

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Patient safety atau keselamatan pasien adalah suatu usaha untuk mencegah terjadinya cedera pada pasien, yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien adalah hal yang harus dijaga jangan sampai ada kejadian yang mengakibatkan keselamatan pasien menjadi terancam, untuk itu harus ada suatu sistem agar seluruh elemen yang terlibat dalam kegiatan RS dalam hal ini terutama pasien menjadi lebih aman, karena ketidakamanan dapat berujung pada tuntutan kepada rumah sakit.

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan issue penting yang menjadi perhatian baik secara global maupun nasional dan merupakan bagian dari komponen mutu pelayanan kesehatan, serta termasuk dalam prinsip dasar pelayanan pasien dalam manajemen mutu layanan kesehatan (WHO, 2004). Perhatian terhadap keselamatan pasien ini dilatarbelakangi oleh masih tingginya angka Kejadian Tak Diinginkan (KTD) di rumah sakit. Kejadian tak diinginkan ini tentu dapat menimbulkan konflik antara tenaga kesehatan dengan pasien/keluarga disamping akan berdampak juga pada meningkatnya biaya pelayanan. Konflik yang terjadi tidak jarang berakhir dengan tuntutan yang bisa masuk ke ranah hukum. Hal ini tentu sangat merugikan rumah sakit, baik material maupun nonmaterial.

Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak direncanakan atau tidak disengaja atau keadaan yang dapat mengakibatkan atau memang mengakibatkan kerugian bagi pasien, termasuk bahaya dari hasil dari penyakit atau pengobatannya yang tidak memenuhi harapan pasien atau dokter untuk suatu perbaikan atau penyembuhan. (WHO, 2009). Insiden keselamatan pasien masih menjadi masalah utama di rumah sakit dimana berbagai macam pelayanan di RS memiliki resiko yang dapat mengancam keselamatan pasien di rumah sakit.

Laporan yang dirilis oleh *Institute of Medicine* (IOM) pada tahun 2000 yang berjudul *To Err Is Human: Building a Safer Health System* mengemukakan sebuah penelitian di Utah, Colorado serta New York. Ditemukan kejadian tidak diharapkan (KTD) atau *Adverse Event* di Utah dan Colorado sebesar 2,9 %, dimana 6,6 % diantaranya meninggal dunia. Sementara di New York angka KTD sebesar 3,7 % dengan angka kematian 13,6 %. Selain itu dari data (WHO, 2004), kejadian tidak diinginkan (KTD) di Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia sebesar 3,2 – 16,6%.

Penelitian oleh Pham (2016) di beberapa RS terakreditasi (*National Patient Safety Goals, 2022*) di 5 negara, terdapat 52 insiden pada 11 rumah sakit. China (kota Hongkong) merupakan negara dengan kasus tertinggi sebesar 31% kasus, diikuti Australia 25% kasus, India 23% kasus, Amerika 12% kasus, Kanada 10% kasus dan Brazil terdapat 7.6% kasus. Sedangkan di Indonesia, menurut laporan Daud (2020), jumlah pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) RS pada tahun

2019 adalah 12% dengan jumlah 7.465 kasus insiden, yang terdiri dari 171 kematian, 80 cedera berat, 372 cedera sedang, 1183 cedera ringan, dan 5659 tanpa cedera.

Tingginya angka kejadian KTD di beberapa negara memerlukan identifikasi risiko agar kejadian serupa tidak terjadi lagi. Karena itu proses identifikasi risiko ini merupakan suatu proses yang sangat penting. Sebelum bisa melakukan identifikasi risiko tentunya harus ada pelaporan, untuk kemudian dilakukan analisis dan investigasi lebih lanjut. Tujuan dari sistem pelaporan adalah belajar dari kesalahan sehingga dapat meminimalisir terjadinya kesalahan yang sama (Samsiah et al., 2016) (M. Krouss, 2019) (Dhamanti, et al., 2020). Tanpa adanya pelaporan terhadap insiden keselamatan pasien, beban yang diterima oleh individu, keluarga, maupun masyarakat secara sosial dan ekonomi akibat terjadinya insiden termasuk ketidakmampuan mencegah insiden, tentunya akan lebih tinggi lagi.

Berbagai negara melaporkan angka kejadian keselamatan di rumah sakit pada setiap tahunnya dengan detail angka yang berbeda-beda. Namun angka pelaporan insiden keselamatan pasien di beberapa negara masih tergolong rendah. Salmasi et al (2015) dalam studinya di enam negara di Asia Tenggara yakni Singapura, Malaysia, Thailand, Vietnam, Filipina, dan Indonesia, mengemukakan bahwa tidak ada data terkait dengan *medication error* dari hampir 50% negara di Asia Tenggara (yakni di Brunei, Laos, Cambodia, Myanmar dan Timor), hal ini merupakan bukti lemahnya sistem pelaporan terkait keselamatan pasien. Di Malaysia, jumlah insiden yang dilaporkan lebih rendah dari jumlah insiden yang sebenarnya. Kesalahan obat diperkirakan hanya sekitar 28,9%-50%. Penelitian di Arab Saudi menunjukkan 79% insiden tidak dilaporkan karena petugas kesehatan mengalami kesulitan dalam pelaporan mereka (Samsiah et al., 2016). Di Iran walaupun sistem pelaporan telah dibuat anonim, sekitar 45% dari perawat masih enggan melaporkannya (Fathi et al., 2017). Di Indonesia, total ada 1.227 rumah sakit telah terakreditasi, tetapi hanya 668 insiden dilaporkan pada tahun 2016, sedangkan bila dibandingkan dengan Taiwan, setiap tahun ada 50.000 insiden dilaporkan (Dhamanti, et al., 2020)

Menurut penelitian Naome di Uganda terhadap 158 provider kesehatan di Western Uganda, terdapat beberapa faktor penyebab rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien diantaranya yakni: kurangnya pengetahuan staf terkait IKP (52,5%), tidak adanya tim pengelolaan insiden di rumah sakit (53,8%), kegagalan menjaga kerahasiaan laporan (58,9%), kurangnya dukungan manajemen RS (43,0%), budaya menyalahkan (40,5%), dan pinalti administratif (65,2%) (Naome et al, 2020); Sedangkan di Brazil, Travares dkk melakukan review integrative terhadap 8 jurnal artikel sebagai sampel dari 1007 publikasi di kepustakaan kesehatan virtual menyimpulkan beberapa faktor rendahnya pelaporan insiden, yakni ketakutan (62,5%), terlalu banyak pekerjaan (25,2%), lupa untuk melaporkan (22,6%), rasa malu (27%), kurangnya pengetahuan (37,5%), dan kurangnya tanggung jawab (50%) (Tavares et al, 2019).

Sejalan dengan itu, (Mahajan, 2010) menyatakan bahwa faktor penghambat pelaporan insiden di RS adalah ketakutan akan adanya hukuman, budaya yang cenderung menyalahkan (*blaming culture*) dan rendahnya budaya keselamatan.

Budaya keselamatan pasien didefinisikan sebagai nilai-nilai yang dimiliki bersama diantara anggota organisasi tentang apa yang penting, keyakinan mereka tentang bagaimana system dijalankan dalam organisasi, dan interaksi nilai-nilai ini di dalam unit kerja dan struktur organisasi, yang secara bersama menghasilkan norma perilaku dalam organisasi yang mempromosikan keselamatan (WHO, 2009). Fleming & Wentzell (2008) menyatakan bahwa budaya keselamatan pasien adalah suatu jalan untuk menciptakan program keselamatan dengan cara fokus pada pelaksanaan programnya sehingga dapat menghasilkan keselamatan pasien.

Penelitian oleh Griffin & Hu (2013) menyatakan bahwa ada dua bentuk perilaku keselamatan yang berbeda, yaitu partisipasi keselamatan (*safety participation*) dan kepatuhan keselamatan (*safety compliance*). Partisipasi keselamatan mengacu pada partisipasi sukarela karyawan dalam kegiatan keselamatan, yang bertujuan untuk berkontribusi pada pengembangan lingkungan keselamatan yang mendukung. Sedangkan kepatuhan keselamatan mengacu pada perilaku keterlibatan dalam tugas keselamatan inti, seperti kepatuhan terhadap peraturan dan peraturan keselamatan organisasi, dan mengikuti prosedur keselamatan. Dalam penelitian ini disebutkan bahwa kepemimpinan keselamatan (*safety leadership*) mempunyai pengaruh yang baik terhadap partisipasi keselamatan (*safety participation*) maupun kepatuhan keselamatan (*safety compliance*).

Berdasarkan Teori Kognitif Sosial dalam penelitian Bandura dalam Wang et al. (2017) menunjukkan bahwa perilaku individu tidak hanya dipengaruhi oleh lingkungan, tetapi juga dapat dipengaruhi oleh persepsi psikologis dan tergantung pada karakteristik individu. Perilaku dipengaruhi oleh modal psikologis individu (*psychological capital*) yang dipengaruhi oleh lingkungan organisasi. *Psychological capital* (*psycap*) adalah suatu kondisi atau kekuatan yang berkembang selama seseorang tumbuh dan berkembang. Kekuatan ini dapat dinilai, dikembangkan, dan digunakan untuk meningkatkan kinerja.

Menurut Luthans et al. (2018) "*psychological capital* adalah kondisi perkembangan modal psikologis individu dan dicirikan dengan: (1) memiliki kepercayaan diri (efikasi diri) untuk mengambil dan melakukan upaya yang diperlukan untuk berhasil dalam tugas yang menantang; (2) membuat atribusi positif (*optimis*) tentang keberhasilan sekarang dan di masa depan; (3) tekun menuju tujuan dan, bila perlu, mengarahkan kembali jalan menuju tujuan (harapan) agar berhasil; dan (4) ketika terkena masalah dapat bertahan dan mampu bangkit kembali dan bahkan melampaui (ketahanan) target untuk mencapai kesuksesan". Penelitian yang dilakukan oleh Aula (2020) terhadap pekerja di PLTU di Jawa Timur, menyatakan bahwa *psychological capital* berpengaruh terhadap *safety behavior* terutama dimensi *optimism*.

Selain faktor psikologis individu terdapat juga faktor perilaku karyawan sebagai bagian dari suatu organisasi yang dengan sukarela bekerja melebihi standar yang diberikan untuk kemajuan perusahaan, yang dinamakan *organizational citizenship behavior*. *Organizational citizenship behavior* (OCB) ini merupakan perilaku yang didasarkan atas inisiatif individu sendiri yang tidak terkait dengan sistem reward (Organ, 1997). Karyawan dengan tingkat OCB yang tinggi, merupakan aset bagi sebuah organisasi. Kumar et al. (2009) mendefinisikan *organizational citizenship behavior* sebagai perilaku individu yang memberikan kontribusi pada terciptanya efektivitas organisasi dan tidak berkaitan langsung dengan sistem reward organisasi.

Menurut Jahangir et al (2004) OCB dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor internal seperti kepuasan kerja, komitmen organisasi, moral karyawan, dan motivasi, serta faktor eksternal yang meliputi gaya kepemimpinan, dan budaya organisasi. Velickovska (2017) membagi OCB menjadi 5 dimensi, yaitu: 1) altruisme, perilaku menolong dilakukan oleh seorang individu dalam suatu organisasi yang terkait untuk tugas-tugas; 2) ketelitian, memperhatikan sesuatu secara lebih rinci sehingga masalah dapat diminimalkan dalam hal waktu dan aturan organisasi; 3) kesopanan, rasa hormat dan sopan santun terhadap orang lain; 4) sportivitas, toleran terhadap kondisi yang ada tidak ideal untuk individu, juga bisa menerima berubah dan beradaptasi; 5) kebajikan sipil, memiliki minat dan antusiasme untuk berpartisipasi dalam organisasi perkembangan

Penelitian yang dilakukan oleh Jafarpanah & Rezaei (2020) di Iran menghasilkan sebuah kesimpulan bahwa OCB berdampak secara signifikan secara statistik terhadap *patient safety culture*. Tingkat *civic virtue*, *sportsmanship* dan sikap *courtesy* yang rendah mengindikasikan rendahnya minat perawat dalam berpartisipasi dalam kegiatan organisasi dan kegiatan pencegahan kecelakaan.

Disisi lain adanya keterikatan karyawan dengan pekerjaannya (*work engagement*) sedikit banyaknya berpengaruh terhadap kualitas pekerjaan yang dilakukan. “*Work engagement* adalah keadaan dimana seseorang mampu berkomitmen dengan organisasi baik secara emosional maupun secara intelektual”. Swarnalatha and Prasanna (2013) dan Sammer et al (2020) dalam penelitian di rumah sakit di Amerika menunjukkan bahwa ada hubungan yang kuat antara semua penyebab terjadinya bahaya dan ukuran kinerja, yang menunjukkan bahwa ketika terdapat budaya keselamatan pasien yang positif serta didukung dengan keterlibatan karyawan, maka semakin sedikit terjadi bahaya, dengan kata lain budaya keselamatan serta komitmen karyawan mendukung penerapan keselamatan pasien.

RSU Kartini dalam hal ini baru memulai gerakan keselamatan pasien pada tahun 2021 dengan dibentuknya Komite PMKP RS KARTINI. Belum ada data yang pasti mengenai keselamatan pasien termasuk jumlah insiden yang terjadi pada awal terbentuknya komite ini. Minimnya data insiden mengakibatkan rendahnya proses pembelajaran yang dapat diambil sehingga berdampak buruk pada usaha

pencegahan dan pengurangan cedera pada pasien. Akibatnya, rumah sakit mengalami kesulitan untuk melakukan identifikasi potensi bahaya atau risiko yang dihadapi dalam sistem pelayanan kesehatan. Rendahnya sistem pelaporan dan pembelajaran insiden di RSUD Kartini merupakan bukti bahwa kesadaran staf rumah sakit terkait hal yang berpotensi menimbulkan suatu insiden masih rendah, adanya rasa takut untuk terbuka dalam pelaporan jika terdapat insiden serta masih tingginya budaya menyalahkan (*blaming culture*) dalam lingkungan rumah sakit.

Untuk mendeteksi fenomena yang terjadi di lingkungan RSUD Kartini, maka peneliti melakukan prasurvei kepada tenaga medis yang bersedia mengisi kuesioner prasurvei. Prasurvei dilakukan karena adanya keterbatasan akses untuk mendapatkan semua data informasi yang diperlukan untuk penelitian, karena tidak semua informasi dapat diberikan untuk umum mengingat adanya sifat kerahasiaan dari data tersebut.

Hasil prasurvei mengenai *patient safety culture* menunjukkan hasil yang belum optimal. Hal ini dapat dilihat dari nilai skor total sebesar 52,25% yang menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien di RSUD Kartini harus ditingkatkan. Terdapat jawaban responden yang menjawab tidak setuju pada pernyataan yang diajukan. Diketahui bahwa indikator yang memiliki skor total terendah sebesar 47,50% yang berada pada indikator PSC9 (Saya merasa kesalahan yang saya perbuat akan memberikan dampak negative bagi karir saya), PSC 4 (Saya tidak kesulitan dalam membuat laporan kejadian) dan PSC 5 (Saya membuat laporan kejadian sesuai prosedur yang ada di rumah sakit). Hasil ini menunjukkan masih terdapat rasa kekhawatiran (takut) yang dirasakan oleh tenaga medis dalam melaporkan kejadian tidak diinginkan, terdapat responden yang merasa kesulitan dalam membuat laporan kejadian tidak diinginkan dan merasa belum sepenuhnya memahami prosedur pelaporan yang sesuai dengan prosedur di RSUD Kartini. Kekhawatiran yang dimiliki oleh tenaga kesehatan dalam melaporkan kejadian tidak diinginkan umumnya terjadi pada tenaga kesehatan level bawah yang takut disalahkan.

Hasil prasurvei mengenai *psychological capital* menunjukkan hasil yang belum optimal. Hasil ini dapat dilihat dari nilai skor total sebesar 50,75% yang menunjukkan bahwa *psychological capital* yang dimiliki oleh tenaga kesehatan masih harus ditingkatkan. Diketahui terdapat responden yang menjawab tidak setuju pada pertanyaan yang diajukan. Nilai skor terendah sebesar 35% berada pada indikator PC10 (Saya percaya diri untuk memberikan informasi kepada kelompok rekan kerja saya). Hasil ini menunjukkan bahwa 35% responden belum memiliki rasa percaya diri dalam memberikan informasi kepada kelompok (rekan kerja) dalam mengatasi kejadian tidak diinginkan terkait keselamatan pasien.

Hasil prasurvei mengenai *organizational citizenship behavior* menunjukkan hasil yang belum optimal yang memperoleh nilai skor total sebesar 52%. Hasil ini menunjukkan bahwa perilaku individu bagi organisasi (OCB) pada tenaga kesehatan di RSUD Kartini masih harus ditingkatkan. Diketahui terdapat responden

yang menjawab tidak setuju pada pernyataan yang diajukan. Nilai skor terendah sebesar 35% berada pada indikator OCB1 (Saya meluangkan waktu untuk menasehati, melatih, memberi bimbingan kepada rekan kerja) dan OCB8 (Saya sukarela untuk pekerjaan tambahan). Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat tenaga kesehatan yang tidak dapat meluangkan waktu untuk menasehati, melatih, memberi bimbingan kepada rekan kerja. Bahkan tidak rela jika ada pekerjaan tambahan untuk membantu rekannya. Kondisi inilah yang membuktikan bahwa kurangnya rasa kepedulian tenaga kesehatan antar rekan kerja dalam organisasi.

Hasil prasurvei mengenai *work engagement* menunjukkan hasil yang belum optimal. Diketahui skor total yang diperoleh sebesar 50,20% yang menunjukkan *work engagement* di RSUD Kartini masih harus di tingkatkan. Hal ini karena terdapat responden yang menjawab sangat tidak setuju pada pernyataan yang diajukan. Nilai skor terendah sebesar 27,50% berada pada indikator WE3 (Saya tetap bertahan di tempat kerja, bahkan ketika segala sesuatu tidak berjalan baik). Hasil ini menunjukkan bahwa keterikatan kerja tenaga kesehatan masih rendah dimana karyawan akan tetap pindah tempat kerja jika terjadi sesuatu yang tidak berjalan dengan baik.

Berdasarkan survey budaya keselamatan pasien yang telah dilakukan oleh tim PMKP RSUD Kartini tahun 2021 didapatkan bahwa dari hasil evaluasi budaya keselamatan, tingkat budaya keselamatan pada dimensi area kerja/unit kerja (48,78%), dimensi supervisor/ manajer (70,13%), dimensi komunikasi (46,71%), dimensi frekuensi pelaporan insiden (37,98%), dimensi tingkat keselamatan pasien (52,30%), bagian rumah sakit (66,33%), jumlah kejadian yang tidak dilaporkan (61,53%). Seluruh dimensi masih di bawah standar (kurang dari 75%). Dalam hal ini tampak bahwa dimensi frekuensi pelaporan insiden masih sangat kecil.

Bila dilihat dari tingkat utilitas yang ada di RS Kartini dalam setahun terakhir, bahwa angka utilitas di RS ini cukup tinggi yaitu 53.093 pasien rawat jalan dan 13.200 pasien rawat inap dan *Bed Occupancy Rate* (BOR) rawat inap 84,10%,.. Sedangkan angka pelaporan IKP dalam satu tahun terakhir hanya didapatkan 7 laporan insiden, yang berarti hanya 0.05% dari admisi. Hal ini lebih kecil jika dibandingkan dengan literatur yaitu 10%. Dari hasil *focus group discussion* dengan tim PMKP dan tenaga kesehatan yang bekerja di ruang rawat RS Kartini didapatkan bahwa insiden keselamatan pasien banyak yang terjadi tetapi tidak dilaporkan. (75%) tidak melaporkan dan mencoba mengatasi masalahnya sendiri, karena khawatir disalahkan. 25 % sudah melaporkan ke kepala ruangan saja.

Dari laporan evaluasi program kerja PMKP pada tahun 2022 didapatkan tujuh insiden keselamatan pasien. Jumlah ini apakah murni tidak adanya insiden atau karena faktor lain masih perlu dicari penyebabnya, namun berdasarkan hasil wawancara dengan tim PMKP bahwa pelaporan insiden di RS Kartini tidak berjalan baik, karena adanya ketakutan disalahkan (*blaming culture*) kepada mereka sehingga bila ada kejadian lebih baik diam atau cenderung ditutupi oleh kepala bagian mereka.

Berdasarkan fenomena dan masalah diatas peneliti tertarik untuk meneliti apa yang melatarbelakangi rendahnya pelaporan insiden oleh para tenaga kesehatan, terutama dari sisi *Psychological Capital*, dan *Organizational Citizenship Behavior* terhadap *Patient Safety Culture*, dengan *Work Engagement* sebagai variable intervening di RSUD Kartini.

Teori *patient safety culture* dari Reason (1997) dengan keempat dimensinya, dipengaruhi secara bersama-sama oleh *psychological capital*, *organizational citizenship behavior*, dan *work engagement*. Kendir, Fujisawa, Fernandes, Bienassis, dan Klazinga (2023) menjelaskan hal ini bahwa budaya keselamatan pasien diukur dari para profesional layanan kesehatan, menggunakan pendekatan kolaboratif dengan perwakilan luas masyarakat yang bekerja dan menggunakan layanan kesehatan.

Teori *Patient Safety Culture* tidak menolak untuk dipengaruhi oleh *Work engagement* (Schaufeli and Bakker, 2002) karena *work engagement* merupakan faktor yang melibatkan kegiatan kerja karyawan akan kualitas layanan yang diberikan oleh tim mereka dalam mempengaruhi perilaku dan tindakan (Haster, et al., 2013). Dan *work engagement* ini sebagai pengisi kesenjangan mediator antara *organizational citizenship behavior* terhadap *patient safety culture*. Sebaliknya, hasil penelitian oleh Ng, Choong, Kuar, Tan dan Teoh (2021) menyatakan berbeda bahwa *work engagement* terbukti menjadi predictor OCB. Artinya, dengan adanya *work engagement* sebagai variabel mediasi maka OCB dapat memberikan pengaruh pada meningkatnya *patient safety culture*.

Karena itu penulis ingin membuktikan apakah memang *work engagement* dapat menjadi mediasi antara *organizational citizenship behavior* dengan *patient safety culture*, seperti diketahui bahwa OCB lah yang mempunyai pengaruh significant terhadap *patient safety culture* seperti dalam penelitian Jafarpanah (2020) bahwa *organizational citizenship behavior* mempunyai pengaruh signifikan terhadap *patient safety culture* (PSC).

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang dikemukakan dan fokus penulisan ini, maka ada beberapa hal dalam mengidentifikasi masalah yaitu:

1. Rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien, sepanjang tahun 2022 jumlah insiden yang dilaporkan hanya tujuh insiden atau 0,05% dari admisi.
2. Budaya keselamatan pasien di RSUD Kartini masih dibawah standart (kurang dari 75%), dengan dimensi frekuensi pelaporan insiden hanya sebesar 37,98%. sehingga rumah sakit kesulitan melakukan identifikasi potensi bahaya atau risiko yang dihadapi.
3. Kesadaran tenaga kesehatan RS Kartini akan potensi timbulnya bahaya atau kesalahan masih rendah disertai rasa takut untuk melaporkan jika terdapat suatu insiden. Dari hasil FGD, 75% tidak melaporkan dan mencoba mengatasi masalahnya sendiri, karena khawatir disalahkan. 25% sudah melaporkan ke

kepala ruangan saja)

4. Masih kuatnya budaya menyalahkan (*blamming culture*) bila ada suatu insiden.
5. Belum terciptanya kebiasaan mencari akar permasalahan suatu insiden, namun lebih ke arah subyektifitas personal.
6. Kurangnya pemahaman terhadap pentingnya budaya keselamatan pasien. Dari hasil wawancara 60 persen kurang paham mengenai budaya keselamatan pasien.

C. Pembatasan Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah, maka batasan masalah dari penelitian adalah sebagai berikut :

1. Penelitian terbatas pada tenaga kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien di RS Kartini Jakarta, yakni dokter, perawat, bidan, apoteker, analis laboratorium dan radiographer.
2. Penelitian mengacu pada variabel *Psychological Capital*, *Organizational Citizenship Behavior* sebagai variabel independent dengan *Work Engagement* sebagai variabel intervening, dan *Patient Safety Culture* sebagai variabel independent.

D. Rumusan Masalah

Berdasarkan dari penjabaran latar belakang diatas, maka dapat diuraikan masalah yang diangkat dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut:

1. Apakah *psychological capital*, *organizational citizenship behavior* dan *work engagement* secara bersama-sama berpengaruh terhadap *patient safety culture*?
2. Apakah *psychological capital* berpengaruh terhadap *patient safety culture*?
3. Apakah *organizational citizenship behavior*, berpengaruh terhadap *patient safety culture*?
4. Apakah *work engagement* berpengaruh terhadap *patient safety culture*?
5. Apakah *psychological capital* berpengaruh terhadap *work engagement*?
6. Apakah *organizational citizenship behavior*, berpengaruh terhadap *work engagement*?

E. Tujuan Penelitian

Berdasarkan paparan ringkasan masalah di atas, maka tujuan penelitian ini adalah:

1. Tujuan Umum
Untuk menganalisa pengaruh *psychological capital* dan *organizational citizenship behavior* terhadap *patient safety culture* dengan *work engagement* sebagai variabel intervening.
2. Tujuan Khusus
Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Untuk menganalisa pengaruh *psychological capital* terhadap *patient safety culture*.
- b. Untuk menganalisa pengaruh *organizational citizenship behavior* terhadap *patient safety culture*.
- c. Untuk menganalisa pengaruh *work engagement* terhadap *patient safety culture*.
- d. Untuk menganalisa pengaruh *psychological capital* terhadap *work engagement*.
- e. Untuk menganalisa pengaruh *organizational citizenship behavior* terhadap *work engagement*.

F. Kegunaan Hasil Penelitian

Adapun manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menambah sumbangan pemikiran keilmuan mengenai pengaruh *psychological capital*, dan *organizational citizenship behavior* terhadap *patient safety culture* dengan *work engagement* sebagai variable intervening.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian diharapkan sebagai :

- a. Bahan masukan bagi management rumah sakit dalam mengambil langkah terkait *patient safety culture* serta pengaruh *psychological capital*, dan *organizational citizenship behavior* terhadap *patient safety culture* dengan *work engagement* sebagai variable intervening.
- b. Dapat menjadi tolak ukur keberhasilan upaya *patient safety* yang sedang dilaksanakan serta dijadikan bahan evaluasi selanjutnya.