	12	35.29
Jumlah		34	100

Tabel 13

Distribusi Responden Berdasarkan Status Akreditasi RS di Rumah Sakit Wilayah DKI Jakarta tahun 2016

N0.	Status Akreditasi RS	Frekwensi	Persentase
1.	Sudah	21	61,00%
2.	Belum	13	38,00%
Jumlah		34	100,00%

Tabel 14

Distribusi Responden Berdasarkan Pelatihan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Wilayah DKI Jakarta tahun 2016

N0.	Pelatihan Keselamatan pasien	Frekwensi	Persentase
1.	Sudah	27	60,00%
2.	Belum	18	40,00%
Jumlah		45	100 %

## Hasil Asesmen Budaya Keselamatan Pasien

- Komitmen Pimimpin**

Tabel 15  
Distribusi Responden berdasarkan Komitmen Pimpinan  
di Rumah Sakit Wilayah DKI Jakarta tahun 2016

No.	Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Ragu ragu	Tidak setuju	Sangat Tidak setuju
<b>KOMITMEN PIMPINAN</b>						
1	Atasan / manajer kami memuji apabila staf bekerja sesuai dengan prosedur keselamatan pasien	16	20	9	0	0
2	Atasan / manajer kami mempertimbangkan usulan staf dengan serius untuk memperbaiki keselamatan pasien	15	7	21	0	2
3	Ketika terjadi kebutuhan mendesak, atasan saya ingin saya bekerja lebih cepat, bilamemungkinkan tidak memakai prosedur	1	6	5	25	8
4	Atasan / manajer akan member surat peringatan apabila ada masalah keselamatan pasien yang terjadi berulang kali	10	30	2	2	1
5	Dalam membuat suatu program, atasan / manajer akan melibatkan stafnya	20	21	4	0	0
	Jumlah	16	20	9	0	0

- Kerjasama Tim**

Tabel 16  
Distribusi Responden berdasarkan Kerjasama Tim  
di Rumah Sakit Wilayah DKI Jakarta tahun 2016

<b>KERJASAMA TIM</b>		Sangat setuju	Setuju	Ragu ragu	Tidak setuju	Sangat Tidak setuju
1	Manajemen RS memberikan lingkungan kerja yang sesuai dengan standar keselamatan pasien	16	18	11	0	0
2	Setiap bagian di rumahsakit tidak perlu berkoordinasi dengan bagian lain di rumah sakit	1	5	2	20	17
3	Ada kerjasama yang baik antara unit-unit RS yang perlu bekerjasama	12	28	4	1	0
4	Masalah sering terjadi dalam pertukaran informasi antar unit di RS	17	21	12	7	0
5	Tindakan Manajemen RS memperlihatkan bahwa keselamatan pasiena dalah prioritas tertinggi	20	19	6	0	0
6	Unit-unit RS bekerja bersama dengan baik untuk memberikan asuhan terbaik untuk pasien	18	20	6	0	0
	Jumlah	84	111	41	28	17



• **Pola Komunikasi**

Tabel 17  
Distribusi Responden berdasarkan Pola Komunikasi di Rumah Sakit Wilayah DKI Jakarta tahun 2016

POLA KOMUNIKASI		Sangat setuju	Setuju	Ragu ragu	Tidaksetuju	Sangat Tidak setuju
1	Kami mendapat feedback tentang perubahan yang dilakukan berdasarkan laporan insiden	9	30	6	0	0
2	Staf dapat berbicara dengan bebas apabila mereka melihat suatu hal yang dapat berdampak negative pada perawatan pasien	8	19	4	14	0
3	Kami diinformasikan tentang kesalahan yang terjadi di unit tempat kami bekerja	7	31	7	0	0
4	Staf bebas bertanya tentang keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasan	5	29	11	0	0
5	Di unit ini, kami berdiskusi tentang cara mencegah kesalahan agar tidak terjadi lagi	13	29	3	0	0
6	Staf takut bertanya apabila ada hal yang tidak benar	2	4	5	27	7
8	Staf sering merasa tidak nyaman ketika bekerja dengan staf dari unit lain	0	7	11	20	7
9	Pergantian shift sering menyebabkan masalah untuk pasien di RS	2	11	5	23	4
10	Informasi penting untuk asuhan pasien sering hilang pada waktu pergantian shift	2	9	3	27	4
11	Ketika akan memindahkan pasien dari satu unit ke unit lain, kami akan berpikir bahwa dapat terjadi sesuatu yang tidak diharapkan	5	20	2	15	3
Jumlah		53	189	57	126	25

• **Iklm Kerja**

Tabel 18  
Distribusi Responden berdasarkan Iklm Kerja di Rumah Sakit Wilayah DKI Jakarta tahun 2016

IKLIM KERJA		Sangat setuju	Setuju	Ragu ragu	Tidaksetuju	Sangat Tidak setuju
1	Staf saling mendukung di dalam satu unit	17	22	5	1	0
2	Kami memiliki cukup staf untuk mengatasi beban pekerjaan	2	17	14	12	0
3	Ketika ada banyak pekerjaan yang harus diselesaikan dengan cepat, kami bekerja bersama sebagai satu tim untuk menyelesaikan pekerjaan	14	467	6	0	0
4	Staf menghargai satu sama lain	11	28	6	0	0
5	Jam kerja panjang akan membuat kualitas pelayanan menurun	8	23	5	7	2
6	Kami melakukansecaraaktifhal-hal untuk memperbaiki keselamatan pasien	12	26	7	0	0
7	Untuk efisiensi, kami menggunakan lebih banyak staf part-time	2	8	9	24	2
8	Kesalahan staf adalah tanggung jawab mereka	0	3	6	29	7
9	Kesalahan membawa keperubahan positif	1	23	17	3	1
10	Kejadian yang tidak diharapkan hanya terjadi secara kebetulan di RS	1	7	6	28	3
11	Ketika benar-benar terjadi kejadian yang tidak diharapkan di suatu unit / departemen, unit / departemen lain akan membantunya	5	30	9	1	0
12	Setelah kami membuat perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien, kami akan mengevaluasi efektifitasnya	11	27	5	2	0
13	Apabila kami bekerja di RS dengan volume kerja yang besar, maka seluruh pekerjaan harus dikerjakan dengan cepat	4	17	13	11	0
14	Keselamatan pasien tidak pernah dikorbankan untuk menyelesaikan lebih banyak pekerjaan	9	22	10	3	1
15	Kami memiliki masalah keselamatan pasien di RS kami	0	16	12	14	3
16	Prosedur dan sistem kami cukup baik untuk mencegah kesalahan terjadi	7	19	17	2	0
Jumlah			<b>104</b>	<b>755</b>	<b>147</b>	<b>137</b>

• **Budaya tidak mencari siapa yang salah ( no blaming culture )**

Tabel 19

Distribusi Responden berdasarkan Budaya tidak mencari siapa yang salah di Rumah Sakit Wilayah DKI Jakarta tahun 2016

	<b>BUDAYA TIDAK MENCARI SIAPA YANG SALAH ( NO BLAMING CULTURE)</b>	Sangat setuju	Setuju	Ragu ragu	Tidaksetuju	Sangat Tidak setuju
1	Ketika sebuah kejadian dilaporkan, pelaporan kejadian terfokus pada pelaku	0	11	3	25	6
2	Staf mengkhawatirkan kesalahan yang telah dilakukan akan tercatat di file mereka	1	17	9	18	0
3	Ketika terjadi kesalahan kami mencari akar masalah dengan melihat system secara menyeluruh	17	23	5	0	0
	Jumlah	18	51	17	43	6

• **Organisasi Pembelajaran ( sistem pelaporan insiden )**

Tabel 20.

Distribusi Responden berdasarkan Organisasi Pembelajaran ( sistem Pelaporan Insiden) di Rumah Sakit Wilayah DKI Jakarta tahun 2016

	<b>SISTEM PELAPORAN INSIDEN/ ORGANISASI PEMBELAJAR</b>	Sangat setuju	Setuju	Ragu ragu	Tidak setuju	Sangat Tidak setuju
1	Hasil pembahasan permasalahan untuk suatu kasus dapat diterapkan untuk kasus sejenis yang lainnya	3	31	5	6	0
2	Apabila permasalahan di suatu bagian sudah selesai, maka permasalahan tidak perlu disosialisasikan ke unit / departemen lain karena akan membuat malu staf / departemen terkait	1	7	7	25	5
3	Manajemen RS menjalankan sistem keselamatan pasien hanya sesudah terjadi kejadian yang tidak diharapkan	0	6	4	24	11
	Jumlah	4	44	16	55	16

• **Pelatihan dan Pendidikan Keselamatan Pasien**

Tabel 21

Distribusi Responden berdasarkan Pelatihan dan Pendidikan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Wilayah DKI Jakarta tahun 2016

	<b>Pelatihan dan pendidikan tentang keselamatan pasien</b>	Sangat setuju	Setuju	Ragu ragu	Tidak setuju	Sangat Tidak setuju
1	RS akan lebih baik jika mempunyai staf yang berpengalaman dari pada yang mempunyai kualifikasi	16	20	9	0	16
2	Staf yang sudah berpengalaman tidak perlu mendapat pelatihan	15	21	7	0	15
3	Apabila ada staf baru yang sudah berpengalaman di kamar operasi RS lain, maka staf tersebut dapat langsung bekerja di kamar operasi RS kita	1	6	5	25	1
4	Apabila seseorang sudah memiliki sertifikasi tertentu, maka RS harus mengizinkan orang tersebut untuk melakukan tindakan sesuai dengan sertifikasi yang diperoleh	10	30	2	2	10
	Jumlah	42	42	77	23	27

• **Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit**

Tabel 22

Distribusi Responden berdasarkan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah sakit di Rumah Sakit Wilayah DKI Jakarta tahun 2016

BUDAYA KESELAMATAN PASIEN		Sangat setuju	Setuju	Ragu ragu	Tidak setuju	Sangat Tidak setuju
1.	Kebijakan / peraturan yang dibuat manajemen menempatkan keselamatan pasien sebagai prioritas	4	16	11	14	0
2.	Manajemen baru peduli terhadap keselamatan pasien apabila terjadi kecelakaan pada pasien	7	19	12	7	0
3.	Manajemen menciptakan iklim/ suasana kerja yang mendorong terlaksananya keselamatan pasien	3	17	10	15	0
4.	Manajemen memberikan pujian pada keberhasilan pekerjaan yang dilaksanakan sesuai dengan prosedur keselamatan pasien	2	15	11	14	3
5.	Manajemen mengutamakan hasil kerja/ pencapaian target sekalipun mengambil jalan pintas	3	31	5	6	0
6.	Kami diberi tahu mengenai kesalahan- kesalahan yang terjadi di unit	3	19	9	10	4
7.	Kami secara aktif melakukan kegiatan dalam rangka keselamatan pasien ( sosialisasi, bertukar informasi, diskusi, dll )	6	23	14	2	0
8.	Kami melakukan evaluasi keefektifan setiap perubahan strategi keselamatan pasien	3	18	10	14	0
9.	Kesalahan yang terjadi menjadi pemicu perubahan kearah yang lebih baik	5	4	1	24	11
10.	Kami mendiskusikan laporan kejadian kesalahan medis agar tidak terjadi kembali	3	15	13	10	4
Jumlah		39	177	96	116	22

**Analisis Regresi Linier Berganda**

**Analisis Univariat;** dilakukan uji normalitas untuk semua data numerik; Test distribution is Normal calculated from data, Seluruh variabel numerik menunjukkan data normal, uji kolmogorov smirnov (>0,05). Dengan demikian diputuskan bahwa seluruh variabel numerik dimasukkan kedalam proses selanjutnya.

**Langkah pertama pemodelan:** seleksi Bivariat, Seleksi bivariat masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Variabel yang dapat masuk model multivariat adalah variabel yang pada analisis bivariatnya mempunyai nilai p (p value) < 0,25. Uji yang digunakan pada analisis bivariat, Uji korelasi. Dilakukan analisis satu persatu (uji bivariat) ; Dilakukan uji korelasi Numerik vs Numerik antara variabel

(budaya keselamatan pasien vs komitmen pimpinan, kerjasama tim, pola komunikasi, iklim kerja, budaya tidak mencari siapa yang salah, sistem pelaporan insiden/ organisasi pembelajar, Pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien. Screening dengan membuang variabel yang nilai  $p \geq 0,250$  , Hasil analisis bivariat dengan korelasi didapatkan nilai p value untuk dimensi kerjasama tim ( $p=0.541$ ). Sedangkan untuk dimensi Komitmen pimpinan ( $p= 0,201$ ), pola komunikasi ( $p= 0,003$ ), iklim kerja( $p= 0,227$ ), budaya tidak mencari siapa yang salah ( $p= 0,001$ ), sistem pelaporan insiden ( $p= 0,000$ ), dan Pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien ( $p= 0,005$ ), dengan demikian hanya 6 variabel tersebut yang dapat dilanjutkan untuk masuk ke pemodelan multivariat.

VARIABEL	p value	keputusan
• Komitmen Pimpinan	,201	Dibuang
• Kerjasama Tim	,541	
• Pola Komunikasi	,003	
• Iklim kerja	,227	
• Budaya tidak mencari siapa yang salah	,001	
• Sistem pelaporan insiden/ organisasi pembelajar	,000	
• Pelatihan dan pendidikan	,005	

**Langkah Kedua;** Pemodelan Multivariat, variabel yang valid dalam model multivariat adalah variabel yang mempunyai p value < 0,05. Bila dalam model multivariat dijumpai variabel yang p value nya > 0,05, maka variabel tersebut harus dikeluarkan dalam model. Kolinieritas hubungan yang kuat antara 2 variabel dianggap kuat apabila ( $r \geq 0,80$ ) dapat meningkatkan  $r^2$ ; Apabila ada kolinieriti ( $r > 0,80$ ) maka membuang salah satu variabel dengan nilai r yang tinggi tersebut dengan mengembalikan ke konsep/teori (variabel yang paling berpengaruh yang tidak dibuang). Keputusan tidak ada kolinieriti, nilai  $r < 0,8$ .

**Model Prediksi,** Dilihat nilai p dan dibuang satu persatu variabel ( jika nilai  $p \geq 0,10$ ); Kemaknaan model lihat di tabel ANOVA, Kemaknaan parsial (kemaknaan dari koefisien regresi) jika nilai  $p \leq 0,10$  artinya bermakna. Variabel yang signifikan berpengaruh terhadap Budaya Keselamatan pasien adalah faktor pola komunikasi, iklim kerja, sistem pelaporan insiden/ organisasi pembelajar, budaya tidak mencari siapa yang salah (*no blame culture*) dan Pendidikan/ Pelatihan Keselamatan pasien. Analisis variabel dengan membuang variabel dengan p value tertinggi yaitu komitmen pimpinan. Variabel yang

signifikan berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien adalah variabel pola komunikasi, iklim kerja, sistem pelaporan insiden, budaya tidak mencari siapa yang salah, sistem pelaporan insiden/ Organisasi pembelajaran, dan Diklat keselamatan pasien.

**Langkah selanjutnya Uji Asumsi,** Agar persamaan garis yang digunakan untuk memprediksi menghasilkan angka yang valid, maka persamaan yang dihasilkan harus memenuhi asumsi-asumsi yang dipersyaratkan uji regresi linier ganda. Adapun uji asumsinya sbb: **Asumsi Eksistensi,** Untuk tiap nilai dari variabel X (variabel independen), variabel Y (dependen) adalah variabel random yang mempunyai mean dan varian tertentu. Asumsi ini berkaitan dengan teknik pengambilan sampel. Untuk memenuhi asumsi ini, sampel yang diambil harus dilakukan secara random. Cara mengetahui asumsi eksistensi dengan cara melakukan analisis deskriptif variabel residual dari model, bila residual menunjukkan adanya mean mendekati nilai nol dan ada sebaran (varian atau standar deviasi) maka asumsi eksistensi terpenuhi. Hasil dari output di atas menunjukkan angka residual dengan mean 0,000 dan standar deviasi 2,659. Dengan demikian asumsi Eksistensi terpenuhi.

**Asumsi independensi**, suatu keadaan dimana masing-masing nilai Y bebas satu sama lain. Jadi nilai dari tiap-tiap individu saling berdiri sendiri. Tidak diperbolehkan nilai observasi yang berbeda yang diukur dari satu individu diukur dua kali. Untuk mengetahui asumsi ini dilakukan dengan cara mengeluarkan uji Durbin Watson, bila nilai Durbin  $-2$  s.d.  $+2$  berarti asumsi independensi terpenuhi, sebaliknya bila nilai Durbin  $< -2$  atau  $> +2$  berarti asumsi tidak terpenuhi. Predictor Diklat Keselamatan Pasien, budaya tidak mencari siapa yang salah, iklim kerja, Komitmen Pimpinan, pola komunikasi, sistem pelaporan insiden/ organisasi pembelajar.

**Asumsi Homoscedasticity**, Varian nilai variabel Y sama untuk semua nilai variabel X. Homoscedasticity dapat diketahui dengan melakukan pembuatan plot residual. Bila titik tebaran tidak berpola tertentu dan menyebar merata disekitar garis titik nol maka dapat disebut varian homogen pada setiap nilai X dengan demikian asumsi homoscedasticity

terpenuhi. Sebaliknya bila titik tebaran membentuk pola tertentu misalnya mengelompok di bawah atau di atas garis tengah nol, maka diduga variannya terjadi heteroscedasticity.

**Asumsi Normalitas**, Variabel Y mempunyai distribusi normal untuk setiap pengamatan variabel X. dapat diketahui dari Normal P-P Plot residual, bila data menyebar di sekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal, maka model regresi memenuhi asumsi model regresi tidak memenuhi asumsi normalitas. Grafik normal P-P plot terlihat bahwa bentuk distribusinya normal, berarti asumsi normality terpenuhi.

Diagnostik multicollinearity, Dalam regresi linier tidak boleh terjadi sesama variabel independen berkorelasi secara kuat (multicollinearity). Untuk mendeteksi collinearity dapat diketahui dari nilai VIF (variance inflation factor), bila nilai VIF lebih dari 10 maka mengindikasikan telah terjadi collinearity

**Coefficients<sup>a</sup>**

Mode	Unstandardized Coefficients		Standar dized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Toleran ce	VIF
1 (Constant)	-5,968	7,271		-,821	,417		
komunikasi	,283	,147	,240	1,933	,060	,777	1,288
Iklim kerja	,212	,091	,265	2,326	,025	,923	1,083
Budaya tdk mencari siapa yg salah	,856	,359	,303	2,381	,022	,741	1,349
Org. pembelajar	,524	,305	,240	1,715	,094	,612	1,635
diklat	,364	,161	,281	2,259	,030	,777	1,286

Dependent Variable: budaya keselamatan pasien ;Predictor Diklat Keselamatan Pasien, budaya tidak mencari siapa yang salah, iklim kerja, Komitmen Pimpinan, pola komunikasi, sistem pelaporan insiden/ organisasi pembelajar. Dalam regresi linier tidak boleh terjadi

sesama variabel independen berkorelasi secara kuat (multicollinearity). Untuk mendeteksi collinearity dapat diketahui dari nilai VIF (variance inflation factor), bila nilai VIF lebih dari 10 maka mengindikasikan telah terjadi collinearity. Mengacu pada hasil uji asumsi ternyata

semua asumsi terpenuhi sehingga model dapat digunakan untuk memprediksi budaya keselamatan pasiendi rumah sakit.

Berdasarkan hasil analisis dapat disimpulkan bahwa dari beberapa variabel yang diajukan, maka **variabel yang mempengaruhi outcome ( budaya**

**keselamatan pasien ) adalah : Pola komunikasi, iklim kerja, budaya yang tidak mencari siapa yang salah , sistem pelaporan insiden /organisasi pembelajar dan Pendidikan & pelatihan tentang keselamatan pasien.**

## Model Akhir

### Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.729 <sup>a</sup>	.532		.472	2,824	2,087

Predictors: (Constant) : Diklat Keselamatan Pasien, budaya tidak mencari siapa yang salah, iklim kerja, pola komunikasi, sistem pelaporan insiden/ organisasi pembelajar;

Dependent Variable: budaya keselamatan pasien

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error				Tolerance	VIF
1	(Constant)	-5,968	7,271		-,821	,417		
	Pola komunikasi	,283	,147	,240	1,933	,060	,777	1,288
	Iklim kerja	,212	,091	,265	2,326	,025	,923	1,083
	Budaya tdk mencari siapa yang salah	,856	,359	,303	2,381	,022	,741	1,349
	Sistem pelaporan insiden/org pembelajar	,524	,305	,240	1,715	,094	,612	1,635
	Diklat KS	,364	,161	,281	2,259	,030	,777	1,286

**Interpretasi model,** setelah dilakukan analisis, ternyata variabel independen yang masuk model regresi adalah variabel Diklat Keselamatan Pasien, budaya tidak mencari siapa yang salah, iklim kerja, pola komunikasi, sistem pelaporan insiden/ organisasi pembelajar, Pada tabel “Model Summary” terlihat koefisien determinasi (R Square) menunjukkan nilai 0,532 artinya bahwa model regresi yang diperoleh dapat

menjelaskan 53,2% variasi variabel dependen budaya keselamatan pasien di RS atau dengan kata lain kelima variabel independen tersebut dapat menjelaskan variasi variabel budaya keselamatan pasien sebesar 53,2 %. Kemudian pada kotak “ANOVA”, kita lihat hasil uji F yang menunjukkan nilai p (sig) = 0,000, berarti pada alpha 5% kita dapat menyatakan bahwa model regresi cocok (fit) dengan data yang ada, atau dapat diartikan kelima

variabel tersebut secara signifikan dapat untuk memprediksi variabel budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

Pada kotak "Coefficient" kita dapat memperoleh persamaan garisnya, pada kolom B (di bagian Variabel In Equation) di atas, kita dapat mengetahui koefisien regresi masing-masing variabel. Dari hasil di atas persamaan regresi yang diperoleh adalah Persamaan regresi linear berganda : **budaya keselamatan pasien = -5,968 + 0,283 pola komunikasi + 0,212 iklim kerja + 0,856 budaya tdk mencari siapa yang salah + 0,524 sistem pelaporan insiden/ organisasi pembelajar + 0,364 Diklat Keselamatan pasien**

Dengan model persamaan ini, kita dapat memperkirakan budaya keselamatan pasien dengan menggunakan variabel : Diklat Keselamatan Pasien, budaya tidak mencari siapa yang salah, iklim kerja, pola komunikasi, sistem pelaporan insiden/ organisasi pembelajar. Adapun arti koef. B untuk masing-masing variabel adalah sebagai berikut : Setiap kenaikan skor budaya keselamatan pasien sebesar 1 poin, maka skor budaya tidak mencari siapa yang salah ( no blaming culture ) berkurang sebesar 0,856 poin setelah dikontrol variabel pengaruh pola komunikasi, iklim kerja, sistem pelaporan insiden dan diklat Keselamatan pasien. Kolom Beta dapat digunakan untuk mengetahui variabel mana yang paling besar peranannya (pengaruhnya) dalam menentukan variabel dependennya ( budaya keselamatan pasien). Semakin besar nilai Beta semakin besar pengaruhnya terhadap variabel dependennya. Pada hasil di atas berarti **variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit adalah faktor budaya tidak mencari siapa yang salah apabila ada insiden keselamatan pasien.**

### **Pengaruh Komitmen Pimpinan terhadap Budaya Keselamatan pasien di RS.**

Berdasarkan hasil uji menunjukkan tidak ada pengaruh langsung  $p=0,201$  yang berarti  $p>0,05$  antara Komitmen Pimpinan terhadap budaya keselamatan pasien, hal ini didukung penelitian (Setyowati, 2014) bahwa kepemimpinan efektif *Head Nurse* meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien oleh Perawat Pelaksana di RS, berdasarkan hasil analisis menunjukkan hubungan lemah dan positif antara kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Namun hasil penelitian ( Kartika, 2013) menunjukkan bahwa analisis pengaruh gaya kepemimpinan direktur terhadap Budaya Keselamatan Pasien di RS; Hasil penelitian menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan transformasional direktur telah melibatkan staf dalam menerapkan budaya keselamatan pasien.

### **Pengaruh Faktor Kerjasama tim dengan budaya keselamatan pasien.**

Berdasarkan Hasil uji person correlation menunjukkan tidak ada pengaruh secara signifikansi  $> 0,05$  yang artinya varians kedua kelompok sama. Maka signifikansi untuk uji ini adalah 0,541 ( $p$  value  $> 0,05$ ) artinya tidak ada perbedaan skor kerjasama tim. sehingga dapat disimpulkan bahwa kerjasama tim tidak berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Rakich (1995) mengemukakan bahwa: dalam kenyataannya, suatu organisasi pelayanan kesehatan mempunyai suatu budaya yang sangat berbeda dari organisasi bisnis, karena mereka memberikan pelayanan yang unqi dalam masyarakat dan secara alamiah mereka berhubungan dengan kemanusiaan. Pimpinan Organisasi pelayanan kesehatan mengelola rumah sakit dalam konteks yang

khusus yaitu budaya pelayanan kesehatan. Ciri rumah sakit diantaranya adanya otonomi tenaga medis yang sangat besar, diversifikasi tugas sangat luas dan tenaganya multi disiplin dan padat karya sehingga kerjasama tim adalah bukan sesuatu yang mudah untuk dilaksanakan di rumah sakit.

### **Pengaruh Faktor pola komunikasi terhadap Budaya keselamatan pasien di rumah sakit.**

Berdasarkan hasil uji pearson correlation menunjukkan adanya pengaruh yang signifikansi  $p < 0,05$  yang artinya varians kedua kelompok berbeda. Maka signifikansi untuk uji ini adalah 0,003 ( $p \text{ value} < 0,05$ ) artinya ada perbedaan skor pola komunikasi dengan budaya keselamatan pasien. Hasil penelitian mengemukakan bahwa pola komunikasi berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien. Pola komunikasi menggambarkan saling percaya dan terbuka (*communication founded on mutual trust and openness*); Alir dan proses informasi yang baik (*good information flow and processing*) akan meningkatkan budaya keselamatan pasien.

### **Pengaruh Faktor iklim kerja terhadap Budaya keselamatan pasien**

Berdasarkan hasil uji person correlation menunjukkan signifikansi  $> 0,05$  yang artinya varians kedua kelompok sama. Maka signifikansi untuk uji ini adalah 0,227 ( $p \text{ value} < 0,05$ ) artinya tidak ada perbedaan skor iklim kerja dengan budaya keselamatan pasien, artinya karyawan yang mempunyai iklim kerja yang baik akan meningkatkan budaya keselamatan pasien. Adanya iklim kerja yang baik member keyakinan bahwa pengecekan/ pengukuran keselamatan sebagai tindakan pencegahan yang mujarab (*confidence in the efficacy of preventative*

*safety*) measures) dan menjadi bagian penilaian kinerja karyawan;

**Budaya tidak mencari siapa yang salah ( no blaming culture) berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien.** Berdasarkan hasil uji pearson correlation menunjukkan signifikansi  $> 0,05$  yang artinya varians kedua kelompok sama. Maka signifikansi untuk uji ini adalah 0,001 ( $p \text{ value} < 0,05$ ) artinya ada perbedaan skor variable budaya tidak mencari siapa yang salah ( no blaming culture) dengan budaya keselamatan pasien. Artinya apabila di rumah sakit mempunyai budaya tidak mencari siapa yang salah, tetapi mencari mengapa terjadi kesalahan maka akan meningkatkan budaya keselamatan pasien. Dan hasil uji regresi ganda menunjukkan bahwa variable Budaya tidak mencari siapa yang salah ( *no blaming culture*) merupakan factor yang paling berpengaruh terhadap terbentuknya budaya keselamatan pasien.

### **Pengaruh Variabel sistem pelaporan insiden / organisasi pembelajar terhadap budaya keselamatan pasien.**

Berdasarkan hasil uji pearson correlation menunjukkan signifikansi  $> 0,05$  yang artinya varians kedua kelompok sama. Maka signifikansi untuk uji ini adalah 0,000 ( $p \text{ value} < 0,05$ ) artinya ada perbedaan skor variable sistem pelaporan insiden / organisasi pembelajar terhadap budaya keselamatan pasien. Artinya semakin adanya kesadaran karyawan apabila berbuat salah atau insiden keselamatan pasien maka harus melaporkan untuk dijadikan pembelajaran sehingga tidak akan mengalami kejadian insiden yang sama dikemudian hari.



### **Pengaruh Variabel Pendidikan dan pelatihan tentang keselamatan pasien terhadap budaya keselamatan pasien.**

Berdasarkan hasil uji pearson correlation menunjukkan signifikansi < 0,05 yang artinya varians kedua kelompok berbeda. Maka signifikansi untuk uji ini adalah 0,005 (pvalue < 0,05) artinya ada perbedaan skor pendidikan dan pelatihan tentang keselamatan pasien dengan budaya keselamatan pasien. Apabila karyawan mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang baik dalam keselamatan pasien maka akan meningkatkan budaya keselamatan pasien. Penting seluruh karyawan harus mempunyai persepsi yang sama tentang pentingnya keamanan/ safety dalam melakukan pelayanan (*shared perceptions of the importance of safety*). Dapat disimpulkan bahwa pendidikan dan pelatihan tentang keselamatan pasien berpengaruh secara positif terhadap budaya keselamatan pasien.

### **Variabel yang paling berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien. Berdasarkan**

Persamaan regresi linear berganda dapat memperkirakan budaya keselamatan pasien dengan menggunakan variabel : Diklat Keselamatan Pasien, budaya tidak mencari siapa yang salah, iklim kerja, pola komunikasi, sistem pelaporan insiden/ organisasi pembelajar. Bahwa setiap kenaikan skor budaya keselamatan pasien sebesar 1 poin, maka skor budaya tidak mencari siapa yang salah ( no blaming culture ) meningkat sebesar 0,856 poin setelah dikontrol variabel pengaruh pola komunikasi, iklim kerja, sistem pelaporan insiden dan diklat Keselamatan pasien. Artinya bahwa karyawan / rumah sakit yang memiliki budaya tidak mencari siapa yang salah ( no blaming culture) maka akan mempunyai budaya keselamatan pasien yang tinggi pula. Pada hasil analisis di atas berarti variabel yang paling besar

pengaruhnya terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit adalah faktor budaya tidak mencari siapa yang salah ( *no blaming culture* ) apabila ada insiden keselamatan pasien. Sehingga untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien, di rumah sakit perlu menanamkan nilai - nilai apabila terjadi kesalahan tidak mencari siapa yang salah tetapi mencari mengapa terjadi kesalahan.

### **Kesimpulan**

Berdasarkan pembahasan di atas dapat disimpulkan bahwa sebagai berikut : Variabel komitmen pimpinan tidak berpengaruh langsung terhadap budaya keselamatan pasien. Variable kerjasama tim tidak berpengaruh langsung terhadap budaya keselamatan pasien. Variable pola komunikasi berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan pasien. Variable Iklim kerja berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan pasien. Variable budaya tidak mencari siapa yang salah ( *no blaming culture* ) berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan pasien. Variable sistem pelaporan insiden / organisasi pembelajar berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan pasien. Variable Pendidikan dan pelatihan tentang keselamatan pasien berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan pasien.

Hasil uji statistik secara keseluruhan variable, maka variabel pola komunikasi, iklim kerja, budaya tidak mencari siapa yang salah ( *no blaming culture* ), sistem pelaporan insiden dan diklat tentang keselamatan pasien secara signifikan dapat digunakan untuk memprediksi variable budaya keselamatan pasien.

Berdasarkan pemodelan di atas, dapat memperkirakan skor budaya keselamatan pasien di rumah sakit dengan menggunakan variable pola komunikasi, iklim kerja, budaya tidak mencari siapa yang salah ( *no blaming culture* ), sistem

pelaporan insiden dan diklat tentang keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien RS di Jakarta tergolong sedang dengan persentasi 53,2%, artinya budaya keselamatan pasien sebesar 53,2% dipengaruhi oleh variable pola komunikasi, iklim kerja, budaya tidak mencari siapa yang salah ( *no blaming culture* ), sistem pelaporan insiden dan diklat tentang keselamatan pasien.

Pada rumah sakit yang mempunyai budaya tidak mencari siapa yang salah ( *no blaming culture* yang tinggi maka budaya keselamatan pasien akan meningkat 0,856 setelah dikontrol variable pola komunikasi, iklim kerja, sistem pelaporan insiden dan diklat tentang keselamatan pasien . Dalam upaya meningkatkan budaya keselamatan pasien di rumah sakit, maka perlu dilakukan berbagai upaya, diantaranya : Perlu sosialisasi secara terus menerus tentang program keselamatan pasien, mengingat baru 60% rumah sakit yang sudah melakukan diklat keselamatan pasien. Perlu melakukan peninjauan kembali tentang peraturan SDM yang apabila terjadi insiden maka tidak mencari siapa yang salah tetapi mencari jawaban mengapa terjadi kesalahan. Perlu peningkatan komitmen pimpinan terhadap program keselamatan pasien di rumah sakit.

#### **Daftar Pustaka**

Azrul, azwar, *Menuju Pelayanan Kesehatan yang Lebih Bermutu*, Yayasan Penerbitan IDI, Jakarta, 1996, p.39.

ARSPI, AD dan ART *Asosiasi Rumah sakit Pedidikan Indonesia*, (Jakarta, 2005,p11)

Budihardjo, Andreas, *Pentingnya Safety Culture* di rumah sakit, upaya meminimalkan *Adverse Events*, Jurnal, 2012

Depkes, *Sistem Kesehatan Nasional* , 2004, p20

Depkes- KKPRS, *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah sakit ( Patient safety)*, (Jakarta, 2008, edisi 2), p 20.

Flin, R. (2007). Measuring safety culture in health care: A case of accurate diagnosis.*International Journal for Quality in Health Care*

Flin, R. (2009). Developing a safety culture in healthcare.

James F Stoner, R Edward Freeman, and Daniel R Gilbert JB, *Manajemen*, Jilid I, Ed Bhs. Indonesia, (Jakarta: PT Prenhallindo, cv 1996), p.181.

Jonathan S Rakich, Longest, Bkurt Darr, *Managing Health Service Organization* (Baltimore: Health Profession Press, 1995, 5<sup>th</sup> ed),p.12

Koentjaraningrat, *Kebudayaan dan Mentalitas Pembangunan*,(Jakarta: Gramedia,983), p.1.

Matsubara, S., Hagihara, A., &Nobutomo, K. (2008). Development of a patient climate scale in Japan. *International Journal of Quality in Health Care*, Vol. 20, Number 3: 211-220.

Nurmalia, Devi , Hanny Handiyani, Hening Pujasari, *Penelitian Pengaruh Program Mentoring terhadap Penerapan Budaya Keselamatan pasien, jurnal, 2013*

Pembukaan Undang-Undang RI tahun 1945

Rachmawati , Emma, Model Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien di RS Muhamadiyah; Melalui CFA diperoleh 4 faktor yang saling berhubungan secara bermakna untuk model pengukuran iklim keselamatan pasien, yaitu Kepemimpinan Transformasional, Kesadaran Individual, Kerjasama Tim: serta Budaya Keselamatan Pasien ( Model ini dapat ditunjukkan variasi Kondisi Budaya Keselamatan Pasien di kelima RSMA. disertasi, 2011

Setiowati, Dwi ,Allenidekania, Luknis Sabri, Kepemimpinan Efektif *Head Nurse* Meningkatkan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RS, jurnal, 2013

Undang- Undang RI No. 23, **Kesehatan**, Jakarta, 1992 , p 9

Undang- Undang N0.44, rumah sakit, 2009

Vincent Gaspersz, *Manajemen Kualitas dalam Industri Jasa*, (Jakarta: PT SUN,1997), p.5.

Winston Dictionary, 1956

Walshe, Kieran and Boaden,Ruth , *Patient safety: research into practice*,New York, 2006, p 174

Yuni, Kartika, Analisis Pengaruh Gaya Kepemimpinan Direktur terhadap Budaya Keselamatan Pasien di RS, penelitian, 2013