


## BUDAYA KESELAMATAN DI RUMAH SAKIT TERAKREDITASI SELAMA PANDEMI COVID-19

Peneliti	 Ringkasan Eksekutif
<p>Ketua : Dr. dr Duta Liana, MARS, FISQua</p> <p>Anggota :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dr. Jerry Maratis,Ftr., M.Fis</li> <li>2. Nuraini Fauziah, S.S.T., M.K.M.</li> <li>3. Fifi Dwijayanti, SKM, MKM</li> </ol>	<p><b>Latar Belakang:</b> Pandemi COVID-19 menjadi tantangan rumah sakit menyikapi perubahan untuk menjamin mutu dan keselamatan pasien dan petugas agar tercipta budaya kelamatan rumah sakit. Merujuk pada kasus COVID-19, hingga 25 Desember 2022 jumlah kematian di seluruh dunia mencapai 6.678.098 jiwa dengan 656.864.989 jiwa terkonfirmasi positif. Kasus ini menginfeksi masyarakat umum dan tenaga kesehatan dengan tingkat kematian tertinggi saat perawatan di rumah sakit. Budaya keselamatan rumah sakit berhubungan dengan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, terlebih saat pandemi COVID-19 meningkatkan risiko infeksi bagi pekerja dan pasien. Pengukuran budaya keselamatan memerlukan kombinasi kuantitatif dan kualitatif untuk mendapatkan gambaran lengkap budaya keselamatan.</p> <p><b>Tujuan:</b> Bertujuan untuk mendapatkan gambaran budaya keselamatan secara kualitatif di rumah sakit terakreditasi selama pandemi COVID-19.</p> <p><b>Metode:</b> Penelitian deskriptif kualitatif dengan pemilihan informan secara <i>purposive sampling</i> pada tiga rumah sakit terakreditasi yaitu RS Cipto Mangunkusumo, RS Universitas Indonesia dan RS Pertamina Jaya. Instrumen penelitian mengacu pada kuesioner budaya keselamatan yang telah dimodifikasi berisi 42 pertanyaan <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) dan 10 pertanyaan Wawancara Mendalam (WM) yang dikelompokkan menjadi enam indikator yaitu kepemimpinan, komunikasi, regulasi, lingkungan kerja, partisipasi dan pelatihan. Pengambilan data primer dengan triangulasi metode dan teknik analisis data secara <i>narrative analysis</i>. Telah lolos etik No.434/UN2.F10.D11/PPM. 00.02/2020.</p> <p><b>Hasil:</b> Hasil kualitatif dari FGD dan WM menunjukkan ketiga rumah sakit terakreditasi telah memiliki program budaya keselamatan serta Keselamatan dan Kesehatan Kerja RS (K3RS). Rumah sakit telah membuat regulasi yang disesuaikan dengan pandemi COVID-19 dan ditunjang oleh komitmen pimpinan, supervisi serta tindak lanjut monitoring evaluasi. Lingkungan kerja bersifat kondusif yg membuat pasien dan pekerja aman dilengkapi sarpras, misal dengan ketersediaan APD yang lengkap. Partisipasi keselamatan dilakukan dengan saling memberikan informasi, mengingatkan dan berperilaku aman. Komunikasi dilakukan dengan sosialisasi dan feedback khususnya bila terjadi insiden. Pelatihan dilaksanakan untuk mendukung keselamatan pasien dan pekerja. Standar akreditasi rumah sakit dirasakan sangat membantu dalam melakukan upaya keselamatan.</p> <p><b>Kesimpulan:</b> Ketiga rumah sakit terakreditasi telah menerapkan budaya keselamatan selama pandemi COVID-19 ditunjukkan dengan enam indikator budaya keselamatan, meliputi: komitmen manajemen (kepemimpinan), komunikasi keselamatan, aturan dan prosedur (regulasi), lingkungan kerja yang mendukung, keterlibatan personal (partisipasi), dan pelatihan keselamatan. Peran akreditasi sangat penting bagi budaya keselamatan rumah sakit.</p> <p><b>Kata kunci:</b> Budaya Keselamatan, Rumah Sakit, Akreditasi, Kualitatif, Pandemi</p>
	<p>  <b>HKI dan Publikasi</b> </p> <p>Publikasi pada jurnal internasional : International Journal of Research and Review (IJRR) Januari tahun 2024 <a href="https://www.ijrrjournal.com/IJRR_Vol.11_Issue.1_Jan2024/IJRR22.pdf">https://www.ijrrjournal.com/IJRR_Vol.11_Issue.1_Jan2024/IJRR22.pdf</a></p>

Latar Belakang	 Hasil dan Manfaat
<p>Sindrom pernapasan akut coronavirus (SARS-CoV-2), pertama kali ditemukan di Wuhan, provinsi Hubei, Cina pada Januari 2020 (Wu et al., 2020; Zhou et al., 2020). Wabah diumumkan menjadi pandemi COVID-19 pada 11 Februari 2020 oleh <i>World Health Organization</i> (WHO, 2020). Sejak saat itu, virus tersebut telah menyebar ke seluruh dunia dan memodifikasi diri dengan berbagai jenis lainnya, seperti OC43, NL63, HKU1 and 229E, dll (Ciotti et al., 2020).</p> <p>Pandemi COVID-19 menjadi tantangan rumah sakit untuk menyikapi berbagai perubahan dalam menjamin mutu dan keselamatan serta mendukung terciptanya budaya kelayakatan rumah sakit (Liana et al., 2021). Mayoritas tenaga kesehatan belum mempunyai pengalaman menangani COVID-19. Tenaga kesehatan perlu menyesuaikan diri dengan perubahan antara lain implementasi panduan penatalaksanaan COVID-19, kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), perubahan interaksi pasien dengan perawat, serta kecemasan tertular COVID-19 ataupun menularkan kepada keluarga (Astari et al., 2021). Disisi lain tantangan pelayanan kesehatan menghadapi COVID-19 antara lain kurang atau tidak tersedianya APD, rendahnya jumlah sumber daya manusia yang kompeten, kurangnya peralatan penunjang ventilator dan kesulitan akses pemeriksaan <i>Polymerase Chain Reaction</i> (PCR) (Fitri et al., 2020).</p> <p>Rumah sakit sebagai institusi layanan kesehatan bertujuan memberikan perlindungan bagi keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit, serta menjamin keselamatan pekerja rumah sakit yang mempunyai potensial risiko insiden kecelakaan kerja ataupun penyakit akibat kerja (PAK) (Undang-Undang Republik Indonesia, 2009). Hippocrates menggunakan istilah <i>First, do no harm</i> bertujuan menyelamatkan pasien dari pelayanan kesehatan yang semakin kompleks akan perkembangan ilmu dan teknologi.</p> <p>Di Amerika Serikat, cedera yang terjadi pada pekerja pelayanan kesehatan dua kali lebih besar dibandingkan industri swasta (OSHA, 2013). Kecelakaan pekerja di rumah sakit berdampak dalam berbagai aspek, salah satunya adalah mengurangi produktivitas (ILO, 2013). Di Indonesia, berdasarkan data Komite Nasional Keselamatan Pasien menunjukkan peningkatan laporan rumah sakit tentang adanya IKP dan peningkatan kasus KTD, KTC, KNC sejak tahun 2015 hingga tahun 2019. Laporan IKP tahun 2019 sejumlah 334 RS dengan total kasus 7465 dimana 2303 KTD, 2326 KTC dan 2836 KNC. Pelaporan ini meningkat dibandingkan dengan tahun sebelumnya di 2018 sebesar 145 RS dengan 1489 kasus (Ministry of Health, 2020).</p>	<p>Kuesioner budaya keselamatan yang digunakan oleh peneliti memiliki 42 pertanyaan yang dikelompokkan menjadi 6 (enam) indikator atau faktor-faktor yang ada pada budaya keselamatan, yaitu: komitmen manajemen (kepemimpinan), komunikasi keselamatan, aturan dan prosedur (regulasi), lingkungan yang mendukung, keterlibatan personal (partisipasi), dan pelatihan keselamatan.</p> <p><b>1. Komitmen Manajemen (Kepemimpinan)</b></p> <p>Komitmen manajemen antara lain pimpinan melakukan sosialisasi untuk meningkatkan kesadaran pekerja, khususnya tenaga kesehatan untuk menerapkan program budaya keselamatan terutama pada saat keadaan pandemi. Monitoring terhadap kepatuhan melaksanakan prosedur seperti tidak melakukan perjalanan keluar kota tanpa izin atasan dan menerapkan protokol kesehatan yang dilakukan sebelum, saat dan setelah bekerja. Tenaga kesehatan selalu melapor kepada supervisor, selalu menerapkan social distancing tidak hanya di lingkungan dan diluar lingkungan kerja, dan melakukan <i>daily check-up</i> sebelum bekerja serta rutin dengan skrining kesehatan baik rapid maupun test <i>swab</i> PCR (<i>Polymerase Chain Reaction</i>).</p> <p><i>“Ada perhatian khusus dari supervisor terhadap program budaya keselamatan. Dalam sosialisasi mengenai budaya keselamatan, supervisor selalu menghimbau untuk lebih meningkatkan Budaya Keselamatan, seperti halnya untuk tidak pergi keluar kota, jika ada hal yang mengharuskan pergi ke luar kota harus memenuhi prosedur yang ada, tetap social distancing, dan sebagainya. Prosedur yang harus dilakukan oleh pekerja terkait implementasi budaya keselamatan pada saat pandemi ini diantaranya, ketika ke luar dari penginapan (tempat tinggal Nakes) harus lapor terhadap atasan, rutin melakukan screening swab kesehatan, harus melakukan <i>daily check up</i> (cek kesehatan setiap sebelum bekerja), tujuannya untuk keselamatan pekerja.” (Manajemen RS, WM).</i></p> <p>Pimpinan rumah sakit menanggapi masukan terkait lingkungan kerja yang perlu perbaikan khususnya dalam anggaran karena akan berisiko kecelakaan pada pasien dan pekerja.</p> <p><i>Pimpinan rumah sakit punya grading atau skala prioritas dari yang besar sampai yang kecil. Nanti akan dilihat kalau terkait anggaran, dan pimpinan juga akan membantu akan mencari jalan keluar. (Pekerja RS, FGD)</i></p> <p>Komitmen manajemen rumah sakit melalui <i>management walkthrough</i> bertujuan melakukan pemantauan terhadap kepatuhan dari tenaga kesehatan terhadap aturan-aturan yang berlaku di rumah sakit tentang keselamatan kerja serta</p>

Merujuk pada kasus COVID-19, hingga 25 Desember 2022 jumlah kematian di seluruh dunia mencapai 6.678.098 jiwa dengan 656.864.989 jiwa terkonfirmasi positif (WHO, 2022). Di Indonesia hingga 25 Desember 2022 sebanyak 160.524 orang meninggal karena terinfeksi COVID-19 dimana 6.715.586 terkonfirmasi positif (Satgas COVID 19, 2022; WHO, 2022). Kasus ini tidak hanya mengenai masyarakat umum namun juga menginfeksi pada tenaga kesehatan dan secara keseluruhan tingkat kematian tertinggi ketika mendapatkan perawatan di rumah sakit (Putri, 2020). Saat pandemi COVID-19 meningkatkan risiko infeksi yang berdampak pada keselamatan dan kesehatan pekerja dan pasien di rumah sakit (Muhtar et al., 2020; Putri, 2020).

Budaya keselamatan di rumah sakit yang kuat berhubungan dengan pencapaian hasil yang baik. Keselamatan pasien menjadi poin penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Penguatan budaya keselamatan di rumah sakit erat kaitannya dengan upaya peningkatan kualitas pelayanan (DiCuccio, 2015; Fan et al., 2016; Tartaglia Reis et al., 2018). Budaya keselamatan yang kurang baik dapat menurunkan kualitas pelayanan (Hughes & Ferrett, 2013). Terdapat hubungan antara budaya keselamatan dengan pencegahan kecelakaan (Henriqson et al., 2014). *National Health and Safety* menyatakan bahwa budaya keselamatan mempengaruhi perilaku pekerja dalam hal mengambil risiko, mengikuti aturan, dan perbincangan tentang keamanan (WHO, 2009). Budaya keselamatan merupakan budaya organisasi berbentuk kesamaan kepercayaan, sikap, nilai, norma, dan karakteristik perilaku para pekerjanya terkait kinerja organisasi dalam aspek keselamatan dengan mengenali risiko agar mencapai prosedur yang aman, lingkungan bebas menyalahkan, dan komitmen organisasi dalam bentuk sumber daya (Mohler, 2015; Morello et al., 2013).

Istilah budaya dan iklim keselamatan belum memiliki perbedaan yang jelas. Banyak penulis menggunakan istilah budaya keselamatan dan iklim keselamatan secara tertukar (Gadd et al., 2002). Iklim keselamatan merupakan persepsi dan sikap pekerja (individu) dari budaya keselamatan dalam suatu organisasi tentang komitmen manajemen berkaitan dengan prosedur, kebijakan dan praktik keselamatan (Flin, 2007; Rasmussen et al., 2006). Griffin et al. mengembangkan konstruk iklim keselamatan terdiri dari persepsi yang dibagikan berupa nilai dan praktik pada semua level (Griffin & Curcuruto, 2016).

Penelitian budaya keselamatan pasien di rumah sakit sudah banyak dilakukan, seperti penelitian Sorra & Nieva (2004) serta Handler, et.al (2006),

pelayanan pasien. *Management walkthrough* ini juga memiliki fungsi untuk melihat apakah ada *hazard* atau risiko kesehatan yang harus cepat mendapat respon dan harus segera dimitigasi. Kegiatan *management walkthrough* ini biasanya rutin dilakukan sebulan sekali, serta adanya sidak khusus yang dilakukan dua bulan sekali oleh direktur, wakil direktur, petugas K3RS, PPI, manajemen mutu, dan unit terkait. Kegiatan monitoring dapat dilakukan juga oleh masing-masing kepala bagian kepada jajaran dibawahnya yang bersifat lebih internal dilakukan setiap hari pada saat bertugas. Bila ada kondisi yang harus mendapat perhatian atau pimpinan dapat direspon dan langsung dilakukan perbaikan. Adanya tindak lanjut seperti itu merupakan bentuk *review* yang dilakukan oleh tim manajemen. Tidak semua kasus dilaporkan ke direktur, tergantung tingkatan kasusnya, jika kasus itu tergolong ringan maka cukup dilakukan koordinasi antara unit terkait dengan team manajemen. Jika kasus bersifat fatal maka manajemen akan memberikan waktu yang cukup lama untuk melakukan investigasi kasus tersebut. Ada rentang waktu untuk melakukan investigasi, dimana waktu paling lama adalah 1 bulan. Hasil investigasi akan disosialisasikan kepada seluruh pekerja dimana setelah itu dilakukan perbaikan-perbaikan dalam sistem kerja.

*"Jadi untuk waktu memang kita dari manajemen itu memberikan waktu yang cukup untuk menelaah, untuk melakukan investigasi." (Tenaga Kesehatan RS, FGD)*

Terdapat juga monitoring untuk berbagai kegiatan pelayanan pasien melalui *daily report*. Dimana pembahasan *daily report* ini dilakukan pada rapat koordinasi di masing-masing bagian setiap pagi. Pernyataan tentang sistem monitoring yang dilakukan oleh para pimpinan rumah sakit tersebut dapat dilihat pada dua kutipan wawancara di bawah ini.

*"Adanya perhatian dari supervisor baik itu Direksi maupun Kepala terhadap program budaya keselamatan, diimplementasikan dengan adanya kegiatan Management Walkthrough yang rutin dilakukan setiap bulan. Pada kegiatan tersebut Direksi dan Kepala Unit ikut serta melihat kondisi di lapangan terkait kepatuhan terhadap aturan-aturan yang berlaku di Rumah Sakit, baik dari sisi keselamatan kerja maupun pemenuhan terhadap perundang-undangan. Selain itu ada juga kegiatan yang bersifat tentatif (tidak tentu), implementasi dari kegiatan tersebut adalah adanya kontrol keliling sambil melihat-lihat jika dirasa ada risiko-risiko yang perlu dimitigasi. Untuk kegiatan yang rutin itu sudah jelas waktunya pelaksanaannya, tetapi untuk yang sifatnya lebih personal itu dilakukan ketika sedang bertugas saja. Jadi jika ada ketidaksesuaian disitu langsung dilakukan teguran dan coaching supaya dilakukan perbaikan". (Tenaga Kesehatan RS, FGD)*

*"Iya, diantaranya kegiatan terkait dengan insiden keselamatan pasien, pemantauan*

Singer, et al (2009), Kartika et al. (2015), Kusumapradja (2017). Adapun penelitian iklim keselamatan pasien antara lain Matsubara, et al (2008), Rachmawati (2011). Sedangkan penelitian iklim keselamatan di luar layanan kesehatan seperti industri dan konstruksi antara lain Loosemore et al. (2019), Sunindijo et al. (2019), Marin et al. (2019), dan Probst et al. (2019).

Di Libanon, penelitian pada 68 RS menggunakan kuesioner dari HSOPSC, menunjukkan hubungan signifikan antara budaya keselamatan pasien dengan variabel pelaporan, komunikasi, kepemimpinan dan manajemen, *staffing*, ukuran rumah sakit dan status akreditasi. Rumah sakit terakreditasi memiliki persepsi keselamatan lebih baik dibandingkan rumah sakit yang belum diakreditasi karena akreditasi merupakan salah satu upaya perbaikan (El-Jardali, Dimassi, Jamal, Jaafar, & Hemadeh, 2011). Di bidang layanan kesehatan, terdapat 8 instrumen pengukuran iklim/budaya keselamatan pasien yang sering digunakan yaitu SAQ, SCSu, SCSc, VicSCS, SCORE, HOPSC, MSI, PSCHO (Hodgen et al., 2017).

Di Indonesia Liana et al. (2022) telah melakukan penelitian kematangan budaya keselamatan rumah sakit dengan menggunakan instrumen DUTA-RS yang sudah paten dan merupakan pengembangan dari sintesis berbagai literatur, penelitian dan instrumen budaya keselamatan, termasuk SNARS (Liana et al., 2022). Liana et al. melakukan pengukuran kuantitatif dan kualitatif guna memperdalam kematangan budaya keselamatan yang sudah dilaksanakan di rumah sakit (Liana et al., 2021, 2022).

Pengukuran budaya keselamatan memerlukan kombinasi metode kuantitatif dan kualitatif agar pengukuran dapat menghasilkan gambaran yang lengkap tentang budaya keselamatan melalui wawancara terstruktur, survei, kuesioner, observasi, *focus group discussion* (FGD), *review* informasi terdahulu, wawancara, dan studi kasus (Hodgen et al., 2017; Kummerow & Kirby, 2013; Wiegmann et al., 2004).

Berdasarkan latar belakang diatas, untuk itu perlu dilakukan penelitian kualitatif budaya keselamatan rumah sakit untuk memperdalam penjelasan budaya keselamatan yang sudah diterapkan di rumah sakit terakreditasi khususnya selama pandemi COVID-19. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran budaya keselamatan selama pandemi COVID-19 di rumah sakit terakreditasi secara kualitatif.

*terhadap pasien yang lebih intensif, serta pemenuhan sarana prasarana. Kemudian kegiatan terkait dengan risiko penularan dan pemaparan covid, aturan WFH, aturan keluar kota yang harus diterapkan dan dijalankan. Pelaksanaan pelayanan terintegrasi selalu diingatkan dalam setiap morning report, serta pelaksanaan Management Walkthrough yang dilakukan rutin setiap bulan". (Manajemen RS, WM)*

*"Saat ini sih manajemen berkomitmen rutin melakukan review minimal dua minggu sekali atau satu bulan sekali, dimana kita selalu membicarakan hal-hal yang terkait dengan keselamatan, baik itu keselamatan pasien, pekerja, maupun keselamatan lingkungan rumah sakit." (Manajemen RS, WM)*

Bentuk komitmen lain dari pimpinan setelah melakukan management *walkthrough* serta supervisi dan evaluasi yang dilakukan oleh kepala bagian/supervisor setiap hari adalah adanya *feedback* kepada tenaga kesehatan tentang prosedur mana saja yang harus diperbaiki. Dimana tujuan dari *feedback* agar ada perbaikan dalam menjalankan prosedur sehingga mendapatkan hasil yang lebih baik dan aman untuk semua pasien serta tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan tersebut.

*"Adapun bentuk perhatian yang diberikan oleh Supervisor selama ini adalah pemberian fasilitas penuh, bekerjasama dengan IPCN (Infection Prevention Control Nurse) selalu melaporkan kegiatan setiap bulan ke Supervisor, begitu juga melaporkan laporan surveillance dan kejadian-kejadian yang terkait dengan PPI setiap bulan, kemudian dari hasil laporan tersebut Supervisor akan memberikan feedback perbaikan-perbaikan yang harus dibenahi untuk ke depannya. Supervisor akan selalu memberikan feed back positif jika ada perilaku yang tidak aman, begitu juga jika sudah menerapkan perilaku aman maka Supervisor akan terus mengingatkan supaya meningkatkan penerapan perilaku tersebut". (Tenaga Kesehatan RS, FGD)*

Petugas K3 rumah sakit telah bekerjasama dengan komite Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Infeksi (PPI) dan Mutu untuk melaksanakan *management walkthrough* dalam memberikan sosialisasi atau pelatihan kepada pekerja. Dilakukan juga identifikasi perilaku pekerja yang dapat membahayakan keselamatan pasien maupun lingkungan. Setelah itu melakukan identifikasi kondisi lingkungan yang tidak aman, membuat pedoman atau SPO yang berhubungan dengan pekerjaan. Setelah membuat pedoman atau SPO adalah melakukan monitoring berkaitan dengan pelaksanaan budaya keselamatan. Terkait tugas Petugas K3 Rumah Sakit (K3RS) dalam hal implementasi budaya keselamatan dilakukan rutin setiap 2 minggu. Apabila terjadi pelanggaran pedoman atau SPO oleh pekerja, baik itu

Metode	
<p>Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan pemilihan informan secara <i>purposive sampling</i>. Data diperoleh melalui sumber data primer dengan wawancara mendalam (<i>in-depth interview</i>) dan <i>Focus Group Discussion</i> (FGD). <i>Purposive sampling</i> merupakan teknik pengambilan sampel dengan menentukan kriteria tertentu. Kriteria dalam penelitian ini adalah yang mampu laksana dari segi biaya dan sumber daya manusia (Sugiyono, 2008 dalam Lararenjana, 2020).</p> <p>Penelitian dilaksanakan pada tiga rumah sakit terakreditasi yaitu RSUPN.Cipto Mangunkusumo/RSCM (kelas A), Rumah Sakit Universitas Indonesia/RSUI (kelas B), Rumah Sakit Pertamina Jaya/RSPJ (kelas C).</p> <p>Informan penelitian ini meliputi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) atau Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS), Tim K3RS, HSE, SDM, tenaga-tenaga kesehatan dari Unit IGD, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi ICU, Unit Laboratorium, Penunjang Medis, Farmasi, Laundry, Bidang Keperawatan, Bidang/Unit Pelayanan Medik, Bidang Pelayanan Mutu, Bidang Layanan Penunjang Non Medis, dan Bidang Pengembangan Profesi.</p> <p>Instrumen pertanyaan <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) dan Wawancara Mendalam (WM) mengacu pada Kuesioner Budaya Keselamatan oleh Loosemore et al. dan Sunindijo et al. (Loosemore et al., 2019; Sunindijo et al., 2019) yang telah dimodifikasi. Instrumen FGD berisi 42 pertanyaan dan instrumen wawancara berisi 10 pertanyaan.</p> <p>Pengambilan data dilakukan secara triangulasi metode untuk menjaga kredibilitas data. Teknik analisis data kualitatif dilakukan secara <i>narrative analysis</i>. Informasi yang didapatkan dari informan diceritakan kembali secara naratif guna mempelajari kehidupan informan merujuk pada masalah penelitian (Clandinin, 2006; Riessman, 2008).</p> <p>Penelitian ini telah lolos kaji etik dari Komite Etik Riset dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia No.434/UN2.F10.D11/PPM.00.02/2020.</p>	<p>disengaja ataupun tidak maka pihak K3RS akan melaporkan ke atasan, selain itu juga berhak sesuai dengan tugas dan tanggungjawabnya untuk memberikan teguran serta mengingatkan supaya tidak terulang lagi.</p> <p><i>"Kalau Petugas K3RS bekerjasama dengan PPI dan Mutu memberikan sosialisasi, atau pelatihan, selain itu juga control dilaksanakan per dua minggu."</i></p> <p><i>"Tim SPO terdiri dari manajemen, kepala-kepala staf, sama pengawas."</i></p> <p><i>"Jika terjadi pelanggaran pada pekerja, yang dilakukan oleh Petugas K3RS adalah melaporkan dulu ke atasannya, nanti akan diberi teguran seperti itu, atau akan diingatkan kembali ke teman-teman, atau melalui masing-masing kepala unitnya melalui group."</i> (Manajemen RS, WM)</p> <p>Selanjutnya dilakukan monitoring dan evaluasi, serta review terhadap temuan temuan yang ada yang bertujuan untuk perbaikan kedepannya.</p> <p><i>"Memang secara umum sudah berjalan dengan baik, tapi kan kita namanya terkait dengan budaya itu kan harus dipupuk terus, kadang-kadang kalau misalnya kita kendor juga mereka lalai dan lain-lain, jadi tetap monitoring dan evaluasi itu kita tetap jalankan. Nah kemudian juga review-review terhadap temuan-temuan dari semua bagian itu juga kita tetap jadikan acuan untuk selalu melakukan perbaikan".</i> (Manajemen RS, WM)</p> <p><i>"... Karena itu dibutuhkan strategi-strategi, kiat-kiat khusus atau itu tadi ada inovasi-inovasi baru di dalam meningkatkan budaya keselamatan ini. Dan kita butuh orang-orang yang cerdas memikirkan ide-ide bagaimana mengaktualisasi Budaya Keselamatan ini agar kontekstual dengan kondisi yang ada..."</i> (Manajemen RS, WM)</p> <p><b>2. Komunikasi Keselamatan</b></p> <p>Komunikasi keselamatan ditunjukkan dengan adanya sosialisasi mengenai budaya keselamatan termasuk K3 kepada semua pekerja dirumah sakit dilakukan mulai jenjang paling atas sampai kepada <i>outsourcing</i> terkait dengan aturan-aturan bagaimana untuk melakukan pekerjaan selama di rumah sakit. Semenjak adanya pandemi COVID-19 rumah sakit lebih sering mengadakan sosialisasi dibandingkan sebelum terjadinya pandemi. Dalam sosialisasi disampaikan beberapa hal terkait dengan keamanan dan keselamatan pekerja, pasien, keamanan lingkungan dan sebagainya. Sosialisasi yang bersifat rutin dilaksanakan setiap tahun dari masing-masing unit/divisi, terkait orientasi umum dan khusus kepada pekerja baru, selain itu merupakan refreshing bagi para pekerja lama yang berkaitan adanya pembaharuan dan sebagainya. Selain itu juga ada sosialisasi yang bersifat insidental, dilakukan jika</p>

sifatnya mendesak dan darurat, seperti adanya insiden tertusuk jarum dengan adanya kejadian tersebut harus segera dilakukan sosialisasi terkait pengelolaan limbah benda tajam. Hal itu dilakukan untuk menjaga agar semua pekerja tetap aman.

*“...Sebelum COVID sosialisasi dilakukan setiap 1 bulan sekali, dan untuk pertemuan besar dilakukan 3 bulan sekali, tetapi akibat pandemi ini sosialisasi dilakukan lebih sering. Sehingga para pekerja sadar bahwa saat ini sosialisasi itu merupakan kebutuhan bagi mereka, tidak lagi menjadi beban demi menciptakan keselamatan bersama.” (Manajemen RS, WM).*

Setelah dilakukan sosialisasi, maka diberikan umpan balik oleh pimpinan kepada bawahannya, misal *sharing* pengetahuan kepada para pekerja melalui 3 (tiga) metode, yaitu:

- a. *Direct (person to person)* contohnya: mengingatkan pekerja langsung di tempat kejadian jika terjadi perilaku tidak aman.
- b. Pertemuan/rapat, contohnya: dilakukan pertemuan rutin setiap 1 bulan sekali, pertemuan internal (Rapintas dan Rapinkab) setiap 1 minggu sekali. Begitu juga ada pertemuan yang tidak rutin yang sifatnya insidental, seperti sidak, kontrol ke ruangan dan sebagainya.
- c. Media, contohnya: poster, *flyer*, *standing banner*, dan sebagainya.

*“... jadi metode yang digunakan untuk meng-share pengetahuan dan kemudian mereka harus memahami serta melakukan itu kita melalui berbagai macam cara, bisa secara direct dari person to person (dari orang ke orang) ngasih tahu langsung di tempat tersebut, juga kepada yang lainnya, atau melalui suatu media edukasi berupa pertemuan intim. Kami kayak di PPI ini di (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) itu kita punya meeting rutin setiap 1 bulan sekali, di situ ada pertemuan penting, ada keselamatan-keselamatan yang musti diingatkan, atau ada suatu hal yang baru terkait covid ini kita sampaikan di situ. Demikian juga unit lain, dan kami juga punya meeting internal yang rutin setiap selasa itu Rapintas (Rapat Pimpinan Terbatas) dan (Rapat Pimpinan Lengkap) Rapinkap itu juga media yang paling baik untuk itu. Kemudian kita juga melalui metode atau melalui poster-poster, flyer, standing banner, itu ada Jadi kalau datang ke rumah sakit pasti di situ lihat bagaimana kami mengingatkan terkait Budaya Keselamatan ini. Karena intinya adalah paling mudah, tanpa biaya banyak, dan yang jelas efektif kalau dilakukan dengan cara prevention (pencegahan) terhadap kejadian-kejadian yang beresiko terhadap keselamatan, dibandingkan kalau kita*

	<p><i>memperbaiki apa yang sudah terjadi". (Manajemen RS, WM)</i></p> <p><i>"Umpan baliknya itu yang sudah-sudah mereka pimpinan itu akan memberikan kepatuhan itu harus meningkat." (Manajemen RS, WM)</i></p> <p>Setelah dilakukan sosialisasi dan umpan balik, selanjutnya pihak manajemen rumah sakit melakukan evaluasi berupa penilaian setiap semester. Jika dirasa masih ada kekurangan maka dilakukan <i>feed back</i> dengan memberikan disposisi direktur untuk dilakukan perbaikan.</p> <p><i>"Setiap informasi yang berhubungan dengan pelaporan budaya keselamatan dilakukan feed back dengan memberikan disposisi untuk dilakukan perbaikan. Misalnya dalam upaya peningkatan kepatuhan tentang kebersihan tangan, ada rekomendasi dari pihak manajemen untuk dilakukan sosialisasi tentang kebersihan tangan, setelah itu upaya apa saja yang harus dilakukan dari sosialisasi itu, koordinasi antar tim, selanjutnya manajemen akan memberikan feed back berupa persetujuan (acc) untuk dilakukan sosialisasi kembali kepada para pekerja" (Manajemen RS, WM)</i></p> <p>Komunikasi antara atasan dengan bawahan di tempat kerja sangat penting. Menurut informan kurangnya komunikasi kemungkinan disebabkan oleh rumitnya prosedur yang berlaku sehingga memakan waktu yang lama dalam penyelesaiannya.</p> <p><i>"Pentingnya himbauan dari manager dengan pendekatan komunikasi yang lebih personal kepada bawahan, sehingga bawahan memberikan respon yang positif, kalau misalnya manajemennya nggak gerak, otomatis sosialisasi nggak bakal jalan atau komunikasinya jelek dan regulasi juga nggak ada." (Tenaga Kesehatan RS, FGD)</i></p> <p>Berbeda halnya dengan informan yang lain, komunikasi antara atasan dan bawahan dilakukan dengan pendekatan secara pribadi, sehingga jika ada masalah yang mengganggu atau menghambat kegiatan kerja selalu disampaikan secara personal, sehingga lebih mudah di pahami dan diatasi. Teknik komunikasi memang perlu supaya hal yang diharapkan bisa sampai dan ada tindakan selanjutnya.</p> <p><i>"Kebetulan kalau di laboratorium di analisis memang usianya banyak yang lebih senior dari saya Bu, tapi secara pribadi saya menggunakan pendekatan dengan bahasa yang memang bisa dipahami oleh teman-teman yang dinas di laboratorium seperti itu. Lebih memilih komunikasi yang bahasanya kita sesuaikan dengan kondisinya, memberikan contoh gitu, jadi membuat mereka juga mengerti seperti itu,</i></p>
--	--

	<p><i>pendekatannya personal." (Tenaga Kesehatan RS, FGD)</i></p> <p>Menurut informan pihak rumah sakit selalu informatif dan komunikatif terhadap pasien dan pekerja baik tenaga kesehatan maupun pekerja non kesehatan apabila ditemukan perilaku yang tidak aman. Pekerja akan dipanggil secara langsung untuk diminta keterangan kenapa perilaku tidak aman bisa terjadi. Selanjutnya diberikan arahan agar permasalahan tersebut tidak terulang lagi. Bagi pekerja yang lainnya diberikan sosialisasi untuk mencegah terjadinya perilaku tidak aman tersebut.</p> <p><i>"Contoh tugas Atasan dalam program Budaya Keselamatan adalah memberikan pengarahan atau coaching terhadap bawahannya yang tidak tertib dalam menerapkan budaya keselamatan agar tidak menularkan budaya yang tidak baik itu kepada teman-temannya yang lain. Tugas ataupun tanggung jawab masing-masing pada saat dan sebelum pandemi kurang lebih sama, bedanya hanya pada saat pandemi orientasinya kearah pencegahan dan pengendalian infeksi." (Manajemen RS, WM)</i></p> <p><i>"Nah seringkali insiden baik itu insiden terhadap pasien ataupun insiden terhadap hal lain itu adalah buruknya komunikasi antar sesama, jadi kalau misalnya komunikasi itu tidak dibangun dengan baik maka itu akan menimbulkan budaya yang tidak bagus, akan satu mandek, misalnya terkait dengan operan yang tidak jelas, itu akan berakibat fatal terhadap pasien tersebut sehingga tidak tertangani dengan baik." (Manajemen RS, WM)</i></p> <p><b>3. Aturan dan Prosedur (Regulasi)</b></p> <p>Regulasi merupakan salah satu bentuk komitmen pimpinan dalam mengutamakan keselamatan pasien, keselamatan dan Kesehatan pekerja. Menurut informan penetapan regulasi tentang budaya keselamatan di rumah sakit sudah tertuang dalam pedoman terkait dengan keselamatan, kesehatan dan keamanan serta lingkungan rumah sakit. Setelah mengimplementasikan regulasi maka harus diadakan pula survey implementasi keselamatan. Regulasi keselamatan rumah sakit ini setelah diimplementasikan harus selalu di evaluasi secara berkala. Tujuan dari dibuat dan diterapkannya regulasi tersebut untuk menjadi acuan atau panduan oleh tenaga kesehatan atau medis untuk berperilaku aman dalam melakukan tindakan medis.</p> <p><i>"Prosedur Penetapan oleh Direktur tentang Budaya Keselamatan sebagai suatu kebutuhan rumah sakit tertuang pada pedoman HSSE Nomor 1 Tahun 2018 dan pedoman HSSE Nomor 2 Tahun 2019. Kemudian regulasi tentang keselamatan rumah sakit, kemudian melakukan survey implementasi keselamatan, kemudian melakukan perbaikan/evaluasi terhadap</i></p>
--	--



	<p><i>budaya keselamatan secara berkala atau periodik.” (Manajemen RS, WM)</i></p> <p>Regulasi budaya keselamatan sudah ada jauh sebelum munculnya pandemi COVID-19 tetapi dengan adanya pandemi memperlihatkan bahwa regulasi tersebut menjadi lebih penting karena tenaga kesehatan maupun non kesehatan memiliki suatu acuan untuk bersikap dan berperilaku yang aman baik untuk keselamatan diri mereka maupun keselamatan pasien dan keluarganya.</p> <p><i>“Regulasi berpengaruh, karena jika tidak ada regulasi yang jelas pekerja tidak ada panduan untuk berperilaku aman.” (Tenaga Kesehatan RS, FGD)</i></p> <p><i>"Pada saat pandemi program Budaya Keselamatan ini telah dilaksanakan. Sebelumnya memang sudah diselenggarakan tetapi tidak sedetail atau seketat pada saat pandemi covid. Karena ini menyangkut pengendalian, pencegahan pemaparan covid terhadap pekerja, pasien, maupun pengunjung di Rumah Sakit." (Manajemen RS, WM)</i></p> <p>Didalam regulasi tersebut mengatur seluruh pekerja baik itu tenaga medis maupun non medis, pegawai tetap maupun pegawai tidak tetap bahkan <i>outsourcing</i> memiliki kewajiban untuk menjaga sikap hormat dan saling menghormati. Dengan regulasi dapat menciptakan komunikasi antara tenaga profesional pemberi asuhan (PPA) dengan pasien maupun keluarganya, sangatlah penting agar pasien tidak mendapat pelayanan yang baik atau sesuai. Kemudian regulasi untuk setiap pekerja terutama yang di bagian klinis wajib menjalankan standar etika profesi, karena masing-masing profesi itu sudah diatur standarnya bagaimana untuk melaksanakan pekerjaannya. Sedangkan untuk tenaga non klinis tetap harus menjalankan etika profesi sesuai dengan standar-standar yang berlaku dalam aturan yang dimiliki rumah sakit. Regulasi untuk setiap pekerja itu wajib melakukan pekerjaan sesuai dengan pedoman, panduan ataupun prosedur yang berlaku di Rumah Sakit. Jadi walaupun latar belakang pekerja yang berbeda, semua pekerja berkewajiban melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan SPO yang berlaku di rumah sakitnya.</p> <p><i>"Memang masing-masing seluruh pekerja di Rumah Sakit itu mempunyai peranan untuk meningkatkan bagaimana implementasi Budaya Keselamatan itu dikerjakan." (Manajemen RS, WM)</i></p> <p><i>"Karena kita tahu bahwa tenaga kita itu banyak dari berbagai macam institusi, berbagai daerah, kadang-kadang mereka masih membawa kebiasaan mereka masing-masing. Nah, oleh sebab itu maka kita samakan bahwa semua pekerja harus sesuai dengan panduan dan SPO yang berlaku disini." (Manajemen RS, WM)</i></p> <p>Selain itu regulasi rumah sakit juga mengatur tentang tugas dan tanggungjawab dari masing-masing pelaksana sampai kepada tingkat pengambil keputusan/manajemen. Semua</p>
--	--

petugas untuk selalu saling menghormati, menciptakan komunikasi yang efektif terhadap sesama pekerja, staf, manajemen, pasien, dan masyarakat. Menjalankan etika profesi dengan baik dan benar, menjalankan pekerjaan sesuai dengan SPO yang ada. Adapun contoh tugas pekerja terkait implementasi budaya keselamatan diantaranya melakukan standar profesi sesuai dengan profesi kesehatan, melaksanakan komunikasi antar sesama pekerja dengan baik dan efektif, kemudian bekerja secara kolaboratif, dalam ruang lingkup asuhannya harus berfokus kepada pasien serta melaksanakan 6 sasaran keselamatan pasien (SKP), melakukan identifikasi pasien dengan baik dan benar, lalu mengkomunikasikan dengan baik kepada pasien, serta mempedulikan keselamatan pasien. Para pekerja memasuki lingkungan kerja harus selalu mengenakan seragam lengkap dengan menyematkan kartu identitas dan selalu memakai masker. Selalu bersikap sopan serta memberikan support atau motivasi yang baik sebelum melakukan pekerjaan. Pentingnya pekerja memakai seragam yang lengkap ketika memasuki lingkungan akan mencegah terjadinya hal-hal yang dapat mengancam keselamatan pasien.

*"Tugas dan tanggung jawab ini antara sebelum dan pada saat covid kurang lebih sama, hanya saja pada saat pandemi kita orientasinya lebih ke arah pencegahan dan pengendalian infeksi, tapi kurang lebih sih sama." (Manajemen RS, WM)*

*"Kalau para pekerja tersebut menggunakan seragam yang baik, kan kita tahu oh ini perawat, ini dokter, ini tenaga non medis. Tetapi kalau tidak menggunakan seragam yang baik tentu kita tidak tahu itu siapa, otomatis untuk menjaga siapa-siapa yang masuk area kerja kita, itu salah satunya itu untuk mencegah terjadinya ketidaksielamatan pasien." (Manajemen RS, WM).*

Tugas manager K3 rumah sakit dapat dikatakan hampir sama dengan tugas petugas K3 rumah sakit hanya ruang lingkupnya jauh lebih luas. Dimana manager K3 rumah sakit harus selalu berkoordinasi untuk pemantauan dengan penanggung jawab instalasi atau unit. Kemudian menyusun dan membuat rekomendasi untuk perbaikan budaya keselamatan di rumah sakit, melakukan pengawasan dan pembuatan SPO. Adapun contoh tugas manager K3 rumah sakit dalam implementasi budaya keselamatan diantaranya ikut terlibat dalam pemberian sosialisasi atau monitoring tentang keselamatan, dan monitoring keselamatan harian kepada semua pekerja.

*"Evaluasi secara berkala di sini misalnya kita ada MWT (Management Walkthrough) itu setiap bulan bersama staf dan kepala unit melakukan monitoring terhadap kebijakan yang berlaku di Rumah Sakit, instalasi atau unit. Dan untuk sosialisasi dilaksanakan dua minggu sekali." (Tenaga Kesehatan RS, FGD)*

Tugas dari manajemen rumah sakit dalam menjalankan program budaya keselamatan adalah menciptakan dan mendukung program tersebut dengan menyusun standar

perilaku bagi para pekerja serta menyediakan informasi dan melakukan pendidikan tentang budaya keselamatan. Setelah itu menyiapkan sumber daya (baik SDM maupun anggaran) untuk pelaksanaan program. Kemudian melakukan monitoring dan mengambil aksi strategis untuk memperbaiki pelaksanaan program budaya keselamatan di rumah sakit. Contoh tugas dari manajemen terkait implementasi program Budaya Keselamatan adalah memberikan pengarahan atau *coaching* terhadap bawahannya yang dapat dianggap tidak tertib dalam menerapkan budaya keselamatan. Tugas dan tanggung jawab saat dan sebelum pandemi kurang lebih sama, bedanya hanya pada saat pandemi orientasinya lebih ke arah pencegahan dan pengendalian infeksi. Contoh lain adalah diantaranya merekomendasikan atau menyetujui diadakannya sosialisasi, mengingatkan terkait kepatuhan peserta dalam penggunaan APD. Hal tersebut dilakukan secara langsung oleh Direktur ketika di lapangan tidak hanya melalui sosialisasi atau forum resmi.

*"(Tugas Atasan Langsung) Direktur kami itu memang hadir dalam sosialisasi, yang jelas ketika dilakukan sosialisasi terhadap budaya keselamatan itu beliau membuat rekomendasi yang artinya undangan sosialisasi tersebut disetujui untuk kita ikuti. Beliau juga mengingatkan terkait kepatuhan pekerja dalam penggunaan APD." (Manajemen RS, WM)*

Dalam kegiatan yang melibatkan *outsourcing* serta kontraktor kemampuan untuk mematuhi regulasi yang berkaitan dengan budaya keselamatan menjadi salah satu penilaian kerjasama.

*"Kemampuan pekerja untuk mengikuti regulasi itu menjadi patokan buat kita untuk menyewa mereka sebagai vendor." (Tenaga Kesehatan RS, FGD)*

Regulasi menurut beberapa informan, terdapat beberapa hal penghambat dalam pelaksanaan regulasi, berasal dari faktor internal dari pelaksana regulasi tersebut dalam hal ini adalah pelaku/individu pekerjanya. Penghambat lain adalah dari regulasi tersebut dimana dianggap kurang detail. Regulasi ini disusun untuk mengatur perilaku pekerja di lingkungan rumah sakit agar tidak membahayakan keselamatan dirinya maupun pekerja lain, pasien dan orang lain yang berada di lingkungan kerjanya. Tetapi terkadang perilaku individu sulit untuk berubah menyesuaikan dengan aturan apalagi aturan tersebut terkadang membuat individu sering merasa tidak nyaman walaupun perilaku tersebut memberikan keamanan. Jadi sering terjadi dimana individu tersebut lalai dalam melakukan atau menjalankan aturan/regulasi tentang keselamatan kerja, dapat dikatakan adapun yang mempengaruhi perilaku tidak aman itu tergantung pada perilaku masing-masing.

*"... perilaku tidak aman terjadi ya semuanya dikembalikan ke orangnya masing-masing, ketika kita sudah tahu apa yang baik apa yang salah otomatis kalau orang yang normal kan melakukan apa yang baik, tapi kan kita tidak bisa memaksakan untuk selalu melaksanakan*

	<p><i>yang normal, jadi semua kembali ke pribadi masing-masing." (Tenaga Kesehatan RS, FGD).</i></p> <p>Tetapi ada upaya dari pihak manajemen rumah sakit untuk melakukan pengawasan dan penegakkan aturan dan prosedur yang berkaitan dengan budaya keselamatan. Hal ini dapat dibaca pada kutipan dibawah ini yang dapat dikatakan sebagai salah satu <i>success story</i> dari implementasi aturan dan prosedur budaya keselamatan.</p> <p><i>"Pada saat bekerja mereka patuh menggunakan APD, pada saat di luar kerja mereka lengah, alasannya: Karena gini kan kebetulan kami yang Nakes tinggal atau diasramakan di Hotel, nah dengan jam kerja yang memakai APD sekitar 8 jam itu kan mungkin membuat mereka sedikit tertekan lah, bayangkan harus memakai APD 8 jam, jadi kalau misalnya sudah lepas, sudah pulang ke Hotel itu kayaknya sudah merdeka banget, terus akhirnya e awal-awal pada saat itu mereka masih suka kumpul-kumpul tapi terus kita lakukan sidak ke Hotel yang tempat mereka tinggal sekarang tidak lagi ada makan secara prasmanan, jadi kita anjurkan makan dianter ke kamar masing-masing dengan nasi box itu, itu alhamdulillah banyak merubah perilaku mereka." (Manajemen RS, WM)</i></p> <p>Faktor hambatan adalah kurang detailnya penjelasan dari regulasi. Seperti SPO terkait K3 rumah sakit oleh beberapa narasumber dianggap kurang dijelaskan secara detail, yaitu hal yang berkaitan dengan larangan bagi tenaga kesehatan untuk pergi ke luar kota. Pergi ke luar kota dalam hal ini tidak dijelaskan secara detail dengan jarak tempuh berapa kilo. Artinya dari suatu kebijakan perlu adanya turunan lagi untuk memperjelas kepada pekerja, sehingga tidak membingungkan pekerja.</p> <p><i>"Contohnya, kita kan sudah menyediakan safe house untuk pekerja yang di rumah sakit, tujuannya agar mereka tidak terpapar sama dunia luar." (Tenaga Kesehatan RS, FGD)</i></p> <p><i>"SK tentang safe house itu dari corporate, kemudian kami sudah menurunkannya dalam bentuk surat edaran, di edaran itu kurang dijelaskan detailnya." (Tenaga Kesehatan RS, FGD).</i></p> <p><b>4. Lingkungan kerja yang mendukung</b></p> <p>Rumah sakit telah mengimplementasikan budaya keselamatan kepada pasien dan sesama pekerja baik teman kerja, rekan profesi atau pekerja lain dengan saling <i>respect</i>, maka otomatis tercipta lingkungan kerja yang kondusif.</p> <p><i>"Budaya Keselamatan ini adalah bagaimana rumah sakit menciptakan lingkungan rumah sakit yang kondusif, dimana setiap pekerja itu memperlakukan</i></p>
--	---

	<p><i>setiap orang itu sebagaimana mestinya.” (Tenaga Kesehatan RS, FGD)</i></p> <p><i>“Iya, intinya sebenarnya program mengenai secara singkat semacam program tata nilai dan norma yang berlaku di suatu populasi atau di suatu komunikasi tertentu, itu intinya. Kalau di sini Budaya Keselamatan Rumah Sakit ya tentunya norma atau nilai yang berlaku di Lingkungan Rumah Sakit.” (Manajemen RS, WM)</i></p> <p>Lingkungan kerja dalam bentuk fisik berupa sarana/bangunan di rumah sakit perlu mendapat perhatian dari pimpinan karena berhubungan dengan infeksi dan menjadi tugas dari komite PPI untuk perbaikan kepada atasan.</p> <p><i>Tidak bisa dipisahkan antara PPI dengan fasilitas infrastruktur yang ada, walaupun PPI tidak berwenang untuk melakukan perbaikan infrastruktur bangunan, namun dapat memberi asupan untuk perbaikan. Jika tidak maka masalah PPI tidak akan teratasi. PPI akan melaporkan kepada pimpinan yaitu ibu Dirut yang akan membuat disposisi kepada bagian sarana/prasarana rumah sakit. (Pekerja RS, FGD)</i></p> <p>Pihak manajemen selalu menunjukkan kepedulian dalam mendukung implementasi Budaya Keselamatan, dibuktikan salah satunya dengan arahan adanya penempatan khusus bagi para pekerja yang mempunyai komorbid (penyakit bawaan), pekerja yang dalam kondisi hamil, untuk dipindahkan ke lingkungan kerja zona hijau, hal tersebut dilakukan dengan tujuan keselamatan bersama. Begitu juga adanya pemenuhan kebutuhan untuk para pasien terkait sarana prasarana, sehingga pasien dan pekerja rumah sakit merasa aman.</p> <p><i>"Direktur tetap memberikan arahan-arahan (berkaitan sarana dan prasarana terkait dengan keselamatan pekerja)." (Tenaga Kesehatan RS, FGD).</i></p> <p>Dalam upaya menciptakan lingkungan kerja yang mendukung sebagai implementasi program budaya keselamatan, maka diperlukan penataan lingkungan kerja yang akan memperkecil atau menghilangkan hazard yang menghambat pelaksanaan program tersebut. Diakui oleh beberapa informan dalam FGD bahwa terkadang masih ada lingkungan kerja yang berbahaya. Ada upaya untuk menghilangkan kondisi tersebut secepatnya dengan melakukan beberapa pembenahan. Tetapi dalam upaya pembenahannya terkadang terhalang oleh birokrasi yang rumit. Kondisi ini menimbulkan persepsi bahwa pihak manajemen rumah sakit dianggap kurang tanggap dan lamban dalam menanggulangi kondisi tersebut. Sementara bagian/divisi menginginkan segera dilakukan pembenahan/perbaikan pada lokasi yang tidak aman tersebut agar menghindari ancaman keselamatan bagi pekerja/tenaga kesehatan maupun pasien dan keluarganya.</p>
--	---

	<p><i>"Birokrasi yang susah, contohnya kita ada jalan nih, jalan di sekitar lingkungan rumah sakit, tanahnya jenglong, lah si tanah yang jenglong itu kan berisiko buat orang yang melewatinya. Nah kita pengen itu segera dibetulin, ternyata banyak yang harus dilaluin, diantaranya mengukur atau memperkirakan bagaimana proses perbaikan, apa saja material yang dibutuhkan, bagaimana biayanya dan segala macam. "</i> (Tenaga Kesehatan RS, FGD)</p> <p><i>"Kalau saya pribadi menurut saya tidak terlalu gegabah ingin merubah suatu tatanan yang sudah sedemikian rupa, sedemikian lama, yang penting saya cuman harus belajar kalau misalnya memang saya pribadi orangnya pengen semuanya diberesin cepat, tapi ya Saya yang justru harus belajar bahwa ada birokrasi, ya birokrasinya dijalankan saja. Karena birokrasi yang ada itu untuk menghindari hukuman, atau fitnah segala macam, jadi itunya berguna cuman saya nggak berusaha untuk mempersingkat atau cari jalan pintas gitu nggak sih."</i> (Tenaga Kesehatan RS, FGD)</p> <p>Terkait kepedulian manajemen terhadap pelaksanaan program budaya Keselamatan, maka manajemen akan memberikan <i>reward</i> dan konsekuensi. Sejauh ini <i>reward</i> masih dalam bentuk pujian berupa ucapan terimakasih, selain itu belum ada. Adapun konsekuensi/sanksi telah diberikan kepada pekerja rumah sakit yang belum/tidak melaksanakan budaya keselamatan. Konsekuensi yang diberikan sesuai dengan berat atau tidaknya pelanggaran yang dilakukan. Bentuk konsekuensi dapat dalam bentuk surat teguran atau bentuk lain. Sebagai contoh adalah ketika ada tenaga kesehatan yang pergi ke luar kota tanpa ijin atasan sehingga melanggar tata cara/prosedur perjalanan ke luar kota maka dikenakan sanksi berupa teguran dan denda untuk harus melakukan test PCR secara mandiri.</p> <p><i>"Bagi yang pergi keluar kota tanpa ijin ke atasan nanti ketahuan. Pas masuk, harus Tes Swab mandiri. Biaya sendiri."</i> (Tenaga Kesehatan RS, FGD)</p> <p><i>"Implementasi budaya keselamatan di Rumah Sakit ini baik, sehingga usaha untuk memberikan reward dan konsekuensi itu akan tetap jalan."</i> (Manajemen RS, WM)</p> <p><i>"Untuk reward selama ini dapat lah pujian dari atasan, tapi kalau dalam bentuk yang lain mungkin belum ya."</i> (Manajemen RS, WM)</p> <p>Perilaku kerja tidak aman yang pernah terjadi di lokasi penelitian adalah pernah ditemukan pekerja RS yang minum minuman keras di salah satu fasilitas rumah sakit, pemakaian alat pelindung diri yang kurang sesuai prosedur sehingga terjadi penularan penyakit COVID-19 pernah terjadi pada awal RS menjadi RS Rujukan COVID-19, yaitu</p>
--	---

sekitar bulan April atau Mei 2020. Menyebabkan cedera dan kecelakaan saat bekerja. Pekerja bertugas saat merasa badan tidak bugar. Perilaku kerja tidak aman ini dikhawatirkan berdampak terhadap pelayanan kepada pasien dan rekan kerjanya karena produktivitas turun dalam memberikan pelayanan dan tertularnya penyakit COVID-19 pada pekerja RS lainnya. Pada saat kejadian, bila ada pihak diluar maka dapat menyampaikan perilaku tersebut kepada pihak luar RS lainnya lagi sehingga kejadian tersebut dapat tersebar luas. Ketika kejadian diketahui oleh masyarakat umum maka terjadi konsekuensi sosial yang berakibat pada citra RS yang menjadi buruk sehingga kepercayaan masyarakat terhadap kualitas pelayanan dan tenaga RS pun menjadi turun.

Ada informan yang berpendapat bahwa ketika pekerja RS merasa terbebani dan *over time* lalu merasa kewalahan maka ia akan melakukan kesalahan dengan tidak mengikuti prosedur karena ingin menghemat waktu. Konsekuensi lainnya dari regulasi adalah ia menghindari prosedur yang rumit saat bekerja lalu menimbulkan risiko kecelakaan kerja pada yang lain.

*"Oh iya bisa Ibu memang, tergantung beban kerja seseorang, tentunya kan dengan beban kerja yang besar kewaspadaan dirinya akan berkurang, secara otomatis dia pasti akan bisa melakukan kesalahan, prosedur bisa tidak dia ikuti." (Pekerja RS, FGD)*

##### 5. Keterlibatan Personal (Partisipasi)

Indikator keterlibatan personal (partisipasi) dinilai penting untuk mendukung program budaya keselamatan sesuai dengan regulasi dalam bentuk pedoman dan panduan yang ada sebagai acuan agar terciptanya lingkungan kerja yang aman untuk pekerja/petugas rumah sakit, pasien, maupun aman untuk pengunjung. Semua pihak yang berada di rumah sakit disemua tingkat dari manajemen maupun pelaksana di bidang/divisi memiliki peran yang sama untuk mendukung penerapan program budaya keselamatan di rumah sakit agar dapat berjalan dengan baik. Tetapi kontribusi masing-masing bagian/divisi memang berbeda-beda seperti untuk pekerja klinis atau pekerja yang bersinggungan langsung dengan pasien memiliki pedoman aturan tersendiri yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) tahun 2017. Dimana dalam PMK tahun 2017 ini tertulis bahwa semua rumah sakit wajib menyelenggarakan program keselamatan baik kepada pasien, rumah sakit, maupun pekerjaannya sendiri.

*"Memang secara umum seluruh pekerja terlibat dalam Budaya Keselamatan." (Tenaga kesehatan RS, FGD)*

Keterlibatan tenaga kesehatan dalam implementasi program budaya keselamatan, salah satunya ketika ada pemeriksaan hasil laboratorium pasien yang tidak baik, maka dari pihak unit laboratorium langsung menginformasikan kepada tenaga medis untuk selanjutnya segera dilakukan penanganan. Jika melihat pekerja baik itu atasan maupun bawahan yang melakukan perilaku tidak aman akan segera diberi peringatan serta diingatkan agar kelalaian tersebut tidak diulangi di masa depan. Jadi ada upaya bersama untuk saling menjaga dan saling mengingatkan untuk keselamatan

bersama. Ada keleluasaan yang diberikan pada semua petugas untuk aktif memberikan informasi dan saling mengingatkan, walaupun dengan pihak yang level-nya jauh lebih tinggi.

*"Staf dikasih keleluasaan untuk aktif memberikan informasi dan saling mengingatkan walaupun dengan atasan kita." (Manajemen RS, WM)*

Keterlibatan personal dalam keselamatan dilakukan dalam bentuk sosialisasi dan monitoring atau saling mengawasi dan memperingatkan antar pekerja/tenaga kesehatan apabila ada perilaku yang tidak aman dengan mengingatkan tugas dan fungsinya dari masing-pekerja, sosialisasi hasil monitoring dan evaluasi dari K3 rumah sakit, manajemen mutu. Jadi antar pekerja saling mengingatkan untuk tetap mengimplementasikan Budaya Keselamatan, oleh karena itu dalam hal ini semua pekerja terlibat. Bentuk monitoring yang rutin, yaitu dengan cara kontrol rutin, sosialisasi, kemudian audit terhadap kepatuhan terutama dalam hal kepatuhan terhadap protokol kesehatan pada masa pandemi ini, misalnya dalam penggunaan APD. Kemudian inovasi yang dilakukan adalah bekerjasama dengan pihak IT Rumah Sakit sedang merencanakan membuat model zoom meeting secara rutin untuk koordinasi antar pekerja terutama pekerja klinis tanpa harus dilakukan secara tatap muka langsung, yang tidak lain tujuannya adalah untuk meningkatkan budaya keselamatan bersama.

*"Untuk Budaya Keselamatan yang saat ini sudah berjalan cukup baik ya, cukup baik, tetapi tetap kita di staf itu harus tetap memonitor atau tetap melakukan monitoring terhadap mereka." (Tenaga Kesehatan RS, FGD)*

*"Kita mau mencoba juga model kayak zoom gitu, mungkin kita lakukan rutin, jadi tidak harus tatap muka, setiap saat bisa dibuka oleh teman-teman untuk mengingatkan untuk saling berpesan kepada teman-teman untuk meningkatkan Budaya Keselamatan." (Tenaga kesehatan RS, FGD).*

Pekerja rumah sakit bersama para kontraktor dapat melakukan proses komunikasi yang nyaman diantara mereka. Mereka berusaha menyampaikan teguran atau mengingatkan dengan cara yang sopan dan jauh dari budaya saling menyalahkan. Akan tetapi, ada pekerja dan kontraktor RS yang terkena teguran merasa malu dan merasa tidak nyaman karena telah melakukan perilaku kerja tidak aman sebab ia sadar sudah melakukan sesuatu yang dapat berakibat buruk pada dirinya, orang lain, dan lingkungannya.

## 6. Pelatihan Keselamatan

Pelatihan yang telah dilakukan oleh rumah sakit seperti pelatihan K3 diadakan untuk membekali, mendukung, meningkatkan, mengembangkan kemampuan pekerja mengenai K3. Pelatihan merupakan salah satu cara manajemen rumah sakit mengkomunikasikan kebijakan masalah keselamatan kerja dan praktiknya kepada pekerja. Pelatihan yang diadakan biasanya ada 2 macam yaitu:



pelatihan rutin dan pelatihan yang sesuai dengan kebutuhan. Pelatihan rutin dilaksanakan 1-3 bulan sekali. Pelatihan rutin biasa mengenai prosedur pelaksanaan pekerja dan pengetahuan tentang bahaya bahaya yang ada disekitar mereka serta cara pencegahannya. Dalam upaya meminimalisir terjadinya peristiwa yang tidak diinginkan maka setiap tenaga kerja juga dibekali dengan SPO tentang budaya keselamatan yang mengacu pada pedoman nasional tentang budaya keselamatan, misalnya terkait keselamatan pasien terdapat dalam Undang Undang Keselamatan Pasien atau prosedur keselamatan, begitu juga terkait *employee safety* juga dijelaskan oleh K3 RS mengenai pedoman nasional tentang keselamatan pekerja. Oleh karena itu sejauh ini rumah sakit berkontribusi penuh baik pada *pasien safety* maupun *employee safety*, selain itu juga membuat role model terkait implementasi Budaya Keselamatan. Selain pelatihan rutin juga ada pelatihan yang sesuai dengan kebutuhan dan permasalahan yang terjadi, misalnya ada kasus kesalahan dalam menggunakan APD.

*"Kita membuat suatu pedoman, panduan, prosedur tentang keselamatan pasien."  
(Tenaga kesehatan RS, FGD)*

Dalam upaya meningkatkan kualitas tenaga kerja maka pihak rumah sakit melakukan pelatihan untuk semua devisa sesuai dengan bidang dan kebutuhannya. Pelatihan ini dilakukan secara rutin baik secara langsung maupun tidak langsung. Sebelum adanya COVID-19 pelatihan dilakukan secara offline, tetapi semenjak pandemi COVID-19 menurut informan pelatihan dilakukan secara online melalui zoom. Topik pelatihan yang sekarang lebih banyak mengenai pelatihan-pelatihan yang berhubungan dengan persiapan sebagai rumah sakit covid. Secara umum pelatihan difokuskan pada pencegahan dan pengendalian infeksi, misalnya pelatihan mengenai *hand hygiene*, pemakaian dan pelepasan APD, penanganan limbah, penanganan linen, serta penggunaan APAR (Alat Pemadam Kebakaran). Fokus pelatihan pada saat sebelum dan saat pandemi sebenarnya hampir saja, bedanya hanya terletak pada penggunaan APD, pada saat pandemi COVID ada pelatihan penggunaan *cover all level 3, level 2, level 1*, tetapi untuk sebelum COVID-19 penggunaan APD hanya pada pemakaian masker dan sarung tangan. Untuk pelatihan yang lebih banyak praktek dilakukan secara *offline* dengan langsung mempraktikkan.

*"Adanya pelatihan-pelatihan secara langsung dan tidak langsung, adanya sosialisasi rutin yang dilaksanakan 3 bulan sekali terkait kepatuhan terhadap SPO, pedoman panduan atau prosedur kerja, adanya pelatihan atau orientasi terhadap pekerja baru, adanya pelatihan mengenai aturan-aturan untuk menciptakan Budaya Keselamatan, serta adanya refreshing terhadap beberapa kerja. Yang semuanya itu merupakan kontribusi program Budaya Keselamatan dalam meningkatkan perilaku selamat dan mengurangi perilaku tidak selamat."  
(Tenaga Kesehatan RS, FGD)*

*"...Pelatihan difokuskan pada pencegahan dan pengendalian infeksi, misalnya pelatihan mengenai *hand hygiene*, pemakaian dan pelepasan APD,*

*penanganan limbah, penanganan linen, serta, penggunaan APAR (Alat Pemadam Kebakaran...)" (Tenaga Kesehatan RS, FGD)*

Menurut beberapa informan mereka sudah mendapatkan pelatihan. Pelatihan terakhir yang sudah diikuti sekitar 1 bulan yang lalu. Pelatihan yang diikuti mengenai standar perilaku pada saat bekerja, pedoman kerja, standar kerja, pelanggaran-pelanggaran, serta dampak yang terjadi jika melakukan pelanggaran tersebut baik terhadap individu maupun lingkungan kerja.

*"...menjadi rumah sakit rujukan COVID-19, dimana bahaya yang ditimbulkan itu berbeda pada saat rumah sakit umum dengan rumah sakit covid, sehingga dilakukan pelatihan secara terus menerus kurang lebih sekitar 1 bulan sampai 1,5 bulan terkait dengan standar perilaku pada saat bekerja, pedoman kerja, standar kerja, pelanggaran-pelanggaran, serta dampak yang terjadi jika melakukan pelanggaran tersebut baik terhadap individu maupun lingkungan kerja." (Tenaga kesehatan RS, FGD)*

#### 7. Peran Akreditasi Rumah Sakit

*Focus Group Discussion (FGD) dan wawancara mendalam dari ketiga rumah sakit menunjukkan bahwa pendapat dari seluruh informan tentang peran akreditasi rumah sakit adalah sangat penting dan dibutuhkan dalam melakukan implementasi budaya keselamatan di rumah sakit. Akreditasi menjadi penting karena mendorong seluruh level pekerja di RS menilai dirinya sudah memenuhi standar yang mendukung budaya keselamatan kerja atau berperilaku aman.*

*"Sangat berpengaruh, karena poin akreditasi mendukung implementasi budaya keselamatan di Rumah Sakit." (Tenaga Kesehatan RS, FGD)*

*"Baik menurut saya bagus sekali. Saya begitu datang ke sini, dua minggu duduk saya bilang 'mari kita lakukan akreditasi'. Kaget mereka. 'kok dokter tiba tiba nyuruh akreditasi, kenapa', saya bilang karena apa, kalau nggak nggak terakreditasi nggak terukur kamu sudah sampai kemana. yang perlu diperbaiki yang mana. itu menurut saya perlu untuk di akreditasi. kalau tidak diakreditasi, orang ya I'm fine, padahal ternyata setelah diukur ternyata kita jelek banget..." (Pekerja RS, WM)*

Akreditasi RS juga menjadi penting sebab mendorong manajemen memperhatikan aspek RS di luar pelayanan kepada pasien yang secara tidak langsung membuat rumah sakit berusaha untuk meningkatkan perbaikan di segala aspek. Contoh aspek yang menjadi lebih mendapat perhatian dalam implementasi K3RS adalah Panduan Kondisi Darurat Bencana.

*Iya, tentunya akreditasi sangat berperan penting dalam implementasi khususnya*

tentang K3 ya, karena ada item-item regulasi yang diminta ada di SNARS gitu, yang mungkin sebelumnya belum mendapat perhatian dari manajemen karena masih fokus pada pelayanan, tapi karena akreditasi mau nggak mau mereka harus menjalankan gitu. Dan dari secara spesifik misalnya contohnya regulasi ya Dok ya yang dulu sebelumnya kita belum ada panduan kondisi darurat bencana belum disahkan, sudah disusun tapi belum disahkan, timnya sudah ada tapi belum aktif, nah setelah ada akreditasi itu pelan-pelan dijalankan gitu, itu contohnya kalau di K3.” (Pekerja RS, FGD)

Akreditasi RS yang digunakan oleh salah satu RS yang menjadi lokasi penelitian adalah Akreditasi JCI (*Joint Commission International*), sementara dua RS lainnya menggunakan akreditasi KARS. Akreditasi RS dimulai dengan penilaian diri dari seluruh pekerja RS terhadap pemenuhan standar terkait budaya keselamatan kerja. Perbaikannya melalui proses review terhadap para pekerja. Menurut salah satu informan, review atau evaluasi, baik RS yang menerapkan akreditasi JCI maupun KARS, sebaiknya terus melakukan evaluasi segala aspek terkait akreditasi RS sehingga terpantau hal yang perlu diperhatikan. Tujuannya agar segala sesuatunya berjalan sesuai regulasi yang ada sehingga mutu layanan dan keselamatan pasien dan pekerja RS tetap terjaga.

“..., jadi saya mengharapkan kalau bentuk apapun akreditasi baik ISO maupun JCI, perlu sekali melakukan evaluasi yang berulang. nggak cuman dapat akreditasi yaudah biarin aja, menurut saya harus ada tinjauan lagi, apakah orang ini masih on the track apa tidak. menurut saya. karena saya ISO itu 6 bulan sekali, waduh dinilai lagi ini. jadi lama lama sudah sudah terinternalisasi bahwa ini memang harus gua kerjain...” (Manajemen RS, WM)

“...evaluasinya mau nggak mau kan harus kita kawal terus ya, akreditasi kan sebetulnya proses gitu, proses yang terstandat, kemudian di akhirnya dipotrait pencapaian standarisasinya itu sampai di mana gitu kan ya sesuai atau nggak. Nah tentunya kalau kita sudah terakreditasi ya pastinya sesuai dengan standar ya, kalau kita nggak pernah terakreditasi kita kan nggak pernah tahu ya rasanya saja terstandar, kalau rasanya kan bisa macam-macam. Karena kan kita ada 1 komite mutu ya terkait keselamatan pasien kan ya, jadi dia juga mempunyai KPI, KPI bagaimana menjaga mutu dan keselamatan pegawai di kita, pastinya dia akan bikin telaahan, kajian, rekomendasi kepada Bu Dirut gitu ya, ini ternyata nih mulai kendor misalnya gitu,...” (Manajemen RS, WM)

Salah satu temuan dalam evaluasi yang cukup meresahkan para pekerja RS adalah saat pekerja RS dan petugas

kesehatan RS yang kurang memperhatikan keamanan dirinya dan temannya dengan tetap bekerja sewaktu sakit. Perilaku ini menyebabkan orang-orang yang bekerja dengannya akan tertular penyakitnya (COVID-19) sehingga mereka kekurangan tenaga dan menambah beban kerja pekerja RS yang lain karena menggantikan pekerja yang sedang dirawat. Temuan lainnya, masa pandemi covid ini menyebabkan petugas kesehatan harus berkerja tanpa cuti karena diminta untuk selalu siap bertugas dan memberikan yang terbaik. Di sisi lain, hal ini membuat para pekerja menilai dirinya bekerja *over time* kemudian merasa stress dan merasa tidak aman untuk bekerja di tempatnya sendiri yang akhirnya menambah beban kerja.

Langkah akreditasi setelah *review* adalah menindaklanjuti hasil temuan. Pada umumnya, manajemen RS menindaklanjuti dengan membuat regulasi yang berhubungan dengan pemenuhan keterampilan pekerja dengan pelatihan, misal pelatihan menggunakan alat pelindung diri yang benar dan efektif, dan pemenuhan sarana prasarana rumah sakit seperti menambah ruangan untuk petugas kesehatan membersihkan diri setelah bertugas. Salah satu informan, menyatakan bahwa cara mengatasi lingkungan kerja stress dengan mengadakan gerakan peregangan yang mudah setiap hari dengan jadwal tertentu. Pada akhirnya, seluruh perbaikan dan tindak lanjutnya bermuara membangun budaya keselamatan yang merupakan salah satu langkah awal dalam mencapai keselamatan pasien dan pekerja rumah sakit.

*"Ya sangat bermanfaat Dokter, jadi memang di dalam akreditasi itu sendiri mengatur tentang keselamatan-keselamatan ini ya dalam kita bekerja. Artinya tiap-tiap point akreditasi memang sudah mencakup untuk kita bekerja itu dengan aman dan pasiennya juga aman. Salah satunya adalah tadi resiko-resiko jatuh Dokter, dimana disitu diatur point-pointnya, nah itu memang tentunya kalau kita mengikuti standar akreditasi maka perilaku kita akan berubah menjadi lebih aman gitu, lebih safety gitu Dokter."*  
(Manajemen RS, WM)

*Adanya komite mutu dan keselamatan pasien yang menjaga mutu serta keselamatan pasien dan pegawai yang akan membuat laoran kepada bu Dirut kemudian akan dilakukan intervensi tergantung hasil kajian. Dengan adanya akreditasi, kita jadi tahu apakah sudah mencapai target atau masih jauh.* (Pekerja RS, WM)

*Apapun jenis akreditasinya, pada dasarnya diperlukan karena manusia tidak mau diawasi. Sehingga review akreditasi diperlukan paling tidak setiap tahun* (Manajemen RS, WM)

Dari penjelasan sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa akreditasi RS berperan mendorong untuk terlaksananya/terciptanya budaya keselamatan menjadi lebih baik melalui semua indikator budaya keselamatan. Menurut informan pada hasil FGD dan WM dari keenam

indikator yang dirasakan paling penting terkait akreditasi dan budaya keselamatan adalah kepemimpinan, pelatihan dan lingkungan kerja. Akreditasi RS mendorong komitmen kepemimpinan atau manajemen RS memiliki kemauan dan memutuskan melakukan evaluasi atau penilaian secara berulang terhadap segala aspek yang mempengaruhi budaya keselamatan RS dan mutu pelayanan RS. Keputusan tersebut juga melingkupi tindak lanjut dari hasil penilaian tersebut yang dapat berupa adanya regulasi baru, komunikasi dalam melakukan *review* dan sosialisasi, terlaksananya pelatihan dan peningkatan/perbaikan sarana dan prasarana untuk menciptakan lingkungan yang aman untuk pasien dan keluarganya, pekerja termasuk *outsourcing* dan kontraktor serta pengunjung rumah sakit.

*"Sangat berkaitan, karena adanya akreditasi otomatis kita meningkatkan ya, selalu berusaha untuk meningkatkan perbaikan-perbaikan, kemudian review materi-materi yang memang perlu diketahui oleh seluruh pekerja, kemudian ketrampilan-ketrampilan yang harus dipenuhi oleh seluruh pekerja, kemudian juga tentang sarana prasarana yang harus disiapkan oleh perusahaan dalam kegiatan akreditasi seperti itu." (Manajemen RS, WM)*

Pelatihan yang gencar dilakukan manajemen atas *review* terkait akreditasi RS. Pelatihan diharapkan meningkatkan kemampuan pekerja RS sehingga dapat menjaga keselamatan dirinya dan rekan kerja atau teman sejawatnya. Pelatihan sebaiknya berulang seperti monitoring evaluasi untuk penyegaran keterampilan para pekerja RS.

*"Sewaktu menjelang akreditasi itu banyak banget diadakan pelatihan. Gapapa mengikuti pelatihan terus. Tapi setelah akreditasi, belum ada lagi." (Tenaga Kesehatan RS, FGD)*

Lingkungan kerja di rumah sakit dalam situasi pandemi sangat dibantu oleh standar yang ada pada akreditasi RS sehingga lingkungan kerja menjadi aman dan nyaman. Akreditasi RS terkait implementasi budaya keselamatan membuat manajemen RS mencari cara agar seluruh pekerja RS patuh pada peraturan, misal menggunakan APD dengan benar dan melakukan urutan kebersihan diri sesuai prosedur terkait dengan penularan COVID-19.

*"...Jadi salah satu bentuk dalam membudayakan budaya keselamatan yaitu melalui akreditasi juga, jadi membuat beberapa orang itu patuh. Hal yang tidak sesuai dengan nilai akreditasi maka akreditasi kita tidak akan bisa tercapai paripurna..." (Manajemen RS, WM)*

#### **Pembahasan**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa indikator budaya keselamatan yang telah diterapkan di rumah sakit terakreditasi selama pandemi COVID-19 antara lain komitmen manajemen (kepemimpinan), komunikasi keselamatan, aturan dan prosedur (regulasi), lingkungan kerja yang mendukung, keterlibatan personal (partisipasi), dan pelatihan keselamatan. Hal tersebut sesuai

dengan beberapa indikator budaya keselamatan hasil modifikasi teori Cooper (2016) dan kematangan budaya keselamatan oleh Liana et al. (2022).

Diketiga rumah sakit menunjukkan bahwa rumah sakit telah memiliki program budaya keselamatan dan K3RS. Saat COVID-19 hadir, rumah sakit sudah mempersiapkan diri untuk melakukan perubahan baik dari segi regulasi dan lingkungan kerja dalam menghadapi pandemi diikuti dengan komitmen kepemimpinan, partisipasi keselamatan pekerja, penerapan komunikasi keselamatan dengan baik dan melaksanakan pelatihan-pelatihan mendukung keselamatan selama pandemi COVID-19. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa budaya keselamatan rumah sakit terakreditasi dalam kategori baik (Liana et al., 2022). Budaya keselamatan yang baik berhubungan dengan performa keselamatan yang baik (Morello et al., 2013; Singer et al., 2009) sedangkan budaya keselamatan mempengaruhi kepatuhan pekerja atau tenaga kesehatan dalam berperilaku aman (Agnew et al., 2013; Institute for Quality of Life Sodexo, 2017; Law et al., 2013).

Gambaran budaya keselamatan selama pandemi di rumah sakit terakreditasi dilakukan secara kualitatif untuk melihat dari segi persepsi pekerja. Hal ini sejalan dengan Wiegmann, et al. (2004) yang menyatakan iklim/budaya keselamatan bersifat lebih dinamis dan berubah tergantung jenis keadaan lingkungan tertentu. Iklim merupakan ukuran budaya sementara atau potret untuk melihat budaya keselamatan (Hodgen et al., 2017). Iklim keselamatan menggambarkan persepsi pegawai terhadap kebijakan organisasi prosedur dan praktik yang berkaitan dengan keselamatan kerja dan membantu seluruh pekerja untuk memahami prioritas yang diberikan untuk manajemen keselamatan kerja dan keselamatan pasien (Currie, 2007; Flin, 2007; HSE, 2002; National Healthcare System, 2010).

Para informan menyebutkan peran pimpinan rumah sakit sangat penting dalam mendukung keberhasilan program budaya keselamatan, namun dalam membuat regulasi agar lebih rinci sehingga tidak ada salah penafsiran/persepsi dari pekerja. Hal ini sesuai dengan kepemimpinan adalah suatu sikap berbasis visi dan melaksanakan rencana strategis dengan tujuan membentuk budaya keselamatan (McKean & Snyderman, 2019). Hal ini sesuai dengan strategi meningkatkan budaya keselamatan antara lain membentuk badan keselamatan pasien, melakukan *walkarounds leadership*, memberikan edukasi tentang dasar-dasar keselamatan, *root causes analysis* (RCA), melakukan pelaporan dan analisis kasus, melaksanakan kerjasama dan komunikasi, serta memiliki kebijakan dan prosedur keselamatan (Devkaran & O'Farrell, 2014).

Komitmen dilakukan juga dengan pembagian tugas dan tanggung jawab semua pekerja sudah ada, jelas dan penerapannya berdasarkan kebijakan untuk mewujudkan budaya keselamatan rumah sakit. Pemimpin telah memberi respon yang cepat tanggap terhadap permasalahan yang disampaikan oleh bawahan terkait perbaikan. Hal ini sesuai bahwa budaya pelayanan kesehatan telah membuat semua individu bertanggungjawab menangani error atau KTD yang menimpa pasien yang berada dalam asuhan mereka (Meyer, 2010). Komitmen pimpinan lainnya dapat diwujudkan dengan menghentikan dan mencegah budaya saling menyalahkan antara pekerja rumah sakit dengan memberi contoh saat memberikan himbauan kepada pekerja. Hal ini sesuai bahwa *just culture* mengakui individu tidak seharusnya bertanggungjawab atas kegagalan sistem diluar kendali (Meyer, 2010).

Budaya keselamatan yang terintegrasi membutuhkan kepemimpinan kuat dari manajemen, peningkatan keterlibatan pekerja, dan partisipasi keselamatan (Burkgren, 2018).

	<p>Pengembangan budaya keselamatan yang positif di tempat kerja, perubahan teknologi, pelaksanaan SMK3 dapat menurunkan angka insiden keselamatan. Perbaikan kepatuhan teknologi dengan melakukan supervisi kepada pekerja dan menerapkan SMK3 yang dibutuhkan untuk mengembangkan budaya keselamatan yang positif (Kim et al., 2016).</p> <p>Para informan menyampaikan pentingnya peran komunikasi sangat mendukung keberhasilan program budaya keselamatan. Komunikasi di rumah sakit biasanya dilakukan dalam bentuk sosialisasi, misal sosialisasi program budaya keselamatan termasuk budaya K3 kepada semua pekerja termasuk <i>outsourcing</i>, kontraktor RS. Sosialisasi yang bersifat rutin dilaksanakan setiap tahun dari masing-masing unit/divisi yang terkait orientasi umum dan khusus kepada pekerja baru program budaya keselamatan. Sosialisasi yang bersifat insidentil dilakukan jika sifatnya mendesak dan darurat seperti adanya insiden tertusuk jarum dengan adanya kejadian tersebut harus segera dilakukan sosialisasi terkait pengelolaan limbah benda tajam. Selain itu dilakukan refreshing bagi para pekerja lama yang berkaitan adanya pembaharuan dan sebagainya. Setelah dilakukan sosialisasi, dilanjutkan dengan umpan balik (<i>feedback</i>) melalui rapat/pertemuan dan evaluasi penilaian untuk perbaikan.</p> <p>Hal ini sesuai dengan pengertian komunikasi adalah tindakan yang dilakukan seseorang untuk memberi dan/atau menerima informasi tentang kebutuhan, keinginan, persepsi, pengetahuan, atau pernyataan afektif seseorang (Velentzas &amp; Broni, 2014). Kesalahan dalam berkomunikasi antar profesional pemberi asuhan (PPA) berisiko terjadinya insiden keselamatan pasien sehingga diperlukan pelatihan. Hal ini sesuai dengan Yu et al. (2018) bahwa pelatihan bertujuan membekali pekerja dengan pengetahuan, keterampilan, sikap, dan perilaku yang dibutuhkan dalam mencapai budaya keselamatan. Berbicara (<i>speak up</i>) dilakukan sebagai bentuk komunikasi keselamatan pasien agar terhindar dari bahaya (Schwappach &amp; Richard, 2018). Beberapa penelitian melaporkan hubungan positif antara <i>speak up</i> dengan keselamatan pasien (Davenport et al., 2007; Okuyama et al., 2014). Budaya keselamatan yang positif memiliki kriteria berupa adanya persamaan persepsi mengenai pentingnya keselamatan, terjalin komunikasi saling percaya dalam melakukan upaya pencegahan (A. Wagner et al., 2018; C. Wagner et al., 2014), antar pekerja membicarakan informasi keselamatan dan disebarluaskan ke masing-masing unit (Health and Safety Executive, 2013).</p> <p>Para informan menyebutkan pentingnya aturan dan prosedur (regulasi) sebagai acuan dalam mendukung penerapan dan keberhasilan program budaya keselamatan rumah sakit. Sesuai dengan penelitian Sunindijo menunjukkan bahwa adanya penegakan aturan dan prosedur keselamatan yang ketat, lingkungan kerja yang mendukung dan kondusif, serta dukungan dari pemangku kepentingan untuk menerapkan kesehatan dan keselamatan dalam bekerja (Sunindijo et al., 2019).</p> <p>Hal ini terlihat dari adanya pedoman terkait keselamatan, kesehatan dan keamanan lingkungan. Selanjutnya pedoman dan panduan ini di turunkan dengan adanya SPO di setiap bagian atau divisi yang ada di rumah sakit. Namun terdapat masalah rantai prosedur dalam SPO dan birokrasi jangan berbelit, agar sebaiknya diperpendek tetapi tetap memprioritaskan keamanan (<i>safety</i>) agar memudahkan pekerja untuk bekerja dengan cepat dengan hasil yang maksimal. Sesuai regulasi tersebut, ada beberapa tugas dari tenaga kesehatan yang utama dalam melaksanakan program budaya keselamatan ini. Regulasi sudah sebelum munculnya pandemi tetapi dengan adanya pandemi COVID-19 memperlihatkan bahwa regulasi tentang budaya keselamatan di rumah sakit menjadi lebih</p>
--	---

penting untuk mencegah tertularnya penyakit COVID-19 kepada pasien, keluarga dan pekerja khususnya tenaga kesehatan. Regulasi diberlakukan kepada seluruh pekerja baik itu tenaga medis maupun non medis, pekerja tetap maupun tidak tetap bahkan *outsourcing*.

Regulasi terkait budaya keselamatan di rumah sakit juga mengatur tentang tugas dan tanggungjawab dari masing-masing pelaksana sampai kepada tingkat pengambil keputusan (manajemen rumah sakit). Regulasi yang dibuat dan diterapkan perlu juga dilakukan pemutakhiran berupa evaluasi atau *review* secara berkala sesuai dengan kondisi. Sebagai contoh, informan menyampaikan bahwa untuk mencegah penularan maka makanan petugas kesehatan dari prasmanan diganti menjadi nasi *box*. Regulasi yang dibuat juga harus detail dan disosialisasikan kepada pekerja agar tidak salah persepsi atau penafsiran sehingga melakukan perilaku tidak aman. Contoh regulasi yang tidak rinci adalah tidak ada definisi tentang luar kota. Hal ini menyebabkan bagian SDM akan melakukan sosialisasi ulang terkait kebijakan mengenai larangan pergi ke luar kota bagi tenaga medis yang menangani pasien COVID-19 secara lebih detail/rinci dengan hitungan jarak (kilometer). Hal ini sesuai dengan *Health and Safety Policy* mengemukakan bahwa kebijakan kesehatan dan keselamatan wajib dimiliki oleh tempat kerja. Kebijakan yang dibuat harus menyatakan komitmen dalam mengupayakan keselamatan. Kebijakan keselamatan merupakan dokumen penting untuk menunjukkan bahwa organisasi mengelola tanggung jawab, kepemimpinan dan juga komitmen untuk keselamatan (European Union Agency for Railways, 2018).

Pada hasil WM dan FGD juga menunjukkan lingkungan kerja pada ketiga rumah sakit sudah disesuaikan dengan kondisi adanya COVID-19, sehingga adanya bangsal khusus menerima pasien COVID-19. Beberapa informan dalam FGD mengakui bahwa terkadang masih ada lingkungan kerja yang berbahaya dan perlu secepatnya melakukan beberapa pembenahan. Tetapi terkadang terhambat dengan adanya birokrasi yang panjang. Kondisi ini menimbulkan persepsi bahwa pihak manajemen rumah sakit dianggap kurang tanggap dan lamban dalam menanggulangi kondisi tersebut. Lingkungan kerja yang kondusif dan fasilitas yang tersedia dapat mendukung terlaksananya budaya keselamatan sehingga mengurangi kejadian atau kasus yang berakibat fatal baik terhadap pasien, pekerja, keluarga dan kontraktor (pihak ketiga). Implementasi budaya keselamatan dilakukan dengan saling *respect*, sehingga tercipta lingkungan kerja yang kondusif. Kepedulian manajemen rumah sakit terhadap penempatan khusus bagi para pekerja yang mempunyai komorbid, kondisi hamil, sarana penginapan (*safe house*). Begitu juga adanya pemenuhan kebutuhan untuk para pasien terkait sarana prasarana, sehingga pasien dan pekerja rumah sakit merasa aman.

Kondisi kerja merupakan lingkungan kerja dan semua keadaan yang mempengaruhi pekerja di tempat kerjanya meliputi aspek fisik, hak hukum, tanggung jawab organisasi, dan beban kerja (Ali et al., 2013). Pihak manajemen, sesuai penjelasan beberapa informan telah mempunyai sistem *reward* dan konsekuensi. Namun sejauh ini, pada umumnya *reward* masih dalam bentuk pujian berupa ucapan terimakasih. Adapun konsekuensi/sanksi telah diberikan kepada pekerja rumah sakit yang belum/tidak melaksanakan budaya keselamatan, misalnya tenaga kesehatan yang melanggar prosedur perjalanan keluar kota tanpa ijin atasannya selama sehari-hari, sehingga diberi sanksi untuk melakukan test swab PCR secara mandiri. Hal ini sesuai gaya kepemimpinan transaksional yaitu kepemimpinan fokus pada tugas dan penyelesaian tugas spesifik dan memberikan motivasi berupa *reward* dan *punishment* kepada karyawan (Chan, 2014). Lingkungan kerja mempengaruhi budaya keselamatan yang dilakukan oleh tim keselamatan pasien berupa



	<p>pengawasan terhadap penatalaksanaan asuhan (Ramli, 2010 dalam Zain dan Erwin 2013).</p> <p>Pada indikator partisipasi, para informan menyampaikan bahwa sudah ada keterlibatan pekerja disemua level dari tingkat manajemen maupun pelaksana pada masing-masing unit layanan/fungsi dalam mendukung program budaya keselamatan sesuai aturan dan prosedur yang berlaku. Masing-masing pekerja mempunyai kontribusi sesuai dengan uraian tugas dan tanggung jawabnya. Terdapat juga mekanisme saling mengingatkan antar pekerja baik rekan kerja, atasan dan bawahan sampai tenaga <i>outourcing</i>, kontraktor terutama dalam hal kepatuhan terhadap protokol kesehatan pada masa pandemi ini, misalnya dalam penggunaan APD dan sebagainya. Kemudian inovasi yang dilakukan bersama pihak TI (tehnik informasi) rumah sakit agar koordinasi dan komunikasi dapat dilakukan dengan meningkatkan budaya keselamatan bersama. Perilaku transformasional menciptakan budaya dimana keselamatan dan kualitas dihargai, mendorong aliran informasi yang bebas dan berkontribusi pada pemecahan masalah yang konstruktif dibandingkan <i>blame culture</i> (McKean &amp; Snyderman, 2019). Partisipasi keselamatan mendeskripsikan keterlibatan individu dalam meningkatkan lingkungan yang mendukung keselamatan misal berpartisipasi pada kegiatan sukarela keselamatan, membantu pekerja lainnya terkait dengan isu keselamatan dan menghadiri pertemuan keselamatan (Griffin &amp; Curcuruto, 2016).</p> <p>Pada indikator pelatihan, para informan menyampaikan bahwa pelatihan yang diadakan biasanya ada 2 (dua) macam yaitu pelatihan rutin dan pelatihan yang sesuai dengan kebutuhan dan permasalahan yang terjadi, misalnya ada kasus kesalahan dalam penggunaan APD. Setiap pekerja juga dibekali dengan SPO tentang budaya keselamatan yang mengacu pada pedoman nasional tentang budaya keselamatan, misalnya terkait <i>patient safety</i> begitu juga terkait <i>employee safety</i> sebagai bukti rumah sakit berkontribusi penuh baik pada <i>pasien safety</i> maupun <i>employee safety</i>, selain itu juga membuat role model terkait implementasi budaya keselamatan. Sebelum adanya COVID-19 pelatihan dilakukan secara <i>offline</i>, tetapi semenjak pandemi menurut informan pelatihan dilakukan secara <i>online zoom meeting</i>. Topik pelatihan sesuai kebutuhan rumah sakit, misal yang sekarang lebih banyak tentang persiapan sebagai rumah sakit COVID-19. Secara umum pelatihan difokuskan pada pencegahan dan pengendalian infeksi, misalnya pelatihan mengenai <i>hand hygiene</i>, pemakaian dan pelepasan APD, penanganan limbah, penanganan linen, serta penggunaan APAR (Alat Pemadam Kebakaran).</p> <p>Fokus pelatihan pada saat sebelum dan saat pandemi hampir sama, bedanya hanya terletak pada penggunaan APD, pada saat pandemi COVID-19 ada pelatihan penggunaan <i>cover all level 3, level 2, level 1</i>, tetapi sebelum pandemi COVID-19 penggunaan APD hanya pada pemakaian masker dan sarung tangan. Untuk pelatihan yang lebih banyak praktik dilakukan secara <i>offline</i>. Hal ini sesuai dengan penyelesaian masalah keselamatan pasien dengan kolaborasi antar staf klinis dan pimpinan. Komitmen organisasi berupa kepemimpinan ditunjukkan dengan menyediakan sumber daya seperti staf, pelatihan, pelaporan yang aman dan lainnya guna penanganan terkait keselamatan (KARS, 2018). Upaya mewujudkan <i>patient centered care</i> (PCC) adalah pelatihan kepada dokter supaya lebih perhatian, informatif dan empatik demi tercapainya tujuan kerjasama, solidaritas, empati, dan kolaborasi serta mendorong pasien untuk berpartisipasi dalam asuhannya (Institute of Medicine, 2001). Pelatihan di rumah sakit merupakan tindak lanjut upaya perbaikan dalam meningkatkan kemampuan pekerja memenuhi standar akreditasi khususnya yang berhubungan dengan program budaya keselamatan. Pimpinan rumah sakit harus</p>
--	---



mengidentifikasi kebutuhan pelatihan apa saja yang diperlukan oleh pekerja khususnya pada pandemi COVID-19. Pelatihan dilakukan secara rutin (orientasi pekerja baru) dan berkala. Monitoring evaluasi harus dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya peningkatan pengetahuan dan keterampilan pekerja. Hal ini sesuai dengan pelatihan sebagai proses terencana untuk memodifikasi sikap, pengetahuan atau perilaku dan keterampilan untuk mencapai kinerja yang efektif melalui pengalaman belajar (Manpower Services Commission, 1981; Masadeh, 2012).

Pada hasil FGD dan WM, menurut para informan peran akreditasi sangat penting dalam mendukung implementasi budaya keselamatan rumah sakit. Dari keenam indikator yang dirasakan penting terkait akreditasi dan budaya keselamatan adalah kepemimpinan, pelatihan dan lingkungan kerja. Akreditasi mendorong seluruh level pekerja untuk memenuhi standar dalam memberikan layanan yang berfokus pada mutu dan keselamatan dan berperilaku aman dalam menjalani tugas sehari-hari. Akreditasi juga mendorong manajemen rumah sakit dalam meningkatkan perbaikan dan melakukan review terhadap segala aspek yang terkait dengan keselamatan, kesehatan pasien dan pekerja. Hal ini terutama dirasakan saat menghadapi pandemi COVID-19. Manajemen/pimpinan rumah sakit dalam mempertahankan mutu dan keselamatan setelah kelulusan akreditasi melakukan *management walkthrough* dibantu oleh kepala unit dan komite/tim seperti KKPRS, K3RS, PPI, dan sebagainya yang mempunyai KPI (*Key Performance Indicator*) untuk menjaga mutu dan keselamatan di rumah sakit dan melapor kepada direktur untuk dilakukan *review* atas temuan dan pembelajaran serta tindak lanjut perbaikan guna meningkatkan kepuasan pelanggan. Hal ini sesuai dengan strategi untuk meningkatkan budaya keselamatan melalui *walkarounds leadership* dan membentuk badan keselamatan pasien (Halligan & Zecevic, 2011). Manfaat utama akreditasi di rumah sakit adalah peningkatan kualitas, kepuasan pasien, keselamatan pasien, efektivitas biaya, dan reputasi rumah sakit yang lebih baik (Algunmeeyn et al., 2020). Akreditasi sebagai salah satu upaya perbaikan di pelayanan kesehatan. Rumah sakit yang telah diakreditasi memiliki frekuensi pelaporan dan persepsi terhadap keselamatan lebih baik dibandingkan rumah sakit yang belum diakreditasi. Akreditasi sebagai satu upaya perbaikan di pelayanan kesehatan (El-Jardali, Dimassi, Jamal, Jaafar, & Hemadeh, 2011).

Keterbatasan penelitian ini adalah rumah sakit yang diteliti hanya di wilayah Jakarta. Diharapkan penelitian selanjutnya dapat mengembangkan penelitian dengan sampel dan wilayah yang lebih luas. Penelitian juga dapat dikombinasikan dengan *mixed method* untuk memperkuat hasil kualitatif dengan kuantitatif. Sejalan dengan Hodgen et al. dan Wiegmen et al. bahwa pengukuran budaya keselamatan memerlukan kombinasi metode kuantitatif dan kualitatif agar pengukuran dapat menghasilkan gambaran yang lengkap tentang budaya keselamatan, kombinasi metode kuantitatif dengan wawancara terstruktur, survei dan kuesioner serta metode kualitatif dapat digunakan dengan cara observasi, *focus group discussion* (FGD), *review* informasi terdahulu, wawancara, dan studi kasus (Hodgen et al., 2017; Kummerow & Kirby, 2013; Wiegmann et al., 2004).

#### Kesimpulan

Ketiga rumah sakit terakreditasi telah menerapkan budaya keselamatan selama pandemi COVID-19 ditunjukkan dengan gambaran 6 (enam) indikator budaya keselamatan, meliputi: komitmen manajemen (kepemimpinan), komunikasi keselamatan,

	<p>aturan dan prosedur (regulasi), lingkungan kerja yang mendukung, keterlibatan personal (partisipasi), dan pelatihan keselamatan. Hal ini menunjukkan rumah sakit terakreditasi telah berupaya menerapkan budaya keselamatan dengan baik. Penelitian ini memperkuat hasil penelitian yang telah dipublikasikan sebelumnya oleh Liana et al. (2022) tentang <i>self-assessment</i> kematangan budaya keselamatan rumah sakit.</p>
 <p><b>Skema LITABMAS</b> Skema Penelitian Dasar Mandiri</p>	 <p><b>Ucapan terimakasih</b> Penulis mengucapkan terima kasih kepada Universitas Esa Unggul, RS Cipto Mangunkusumo, RS Universitas Indonesia, dan RS Pertamina Jaya.</p>

#### DAFTAR PUSTAKA

- Agnew, C., Flin, R., & Mearns, K. (2013). Patient safety climate and worker safety behaviours in acute hospitals in Scotland. *Journal of Safety Research*, 45, 95–101. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2013.01.008>
- Algunmeeyn, A., Alrawashdeh, M., & Alhabashneh, H. (2020). Benefits of applying for hospital accreditation: The perspective of staff. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1233–1240. <https://doi.org/10.1111/jonm.13066>
- Ali, A. Y. S., Ali, A. A., & Adan, A. A. (2013). Working Conditions and Employees' Productivity in Manufacturing Companies in Sub-Saharan African Context: Case of Somalia. *Educational Reseach International*, 2(2), 2307–3713.
- Astari, D. W., Noviantani, A., & Simanjuntak, R. (2021). Kepuasan Pasien terhadap Mutu Pelayanan Keperawatan di Era Pandemi Covid-19 di Rumah Sakit Mata Cicendo. *Journal of Hospital Accreditation*, 03(1), 34–38.
- Burkgren, T. (2018). The essentials. *Journal of Swine Health and Production*, 26(2), 69. <https://doi.org/10.4324/9781315163383-4>
- Chan, B. (2014). *Finding the Right Leadership Style for Your Quality Improvement Agenda*.
- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W.-C., Wang, C.-B., & Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 57(6), 365–388.
- Clandinin, D. J. (2006). Narrative inquiry: A methodology for studying lived experience. *Research Studies in Music Education*, 27(1), 44–54.
- Cooper, A. (2016). *Working in a demanding environment: employee wellbeing in secure forensic settings*. <https://era.ed.ac.uk/handle/1842/25501>
- Cooper, D. (2016). *Navigating The Safety Culture Construct: A Review of The Evidence* (Issue July). [http://www.behavioral-safety.com/articles/safety\\_culture\\_review.pdf](http://www.behavioral-safety.com/articles/safety_culture_review.pdf)
- Currie, L. (2007). *Understanding Patient Safety* (Lynne Currie (ed.)). Quay Books, a division of Mark Allen Publishing Ltd (11 Oct. 2007).
- Davenport, D. L., Henderson, W. G., Mosca, C. L., Khuri, S. F., & Mentzer, R. M. (2007). Risk-Adjusted Morbidity in Teaching Hospitals Correlates with Reported Levels of Communication and Collaboration on Surgical Teams but Not with Scale Measures of Teamwork Climate, Safety Climate, or Working Conditions. *Journal of the American College*

- of Surgeons*, 205(6), 778–784. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2007.07.039>
- Devkaran, S., & O'Farrell, P. N. (2014). The Impact of Hospital Accreditation on Clinical Documentation Compliance: A Life Cycle Explanation Using Interrupted Time Series Analysis. *BMJ Open*, 4(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005240>
- DiCuccio, M. H. (2015). The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 135–142. <https://doi.org/10.1097/PTS.000000000000058>
- European Union Agency for Railways. (2018). *Safety Management System Requirements For Safety Certification or Safety Authorisation*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2821/019094>
- Fan, C. J., Pawlik, T. M., Daniels, T., Vernon, N., Banks, K., Westby, P., Wick, E. C., Sexton, J. B., & Makary, M. A. (2016). Association of Safety Culture with Surgical Site Infection Outcomes. *Journal of the American College of Surgeons*, 222(2), 122–128. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008>
- Fitri, W., Octaria, M., Suwanny, N., Sisillia, & Firnando. (2020). Tantangan dan Solusi terhadap Ketimpangan Akses Pendidikan dan Layanan Kesehatan yang Memadai di Tengah Pandemi Covid-19. *Jurnal Syntax Transformation*, 1(10), 766–776. <https://doi.org/https://doi.org/10.46799/%25J.Vol1.Iss10.181>
- Flin, R. (2007). Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*, 45(6), 653–667. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2007.04.003>
- Gadd, S., Collins, A. M., & Human Factors Group. (2002). *Safety Culture: A review of the literature*. Health & Safety Laboratory.
- Griffin, M., & Curcuruto, M. (2016). Safety Climate in Organizations. *The Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, April. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-041015-062414>
- Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety Culture in Healthcare: A Review of Concepts, Dimensions, Measures and Progress. *BMJ Quality and Safety*, 20(4), 338–343. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
- Handler, S. M., Castle, N. G., Studenski, S. A., Perera, S., Fridsma, D. B., Nace, D. A., & Hanlon, J. T. (2006). Patient safety culture assessment in the nursing home. *Quality and Safety in Health Care*, 15(6), 400–404. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.018408>
- Health and Safety Executive. (2013). *Managing for Health and Safety HSG65*. <http://www.hse.gov.uk/managing/delivering/do/organising/communication.htm>
- Henriqson, É., Schuler, B., van Winsen, R., & Dekker, S. W. A. (2014). The Constitution and Effects of Safety Culture as An Object in the Discourse of Accident Prevention: A Foucauldian Approach. *Safety Science*, 70, 465–476. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.07.004>
- Hodgen, A., Ellis, L., Churruca, K., & Bierbaum, M. (2017). *Safety Culture Assessment in Health Care: A Review of The Literature on Safety Culture Assessment Modes* (Issue October). <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2017/10/Safety-Culture-Assessment-in-Health-Care-A-review-of-the-literature-on-safety-culture-assessment-modes.pdf>
- HSE. (2002). Strategies to Promote Safe Behaviour as Part of a HSMS. *Health and Safety Executive*.
- Hughes, P., & Ferrett, E. (2013). Promoting A Positive Health and Safety Culture. In *Introduction to Health and Safety in Construction* (pp. 51–68). <https://doi.org/10.1016/b978-1-85617-521-0.50011-0>
- ILO. (2013). *Keselamatan dan Kesehatan Kerja Keselamatan dan Kesehatan Sarana untuk Produktivitas*. <https://doi.org/10.1016/j.cl.2012.10.002>
- Institute for Quality of Life Sodexo. (2017). *Safety Culture : Assessment Tools and Techniques*.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21th century*. Whashington: IOM; 2001. March.
- KARS. (2018). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1*. (1st ed.). KARS.
- Kartika, Y.; Sudiro; Wulan, L. R. K. (2015). Analisis Pengaruh Gaya Kepemimpinan Direktur terhadap Budaya Keselamatan Pasien di RS Hermina Pandanaran. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 03(02), 145–152.
- Kim, Y., Park, J., & Park, M. (2016). Creating a Culture of Prevention in Occupational Safety and Health Practice. *Safety and Health at Work*, 7(2), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2016.02.002>
- Kummerow, E., & Kirby, N. (2013). *Organisational Culture*. World Scientific Publishing Company.
- Kusumapradja, R. (2017). *Analisis Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Daerah Khusus Ibukota Jakarta*. 14.
- Lararenjana, E. (2020). Purposive Sampling. Retrieved from Merdeka: <https://www.Merdeka.Com/Jatim/Purposive->

*Sampling-Adalah-Teknik-Pengambilan-Sampel-Dengan-Ciri-Khusus-Wajib-Tahu-Kln. Html.*

- Law, M., Zimmerman, R., Baker, G., & Smith, T. (2013). Assessment of Safety Culture Maturity in a Hospital Setting. *Healthcare Quarterly*, 13(sp), 110–115. <https://doi.org/10.12927/hcq.2010.21975>
- Liana, D., Lestari, D., Dwijayanti, F., & Fauziah, N. (2021). *Budaya Keselamatan Staf Klinis Rumah Sakit Terakreditasi yang Menjadi Rujukan COVID-19*. 03, 84–90.
- Liana, D., Lestari, F., Sutoto, S., Modjo, R., & Bachtiar, A. (2022). A self-assessment model for hospital safety culture maturity. *Journal of Public Health Research* 2022, 11, 51–58.
- Loosemore, M., Sunindijo, R. Y., Lestari, F., Kusminanti, Y., & Widanarko, B. (2019). Comparing the safety climate of the Indonesian and Australian construction industries: Cultural and institutional relativity in safety research. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 26(10), 2206–2222. <https://doi.org/10.1108/ECAM-08-2018-0340>
- Manpower Services Commission. (1981). *Glossary of Training Terms*. HMSO.
- Marín, L. S., Lipscomb, H., Cifuentes, M., & Punnett, L. (2019). Perceptions of safety climate across construction personnel: Associations with injury rates. *Safety Science*, 118(May), 487–496. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.05.056>
- Masadeh, M. (2012). Training, Education, Development and Learning: What Is the Difference? *European Scientific Journal*, 8(10), 62–68. <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/163>
- Matsubara S, Hagihara, A. & N. K. (2008). Development of a Patient Climate Scale in Japan. *International Journal of Quality in Health Care*, vol 20(Number 3), 211-220.
- McKean, E. L., & Snyderman, C. H. (2019). Leadership Driving Safety and Quality. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 52(1), 11–22. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2018.08.002>
- Meyer, G. S. (2010). *Just Culture : The Key to Quality and Safety*. 1(IX).
- Ministry of Health. (2020). *Patient Safety Incident Report in Indonesia*.
- Mohler, M. W. (2015). *Safety Culture*. July 2014, 11–14.
- Morello, R. T., Lowthian, J. A., Barker, A. L., McGinnes, R., Dunt, D., & Brand, C. (2013). Strategies for improving patient safety culture in hospitals: A systematic review. *BMJ Quality and Safety*, 22(1), 11–18. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000582>
- Muhtar, M., Aniharyati, A., & Ahmad, A. (2020). Pelaksanaan Budaya Keselamatan Pasien pada Masa Pandemi Covid-19 di Rumah Sakit Umum Daerah Bima. *Bima Nursing Journal*, 2(1), 55. <https://doi.org/10.32807/bnj.v2i1.664>
- National Healthcare System. (2010). *An introduction to Safety Climate*. 1–6.
- Okuyama, A., Wagner, C., & Bijnen, B. (2014). Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review. *BMC Health Services Research*, 14(4). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-61>
- OSHA. (2013). *Worker Safety in Your Hospital: Know the Facts*. 800, 1–4. [https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.1\\_Data\\_highlights\\_508.pdf](https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.1_Data_highlights_508.pdf)
- PP RI No.50. (2012). *Peraturan Pemerintah RI Nomor 50 Tahun 2012 Tentang Penerapan SMK3*. 21(3), 1–27. <https://doi.org/10.1039/c2sm26940f>
- Probst, T. M., Goldenhar, L. M., Byrd, J. L., & Betit, E. (2019). The Safety Climate Assessment Tool (S-CAT): A rubric-based approach to measuring construction safety climate. *Journal of Safety Research*, 69, 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2019.02.004>
- Putri, R. N. (2020). Indonesia dalam Menghadapi Pandemi Covid-19. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 20(2), 705. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v20i2.1010>
- Rachmawati, E. (2011). *Model pengukuran iklim keselamatan pasien (patient safety climate) di rumah sakit Muhammadiyah-Aisyiyah (RSMA)*. 11–34.
- Rasmussen, K., Glasscock, D. J., Hansen, O. N., Carstensen, O., Jepsen, J. F., & Nielsen, K. J. (2006). Worker participation in change processes in a Danish industrial setting. *American Journal of Industrial Medicine*, 49(9), 767–779. <https://doi.org/10.1002/ajim.20350>
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage.
- Satgas COVID 19. (2022). *Peta Sebaran COVID-19*. Covid19.Go.Id. <https://covid19.go.id/peta-sebaran>
- Schwappach, D., & Richard, A. (2018). *Speak up-related climate and its association with healthcare workers' speaking up and withholding voice behaviours: a cross-sectional survey in Switzerland*. 827–835. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007388>

- Singer, S. J., Gaba, D. M., Falwell, A., Lin, S., Hayes, J., & Baker, L. (2009). Patient safety climate in 92 us hospitals differences by work area and discipline. *Medical Care*, 47(1), 23–31. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817e189d>
- Sunindijo, R. Y., Loosemore, M., Lestari, F., Kusminanti, Y., Widanarko, B., Febrina, C., & Amelia, F. (2019). Comparing safety climate in infrastructure and building projects in Indonesia. *MATEC Web of Conferences*, 258, 02024. <https://doi.org/10.1051/mateconf/201925802024>
- Tartaglia Reis, C., Paiva, S. G., & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: A systematic review by characteristics of Hospital survey on patient safety culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9), 660–677. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
- Undang-Undang Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*.
- Wagner, A., Michaelis, M., Luntz, E., Wittich, A., Schrappe, M., Lessing, C., & Rieger, M. (2018). Assessment of Patient and Occupational Safety Culture in Hospitals: Development of a Questionnaire with Comparable Dimensions and Results of a Feasibility Study in a German University Hospital. *IJERPH International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2625.
- Wagner, C., Mannion, R., Hammer, A., Groene, O., Arah, O. A., Dersarkissian, M., & Suñol, R. (2014). The associations between organizational culture, organizational structure and quality management in European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 26(March), 74–80. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu027>
- WHO. (2009). *Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools*.
- WHO. (2020). Materi Komunikasi Risiko COVID-19 untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan. *World Health Organization - Western Pasific Region*, 1–11.
- WHO. (2022). *Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic*. <https://news.google.com/covid19/map?hl=en-ID&mid=%2Fm%2F02j71&gl=ID&ceid=ID%3Aen>
- Wiegmann, D. A., Zhang, H., & Von, T. L. (2004). Safety Culture : An Integrative Review. *The International Journal of Aviation Psychology*, September 2013, 37–41. <https://doi.org/10.1207/s15327108ijap1402>
- Wu, F., Zhao, S., Yu, B., Chen, Y.-M., Wang, W., Song, Z.-G., Hu, Y., Tao, Z.-W., Tian, J.-H., & Pei, Y.-Y. (2020). A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*, 579(7798), 265–269.
- Yu, A., Flott, K., Chainani, N., Fontana, G., & Darzi, A. (2018). *Patient Safety 2030*. [www.imperial.ac.uk/patient-safety-translational-research-centre](http://www.imperial.ac.uk/patient-safety-translational-research-centre) Patient
- Zhou, P., Yang, X. Lou, Wang, X. G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., Si, H. R., Zhu, Y., Li, B., Huang, C. L., Chen, H. D., Chen, J., Luo, Y., Guo, H., Jiang, R. Di, Liu, M. Q., Chen, Y., Shen, X. R., Wang, X., ... Shi, Z. L. (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, 579(7798), 270–273. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>