

KODE/NAMA RUMPUN ILMU: 373 / ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
BIDANG FOKUS PENELITIAN : PENGEMBANGAN TEKNOLOGI
KESEHATAN DAN OBAT

**LAPORAN AKHIR
PENELITIAN DASAR UNGGULAN - PERGURUAN TINGGI**



**MODEL PENGEMBANGAN BUDAYA KESELAMATAN
PASIEEN DI RUMAH SAKIT PENDIDIKAN**

Tahun ke satu dari rencana 2 (dua) tahun

TIM PENGUSUL

Dr. Rokiah Kusumapradja, SKM, MHA	881750017
Dr Kemala Rita,SKp, MARS	0304105802
Dra Sulis Maryanti,Psi. M.Si	0319036701
Nanda Aula Rumana, SKM, MKM	0306078804

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2018**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul	: Model Pengembangan Budaya Keselamatan di Rumah Sakit Pendidikan
Peneliti/Pelaksana	
Nama Lengkap	: Dr ROKIAH, S.KM, MHA
Perguruan Tinggi	: Universitas Esa Unggul
NIDN	: 8817540017
Jabatan Fungsional	: Lektor Kepala
Program Studi	: Administrasi Rumah Sakit
Nomor HP	: 081319645666
Alamat surel (e-mail)	: rokih.kusumapradja@esaunggul.ac.id
Anggota (1)	
Nama Lengkap	: Dr KEMALA RITA WAHIDI S.Kep, M.Ars
NIDN	: 0304105802
Perguruan Tinggi	: Universitas Esa Unggul
Anggota (2)	
Nama Lengkap	: Dra SULIS MARIYANTI M.Psi
NIDN	: 0319036701
Perguruan Tinggi	: Universitas Esa Unggul
Anggota (3)	
Nama Lengkap	: NANDA AULA RUMANA S.KM, M.KM
NIDN	: 0306078804
Perguruan Tinggi	: Universitas Esa Unggul
Institusi Mitra (jika ada)	
Nama Institusi Mitra	: -
Alamat	: -
Penanggung Jawab	: -
Tahun Pelaksanaan	: Tahun ke 2 dari rencana 2 tahun
Biaya Tahun Berjalan	: Rp 138,902,000
Biaya Keseluruhan	: Rp 138,902,000

Mengetahui,
 Dekan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan

 (Dr. Aprilita Rina Yanti, Apt, M. Promed)
 NIP/NIK 215020572

Kota Jakarta Barat, 9 - 11 - 2018
 Ketua,

 (Dr ROKIAH, S.KM, MHA)
 NIP/NIK 8817540017

Menyetujui,
 Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat


 Universitas Esa Unggul
 L.P.P.M
 (DR. Hasyim, SE, MM, M.Ed.)
 NIP/NIK 201040164

MODEL PENGEMBANGAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT PENDIDIKAN

Rokiah Kusumapradja¹, Kemala Rita², Sulis Maryanti³, Nanda Aula Rumana⁴
rokiah.kusumapradja@esaunggul.ac.id
Program Studi Magister Administrasi Rumah sakit, Universitas Esa Unggul, Jakarta
Jalan Arjuna Utara No.9, Kebon Jeruk - Jakarta Barat 11510

ABSTRAK

Latar belakang, masalah implementasi keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan masih belum berjalan dengan baik yang diduga karena budaya keselamatan pasien belum menjadi bagian dari nilai-nilai yang mendasari pemberian asuhan yang berkualitas. **Tujuan penelitian** mengidentifikasi tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien dan mengembangkan model budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan.

Rancangan penelitian bersifat kausalitas-eksplanatoris dengan pengujian hipotesis. Metode pengumpulan data adalah survey menggunakan kuesioner. Sumber data adalah primer. Dimensi waktu adalah *one shot study*. Sampel penelitian adalah petugas pemberi asuhan pasien dan komite mutu keselamatan pasien di tujuh RS Pendidikan Indonesia, menggunakan proporsional stratified random sampling. Unit analisis adalah individu sebesar 1400 responden (respon rate 88%). Analisis data menggunakan *path analysis*.

Hasil penelitian, budaya keselamatan pasien secara keseluruhan menggambarkan dimensi staffing memiliki tingkat kehandalan paling rendah, dan *Organizational learning—continuous improvement* mempunyai tingkat kehandalan paling kuat. Sedangkan, implementasi enam sasaran keselamatan pasien menunjukkan meningkatkan komunikasi efektif memiliki nilai terendah, sedangkan mengidentifikasi pasien dengan benar memiliki nilai tertinggi. Hasil pengujian *path analysis* menunjukkan bahwa secara simultan budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien secara signifikan mempengaruhi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Secara parsial, budaya keselamatan pasien mempengaruhi implementasi enam sasaran keselamatan pasien. Hasil penelitian menunjukkan terdapat arah korelasi negatif, artinya semakin tinggi budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien, maka akan semakin rendah kejadian tidak diharapkan.

Implikasi studi menghasilkan konstruksi model konseptual baru untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan di rumah sakit pendidikan dengan meningkatkan kehandalan budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien; meningkatkan budaya keselamatan pasien melalui peningkatan staffing dan penguatan *Organizational learning-ontinuous improvement*; implementasi enam sasaran keselamatan pasien melalui pelatihan komunikasi efektif antar pemberi asuhan; serta kebijakan nilai budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan sebagai faktor pendorong positif peningkatan kualitas dan keamanan pasien di rumah sakit secara nasional untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan.

Keywords: *safety culture, communication, learning organization, incident report.*

DEVELOPMENT MODEL OF PATIENT SAFETY CULTURE IN TEACHING HOSPITALS

Rokiah Kusumapradja¹, Kemala Rita², Sulis Maryanti³, Nanda Aula Rumana⁴
rokiah.kusumapradja@esaunggul.ac.id
Hospital Administration Master Program, Universitas Esa Unggul, Jakarta
Jalan Arjuna Utara No.9, Kebon Jeruk - Jakarta Barat 11510

ABSTRACT

Background, the problem of implementing patient safety in teaching hospitals is still not going well, which is suspected because the culture of patient safety has not become part of the values that underlie the provision of quality care. **The research** objective identifies the level of reliability of patient safety culture and develops a culture model for patient safety in teaching hospitals.

The research design is causality-explanatory by testing hypotheses. Data collection method is a survey using a questionnaire. Data sources are primary and secondary. The time dimension is one shot study. The research sample was the patient care provider and the patient safety quality committee at seven teaching hospitals in Indonesia, with samples were selected using proportionate stratified random sampling. The unit of analysis is the individual with a number of 1400 (88% response rate) . Data analysis uses path analysis.

The results of the study, the overall patient safety culture illustrates the staffing dimension has the lowest level of reliability, and Organizational learning - continuous improvement has the strongest level of reliability. Whereas, the implementation of six patient safety goals shows that improving effective communication has the lowest value, while identifying patients correctly has the highest value. Path analysis results show that simultaneous patient safety culture and implementation of six patient safety goals significantly affect adverse events. Partially, patient safety culture influences the implementation of six patient safety goals. The results showed that there was a negative correlation direction, meaning that the higher the patient safety culture and the implementation of the six patient safety goals, the lower the adverse event would be.

Study implications result in the construction of a new conceptual model to reduce adverse event in teaching hospitals by increasing the reliability of patient safety culture and implementing six patient safety goals; improve patient safety culture through increasing staffing and strengthening organizational learning and continuous improvement; implementation of six patient safety goals through effective communication training between care givers; as well as the policy on cultural values of patient safety and the implementation of six patient safety goals in teaching hospitals as a positive driving factor for improving the quality and safety of patients in hospitals in Indonesia to reduce adverse event.

Keywords: safety culture, communication, learning organization, incident report.

PRAKATA

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, berkat Rachmat dan karuniaNya penelitian ini dapat berjalan dengan baik.

Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan Indonesia. Hal ini untuk menjawab pertanyaan penting bagi publik tentang bagaimana kondisi yang sebenarnya dari budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan. Kontribusi penelitian bagi publik adalah mewujudkan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang berkualitas dan aman baik bagi pihak masyarakat pengguna pelayanan kesehatan di rumah sakit pendidikan, pelaksana pelayanan maupun pengendali atau pengelola rumah sakit.

Penelitian ini dapat dilaksanakan berkat bantuan Kemenristekdikti yang telah memberikan dana hibah penelitian, Rektor Universitas Esa Unggul yang telah memberi kesempatan untuk melakukan penelitian serta Pimpinan Rumah sakit pendidikan yang memberikan izin sebagai lahan penelitian, serta responden yang telah bersedia memberikan informasi dengan jujur. Demikian juga anggota tim peneliti yang telah berkontribusi maksimal dalam pelaksanaan penelitian ini sehingga dapat berjalan dengan baik. Untuk itu kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang tinggi atas dukungan dan bantuan terhadap penelitian ini.

Kami menyadari bahwa penelitian ini masih ada kekurangan, pada kesempatan ini kami mengharapkan saran perbaikan untuk penyempurnaan hasil penelitian ini.

Jakarta, 5 September 2018

Tim Peneliti

DAFTAR ISI

ABSTRAK	2
PRAKATA	4
DAFTAR ISI	5
DAFTAR TABEL	6
DAFTAR GAMBAR	7
DAFTAR GRAFIK.....	8
DAFTAR LAMPIRAN.....	9
BAB I	10
PENDAHULUAN	10
1.1. Latar Belakang.....	10
BAB II.....	12
TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1. Budaya Keselamatan Pasien.....	12
2.2. Rumah sakit Pendidikan.....	15
2.3. Penelitian Terdahulu	16
2.4. Roadmap Penelitian	17
BAB III.....	18
TUJUAN DAN MANFAAT	18
3.1. Tujuan	18
3.2. Manfaat Hasil Penelitian	19
BAB IV	23
METODE PENELITIAN.....	23
4.1. Rancangan Penelitian.....	23
4.2. Populasi, Sampel, dan Penarikan Sampel	23
4.3. Metode analisis data.....	24
4.4. Metode Pengumpulan Data	24
4.5. Analisis Data	25
4.6. Bagan Alir Penelitian	26
BAB V.....	29
HASIL DAN LUARAN.....	29
5.1. Hasil Penelitian.....	29
5.2. Luaran Yang Dicapai.....	59
BAB VI	62
RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA	62
BAB VII.....	64
SIMPULAN, SARAN DAN IMPLIKASI	64
7.1. Simpulan	64
7.2. Saran dan Implikasi	64
DAFTAR PUSTAKA	66

DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1 Distribusi Rumah Sakit Pendidikan berdasarkan Wilayah dan Kelas	23
Tabel 4. 2 Distribusi Populasi Penelitian berdasarkan Rumah Sakit Pendidikan	23
Tabel 4. 3 Kriteria Kelayakan Pemodelan Persamaan Struktural	25
Tabel 5. 1 Distribusi Responden berdasarkan Rumah sakit Pendidikan, Populasi, Sample .	29
Tabel 5. 2 Distribusi Sumber Daya Manusia di RS Pendidikan berdasarkan Jenis Tenaga	30
Tabel 5. 3 Distribusi Rumah sakit Berdasarkan Jumlah Tempat Tidur, BOR,TOI dan BTO	30
Tabel 5. 4 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	31
Tabel 5. 5 Distribusi Responden Berdasarkan tingkat kehandalam frekwensi laporan Kejadian	35
Tabel 5. 6 Distribusi Responden Berdasarkan tingkat kehandalam Persepsi Keselamatan..	36
Tabel 5. 7 Distribusi Responden Berdasarkan tingkat Keselamatan Pasien	36
Tabel 5. 8 Distribusi Responden Berdasarkan Harapan (Ekpektasi) dan Kegiatan Supervisor/Manager yang mendukung Keselamatan	38
Tabel 5. 9 Distribusi Responden Berdasarkan Organisasi Pembelajaran dan Perbaikan Terus Menerus.....	39
Tabel 5. 10 Distribusi Responden Berdasarkan Kerjasama Tim (Team Work) dalam Unit Rumah sakit	40
Tabel 5. 11 Distribusi Responden Berdasarkan Keterbukaan Komunikasi	42
Tabel 5. 12 Distribusi Responden Berdasarkan Umpan balik dan Komunikasi tentang Error	43
Tabel 5. 13 Distribusi Responden Berdasarkan Respon Tidak Menghukum Terhadap Terjadinya Error.....	44
Tabel 5. 14 Distribusi Responden Berdasarkan Staffing	45
Tabel 5. 15 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Manajemen RS terhadap Keselamatan Pasien	46
Tabel 5. 16 Distribusi Responden Berdasarkan Team Work Antar Unit.....	47
Tabel 5. 17 Distribusi Responden Berdasarkan Penyerahan (handoffs) dan Pergantian di RS.....	48
Tabel 5. 18 Capaian Implementasi 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah sakit	49
Tabel 5. 19 Distribusi Responden Berdasarkan Rekapitulasi Budaya Keselamatan Pasien .	50
Tabel 5. 20 Distribusi Responden Berdasarkan Implementasi enam Sasaran Keselamatan Pasien	51
Tabel 5. 21 Rekapitulasi Kehandalan Budaya Keselamatan Pasien.... Error! Bookmark not defined.	
Tabel 5. 22 Capaian Tahunan.....	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Roadmap Penelitian	17
Gambar 3. 1 Basis Roadmap Penelitian.....	21
Gambar 4. 1 Bagan Alir Fishbone	27
Gambar 4. 2 Model Penelitian.....	28
Gambar 5. 1 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin.....	31
Gambar 5. 2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pendidikan.....	34
Gambar 5. 3 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Tingkat Keselamatan Pasien ...	37

DAFTAR GRAFIK

Grafik 5. 1 Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur	31
Grafik 5. 2 Distribusi Responden Berdasarkan Unit Kerja Utama.....	32
Grafik 5. 3 Distribusi Responden Berdasarkan Lama bekerja di Rumah sakit	32
Grafik 5. 4 Distribusi Responden Berdasarkan lama bekerja di Unit.....	32
Grafik 5. 5 Distribusi Responden Berdasarkan Lama bekerja di Rumah sakit	33
Grafik 5. 6 Distribusi Responden Berdasarkan Profesi	33
Grafik 5. 7 Distribusi Responden Berdasarkan lama bekerja sesuai Profesi saat ini	34
Grafik 5. 8 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Kejadian Tidak Diharapkan Yang Dilaporkan selama 12 Bulan Terakhir	38
Grafik 5. 9 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Kejadian Tidak	49
Grafik 5. 10 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Kejadian Tidak Diharapkan Yang Dilaporkan selama 12 Bulan Terakhir	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Realisasi Anggaran Biaya	68
Lampiran 2 Jadwal Penelitian	<u>69</u>
Lampiran 3 Realisasi Anggaran Penelitian Tahun 2018.....	<u>71</u>
Lampiran 4 Dukungan sarana dan prasarana penelitian	74
Lampiran 5 Susunan Organisasi Tim Peneliti Dan Pembagian Tugas	75
Lampiran 6 Biodata Ketua dan Anggota Tim Peneliti.....	75

LAMPIRAN

1. Artikel ilmiah	
2. Usulan HKI	
3. Rincian Penggunaan Anggaran Penelitian.....	22
4. Susunan Organisasi Tim Peneliti dan Pembagian Tugas	25
5. Prasarana.....	25
5. Biodata Ketua dan Anggota Tim Peneliti	89
6. Ethical Clearance	93
7. Surat Keterangan Ketua Peneliti	94

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Era perdagangan bebas yang dilaksanakan di tingkat Asia- Pasifik pada tahun 2010, berimplikasi terhadap persaingan dan kompetisi yang semakin ketat dalam industri sektor kesehatan, termasuk pelayanan rumah sakit. Oleh karena itu, Mutu pelayanan yang prima (*excellence*) dan safety (aman) sering dianggap sebagai suatu strategi bersaing yang perlu mendapat perhatian utama dalam pemberian pelayanan kesehatan di berbagai strata pelayanan, termasuk pelayanan di rumah sakit. Azwar Azrul (1996) mengemukakan bahwa dimensi kepuasan pelanggan sangat bervariasi, yang diantaranya bahwa kepuasan yang mengacu pada penerapan kode etik dan standar pelayanan, dengan indikator : hubungan dokter pasien (*doctor-patient relationship*), kenyamanan pelayanan (*amenities*), kebebasan melakukan pilihan (*choice*), pengetahuan dan kompetensi teknis (*scientific knowledge and technical skill*), efisiensi pelayanan (*effectiveness*) dan **keamanan tindakan** (*safety*). Undang undang tentang rumah sakit no. 44 (2009), menyebutkan bahwa keselamatan pasien diartikan sebagai “ Suatu sistem dimana RS membuat asuhan pasien lebih aman. RS di Indonesia dibedakan antara RS umum dan RS Pendidikan, yaitu rumah sakit yang menyelenggarakan dan atau digunakan untuk pelayanan, pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang kedokteran dan kesehatan.

Pelaksanaan keselamatan pasien di RS pendidikan masih banyak ditemukan keluhan terhadap mutu pelayanan medis/ kesehatan dan keamanan tindakan yang kurang memuaskan pelanggan atau kurang memenuhi standar pelayanan. Berbagai tuntutan pasien banyak dilayangkan kepada rumah sakit akibat kurang amannya keselamatan tindakan yang sangat terkait dengan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*). Hal ini terkait situasi di rumah sakit dimana terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *adverse event*.

Rakich (1996), mengemukakan bahwa: dalam kenyataannya, suatu organisasi pelayanan kesehatan mempunyai suatu budaya yang sangat berbeda dari organisasi bisnis, karena mereka memberikan pelayanan yang unqi dalam masyarakat dan secara alamiah mereka berhubungan dengan kemanusiaan. Pimpinan Organisasi pelayanan kesehatan pengelola RS dalam konteks yang khusus yaitu budaya pelayanan kesehatan. Walshe (2005) mengemukakan bahwa: *Characteristics of a positive safety culture*, meliputi : *communication founded on mutual trust and openness; good information flow and*

processing; shared perceptions of the importance of safety; recognition of the inevitability of error; confidence in the efficacy of preventative safety) measures; proactive identification of latent threats to safety; organizational learning; committed leadership and executive responsibility; a “no blame”, non punitive approach to incident reporting and analysis.

Agency of Health Care Research and Quality (AHRAQ, 2004) menjelaskan tentang survei budaya keselamatan pasien di rumah sakit dengan 12 dimensi yang meliputi : harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/manager expectations and actions promoting safety*), organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning—continuous improvement*), kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*), keterbukaan komunikasi (*Communication openness*), umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*), respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), staf yang adekuat (*Staffing*), persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*), dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*), penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) dan frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*)

Konsep Patient center Care (PCC) merupakan paradigma baru dalam pelayanan kesehatan kepada pasien, dimana pemberian pelayanan berfokus kepada pasien, yang intinya adalah pelayanan kesehatan yang diberikan harus berkualitas dan aman (*safety*) dengan memperhatikan kebutuhan dan nilai- nilai pasien. Dalam pemberian pelayanan kesehatan tersebut terbina *interprofessional collaboration* yang efektif dimana pengambilan keputusan tentang pasien dilakukan bersama-sama antar disiplin ilmu, sehingga penanganan pasien dilaksanakan secara komprehensif dan holistik serta integratif serta berkesinambungan yang melibatkan semua tenaga kesehatan termasuk profesi kesehatan lainnya dengan dilandasi komunikasi yang jujur, terbuka, terpercaya , sehingga terbentuk budaya keselamatan pasien.

Mengingat keselamatan pasien sudah menjadi tuntutan masyarakat dan profesi, maka perlu pengembangan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*) yang akan menjadi landasan nilai bagi perilaku semua petugas di RS pendidikan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan aman bagi semua pihak.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Budaya Keselamatan Pasien

Budaya (*culture*) menurut Stoner diartikan sebagai: “gabungan kompleks dari asumsi tingkah laku, cerita, mitos, metafora, dan berbagai ide lain yang menjadi satu untuk menentukan apa arti menjadi anggota masyarakat tertentu”. Sedangkan Koentjaraningrat menjelaskan bahwa budaya adalah seluruh total dari pikiran, karya, dan hasil karya manusia yang tidak berakar kepada nalurinya dan karena itu hanya bisa dicetuskan manusia sesudah suatu proses belajar. Sedangkan keselamatan pasien diartikan sebagai “Suatu sistem dimana RS membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk: Asesmen risiko, Identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden & tindak lanjutnya, serta Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yg disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. (KKP-RS)

Rumah sakit sebagai perusahaan, saat ini dirasakan perlu melakukan perubahan paradigma dan sistem nilai dalam pemberian pelayanan kepada masyarakat. Di satu sisi pengelolaan rumah sakit sebagai unit bisnis harus menggunakan prinsip-prinsip ekonomi, yaitu pelayanan efektif dan efisien, serta mencari profit. Namun di pihak lain harus menjalankan fungsi pelayanan sosial sebagai misi utamanya. Maka pelayanan yang diberikan harus berorientasi pada kebutuhan dan kepuasan pelanggan, namun tetap menjunjung tinggi etika dan kualitas pelayanan sesuai standar pelayanan yang ditetapkan. Di samping itu sebagai perusahaan yang memberi pelayanan umum Rumah sakit harus memberikan pelayanan yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat.

Budaya organisasi yang positif adalah salah satu strategi untuk mencapai keberhasilan masa depan dalam membangun Sumber Daya Manusia (SDM) dan organisasi melalui pelatihan alami. Pelatihan alami tersebut, yaitu melalui proses panjang yang secara terus menerus disempurnakan sesuai dengan tuntutan dan kemampuan SDM itu sendiri, serta sesuai dengan prinsip/pedoman organisasi yang diakui. Tanpa ada pedoman maka manajemen akan mengalami banyak perilaku yang menyimpang yang akan menimbulkan pemborosan dan kerugian. Para ahli meyakini bahwa kekuatan nilai-nilai yang tersembunyi yang diyakini oleh anggota organisasi merupakan kekuatan atau kemampuan untuk menyempurnakan atau memperbaiki semua aspek pelayanan, yang akan bermuara pada pemberian pelayanan berkualitas dan aman (safety). Pelayanan berkualitas tersebut akan

tergambar dari perilaku SDM melalui nilai-nilai luhur dan etika pelayanan yang berorientasi pada kepuasan konsumen dan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Nilai-nilai tersebut berdampak positif pada pewujudan pemberian kepuasan kepada konsumen, sumber daya manusia yang produktif dan berkomitmen, serta mampu memberikan hasil (*financial returns*) yang memuaskan.

Pengukuran budaya Keselamatan Pasien, dapat diukur melalui pengukuran elemen kedua dari model budaya organisasi (Schein, 1999), yaitu *espoused values* (nilai-nilai pendukung), yang mencakup kepercayaan, nilai-nilai, persepsi dan sikap/*attitude* yang berlaku dalam organisasi. Nilai-nilai pendukung ini dianggap lebih mudah diukur, dikenal sebagai iklim organisasi, yang dapat mendiagnosis budaya, sebagai *preceding culture* dan *culture in making*. Model dari Flin (2007) menjelaskan bagaimana mekanisme bentuk-bentuk iklim keselamatan (yang digunakan untuk mengukur budaya keselamatan), yang didefinisikan sebagai persepsi terhadap Kejadian Tidak Diharapkan/*Adverse Event* pada pasien dan pekerja, diukur pada tingkat unit kerja dan organisasi.

Menurut Walshe (2005) dikemukakan bahwa *Characteristics of a positive safety culture*, meliputi : *communication founded on mutual trust and openness; good information flow and processing; shared perceptions of the importance of safety; recognition of the inevitability of error; confidence in the efficacy of preventative (safety) measures; proactive identification of latent threats to safety; organizational learning; committed leadership and executive responsibility; a “no blame”, non punitive approach to incident reporting and analysis*. Secara garis besar budaya keselamatan pasien dalam organisasi diukur melalui :

- Pola komunikasi menggambarkan saling percaya dan terbuka (*communication founded on mutual trust and openness*);
- Alir dan proses informasi yang baik (*good information flow and processing*);
- Persepsi yang sama tentang pentingnya keamanan/ safety dalam melakukan pelayanan (*shared perceptions of the importance of safety* ;
- Pengakuan terhadap kesalahan/error yang tidak terelakan (*recognition of the inevitability of error*);
- Keyakinan bahwa pengecekan/ pengukuran keselamatan sebagai tindakan pencegahan yang mujarab (*confidence in the efficacy of preventative (safety) measures*);
- Identifikasi secara proaktif terhadap ancaman latent keselamatan tindakan (*proactive identification of latent threats to safety*);
- Organisasi pembelajar (*organizational learning*);
- Komitmen pimpinan dan ada penanggung jawab program (*committed leadership and executive responsibility*);
- Pendekatan yang tidak mencari siapa yang salah dan tidak memberikan hukuman terhadap laporan dan analisis insiden (*a “no blame”, non punitive approach to incident reporting and analysis*)

Agency of Health Care Research and Quality (AHRAQ, 2004) dalam menilai budaya keselamatan pasien di rumah sakit terdapat 12 (dua belas) dimensi yang perlu diperhatikan, yaitu :

- harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/manager expectations and actions promoting safety*),
- organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning—continuous improvement*),
- kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*),
- keterbukaan komunikasi (*Communication openness*),
- umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*),
- respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*),
- staf yang adekuat (*Staffing*),
- dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*)
- kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*),
- penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) dan
- persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*),
- frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*)

Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Matsubara et al. (2008), dan Singer et al. (2009) dan penelitian lainnya juga mengukur budaya Keselamatan Pasien melalui pengukuran terhadap iklim Keselamatan Pasien di tingkat interpersonal, unit kerja serta organisasi.

Hasil kajian awal ditemukan bahwa Pelaksanaan pelayanan kesehatan di rumah sakit pendidikan masih banyak dikeluhkan terhadap mutu pelayanan medis/ kesehatan dan dirasakan pasien bahwa keamanan tindakan yang kurang memuaskan pelanggan atau kurang memenuhi standar pelayanan. Berbagai tuntutan pasien banyak dilayangkan kepada rumah sakit akibat kurang amannya keselamatan tindakan yang sangat terkait dengan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*).

Di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *adverse event*. Pada tahun 2000 Institute of Medicine (IOM) di Amerika Serikat menerbitkan laporan yang mengagetkan banyak pihak: “ *TO ERR IS HUMAN, Building a Safer Health System*”. Laporan tersebut mengemukakan tentang hasil penelitian di rumah sakit di Utah dan Colorado, serta New York. Di Utah dan Colorado ditemukan KTD (*adverse event*) sebesar 2,9 %, dimana 6,6% diantaranya meninggal. Sedangkan di New York KTD adalah sebesar 3,7% dengan angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh RS yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000-98.000 per tahun. Publikasi WHO pada tahun 2004, mengumpulkan

angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai Negara : Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia ditemukan KTD dengan rentang 3, 2- 16,6%. Melalui data tersebut, berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan sistem keselamatan pasien.

Di Indonesia data tentang KTD (adverse event) apalagi Kejadian Nyaris Cidera (near Miss) masih langka, namun di lain pihak terjadi peningkatan tuduhan “ malpraktik”, yang belum tentu sesuai dengan pembukian akhir. Dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit , maka Perhimpunan Rumah sakit Seluruh Indonesia (PERSI) telah mengambil inisiatif membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah sakit (KKPRS). Komite tersebut telah aktif melaksanakan langkah- langkah persiapan pelaksanaan keselamatan pasien rumah sakit. Namun budaya keselamatan pasien di RS masih belum mendukung pelaksanaan program keselamatan pasien di RS.

2.2. Rumah sakit Pendidikan

Kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-undang dasar 1945, melalui pembangunan nasional yang berkesinambungan. Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Dan untuk mempertinggi derajat kesehatan yang besar artinya bagi pembangunan dan pembinaan sumber daya manusia Indonesia sebagai modal bagi pelaksanaan pembangunan nasional yang pada hakikatnya adalah pembangunan manusia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia. Rumah sakit menurut Undang- Undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit adalah : institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran dan/atau kedokteran gigi, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi (Peraturan Pemerintah RI No.93, 2015)

Rumah Sakit Pendidikan adalah adalah “rumah sakit yang menyelenggarakan dan atau digunakan untuk pelayanan, pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang kedokteran dan kesehatan, yang telah ditetapkan sebagai RS Pendidikan oleh pihak yang berwenang sebagai wahana untuk mendidik para calon dokter umum dan dokter spesialis, serta tenaga kesehatan lainnya oleh fakultas kedokteran/ fakultas Kesehatan lain baik negeri atau swasta.

Rumah sakit Pendidikan di Indonesia yang telah mendapat izin dari Menteri Kesehatan adalah sebanyak 47 RS, yang meliputi RS kepemilikan Pemerintah dan swasta.

2.3. Penelitian Terdahulu

Sebagai bahan dasar untuk menyelesaikan permasalahan penelitian, disamping merujuk pada teori-teori dari para ahli di bidangnya, penelitian ini juga mendasarkan diri pada pemikiran temuan-temuan baru dari penelitian sebelumnya yang bersumber dari jurnal, tesis maupun disertasi. Intisari dari hasil penelitian sebelumnya yang masih sangat relevan dengan topik penelitian meliputi : Andreas Budihardjo(2012) menggambarkan bahwa "Pentingnya *Safety Culture* di rumah sakit sebagai upaya meminimalkan *Adverse Events*. *The role and essence of patient-safety culture in minimizing the total number of AEs. Hospitals and health centres are encouraged to manage their corporate culture change into the direction of applying the safety culture appropriately in order to provide a positive impact on the patient life and hospitals' image*". Dwi Setiowati, Allenidekania, Luknis Sabri(2014) menggambarkan bahwa kepemimpinan efektif *head nurse* meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS. Hasil analisis menunjukkan hubungan lemah dan positif antara kepemimpinan efektif *Head Nurse* dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Demikian juga Devi Nurmalia, Hanny Handiyani, Hening Pujasari (2013) mengemukakan tentang Pengaruh Program Mentoring terhadap Penerapan Budaya Keselamatan pasien, menunjukkan bahwa kelompok yang tidak mendapatkan program mentoring akan beresiko mengalami penurunan dalam penerapan budaya keselamatan pasien sebesar 2.5 kali lebih besar dibandingkan kelompok yang mendapatkan program mentoring keperawatan. Kartika Yuni (2013) menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan transformasional direktur telah melibatkan staf dalam menerapkan budaya keselamatan pasien, terutama non blaming culture dan budaya belajar dari insiden, tetapi budaya pelaporan belum berjalan dengan baik. Tujuh langkah keselamatan pasien RS belum dilaksanakan seluruhnya. Kusumapradja, Rokiah (2015) menemukan dalam penelitiannya di rumah sakit DKI Jakarta, bahwa Dimensi yang paling besar pengaruhnya terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit adalah faktor budaya tidak mencari siapa yang salah apabila ada insiden keselamatan pasien (*no blaming culture*); juga kusumapradja, Rokiah (2016) dalam penelitiannya tentang budaya keselamatan pasien di ruang perawatan RSKD menemukan bahwa dimensi kerjasama tim dalam unit yang paling berpengaruh dalam pengembangan budaya keselamatan pasien.

2.4. Roadmap Penelitian

Peta jalan (*roadmap*) penelitian, mencakup kegiatan penelitian yang telah dilakukan peneliti beberapa tahun sebelumnya dan yang akan datang. **Model pengembangan Budaya Keselamatan pasien (*patient safety culture*) di rumah sakit pendidikan** dapat digunakan sebagai model peningkatan budaya keselamatan pasien di rumah sakit lain di Indonesia dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan aman bagi pasien dan keluarganya.

Tahun 2013	Tahun 2014 dan 2015	Tahun 2016	Tahun 2017-2018	Tahun 2019-2020
Rokiah K dan Heri Penelitian	Rokiah K Hibah Bersaing	Rokiah K Penelitian int.	Penelitian Dasar Unggulan PT Tahap I	Penelitian Dasar Unggulan PT Tahap II
Hubungan Persepsi pasien tentang implementasi Budaya Keselamatan pasien dengan Kepuasan pasien di RS Puri Mandiri	Model Pengembangan Pemberdayaan Masyarakat Kampus (<i>Campus Community empowerment</i>) dalam Pencegahan penyalahgunaan NARKOBA I dan II	Analisis Budaya Keselamatan pasien (<i>patient safety culture</i>) di rumah sakit wilayah DKI Jakarta	Model Pengembangan Budaya Keselamatan pasien (<i>patient safety culture</i>) di rumah sakit Pendidikan Indonesia	Penerapan Model Pengembangan Budaya Keselamatan pasien (<i>patient safety culture</i>) di rumah sakit Pendidikan Indonesia.

Gambar 2. 1 Roadmap Penelitian

BAB III TUJUAN DAN MANFAAT

3.1. Tujuan

Tujuan khusus dari konstruksi model budaya baru keselamatan pasien yang ingin dicapai adalah:

- **Tahun pertama** adalah konstruksi profil budaya dan faktor determinan budaya keselamatan pasien, berupa : Teridentifikasinya profil budaya keselamatan pasien di 7 (tujuh) rumah sakit pendidikan yang meliputi aspek: harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/manager expectations and actions promoting safety*), organisasi pembelajar dan peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning and continuous improvement*), kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*), keterbukaan komunikasi (*Communication openness*), umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*), respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), staf yang adekuat (*Staffing*), persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*), dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*), penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) dan frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*)
- Konstruksi model konseptual baru dalam membangun budaya keselamatan pasien di RS Pendidikan berdasarkan hasil analisis dimensi tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien yang didapatkan dari hasil penelitian yang meliputi : harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/manager expectations and actions promoting safety*), organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning—continuous improvement*), kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*), keterbukaan komunikasi (*Communication openness*), umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*), respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), staf yang adekuat (*Staffing*), persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*), dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*), penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) dan frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*)

- a. Teridentifikasinya tingkat kehandalan nilai budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan akan menjadi faktor pendorong positif bagi pertumbuhan dan perkembangan kualitas dan keamanan/keselamatan pasien di rumah sakit secara nasional. Tersusunya draft model pengembangan budaya keselamatan pasien berdasarkan analisis path (jalur) dari profil budaya keselamatan pasien dan permasalahan yang ditemui sesuai dengan situasi dan kondisi rumah sakit pendidikan.
- b. Terlaksananya Desiminasi hasil penelitian pada Internasional conference on Hospital Administration (ICHA) dan annual seminar on patient safety yang diselenggarakan oleh Perhimpunan Rumah sakit seluruh Indonesia (PERSI) dan Asosiasi Rumah sakit Pendidikan Indonesia (ARSPI), 6th *Asia Pacific conference on Public Health*.
- c. Sebagai luaran tambahan adalah publikasi hasil penelitian dalam Jurnal Nasional Terakreditasi, yaitu Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia Universitas Indonesia, HKI dan bahan ajar.

3.2. Manfaat Hasil Penelitian

3.2.1 Manfaat hasil penelitian bagi dunia Perumahsakit

Pelaksanaan keselamatan pasien di RS pendidikan masih banyak ditemukan keluhan terhadap mutu pelayanan medis/ kesehatan dan insiden keamanan tindakan yang kurang memuaskan pelanggan atau kurang memenuhi standar pelayanan. Berbagai tuntutan pasien banyak dilayangkan kepada rumah sakit akibat kurang amannya keselamatan tindakan yang sangat terkait dengan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*). Hal ini terkait situasi di RS dimana terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *adverse event* yang disebabkan karena kesalahan membuat tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya, hal ini sangat merugikan pasien. Sejalan dengan hal tersebut kondisi di RS Pendidikan dimana banyak sekali petugas baik karyawan RS maupun mahasiswa dari berbagai profesi yang memberikan pelayanan kepada pasien dan sering melakukan tindakan yang tumpang tindih atau bahkan membuat kesalahan tindakan. Oleh karena itu sangat diperlukan upaya perbaikan budaya keselamatan pasien yang dapat mengkondisikan agar semua tenaga yang memberikan pelayanan kepada pasien mampu melakukan tindakan yang benar, mempunyai pola komunikasi yang mendukung, tim kerja yang handal, tersedia sistem pelaporan ketika terjadi kesalahan , dan setiap orang dengan kesadarannya apabila berbuat salah mengakui

dan melakukan perbaikan, serta ada dukungan kepemimpinan yang kuat.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, perlu dibuat model budaya keselamatan pasien yang dilatihkan kepada semua karyawan RS Pendidikan sehingga implementasi kepatuhan enam sasaran keselamatan pasien dan terjadi penurunan angka KTD (adverse event).

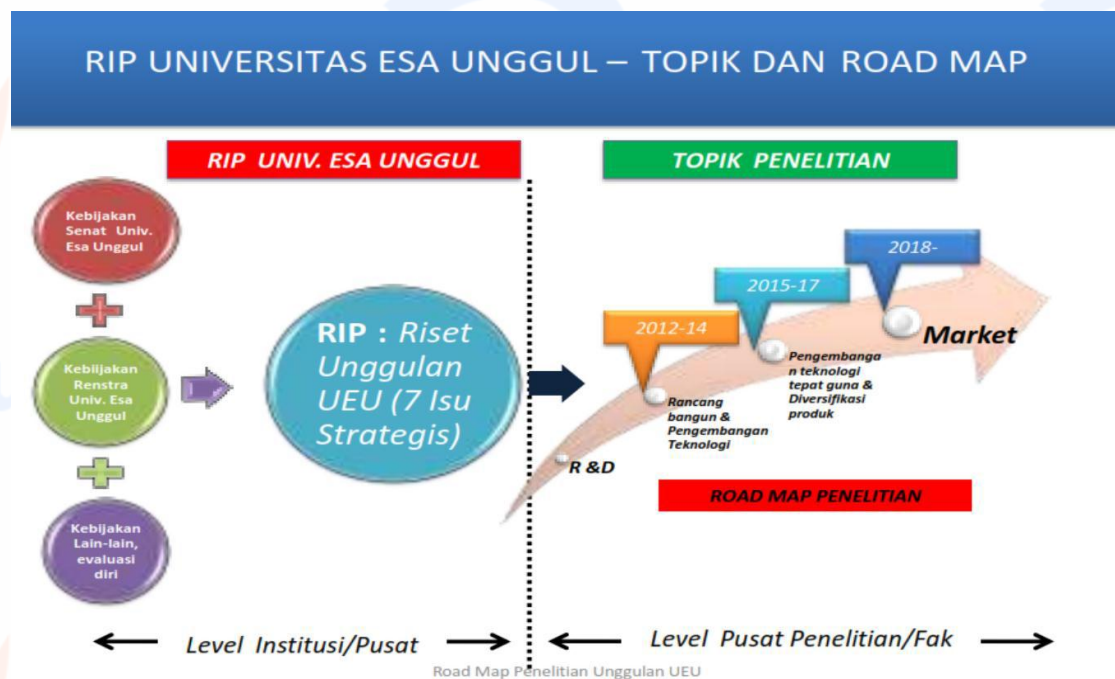
3.2.2. Manfaat Hasil penelitian bagi capaian Rencana Strategic (renstra) dan peta jalan penelitian

Pelaksanaan keselamatan pasien di RS pendidikan masih banyak ditemukan keluhan terhadap mutu pelayanan medis/kesehatan, keamanan, tindakan yang kurang memuaskan pelanggan, serta kurang memenuhi standar pelayanan. Selain itu laporan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *adverse event* yang disebabkan karena kesalahan membuat tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya, hal ini sangat merugikan pasien masih menjadi masalah utama di RS . Walaupun berbagai upaya menurunkan angka kejadian tidak diharapkan dan melaksanakan pelatihan program keselamatan pasien sudah dilaksanakan di RS, namun laporan kejadian masih sering ditemukan. Hal ini, sangat terkait dengan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*). Demikian juga, situasi di RS dengan berbagai ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi. Sejalan dengan hal tersebut kondisi di RS Pendidikan dimana banyak sekali petugas baik karyawan RS maupun mahasiswa dari berbagai profesi yang memberikan pelayanan kepada pasien dan sering melakukan tindakan yang tumpang tindih atau bahkan membuat kesalahan tindakan. Oleh karena itu sangat diperlukan upaya perbaikan budaya keselamatan pasien yang dapat mengkondisikan agar semua tenaga yang memberikan pelayanan kepada pasien mampu melakukan tindakan yang benar, mempunyai pola komunikasi yang mendukung untuki menimalkan kecemasan, tim kerja yang handal, tersedia sistem pelaporan ketika terjadi kesalahan, dan setiap orang dengan kesadarannya apabila berbuat salah mengakui dan melakukan perbaikan, serta ada dukungan kepemimpinan yang kuat. Hasil ini memberi kontribusi pada pencapaian renstra UEU pada komunikasi kesehatan yang meminimalkan insiden keselamatan pasien di rumah sakit.

3.2.3. Manfaat hasil penelitian dalam mendukung Riset Unggulan Universitas Esa Unggul dan Roadmap penelitian

Mengacu pada Rencana Induk Penelitian (RIP) 2017-2021 di Universitas Esa Unggul berdasarkan SK Rektor No. 10/SK-R/UEU/VII/2016 tertanggal 18 Oktober 2016, menetapkan 7 (tujuh) bidang unggulan penelitian, yaitu :

1. Pengentasan Kemiskinan (*Poverty Alleviation*) dan Ketahanan & Keamanan Pangan (*Food Safety & Security*)
2. Pemanfaatan Energi Baru dan Terbarukan (*New And Renewable Energy*)
3. Kualitas Kesehatan, Penyakit Tropis, Gizi & Obat-Obatan (*Health, Tropical Diseases, Nutrition & Medicine*)
4. Penerapan Pengelolaan Bencana (*Disaster Management*) dan Integrasi Nasional & Harmoni Sosial (*Nation Integration & Social Harmony*)
5. Implementasi Otonomi Daerah & Desentralisasi (*Regional Autonomy & Decentralization*)
6. Pengembangan Seni & Budaya/Industri Kreatif (*Arts & Culture/ Creative Industry*) dan Teknologi Informasi & Komunikasi (*Information & Communication Technology*)
7. Pembangunan Manusia & Daya Saing Bangsa (*Human Development & Competitiveness*)



Gambar 3. 1 Basis Roadmap Penelitian
(Sumber Pedoman Penyusunan RIP - RISTEKDIKTI)

Mengacu pada RIP Universitas Esa Unggul tersebut di atas, maka penelitian ini termasuk dalam unggulan penelitian no.3, yaitu bidang fokus Kualitas Kesehatan, Penyakit Tropis, Gizi & Obat-Obatan (*Health, Tropical Diseases, Nutrition & Medicine*), khususnya ketergantungan terhadap produk asal import berupa pengembangan sistem pemantau pasien yang dapat dikembangkan sendiri di dalam negeri. Terkait dengan penelitian model

pengembangan budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan yang mana alat ukur (instrumen) penelitian menggunakan hasil penelitian Walshe (2005) yang belum tentu sesuai dengan situasi dan kondisi rumah sakit di Indonesia. Oleh karena itu, dengan penelitian model pengembangan budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan di Indonesia diharapkan mampu mengukur nilai- nilai budaya sesuai dengan kebutuhan, situasi dan kondisi riil di rumah sakit pendidikan Indonesia.

Penelitian ini sejalan dengan Visi Universitas Esa Unggul yaitu : Menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi. Kemudian diterjemahkan dalam Rencana Strategik tahun 2016 - 2021, bahwa salah satu strateginya yaitu **penciptaan keunggulan**, dengan programnya penciptaan Atmosfir Akademik yang Kondusif . Salah satu program strategis ini mempunyai sasaran yaitu peningkatan kinerja dan kontribusi dosen, peningkatan mutu proses dan hasil pembelajaran yang dapat dicapai dengan melakukan aktifitas-aktifitas strategis, diantaranya: Meningkatkan budaya dan kompetensi penelitian dan pengabdian pada masyarakat.

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam penelitian kausalitas- eksplanatori (explanatory research), karena penelitian ini berusaha memberikan penjelasan pengaruh antar variabel melalui pengujian hipotesis, dan dirancang untuk mengidentifikasi hubungan sebab akibat antar variabel yang diteliti. Hubungan kausal yang diteliti dalam penelitian ini adalah pengaruh pola komunikasi, Pengaruh Alir dan proses informasi, persepsi karyawan tentang pentingnya keamanan tindakan, pengakuan terhadap kesalahan tindakan, keyakinan pengecekan/ pengukuran keselamatan pasien sebagai tindakan pencegahan, identifikasi proaktif ancaman latent keselamatan tindakan, organisasi pembelajar, komitmen pimpinan, pendekatan tidak mencari siapa apabila ada kesalahan, terhadap Budaya Keselamatan pasien. Metode pengumpulan data adalah survey dan untuk mendapat data yang lebih mendalam juga dilakukan Focus Group Discussion (FGD). Jenis data berbentuk primer dan sekunder. Dimensi waktu adalah *one shot study*. Unit analisis adalah organisasi rumah sakit pendidikan. Analisis data menggunakan *path analysis* yang menghasilkan suatu model sebagai representasi dari teori.

4.2. Populasi, Sampel, dan Penarikan Sampel

Berkaitan dengan dimensi waktu rancangan penelitian ini Objek dalam penelitian ini melibatkan 47 rumah sakit pendidikan di Indonesia yang diwakili oleh 7 (tujuh) rumah sakit Pendidikan yang meliputi :

Tabel 4. 1 Distribusi Rumah Sakit Pendidikan berdasarkan Wilayah dan Kelas

No.	RUMAH SAKIT	Kelas	Wilayah
1	RSUP P	A (pusat)	DKI Jakarta
2	RS KD	A (khusus)	DKI Jakarta
3	RSUD SS	A (daerah)	Jawa Timur
4	RSUD UB	A (daerah)	Kalimantan Selatan
5	RSUP MDP	B (pusat)	Sumatra Barat
6	RSUP WM.	A (pusat)	Sulawesi Selatan
7	RSUP MHP	A (pusat)	Sumatra Selatan

Sumber : Profil Rumah sakit 2018

Tabel 4. 2 Distribusi Populasi Penelitian berdasarkan Rumah Sakit Pendidikan

No	RUMAH SAKIT	Jumlah SDM	Dr Spesialis	dr Umum	Drg & Drg Spesialis	Perawat dan Bidan	Tenaga Kes. Lain
1	RSUP P Jakarta	1.425	154	59	4	827	381

2	RS KD Jakarta	861	45	2	0	453	361
3	RSUD SS	2.131	266	29	28	1467	341
4	RSUD UB	1.065	86	69	12	745	153
5	RSUP MDP	1.024	85	28	7	738	166
6	RSUP WM	1.703	208	20	12	1021	442
7	RSUP MHP	1.693	238	29	5	1002	419
	Jumlah populasi	9.902					

Besar ukuran sampel menurut Hair *et al.* (1998) adalah $5 - 10 \times$ jumlah indikator atau menurut Ferdinand (2002) dengan estimasi *maximum likelihood estimation* (MLE) diantara 100 - 200. Sampel yang dibutuhkan sebesar 200 orang Petugas Pemberi Asuhan (Medis, Perawat/ Bidan, Penunjang Medis) per rumah sakit dan berada pada interval MLE. Pemilihan sample tahap pertama menggunakan purposive sampling untuk delapan RS dari yang mewakili Indonesia Bagian Timur (Makasar, Surabaya), Indonesia bagian tengah (Banjarmasin), dan Indonesia bagian Barat (Jakarta, Padang, Palembang) dan tahap kedua di masing- masing rumah sakit menggunakan proportional stratified random sampling. Untuk pelaksanaan Focus Group Discussion (FGD) di masing- masing RS akan diambil sampel perwakilan dari Petugas Pemberi Asuhan sebanyak 10 orang / kelompok para manajer pelayanan (medis, perawat, penunjang medis).

4.3. Metode analisis data

Tahun pertama dalam penelitian ini akan dilakukan analisis terhadap tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien masing- masing rumah sakit pendidikan 7 (tujuh) RS berdasarkan dimensinya. Sehingga, teknik pengujian menggunakan analisis deskriptif kualitatif dan kuantitatif untuk mengetahui profil dan tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien.

4.4. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan survey melalui quisioner kepada Petugas Pemberi Asuhan di RS dan daftar pertanyaan (wawancara mendalam) kepada pimpinan rumah sakit pendidikan dan Ketua Pogram Mutu dan Keselamatan pasien RS. Data yang digunakan adalah data primer berupa informasi yang dikumpulkan melalui quisioner dan wawancara mendalam (FGD), serta data sekunder dengan melihat laporan pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien . Selain itu juga melihat Standar pelayanan dan Standar Operating Prosedur (SOP) tentang pelaporan insiden keselamatan pasien.

4.5. Analisis Data

Data akan dianalisis dengan menggunakan SPSS versi 16 dan *path analysis*. Teknik yang digunakan dalam studi ini adalah pengujian hipotesis 1 sampai dengan 3 dilakukan dengan pendekatan *path analysis*. Teknik analisis ini sesuai bila dipergunakan untuk kebutuhan analisis hubungan yang menggambarkan rangkaian tahapan atau proses melalui analisis *path* (jalur). Sedianya akan menggunakan SEM namun data sample terlalu banyak akhirnya menggunakan analisis *path* (jalur). Pendekatan teknik analisis ini merupakan pendekatan yang terintegrasi antara analisis faktor, model struktural, dan analisis jalur. Ketiga kegiatan tersebut dapat dilakukan secara serempak, yaitu: pemeriksaan validitas dan reliabilitas instrumen (menggunakan instrumen AHRAQ) yang setara dengan analisis faktor konfirmatori, pengujian model hubungan antara variabel laten yang setara dengan analisis jalur, dalam rangka untuk mendapatkan model yang bermanfaat yang sesuai dengan pemahaman model struktural.

Untuk menguji model yang diusulkan, peneliti menggunakan model persamaan SEM sehingga diperoleh indikator model *fit* yang memenuhi kriteria model yang baik, yaitu:

- a) *Degree of Freedom* (DF) nilainya harus positif;
- b) Non signifikan *Chi-Square* harus diatas nilai yang disyaratkan ($p=0,05$) dan diatas batas konservatif yang diterima ($p=0,10$);
- c) Nilai *incremental fit* diatas 0,90 yaitu untuk GFI, TLI, dan NFI;
- d) Nilai RMR dan RMSEA yang terendah.

Ringkasan indeks yang digunakan untuk kelayakan model penelitian pada berikut

Tabel 4. 3 Kriteria Kelayakan Pemodelan Persamaan Struktural

No	<i>Goodness of Fit Index</i>	Nilai Cut Off
1	<i>Degree of freedom</i>	
2	Probabilitas signifikansi	≥ 0.05
<i>Absolute Fit Measures</i>		
3	<i>Chi-Square</i>	Diharapkan kecil
4	RMSEA	≤ 0.08
5	GFI	≥ 0.90
<i>Incremental Fit Measures</i>		
6	TLI	≥ 0.95
7	CFI	≥ 0.95
<i>Parsimonious Fit Measures</i>		
8	AGFI	≥ 0.90
9	CMIN/DF	≤ 2.00

Sumber: Ferdinand, 2002:61

Pemrosesan data dilakukan sedianya dengan SEM menggunakan program AMOS versi 4.01 untuk menguji Hipotesis 1 sampai dengan Hipotesis 3. Taraf signifikansi (α) yang ditentukan adalah sebesar 1% atau 0,01 dengan nilai *critical ratio* 2,58. Pengujian hipotesis 1 sampai dengan pengujian hipotesis 3 diterima bila nilai probabilitas signifikansi

(p) kurang dari taraf signifikansi (α) 5% atau 0,05; serta nilai *critical ratio* diterima dengan taraf signifikansi (α) 5% apabila nilai *critical ratio* pengujian lebih besar dari 1,96. Namun akhirnya menggunakan analysis path (jalur) mengingat jumlah sample yang besar.

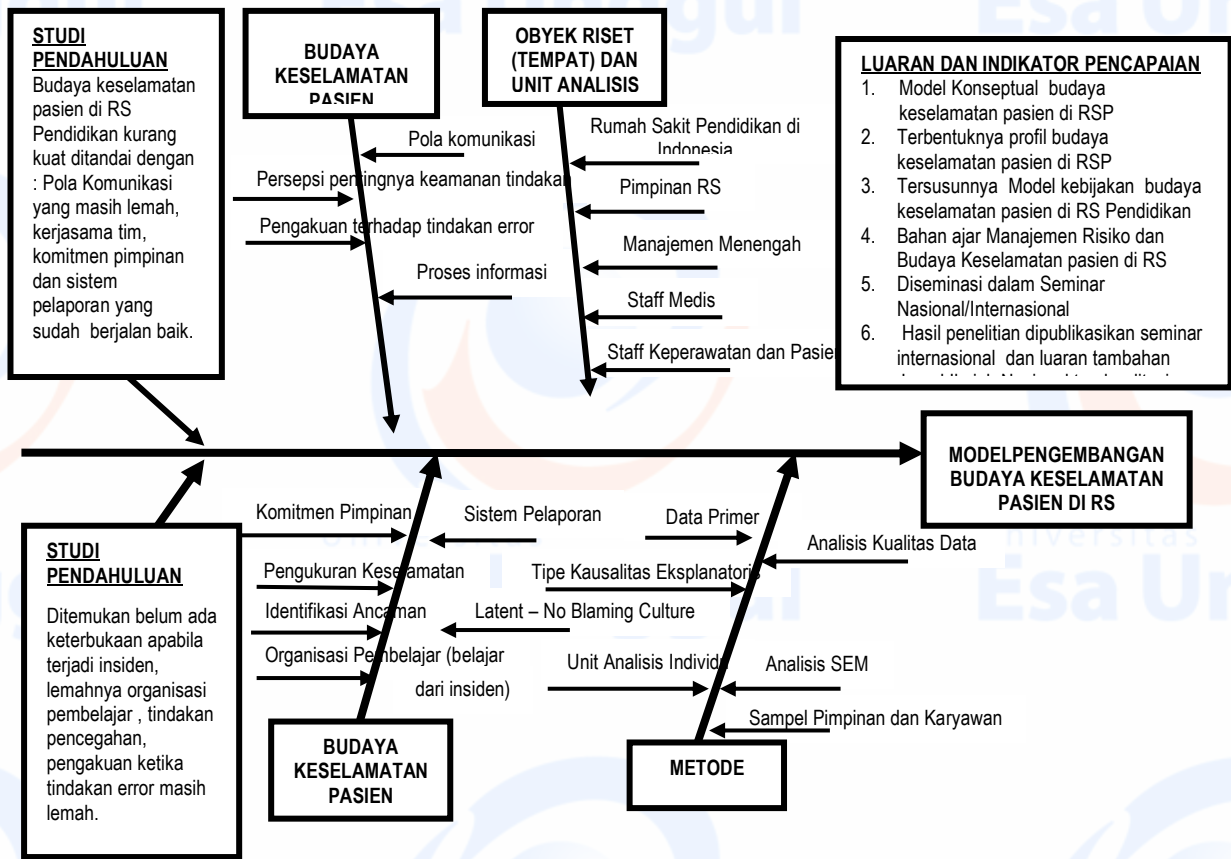
Selain itu, dilakukan juga analisis terhadap tingkat kehandalan budaya organisasi berdasarkan Dimensi.

4.6. Bagan Alir Penelitian

Proses pelaksanaan penelitian bermula dari mencari data primer dengan questioner tentang budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan dan wawancara mendalam untuk menggali hambatan atau masalah dalam implementasi keselamatan pasien. Dari hasil data questioner dan wawancara mendalam serta laporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan, maka aliran penelitian sebagai berikut:

pertama, dilakukan analisis terhadap tingkat budaya keselamatan pasien masing- masing rumah sakit pendidikan (7 RS) berdasarkan dimensinya.

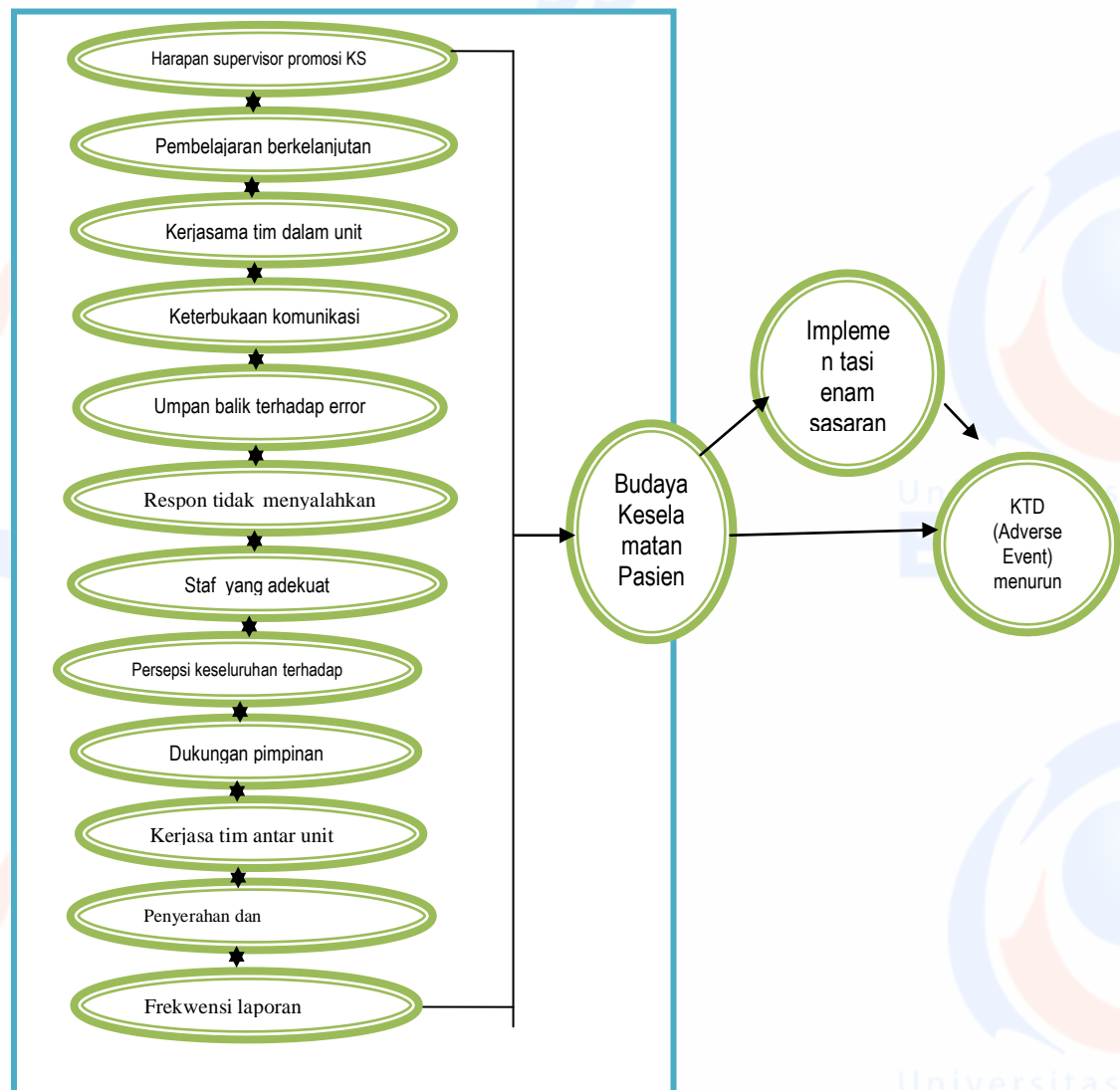
Kedua, dilakukan analisis Analisis model pengukuran dengan *Confirmatory Factor Analysis (CFA)* dan *Structural Equation Model (SEM) 2nd level*, sehingga diketahui variable mana yang berpengaruh secara dominan terhadap budaya keselamatan pasien.



Gambar 4. 1 Bagan Alir Fishbone

4.7. Penentuan Model Budaya Keselamatan Kerja

Hasil dari perancangan model budaya keselamatan pasien adalah sebagai berikut :



**Gambar 4. 2 Model Penelitian
(adaptasi AHRAQ, 2004)**

Agency of Health Care Research and Quality (AHRAQ) dalam menilai budaya keselamatan pasien di rumah sakit terdapat beberapa aspek dimensi yang perlu diperhatikan, yaitu : harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien, pembelajaran peningkatan berkelanjutan, kerjasama tim dalam unit, keterbukaan komunikasi, umpan balik terhadap *error*, respon tidak menyalahkan, staf yang adekuat, persepsi secara keseluruhan, dukungan manajemen rumah sakit, kerjasama tim antar unit, penyerahan dan pemindahan pasien dan frekuensi pelaporan kejadian. *Agency of Health Care Research and Quality* dalam menilai budaya keselamatan pasien di rumah sakit terdapat beberapa aspek dimensi yang perlu diperhatikan. Kemudian masing-masing Dimensi dianalisis terhadap tingkat kekuatan budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Penelitian juga menguji adakah pengaruh budaya keselamatan pasien terhadap implementasi enam sasaran keselamatan pasien dan pengaruh budaya keselamatan pasien terhadap penurunan angka insiden keselamatan pasien.

BAB V HASIL DAN LUARAN

5.1. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di 7 (tujuh) Rumah sakit (RS) Pendidikan di Indonesian, meliputi :

Tabel 5. 1 Distribusi Responden berdasarkan Rumah sakit Pendidikan, Populasi, Sample

No.	Nama Rumah sakit Pendidikan	Lokasi	Jumlah Populasi	Jumlah sample	Respon rate	Tanggal pelaksanaan
1.	RSUP P.	Jakarta	1.425	200	170 (85,0%)	5-6 Juni 2018
2.	RSUP KD	Jakarta	861	200	177 (89,0 %)	7-8 Juni 2018
3.	RSUP WM	Sulawesi selatan	2.131	200	172 (86,0 %)	26-29 Mei 2018
4.	RSUD SS	Jawa Timur	1.065	200	191 (96,0 %)	18 dan 20 Agustus 2018
5.	RSUD UB	Kalimantan Selatan	1.024	200	180 (90,0%)	30-31 Mei 2018
6.	RSUP MDP	Sumatra Barat	1.703	200	168 (84,0%)	15-17 Agustus 2018
7.	RSUP MHP	Sumatera Selatan	1.693	200	173 (87,0%)	24-25 Agustus 2018
jumlah			9.902	1.400	1.231 (88,0%)	

Berdasarkan Tabel 5.1. di atas menggambarkan bahwa penelitian dilaksanakan di tujuh rumah sakit, yang sedianya akan dilaksanakan di 8 rumah sakit. RSUP SY menyatakan tidak bersedia karena kesibukan akreditasi. Populasi responden yang merupakan Petugas Pemberi asuhan (PPA) meliputi tenaga Medis (dr umum, dr spesialis, drg) , Perawat/ bidan dan tenaga kesehatan lainnya (kefarmasian, Gizi, Fisioterafis, Radiografer, Laboran/ analis) berjumlah 9.902 orang. Sample penelitian berjumlah 1400 orang dengan respon rate sebesar 1.231 (88,78%). Pelaksanaan penelitian dimulai bulan Mei 2018 sampai dengan Agustus 2018.

5.1.1. Gambaran Umum Rumah sakit

Rumah sakit Pendidikan yang menjadi objek meliputi 7 (tujuh) rumah sakit sebagai pusat rujukan nasional di wilayahnya, meliputi :

Tabel 5. 2. Distribusi Sumber Daya Manusia di RS Pendidikan berdasarkan Jenis Tenaga

No.	RUMAH SAKIT	Jumlah SDM	Dr Spesialis	Dr umum	Drg dan Drg Spesialis	Perawat dan Bidan	Tenaga Kesehatan lain	Tenaga Non Medis
1	RSUP P (kelas A)	2.133	154	59	4	827	381	698
2	RS KD (kelas A khusus)	1.197	45	2	0	453	361	336
3	RSUD SS (kelas A)	4.347	266	29	28	1467	341	2216
4	RSUD UB (kelas A)	1.305	86	69	12	745	153	240
5	RSUP MDP (kelas B)	1.486	85	28	7	738	166	462
6	RSUP WM (kelas A)	2.341	208	20	12	1021	442	449
7	RSUP MHP (kelas A)	2.847	238	29	5	1002	419	1149

Sumber : Profil RS Pendidikan 2018

Berdasarkan Tabel 5.2. di atas menunjukkan bahwa 6 (85%) adalah rumah sakit kelas A dan hanya 1 (15%) adalah rumah sakit kelas B. Jumlah SDM bervariasi antara 1.197 orang sampai dengan 4.347 orang. Berdasarkan Jenis tenaga terbanyak adalah kelompok tenaga Keperawatan berkisar antara 33% sampai dengan 49%.

Gambaran kinerja rumah sakit berdasarkan jumlah TT, BOR,TOI dan BTO

Tabel 5. 3. Distribusi Rumah sakit Berdasarkan Jumlah Tempat Tidur, BOR,TOI dan BTO

No.	RUMAH SAKIT	JUMLAH TT	BOR	ALOS (hari)	TOI (hari)	BTO
1	RSUP P	585	67%	6	2	36
2	RS KD	402	69,11%	7,2	3	32
3	RSUD SS	1514	80,31 %	6	3	32
4	RSUD UB	600	84,85 %	5,1	2,3	53
5	RSUP MDP	800	68,54%	6	3	32
6	RSUP WM	876	77,94%	6,71	2	31
7	RSUP MHP	1071	71,89%	7,76	3,15	32,58

Sumber : Profil kinerja RS Pendidikan 2018

Berdasarkan Tabel 5.3. menunjukkan bahwa jumlah Tempat Tidur (TT) bervariasi antara 402 TT (RS KD Jakarta) sampai dengan 1.514 TT (RSUD SS). Bed Occupancy Rate (BOR) yaitu pemanfaatan tempat tidur bervariasi antara 67% sampai dengan 84,85 % dinilai kurang efisien, namun menggambarkan bahwa pasien yang datang adalah merupakan rujukan yang menunjukkan kinerja sebagai fungsi rumah sakit pusat rujukan nasional yang hanya menerima pasien- pasien dengan diagnosa yang kompleks. Hal ini sejalan dengan angka Average Length of Stay (ALOS) menggambarkan lama hari rawat yang bervariasi antara 5 hari sampai dengan 7,76 hari. Turn Over Interval (TOI) yaitu Pergantian pasien per tempat tidur berkisar antara 2 sampai dengan 3,15 hari. Sedangkan BTO menggambarkan bahwa 1 (satu) TT diisi antara 31 sampai dengan 53 pasien per tahun

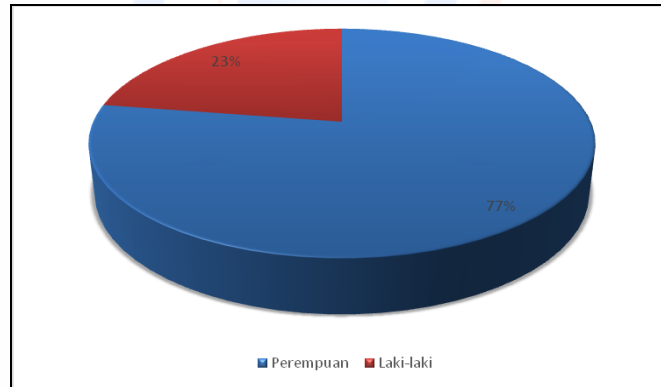
5.1.2. Karakteristik Responden

1) Jenis Kelamin

Tabel 5. 4. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah Responden	Persentase
Perempuan	954	77.5
Laki-laki	277	22.5
Total	1231	100.0

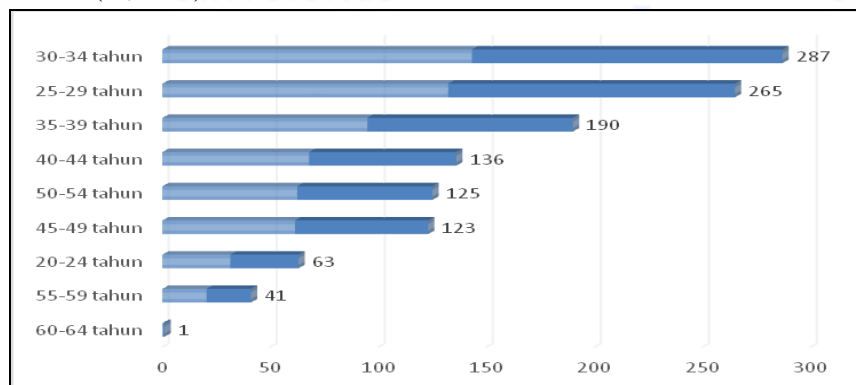
Sumber : hasil pengolahan data penelitian 2018

**Gambar 5. 1 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin**

Tabel 5.4. dan Gambar 5.1. menunjukkan bahwa responden perempuan sebesar 77,5% dan laki-laki 22,5 %.

2) Umur

Berdasarkan Grafik 5.1. di bawah ini, menunjukkan bahwa responden dengan kelompok umur 30-34 tahun yang paling banyak yaitu sebesar 287 orang (23,08 %) dan kelompok umur 25-29 tahun sebesar 265 orang (21,32 %), sedangkan kelompok umur 50 - > 60 th sebesar 42 (3,38%)



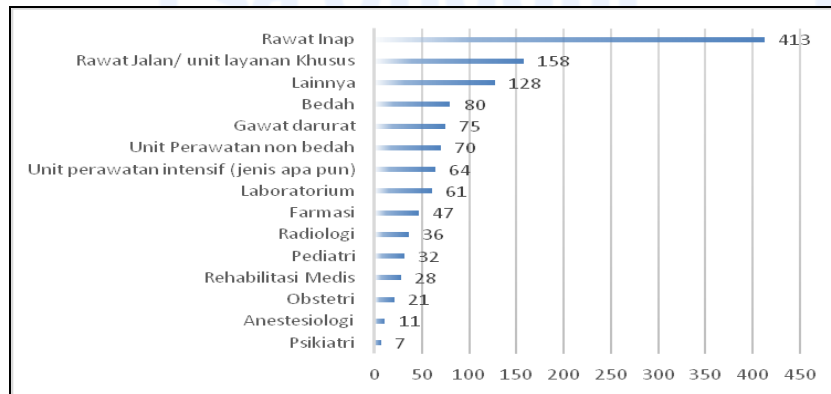
Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Grafik 5. 1. Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur

5.1.3. Dimensi dan Keandalan Budaya Keselamatan Pasien

1. Dimensi Latar Belakang Responden

- a. Unit kerja Utama Responden di rumah sakit

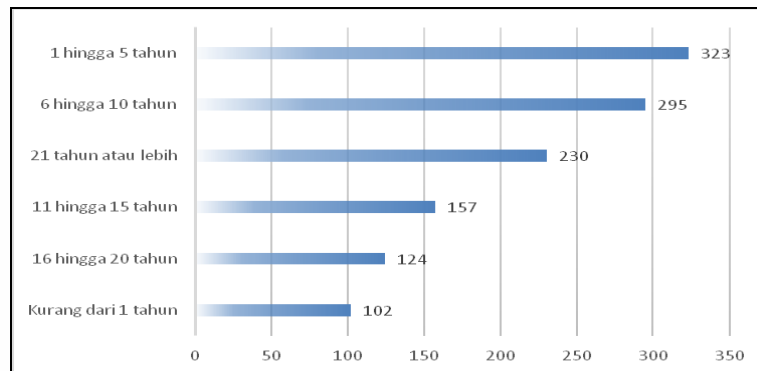


Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Grafik 5. 2. Distribusi Responden Berdasarkan Unit Kerja Utama

Berdasarkan Grafik 5.2. di atas, menunjukkan bahwa unit kerja utama responden terbanyak pada kelompok unit rawat inap sebesar 413 (33,22%), rawat jalan sebesar 158 (12,711 %) dan yang terendah adalah unit Psikiatri sebesar 7 (0,5%)

b. lama bekerja Responden di Rumah sakit

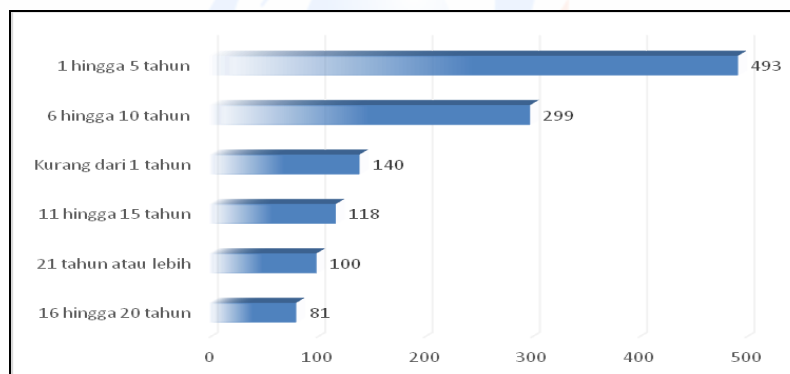


Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Grafik 5. 3. Distribusi Responden Berdasarkan Lama bekerja di Rumah sakit

Berdasarkan Grafik 5.3. di atas, menunjukkan bahwa lama bekerja Responden di rumah sakit terbanyak pada kelompok 1 hingga 5 tahun sebesar 323 (25,98%), kelompok 6-10 tahun sebesar 296 (23,81%) dan yang kurang dari 1 tahun sebesar 103 (8,28%).

c. Lama bekerja Responden di unit kerja ini

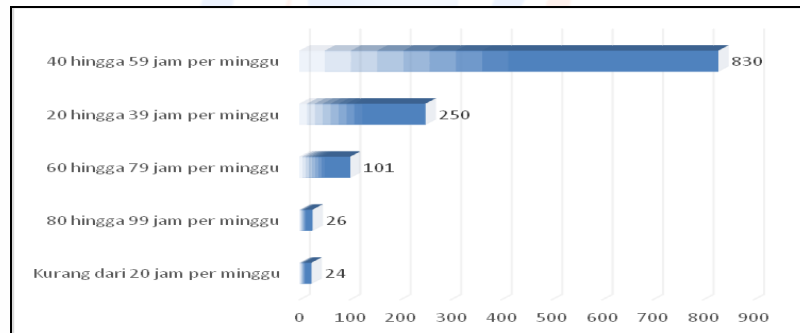


Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Grafik 5. 4. Distribusi Responden Berdasarkan lama bekerja di Unit

Berdasarkan Grafik 5.4. di atas, menunjukkan bahwa lama bekerja Responden di unit kerja yang bersangkutan terbanyak pada kelompok 1 hingga 5 tahun sebesar 493 (39,66%), kelompok 6-10 tahun sebesar 299 (18,49%) dan kelompok 16-20 tahun sebesar 81 (6,51%)

d. Lama jam kerja dalam seminggu di RS ini

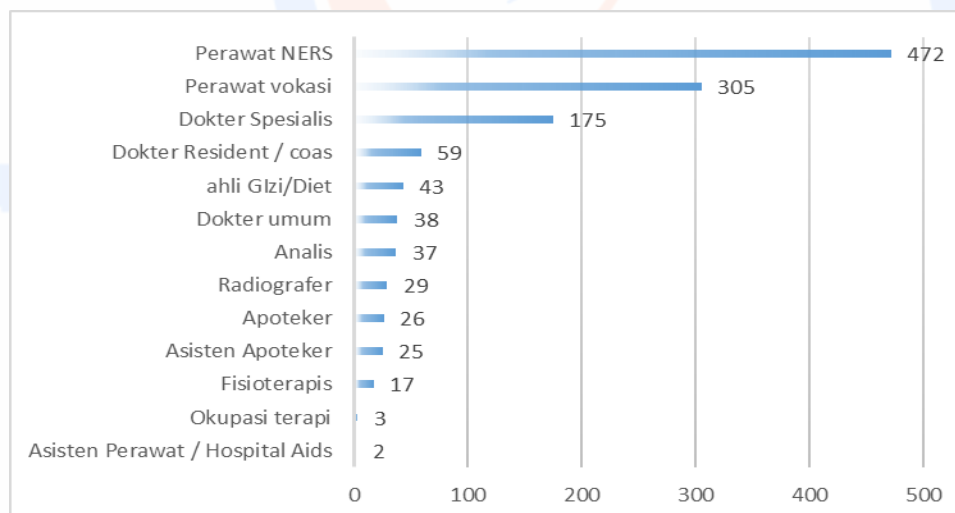


Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Grafik 5. 5. Distribusi Responden Berdasarkan Lama bekerja di Rumah sakit

Berdasarkan Grafik 5.5. di atas, menunjukkan bahwa lama kerja dalam seminggu terbanyak pada kelompok 40 hingga 59 jam sebesar 830 (66,77%), kelompok 20- 39 sebesar 250 (20,11%) dan kelompok kurang 20 jam 24 (1,93%)

e. Profesi Responden di RS ini

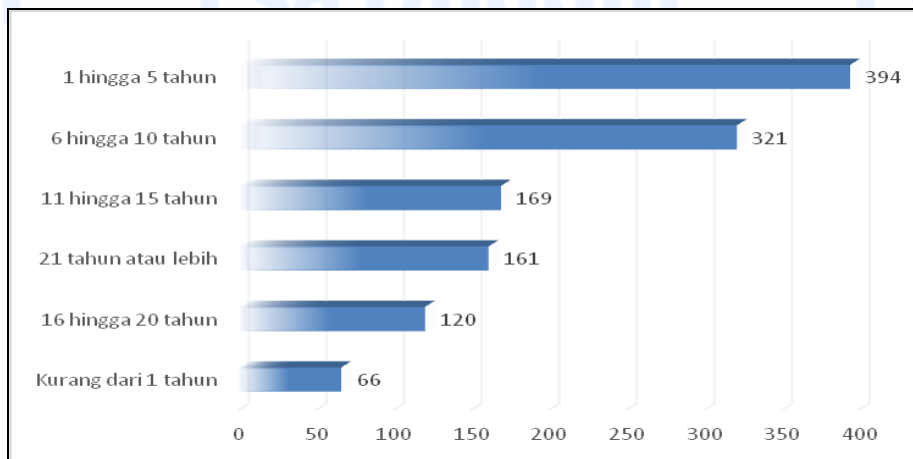


Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Grafik 5. 6. Distribusi Responden Berdasarkan Profesi

Berdasarkan Grafik 5.6. di atas, menunjukkan bahwa profesi Perawat yang paling banyak yaitu 472 (37,97%), Perawat Vokasi sebesar 305 (24,53%), dokter spesialis / lainnya sebesar 175 (14,08) , dokter residen sebesar 59 (4,75)

f. lama bekerja sesuai profesi saat ini

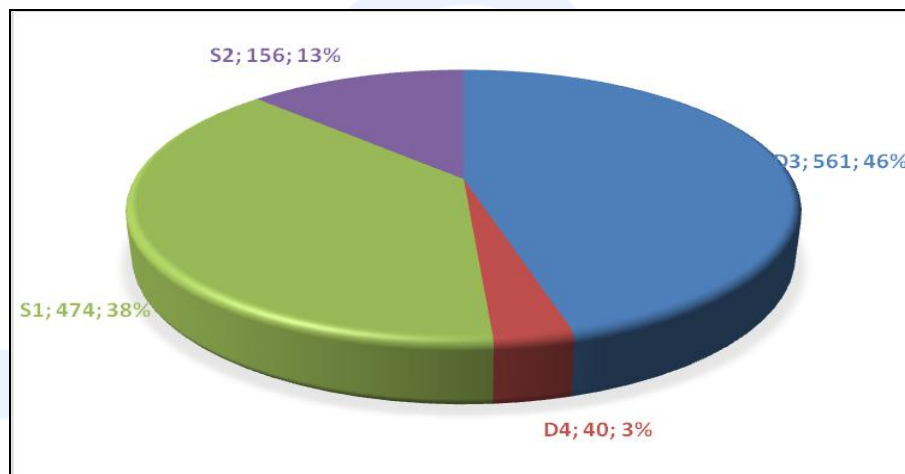


Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Grafik 5. 7. Distribusi Responden Berdasarkan lama bekerja sesuai Profesi saat ini

Berdasarkan Grafik 5.7. di atas, menggambarkan bahwa kelompok lama bekerja sesuai profesi saat ini sebanyak 394 (31,69%), kelompok 6-10 tahun sebesar 321 (25,82%), kelompok kurang dari 1 tahun 66 (5,31%)

g. Pendidikan terakhir



Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Gambar 5. 2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pendidikan

Berdasarkan Gambar 5.2. di atas, menunjukkan bahwa responden berpendidikan D3 sebesar 561 (46%), S1 sebesar 474 (38%), dan berpendidikan S2 sebesar 156 (13%) serta lulusan D4 sebesar 40 (3%).

5.1.4. Deskripsi Variabel Univariat

A. Budaya Keselamatan pasien

a. Ukuran Hasil (out come)

1) Frekuensi Laporan Kejadian

D1. Bila terjadi kesalahan, tetapi sempat diketahui dan dikoreksi sebelum berdampak pada pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan?

- D2. Bila terjadi kesalahan, tetapi tidak berpotensi mencederai pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan?
- D3. Bila terjadi kesalahan, yang dapat mencederai pasien tetapi ternyata tidak terjadi cedera, seberapa sering hal ini dilaporkan?

Kehandalan dari dimensi ini (3 item) = 84%

Tabel 5. 5. Distribusi Responden Berdasarkan tingkat kehandalam frekwensi laporan Kejadian

Frekuensi Laporan Kejadian	Respon Negatif	Netral	Respon Positif	Total Respon	Keterangan
D1. Bila terjadi kesalahan, tetapi sempat <u>diketahui dan dikoreksi sebelum berdampak pada pasien</u> , seberapa sering hal ini dilaporkan?	232	372	627	1231	
D2. Bila terjadi kesalahan, tetapi tidak <u>berpotensi mencederai pasien</u> , seberapa sering hal ini dilaporkan?	313	302	616	1231	
D3. Bila terjadi kesalahan, yang dapat <u>mencederai pasien</u> tetapi ternyata tidak terjadi cedera, seberapa sering hal ini dilaporkan?	255	301	675	1231	
	800	975	1918	3693	Kurang kuat

Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Kehandalan item : respon positif = $1918/3693 = 51,93\%$

Berdasarkan tabel 5.5. menggambarkan bahwa tingkat kehandalan item positif frekwensi laporan kejadian sebesar 51,93% yang lebih rendah dibandingkan dengan standar kehandalan sebesar kehandalan 84%. Sehingga dinilai tingkat kehandalan frekwensi laporan kejadian kurang kuat.

2) Persepsi Keselamatan Secara Umum

- A15. Unit kami tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien untuk menyelesaikan pekerjaan yang lebih banyak
- A18. Prosedur dan system di unit kami sudah baik dalam mencegah terjadinya error.
- A10r. Hanya karena kebetulan saja bila insiden yang lebih serius tidak terjadi di unit kami. (reverse worded)
- A17r. Di unit kami banyak masalah keselamatan pasien. (reverse worded)

Ukuran Kehandalan dari dimensi ini (4 item) = 74%

Tabel 5. 6. Distribusi Responden Berdasarkan tingkat kehandalam Persepsi Keselamatan

Persepsi Keselamatan Secara Umum	Respon Negatif	Netral	Respon Positif	Total Respon	Keterangan
A15. Unit kami tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien untuk menyelesaikan pekerjaan yang lebih banyak	140	74	1017	1231	
A18. Prosedur dan system di unit kami sudah baik dalam mencegah terjadinya error.	128	162	941	1231	
A10r. Hanya karena kebetulan saja bila insiden yang lebih serius tidak terjadi di unit kami. (reverse worded)	451	273	507	1231	
A17r. Di unit kami banyak masalah keselamatan pasien. (reverse worded)	292	166	773	1231	
	1011	675	3238	4924	Kurang kuat

Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Kehandalan item positif = $3238/4924 = 66\%$ (kurang kuat)

Berdasarkan tabel 5.6. menggambarkan bahwa tingkat kehandalan item positif persepsi keselamatan pasien secara umum sebesar 66 % yang lebih rendah dibandingkan dengan standar kehandalan sebesar kehandalan 74%. Sehingga dinilai tingkat kehandalan persepsi keselamatan pasien secara umum kurang kuat.

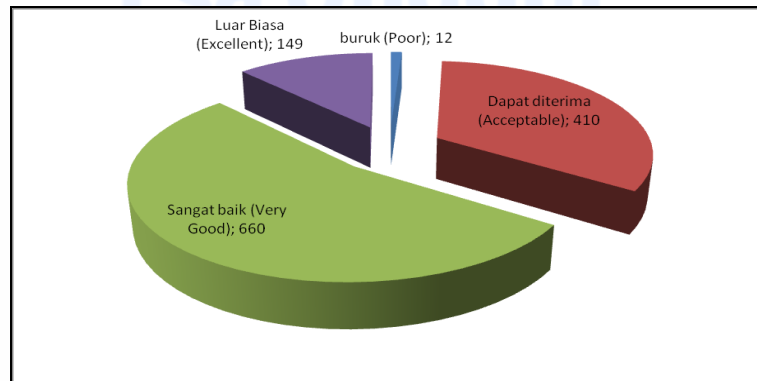
3) Tingkat Keselamatan Pasien

E. Tingkat Keselamatan pasien pada unit anda

Ukuran Tunggal : Tingkat A sampai E

Tabel 5. 7. Distribusi Responden Berdasarkan tingkat Keselamatan Pasien

Penilaian secara keseluruhan untuk tingkat keselamatan pasien di unit kerja	Jumlah Responden	Persentase
buruk (Poor)	12	1.0
Dapat diterima (Acceptable)	410	33.3
Sangat baik (Very Good)	660	53.6
Luar Biasa (Excellent)	149	12.1
Total	1231	100.0

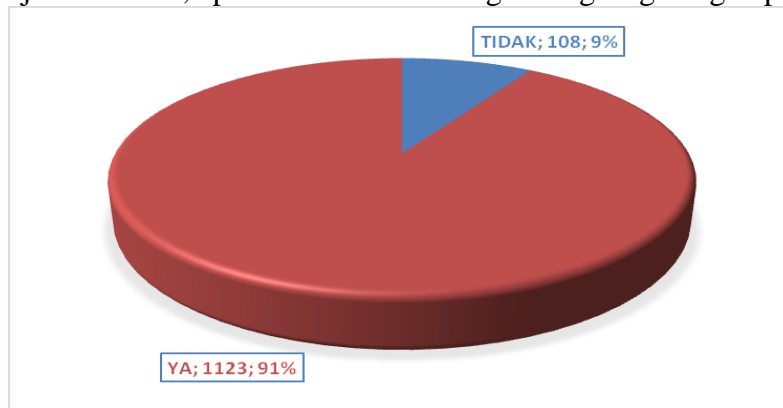


Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Gambar 5. 3 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Tingkat Keselamatan Pasien

Berdasarkan Tabel 5.7. dan Gambar 5.3. menunjukkan bahwa persepsi responden tentang tingkat keselamatan pasien sebesar 660 (53,6%) dinilai sangat baik (very good), dapat diterima (acceptable) sebesar 410 (33,3 %) dan dinilai luar biasa (excellent) sebesar 149 (12,1%)

F. Dalam posisi/jabatan anda, apakah anda berhubungan langsung dengan pasien?



Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

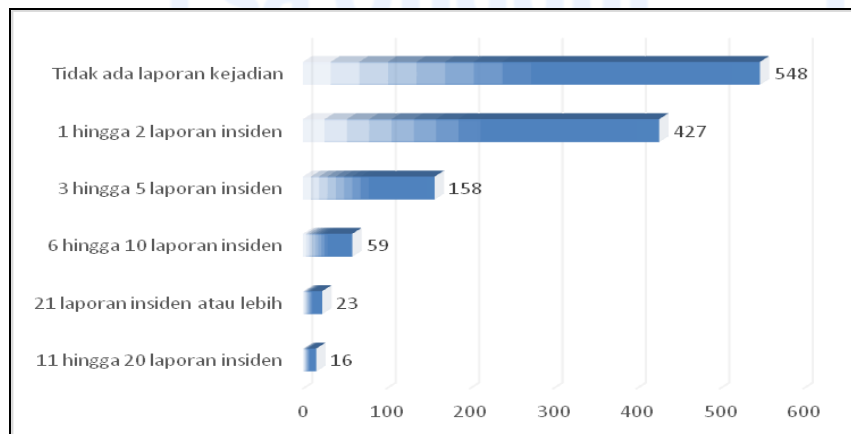
Gambar 5. 4 Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Jabatan yang berhubungan langsung dengan Pasien

Gambar 5.4. menunjukkan bahwa Posisi tugas Responden saat ini 1123 orang (91 %) berhubungan dengan pasien dan 108 (9%) menyatakan tidak berhubungan langsung dengan pasien.

4) Jumlah Kejadian Yang Dilaporkan

G. Dalam 12 bulan terakhir jumlah laporan kejadian yang telah anda isi dan kirimkan?

Ukuran Tunggal



Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Grafik 5. 8. Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Kejadian Tidak Diharapkan Yang Dilaporkan selama 12 Bulan Terakhir

Grafik 5.8. menunjukkan bahwa kelompok tidak ada laporan selama 12 bulan terakhir sebesar 548 (44,08%) , kelompok 1 sampai dengan 2 laporan sebesar 427 (34,35%) , kelompok 3 sampai dengan 5 laporan sebesar 158 (12,71 %), kelompok kejadian 21 atau lebih dalam 12 bulan terakhir sebesar 23 (1,8%).

5) Dimensi Budaya Keselamatan Pasien Tingkat Unit

a. Harapan (Ekpektasi) dan Kegiatan Supervisor/Manager yang mendukung Keselamatan

- B1. Manajer/supervisor di unit kami memberi pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai prosedur keselamatan pasien yang berlaku.
- B2. Manajer/supervisor dengan serius mempertimbangkan masukan staf untuk meningkatkan keselamatan pasien.
- B3r. Bila beban kerja tinggi, manajer/supervisor kami meminta kami bekerja cepat meski dengan mengambil jalan pintas. (reverse worded)
- B4r. Manajer/supervisor kami selalu mengabaikan masalah Keselamatan Pasien yang terjadi berulang kali di unit kami. (reverse worded)

Ukuran Keandalan dari dimensi ini (4 item) = 75%

Tabel 5. 8. Distribusi Responden Berdasarkan Harapan (Ekpektasi) dan Kegiatan Supervisor/Manager yang mendukung Keselamatan

Ekpektasi dan Kegiatan Supervisor/Manager yang mendukung Keselamatan	Respon Negatif	Netral	Respon Positif	Total Respon	Keterangan
B1. Manajer/supervisor di unit kami memberi pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai prosedur keselamatan pasien yang berlaku.	132	126	973	1231	

B2. Manajer/ supervisor dengan serius mempertimbangkan masukan staf untuk meningkatkan keselamatan pasien.	76	97	1058	1231	
B3r. Bila beban kerja tinggi, manajer/ supervisor kami meminta kami bekerja cepat meski dengan mengambil jalan pintas. (reverse worded)	245	196	790	1231	
B4r. manajer/ supervisor kami selalu mengabaikan masalah Keselamatan Pasien yang terjadi berulang kali di unit kami. (reverse worded)	103	59	1069	1231	
	556	478	3890	4924	kuat

Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Kehandalan item positif = $3890/4924 = 79\%$

Berdasarkan Tabel 5,8 menunjukkan bahwa persepsi responden tentang tingkat kehandalan dimensi Harapan (Ekpektasi) dan Kegiatan Supervisor/Manager yang mendukung Keselamatan tingkat keselamatan pasien sebesar 79% yang dinilai **kuat** dibandingkan standar kehandalan sebesar 75%.

b. Organisasi Pembelajar dan Perbaikan Terus Menerus

- A6. Unit kami secara aktif melakukan kegiatan untuk meningkatkan keselamatan pasien.
 A9. Di unit kami, kesalahan yang terjadi digunakan untuk membuat perubahan kearah yang positif.
 A13. Sesudah membuat perubahan-perubahan untuk meningkatkan Keselamatan Pasien, kita lakukan evaluasi tentang efektivitasnya.

Ukuran kehandalan dari dimensi ini (3 item) = 76%

Tabel 5. 9 Distribusi Responden Berdasarkan Organisasi Pembelajar dan Perbaikan Terus Menerus

Organisasi Pembelajar dan Perbaikan Terus Menerus	Respon Negatif	Netral	Respon Positif	Total Respon	Keterangan
A6. Unit kami secara aktif melakukan kegiatan untuk meningkatkan keselamatan pasien.	54	46	1131	1231	
A9. Di unit kami, kesalahan yang terjadi digunakan untuk membuat perubahan kearah yang positif.	80	104	1047	1231	

A13. Sesudah membuat perubahan-perubahan untuk meningkatkan Keselamatan Pasien, kita lakukan evaluasi tentang efektivitasnya.	63	80	1088	1231	
	197	230	3266	3693	Kuat

Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Kehandalan item positif = $3266/3693 = 88\%$

Berdasarkan Tabel 5.9. menunjukkan bahwa persepsi responden tentang tingkat kehandalan dimensi Organisasi Pembelajar dan Perbaikan Terus Menerus sebesar 88% yang dinilai **kuat** dibandingkan standar kehandalan sebesar 76%.

c. Teamwork Dalam Unit RS

A1. Karyawan di unit kami saling mendukung.

A3. Bila unit kami ada pekerjaan yang harus dilakukan dalam waktu cepat, maka karyawan di unit kami bekerja bersama-sama sebagai tim untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut.

A4. Petugas di unit kami saling menghargai.

A11. Bila salah satu area di unit kami sangat sibuk, maka area lain dari unit kami akan membantu.

Ukuran Kehandalan dari dimensi ini (4 item) = 83%

Tabel 5. 10 Distribusi Responden Berdasarkan Kerjasama Tim (Team Work) dalam Unit Rumah sakit

Teamwork Dalam Unit RS	Respon Negatif	Netral	Respon Positif	Total Respon	Keterangan
A1. Karyawan di unit kami saling mendukung.	57	53	1121	1231	
A3. Bila unit kami ada pekerjaan yang harus dilakukan dalam waktu cepat, maka karyawan di unit kami bekerja bersama-sama sebagai tim untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut.	58	45	1128	1231	
A4. Petugas di unit kami saling menghargai.	47	52	1132	1231	
A11. Bila salah satu area di unit kami sangat sibuk, maka area lain dari unit kami akan membantu	310	177	744	1231	
	472	327	4125	4924	kuat

Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Kehandalan item = $4125/4924 = 84\%$ (kuat)

Berdasarkan Tabel 5.10. menunjukkan bahwa persepsi responden tentang tingkat kerjasama tim dalam unit kerja di rumah sakit sebesar 84% yang dinilai **kuat** dibandingkan standar kehandalan sebesar 83%.

d. Keterbukaan Komunikasi

- C2. Karyawan di unit kami bebas berbicara jika melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada pelayanan pasien.
- C4. Karyawan di unit kami merasa bebas untuk mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasannya.
- C6r. Karyawan di unit kami takut bertanya jika terjadi hal yang kelihatannya tidak benar. (reverse worded)

Ukuran Kehandalan dari dimensi ini (3 item) = 72%

Tabel 5. 11. Distribusi Responden Berdasarkan Keterbukaan Komunikasi

Keterbukaan Komunikasi	Respon Negatif	Netral	Respon Positif	Total Respon	Keterangan
C2. Karyawan di unit kami bebas berbicara jika melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada pelayanan pasien.	219	246	766	1231	
C4. Karyawan di unit kami merasa bebas untuk mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasannya.	289	247	695	1231	
C6r. Karyawan di unit kami takut bertanya jika terjadi hal yang kelihatannya tidak benar. (reverse worded)	157	219	855	1231	
	665	712	2316	3693	Kurang kuat

Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Kehandalan item positif = $2316/3693 = 63\%$

Berdasarkan Tabel 5.11. menunjukkan bahwa persepsi responden tentang keterbukaan komunikasi sebesar 63 % yang dinilai **kurang kuat** dibandingkan standar kehandalan sebesar 72%.

e. Umpan Balik dan Komunikasi Tentang Error

- C1. Karyawan di unit kami mendapat umpan balik mengenai perubahan yang dilaksanakan atas dasar hasil laporan insiden.
- C3. Karyawan di unit kami mendapat informasi mengenai insiden yang terjadi di unit ini..
- C5. Di unit kami, didiskusikan cara untuk mencegah agar insiden tidak terulang kembali.

Ukuran Kehandalan dari dimensi ini (3 item) = 78%

Tabel 5. 12. Distribusi Responden Berdasarkan Umpan balik dan Komunikasi tentang Error

Umpan Balik dan Komunikasi Tentang Error	Respon Negatif	Netral	Respon Positif	Total Respon	Keterangan
C1. Karyawan di unit kami mendapat umpan balik mengenai perubahan yang dilaksanakan atas dasar hasil laporan insiden.	325	375	531	1231	
C3. Karyawan di unit kami mendapat informasi mengenai insiden yang terjadi di unit ini..	117	209	905	1231	
C5. Di unit kami, didiskusikan cara untuk mencegah agar insiden tidak terulang kembali.	54	156	1021	1231	
	496	740	2457	3693	Kurang kuat

Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Kehandalan item positif : $2457/3693 = 67\%$ (kurang kuat)

Berdasarkan Tabel 5.12. menunjukkan bahwa persepsi responden tentang umpan balik dan komunikasi tentang error sebesar 67 % yang dinilai **kurang kuat** dibandingkan standar kehandalan sebesar 78%.

f. Respon Tidak Menghukum Terhadap Terjadinya Error

A8r. Karyawan unit kami sering merasa bahwa kesalahan yang mereka lakukan digunakan untuk menyalahkan mereka. (reverse worded)

A12r. Bila unit kami melaporkan suatu insiden, yang dibicarakan adalah pelakunya bukan masalahnya. (reverse worded)

A16r. Karyawan merasa khawatir kesalahan yang mereka buat akan dicatat di berkas pribadi mereka. (reverse worded)

Kehandalan dari dimensi ini (3 item) = 79%

Tabel 5. 13 Distribusi Responden Berdasarkan Respon Tidak Menghukum Terhadap Terjadinya Error

Respon Tidak Menghukum Terhadap Terjadinya Error	Respon Negatif	Netral	Respon Positif	Total Respon	Keterangan
A8r. Karyawan unit kami sering merasa bahwa kesalahan yang mereka lakukan digunakan untuk menyalahkan mereka. (reverse worded)	253	231	747	1231	
A12r. Bila unit kami melaporkan suatu insiden, yang dibicarakan adalah pelakunya bukan masalahnya. (reverse worded)	273	171	787	1231	
A16r. Karyawan merasa khawatir kesalahan yang mereka buat akan dicatat di berkas pribadi mereka. (reverse worded)	467	272	492	1231	
	993	674	2026	3693	Kurang kuat

Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Kehandalan item positif : $2026/3693 = 55\%$

Berdasarkan Tabel 5.13. menggambarkan bahwa persepsi responden tentang respon tidak menghukum umpan balik dan komunikasi tentang error sebesar 55 % yang dinilai **kurang kuat** dibandingkan standar kehandalan sebesar 79%.

g. Staffing

- A2. Unit kami memiliki cukup staf untuk menangani beban kerja yang berlebih.
- A5r. Karyawan di unit kami bekerja dengan waktu yang lebih lama dari normal untuk perawatan pasien. (reverse worded)
- A7r. Unit kami banyak menggunakan tenaga melebihi normal/tambahan untuk kegiatan pelayanan pasien. (reverse worded)
- A14r. Kami bekerja seolah-olah dalam keadaan “krisis”, berusaha bertindak berlebihan dan terlalu cepat. (reverse worded)

Ukuran Kehandalan dari dimensi ini (4 item) = 63%

Tabel 5. 14 Distribusi Responden Berdasarkan Staffing

Staffing	Respon Negatif	Netral	Respon Positif	Total Respon	Keterangan
A2. Unit kami memiliki cukup staf untuk menangani beban kerja yang berlebih.	480	241	510	1231	
A5r. Karyawan di unit kami bekerja dengan waktu yang lebih lama dari normal untuk perawatan pasien. (reverse worded)	740	176	315	1231	
A7r. Unit kami banyak menggunakan tenaga melebihi normal/tambahan untuk kegiatan pelayanan pasien. (reverse worded)	393	244	594	1231	
A14r. Kami bekerja seolah-olah dalam keadaan “krisis”, berusaha bertindak berlebihan dan terlalu cepat. (reverse worded)	324	208	699	1231	
	1937	869	2118	4924	Kurang kuat

Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Kehandalan item positif : $2118/4924 = 43\%$

Berdasarkan Tabel 5.14. menggambarkan bahwa persepsi responden tentang staffing atau ketersediaan staf pelayanan sebesar 43% yang dinilai **kurang kuat** dibandingkan standar kehandalan sebesar 63%.

h. Dukungan Manajemen RS Terhadap Keselamatan Pasien

F1. Manajemen rumah sakit membuat suasana kerja yang mendukung keselamatan pasien.

F8. Tindakan manajemen RS menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama.

F9r. Manajemen RS kelihatan tertarik pada Keselamatan Pasien hanya sesudah terjadi KTD (Kejadian yang Tidak Diharapkan). (reverse worded)

Kehandalan dari dimensi ini (3 item) = 83%

Tabel 5. 15 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Manajemen RS terhadap Keselamatan Pasien

Dukungan Manajemen RS Terhadap Keselamatan Pasien	Respon Negatif	Netral	Respon Positif	Total Respon	Keterangan
F1. Manajemen rumah sakit membuat suasana kerja yang mendukung keselamatan pasien.	44	105	1082	1231	
F8. Tindakan manajemen RS menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama.	43	68	1120	1231	
F9r. Manajemen RS kelihatan tertarik pada Keselamatan Pasien hanya sesudah terjadi KTD (Kejadian yang Tidak Diharapkan). (reverse worded)	295	170	766	1231	
	382	343	2968	3693	Sedang

Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Kehandalan item positif : $2968/3693 = 80\%$ (sedang)

Berdasarkan Tabel 5.15. menggambarkan bahwa persepsi responden tentang dukungan manajemen RS terhadap upaya keselamatan pasien sebesar 80% yang dinilai **sedang** dibandingkan standar kehandalan sebesar 83%.

3) Dimensi Budaya Keselamatan Pasien tingkat Rumah sakit

a. Teamwork Antar Unit di RS

- F4. Terdapat kerjasama yang baik antar unit di RS yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan bersama.
- F10. Unit-unit di RS bekerjasama dengan baik untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien.
- F2r. Antar Unit di RS kami tidak saling berkoordinasi dengan baik. (reverse worded)
- F6r. Sering kali tidak menyenangkan bekerja dengan staf dari unit lain di RS ini. (reverse worded)

Ukuran Kehandalan dari dimensi ini (3 item) = 80%

Tabel 5. 16 Distribusi Responden Berdasarkan Team Work Antar Unit

Teamwork Antar Unit di RS	Respon Negatif	Netral	Respon Positif	Total Respon	Keterangan
F4. Terdapat kerjasama yang baik antar unit di RS yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan bersama.	67	150	1014	1231	
F10. Unit-unit di RS bekerjasama dengan baik untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien.	66	76	1089	1231	
F2r. Antar Unit di RS kami tidak saling berkoordinasi dengan baik. (reverse worded)	180	173	878	1231	
F6r. Sering kali tidak menyenangkan bekerja dengan staf dari unit lain di RS ini. (reverse worded)	121	186	924	1231	
	434	585	3905	4924	Sedang

Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Kehandalan item positif $3905/4924=79\%$ (kurang)

Berdasarkan Tabel 5.16. menggambarkan bahwa persepsi responden tentang *Team Work* antar Unit sebesar 79 % yang dinilai sedang dibandingkan standar kehandalan sebesar 80%.

b. Penyerahan (*Handoffs*) dan Pergantian di RS

F3r. Bila terjadi pemindahan pasien dari unit satu ke unit lain, pasti menimbulkan masalah terkait dengan informasi pasien. (reverse worded)

F5r. Informasi penting mengenai pelayanan pasien sering hilang saat pergantian jaga (shift). (reverse worded)

F7r. Masalah sering timbul dalam pertukaran informasi antar unit di RS. (reverse worded)

F11r. Pergantian *shift* merupakan masalah bagi pasien-pasien di RS ini. (reverse worded)

Ukuran Kehandalan dari dimensi ini (4 item) = 80%

Tabel 5. 17 Distribusi Responden Berdasarkan Penyerahan (handoffs) dan Pergantian di RS

Handoffs dan Pergantian di RS	Respon Negatif	Netral	Respon Positif	Total Respon	Keterangan
F3r. Bila terjadi pemindahan pasien dari unit satu ke unit lain, pasti menimbulkan masalah terkait dengan informasi pasien. (reverse worded)	229	186	816	1231	
F5r. Informasi penting mengenai pelayanan pasien sering hilang saat pergantian jaga (shift). (reverse worded)	155	154	922	1231	
F7r. Masalah sering timbul dalam pertukaran informasi antar unit di RS. (reverse worded)	213	247	771	1231	
F11r. Pergantian <i>shift</i> merupakan masalah bagi pasien-pasien di RS ini. (reverse worded)	147	146	938	1231	
	744	733	3447	4924	Kurang kuat

Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Kehandalan item positif = $3447/4924 = 80\%$ (kurang)

Berdasarkan Tabel 5.17. menggambarkan bahwa persepsi responden tentang **Penyerahan (handoffs) dan Pergantian di RS** sebesar 70 % yang dinilai kurang kuat dibandingkan standar kehandalan sebesar 80%.

5.1.4. Variabel Implementasi Enam sasaran Keselamatan Pasien

Capaian Indikator Mutu Pelayanan RS terkait 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien (2017):

- 1) mengidentifikasi pasien dengan benar,
- 2) meningkatkan komunikasi dengan efektif,
- 3) meningkatkan keamanan dari *high alert medications*,
- 4) memastikan benar tempat, benar prosedur, dan benar pembedahan pasien,
- 5) mengurangi risiko infeksi pada pekerja,
- 6) mengurangi risiko terjadinya kesalahan yang lebih buruk pada pasien

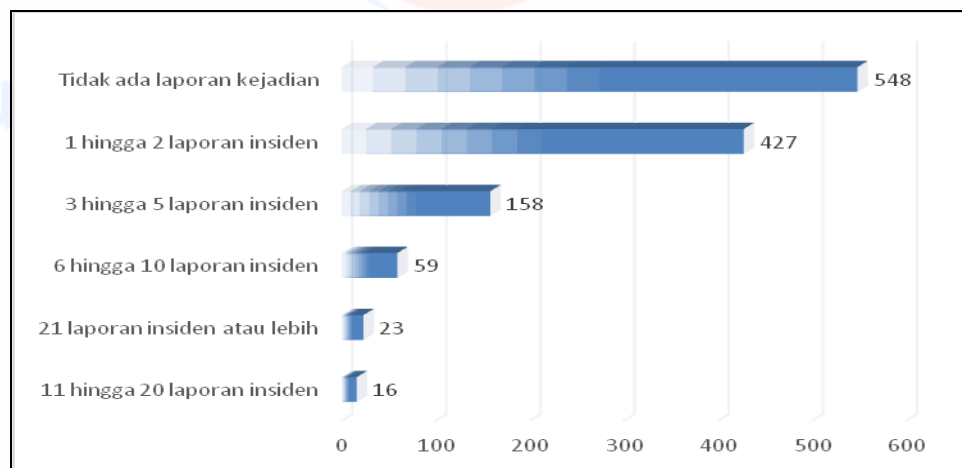
Tabel 5. 18 Capaian Implementasi 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah sakit

No	RUMAH SAKIT	Mengidentifikasi pasien dengan benar	Meningkatkan komunikasi yang efektif	Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai	Memastikan lokasi, Prosedur pembedahan, pada pasien yang benar	Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan	Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.
1	RSUP P.	92.0 %	88%	87%	92,5 %	88,9 %	93 %
2	RS KD	99,3%	80,4%	91,6 %	100%	75%	99,1%
3	RSUD SS	94,2%	86,2%	89,2%	91,7 5	85,2%	88%
4	RSUD UB	100%	50 %	100%	60 %	50 %	70%
5	RSUP MDP	94.1%	96,2 %	86,1%	92,7%	86,2 %	87%
6	RSUP WM	92.3%	88,9%	86,9%	93,5%	88,4%	91%
7	RSUP MHP	95%	89,5%	99.4%	99,6%	99,5%	99,24%
	Rata - rata	95,25 %	82,53%	91.51	89.87	81.69	89.51

Sumber : Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RS 2017

Tabel 5.18. menunjukkan bahwa Capaian Implementasi 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah sakit yang paling tinggi adalah mengidentifikasi pasien dengan benar dengan rata - rata sebesar 95,25% dan yang paling rendah adalah meningkatkan komunikasi efektif sebesar rata - rata 82.53 % dan Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan sebesar 81,69%.

5.1.5 Jumlah Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang dilaporkan di rumah sakit



Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Grafik 5. 9 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Kejadian Tidak

Grafik 5.9. menunjukkan bahwa kelompok tidak ada laporan selama 12 bulan terakhir sebesar 548 (44,08%) , kelompok 1 sampai dengan 2 laporan sebesar 427 (34,35%), kelompok 3 sampai dengan 5 laporan sebesar 158 (12,71 %), kelompok kejadian 21 atau lebih dalam 12 bulan terakhir sebesar 23 (1,8%).

5.1.6. Analisis Model Pengembangan Budaya Keselamatan Pasien di RS Pendidikan

1) Analisis deskriptif

a. Budaya Keselamatan Pasien

Tabel 5. 19 Distribusi Responden Berdasarkan Rekapitulasi Budaya Keselamatan Pasien

No	Variabel	Jumlah Sampel	Minimum	Maximum	Rata-rata	Standar Deviasi
	Budaya Keselamatan Pasien	1231	1.52	4.88	3.73	0.41
Indikator						
1	harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (<i>Supervisor/manager expectations and actions promoting safety</i>)	1231	1.00	5.00	3.85	0.57
2	organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (<i>Organizational learning—continuous improvement</i>)	1231	1.00	5.00	4.06	0.67
3	kerjasama tim dalam unit (<i>Teamwork within units</i>)	1231	1.00	5.00	3.97	0.65
4	keterbukaan komunikasi (<i>Communication openness</i>)	1231	1.00	5.00	3.75	0.86
5	umpan balik terhadap error (<i>Feedback and communication about error</i>)	1231	1.00	5.00	3.99	0.82
6	respon tidak menyalahkan (<i>Nonpunitive response to error</i>)	1231	1.00	5.00	3.39	0.83
7	staf yang adekuat (<i>Staffing</i>)	1231	1.00	4.75	3.04	0.59
8	dukungan manajemen rumah sakit (<i>Management support for patient safety</i>)	1231	1.00	5.00	3.94	0.63
9	kerjasama tim antar unit (<i>Teamwork across units</i>)	1231	1.75	5.00	3.91	0.60
10	penyerahan dan pemindahan pasien (<i>Handoffs and transitions</i>)	1231	1.00	5.00	3.72	0.75
11	persepsi secara keseluruhan (<i>Overall perceptions of patient safety</i>)	1231	1.00	5.00	3.59	0.56
12	frekuensi pelaporan kejadian (<i>Frequency of events reported</i>)	1231	1.00	5.00	3.59	1.09

Tabel 5.19 menunjukkan hasil analisis deskriptif secara keseluruhan tentang budaya keselamatan terlihat bahwa indikator yang memiliki rata-rata **terendah** adalah staf yang kuat (staffing), sedangkan indikator yang memiliki rata-rata tertinggi adalah organisasi

pembelajar - peningkatan kualitas berkelanjutan (*Organizational learning—continuous improvement*)

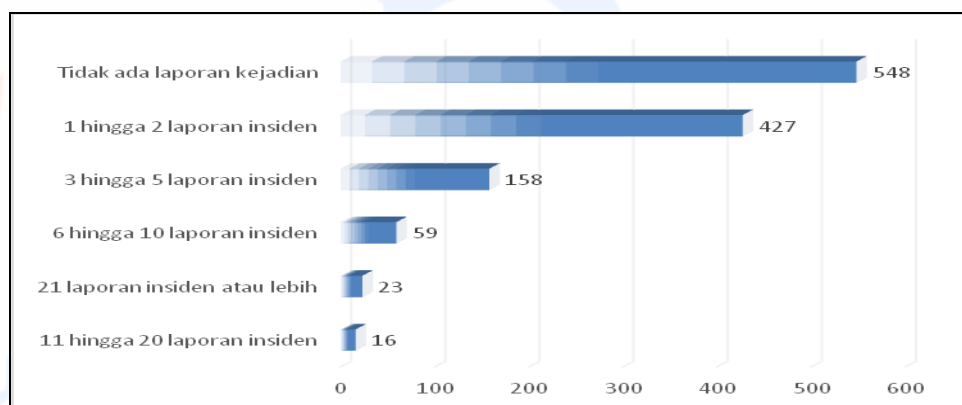
b. Implementasi enam sasaran keselamatan

Tabel 5. 20 Distribusi Responden Berdasarkan Implementasi enam Sasaran Keselamatan Pasien

No	Variabel	Jumlah Sampel	Mini mum	Maxi mum	Rata-rata	Stan dar Deviasi
	Implementasi enam sasaran keselamatan	1231	71.67	97.03	88.40	7.34
	Indikator					
1	Mengidentifikasi pasien dengan benar	1231	92.0	100.0	95.31	2.95
2	Meningkat kan komunikasi yang efektif	1231	50.00	96.20	82.53	14.13
3	Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai	1231	86.10	100.00	91.51	5.47
4	Memastikan lokasi, Prosedur pembedahan, pada pasien yang benar	1231	60.00	100.00	89.87	12.77
5	Mengurangi risiko infeksi akibat asuhan kesehatan	1231	50.00	99.50	81.69	14.70
6	Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.	1231	70.00	99.20	89.51	9.24

Tabel 5.20 menggambarkan bahwa hasil analisis deskriptif tentang implementasi enam sasaran keselamatan pasien menunjukkan bahwa sasaran untuk meningkatkan komunikasi yang efektif memiliki rata-rata yang terendah (82.53 %) dan Mengurangi risiko infeksi akibat asuhan kesehatan (81,69%) sedangkan sasaran mengidentifikasi pasien dengan benar memiliki persentase yang tertinggi (95.31%).

c. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)



Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Grafik 5. 10 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Kejadian Tidak Diharapkan Yang Dilaporkan selama 12 Bulan Terakhir

Grafik 5.10. menunjukkan bahwa kelompok tidak ada laporan selama 12 bulan terakhir sebesar 548 (44,08%) , kelompok 1 sampai dengan 2 laporan sebesar 427 (34,35%) , kelompok 3 sampai dengan 5 laporan sebesar 158 (12,71 %), kelompok kejadian 21 atau lebih dalam 12 bulan terakhir sebesar 23 (1,8%).

c. Uji Model

- a. Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap Kejadian tidak diharapkan (KTD)

Uji Model	F	Sig.
Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD	7.47	0.001

Uji model menunjukkan bahwa secara keseluruhan model signifikan/saling mempengaruhi dilihat dari nilai signifikansi $< 0,05$ (5%). Artinya bahwa secara simultan budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien secara signifikan mempengaruhi kejadian tidak diharapkan.

- b. Budaya Keselamatan Pasien terhadap Implementasi enam sasaran keselamatan

Uji Model	F	Sig.
Budaya Keselamatan Pasien terhadap Implementasi enam sasaran keselamatan	13.58	0.0002

Uji model menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien terbukti signifikan mempengaruhi implementasi enam sasaran keselamatan dengan nilai pvalue (Sig.) $< 0,05$ (5%). Secara parsial, budaya keselamatan pasien mempengaruhi implementasi enam sasaran keselamatan pasien

3) Besarnya Pengaruh

- a. Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD

Besarnya Pengaruh/korelasi	R Square	Adjusted R Square	error
Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD	0.012	0.010	1.076

Besarnya pengaruh dapat dilihat dari nilai Adjusted R Square, hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai Adjusted R Square sebesar 0,010 atau 1%. Artinya pengaruh Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD sebesar 1%, sisanya dijelaskan oleh factor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Arah korelasi pada penelitian ini factor e, Hasil uji menunjukkan terdapat arah korelasi negatif, artinya semakin tinggi budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien, maka akan semakin rendah kejadian tidak diharapkan, begitupun sebaliknya semakin rendah Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan, maka akan semakin tinggi kejadian tidak diharapkan (KTD).

b. Budaya Keselamatan Pasien terhadap Implementasi enam sasaran keselamatan

Besarnya Pengaruh/korelasi	R Square	Adjusted R Square	Error
Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD	0.0109	0.0101	7.302

Besarnya pengaruh dapat dilihat dari nilai R Square, hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai R Square sebesar 0,0109 atau 1%. Artinya pengaruh Budaya Keselamatan Pasien terhadap Implementasi enam sasaran keselamatan sebesar 1%, sisanya dijelaskan oleh factor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Arah korelasi pada penelitian ini positif, artinya semakin tinggi Budaya Keselamatan Pasien, maka akan semakin tinggi Implementasi enam sasaran keselamatan pasien. Begitu juga sebaliknya semakin rendah Budaya Keselamatan Pasien, maka akan semakin rendah Implementasi enam sasaran keselamatan.

4) Persamaan Garis

a. Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap Kejadian tidak Diharapkan (KTD)

$$\text{KTD} = 0.197 + 0.179 \text{ budaya keselamatan pasien} + 0.012 \text{ implementasi enam sasaran keselamatan} + 1.076$$

b. Budaya Keselamatan Pasien terhadap Implementasi enam sasaran keselamatan

$$\text{Implementasi Enam Sasaran Keselamatan} = 81.473 + 1.856 \text{ Budaya keselamatan pasien} + 7.302$$

5.1.7. : Pembahasan

Budaya organisasi yang positif adalah salah satu strategi untuk mencapai keberhasilan masa depan dalam membangun Sumber Daya Manusia (SDM) dan organisasi melalui pelatihan alami. Pelatihan alami tersebut, yaitu melalui proses panjang yang secara terus menerus disempurnakan sesuai dengan tuntutan dan kemampuan SDM itu sendiri, serta sesuai dengan prinsip/ pedoman organisasi yang diakui. Tanpa ada pedoman maka manajemen akan mengalami banyak perilaku yang menyimpang yang akan menimbulkan pemborosan dan kerugian. Para ahli meyakini bahwa kekuatan nilai-nilai yang tersembunyi yang diyakini oleh anggota organisasi merupakan kekuatan atau kemampuan untuk menyempurnakan atau memperbaiki semua aspek pelayanan, yang akan bermuara pada pemberian pelayanan berkualitas dan aman (safety). Pelayanan berkualitas tersebut akan tergambar dari perilaku SDM melalui nilai-nilai luhur dan etika pelayanan yang berorientasi pada kepuasan konsumen dan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Nilai-nilai tersebut berdampak positif pada pewujudan pemberian kepuasan kepada konsumen, sumber daya manusia yang produktif dan berkomitmen, serta mampu memberikan hasil (*financial returns*) yang memuaskan.

Hasil penelitian di atas menggambarkan bahwa :

a. Karakteristik Rumah sakit

Penelitian melibatkan rumah sakit pendidikan di Indonesia yang berjumlah 47 RS (2017). Penelitian dilaksanakan di tujuh rumah sakit Pendidikan yang mewakili wilayah Indonesia Bagian timur (RSUP WM), Indonesia bagian Tengah (RSUD UB) dan Indonesia Bagian Barat (RSUD SS, RSUP P, RS KD, RSUP MDP, RSUP MHP) yang merupakan RS kelas A sebanyak 6 (85,71%) dan RS Kelas B sebanyak 1(14,29%);

Sampel penelitian adalah Petugas Pemberi Asuhan (PPA) pasien yang terdiri dari tenaga Medis, Keperawatan/ bidan dan Tenaga Kesehatan lainnya, serta komite mutu keselamatan pasien. Unit analisis adalah individu. Jumlah populasi penelitian di tujuh RS sebesar 9.902 orang, jumlah sample sebesar 1400 orang dengan respon rate sebesar 1231 (88%). Jumlah Karyawan bervariasi antara 1.305 sampai 4.347 orang. Jumlah tempat tidur (TT) di RS antara 402 TT sampai dengan 1514 TT dengan BOR antara 67% sampai dengan 84,85%, angka Average Length of Stay (ALOS) menggambarkan lama hari rawat yang bervariasi antara 5 hari sampai dengan 7,76 hari. Turn Over Interval (TOI) yaitu Pergantian pasien per tempat tidur berkisar antara 2 sampai dengan 3,15 hari. Sedangkan BTO menggambarkan bahwa 1 (satu) TT diisi antara 31 sampai dengan 53 pasien per tahun

b. Karakteristik Responden

- Umur responden sebesar 44,40 % adalah berumur 25 - 34 tahun atau usia produktif
 - Pendidikan responden berpendidikan S1 dan D3 sebesar 84% dan berpendidikan S2 sebesar 156 (13%).
 - Unit kerja Responden terbanyak pada kelompok unit rawat inap sebesar 413 (33,22%), rawat jalan sebesar 158 (12,711 %) dan yang terendah adalah unit Psikiatri sebesar 7 (0,5%)
 - Lama bekerja Responden di unit kerja yang bersangkutan terbanyak pada kelompok 1 hingga 5 tahun sebesar 493 (39,66%), kelompok 6-10 tahun sebesar 299 (18,49%) dan kelompok 16-20 tahun sebesar 81 (6,51%)
 - Lama bekerja Responden di rumah sakit terbanyak antara 1 sd 10 tahun (48%) dengan rincian pada kelompok 1 hingga 5 tahun sebesar 323 (25,98%), kelompok 6-10 tahun sebesar 296 (23,81%) dan yang kurang dari 1 tahun sebesar 103 (8,28%).
 - Lama bekerja dalam seminggu terbanyak pada kelompok 40 hingga 59 jam sebesar 830 (66,77%) dan kelompok 20- 39 sebesar 250 (20,11%)
 - Responden berdasarkan profesi terbanyak adalah Perawat terregistrasi sebesar 472 (37,97%), Perawat Vokasi sebesar 305 (24,53%), dokter spesialis / lainnya sebesar 175 (14,08) , dokter residen sebesar 59 (4,75)
 - Lama bekerja sesuai profesi saat ini pada kelompok 1 - 5 tahun sebanyak 394 (31,69%) , kelompok 6-10 tahun sebesar 321 (25,82%), kelompok kurang dari 1 tahun 66 (5,31%)
 - Posisi tugas Responden saat ini 1123 orang (91 %) berhubungan dengan pasien dan 108 (9%) menyatakan tidak berhubungan langsung dengan pasien.
 - Berdasarkan jenis kelamin responden terbanyak adalah perempuan sebesar 77,5% dan laki- laki 22,5 %.
 - Persepsi responden tentang tingkat keselamatan pasien sebesar 660 (53,6%) menilai sangat baik (*very good*), dapat diterima (*acceptable*) sebesar 410 (33,3 %) dan dinilai luar biasa (*excellent*) sebesar 149 (12,1%).
 - Laporan yang dilaporkan selama 12 bulan terakhir sebesar 548 (44,08%) menyatakan tidak ada laporan , kelompok 1 sampai dengan 2 laporan sebesar 427 (34,35%) , kelompok di atas 3 -5 sd 21 laporan sebesar 181 (14.71 %)
- c. Dimensi Budaya Keselamatan pasien yang tingkat kehandalannya kuat
- Hasil Penelitian tentang tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien menggambarkan sebagai berikut :
- Harapan dan tindakan supervisor/ manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/ manager expectations and actions promoting safety* dinilai kuat dengan tingkat kehandalan sebesar 79% , yang menggambarkan bahwa Manajer/ supervisor di unit kami memberi pujian jika melihat pekerjaan

diselesaikan sesuai prosedur keselamatan pasien yang berlaku. Manajer/supervisor dengan serius mempertimbangkan masukan staf untuk meningkatkan keselamatan pasien. Bila beban kerja tinggi, manajer/supervisor kami meminta kami bekerja cepat meski dengan mengambil jalan pintas. Manajer/supervisor kami selalu mengabaikan masalah Keselamatan Pasien yang terjadi berulang kali di unit kami. Dukungan Manajer menjadi sangat penting karena merupakan kunci keberhasilan pelayanan yang mengutamakan keselamatan pasien dengan memberikan arahan, pujian bila bekerja sesuai prosedur. Manajer mendengarkan masukan dari bawahan agar terjadi perbaikan terus menerus.

- Organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning-continuous improvement*) dinilai kuat dengan tingkat kehandalan sebesar 88%. Hal ini menggariskan bahwa di unit kerja melakukan kegiatan untuk meningkatkan keselamatan pasien, apabila ada kesalahan yang terjadi dapat digunakan untuk membuat perubahan kearah yang positif, serta apabila terjadi kesalahan dilakukan evaluasi dan melakukan perubahan-perubahan untuk meningkatkan Keselamatan Pasien.
- Kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*) dinilai kuat dengan tingkat kehandalan sebesar 84 % , menggambarkan di unit saling mendukung, saling menghormati dan saling membantu bila ada pekerjaan yang harus dilakukan dalam waktu cepat. Bila salah satu area di unit kami sangat sibuk, maka area lain dari unit kami akan membantu.

Hal ini sejalan dengan penelitian AHRAQ (2014) pada 621 rumah sakit bahwa dimensi harapan dan tindakan supervisor/ manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/ manager expectations and actions promoting safety*), Organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning-continuous improvement*) dan Kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*) dinilai kuat yang perlu dijaga dan dipertahankan. Andreas Budihardjo(2012) menggambarkan bahwa "Pentingnya *Safety Culture* di rumah sakit sebagai upaya meminimalkan *Adverse Events*. *The role and essence of patient-safety culture in minimizing the total number of AEs. Hospitals and health centres are encouraged to manage their corporate culture change into the direction of applying the safety culture appropriately in order to provide a positive impact on the patient life and hospitals' image*".

d. Dimensi Budaya Keselamatan pasien yang tingkat kehandalan perlu ditingkatkan

Hasil Penelitian tentang tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien menggambarkan sebagai berikut :

- Keterbukaan komunikasi (*Communication openness*), menggambarkan bahwa Karyawan bebas berbicara jika melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada pelayanan pasien, merasa bebas untuk mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasannya, ada perasaan takut bertanya jika terjadi hal yang kelihatannya tidak benar,
- Umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*), menunjukkan bahwa Karyawan mendapat umpan balik mengenai perubahan yang dilaksanakan atas dasar hasil laporan insiden, kurang mendapat informasi mengenai insiden yang terjadi di unit ini dan apabila ada insiden didiskusikan cara untuk mencegah agar insiden tidak terulang kembali
- Respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), menggambarkan bahwa Karyawan sering merasa bahwa kesalahan yang mereka lakukan digunakan untuk menyalahkan mereka, Bila unit kami melaporkan suatu insiden, yang dibicarakan adalah pelakunya bukan masalahnya dan merasa khawatir kesalahan yang mereka buat akan dicatat di berkas pribadi mereka
- Staf yang adekuat (*Staffing*), Unit kami memiliki cukup staf untuk menangani beban kerja yang berlebih, menunjukkan bahwa Karyawan bekerja dengan waktu yang lebih lama dari normal untuk perawatan pasien yaitu rata-rata 40- 59 jam, banyak menggunakan tenaga melebihi normal/tambahan untuk kegiatan pelayanan pasien dan bekerja seolah-olah dalam keadaan “krisis”, berusaha bertindak berlebihan dan terlalu cepat
- Persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*), menunjukkan bahwa Unit tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien untuk menyelesaikan pekerjaan yang lebih banyak, prosedur dan system di unit kami sudah baik dalam mencegah terjadinya error. Hanya karena kebetulan saja bila insiden yang lebih serius tidak terjadi di unit dan responden menemukan banyak masalah keselamatan pasien
- Dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) dinilai sedang (80%) yang menggambarkan bahwa manajemen rumah sakit membuat suasana kerja yang mendukung keselamatan pasien, tindakan manajemen RS menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama dan kadang – kadang manajemen RS kelihatan tertarik pada Keselamatan Pasien hanya sesudah terjadi KTD (Kejadian yang Tidak Diharapkan)
- Kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*), menggambarkan bahwa terdapat kerjasama yang baik antar unit di RS yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan bersama. Unit-unit di RS bekerjasama dengan baik untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien. Koordinasi antar unit di RS dirasakan responden kurang baik dengan baik dan bekerja dengan staf dari unit lain di RS ini dirasakan kurang menyenangkan.
- Penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) . menggambarkan bahwa apabila terjadi pemindahan pasien dari unit satu ke unit lain, dinilai tidak

menimbulkan masalah terkait dengan informasi pasien. Sedangkan Informasi penting mengenai pelayanan pasien saat pergantian jaga (shift) terjaga. Masalah dinilai sering timbul dalam pertukaran informasi antar unit di RS. Pergantian *shift* tidak merupakan masalah bagi pasien-pasien di RS ini.

- Frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*), menunjukkan apabila terjadi kesalahan, tetapi sempat diketahui dan dikoreksi sebelum berdampak pada pasien, dinilai tidak sering hal ini dilaporkan. Apabila terjadi kesalahan, tetapi tidak berpotensi mencederai pasien, dinilai kadang - kadang hal ini dilaporkan. Dan apabila terjadi kesalahan, yang dapat mencederai pasien tetapi ternyata tidak terjadi cedera, jarang dilaporkan.

Gambaran dimensi budaya keselamatan pasien tersebut sejalan dengan penelitian kusumapradja (2015) bahwa dimensi Respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*) yang paling berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien. Demikian juga Kartika Yuni (2013) menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan transformasional direktur telah melibatkan staf dalam menerapkan budaya keselamatan pasien, terutama non blaming culture dan budaya belajar dari insiden, tetapi budaya pelaporan belum berjalan dengan baik. Tujuh langkah keselamatan pasien RS belum dilaksanakan seluruhnya.

Kartika Yuni (2013) menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan transformasional direktur telah melibatkan staf dalam menerapkan budaya keselamatan pasien, terutama non blaming culture dan budaya belajar dari insiden, tetapi budaya pelaporan belum berjalan dengan baik. Tujuh langkah keselamatan pasien RS belum dilaksanakan seluruhnya. Kusumapradja (2016) menemukan bahwa kerjasama tim di dalam unit merupakan dimesi yang paling berpengaruh dalam membangun budaya keselamatan pasien di RS.

Mengingat RS Pendidikan (PP No.93,2015) sebagai wahana untuk mendidik para calon dokter umum dan dokter spesialis, serta tenaga kesehatan lainnya oleh fakultas kedokteran/ fakultas Kesehatan lain baik negeri atau swasta, maka budaya keselamatan pasien menjadi faktor pendorong yang penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang aman di RS Pendidikan.

- Implementasi enam sasaran keselamatan pasien yang perlu ditingkatkan berdasarkan hasil penelitian menggambarkan bawa sasaran pertama yaitu mengidentifikasi pasien dengan benar dinilai kepatuhannya yang paling tinggi (95,31 %), sedangkan sasaran kedua Meningkatkan komunikasi yang efektif dinilai yang kurang baik (82,53 %) serta sasaran kelima yaitu mengurangi risiko infeksi akibat asuhan kesehatan dinilai yang paling rendah kepatuhannya (81,6%)
- Laporan Insiden

Laporan insiden yang dilaporkan responden selama 12 bulan terakhir sebesar 548 (44,08%) menyatakan tidak ada laporan. Insiden yang dilaporkan kelompok 1 sampai dengan 2 laporan sebesar 427 (34,35%) , sedangkan insiden yang dilaporkan pada kelompok di atas 3 -5 dan 21 atau lebih laporan sebesar 181 (14.71 %)

g. Model pengembangan Budaya Keselamatan pasien

Hasil uji model di atas menunjukkan bahwa *pertama*, konstruksi model konseptual baru dalam membangun budaya keselamatan pasien di rumah sakit yang meliputi : harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/manager expectations and actions promoting safety*), organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning—continuous improvement*), kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*), keterbukaan komunikasi (*Communication openness*), umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*), respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), staf yang adekuat (*Staffing*), persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*), dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*), penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) dan frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*). *Kedua*, kebijakan nilai budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan menjadi faktor pendorong positif bagi pertumbuhan dan perkembangan kualitas dan keamanan pasien di rumah sakit secara nasional.

5.1.8. Model Pengembangan Budaya Keselamatan Pasien di RS Pendidikan

Implikasi studi menghasilkan konstruksi model konseptual baru bahwa : **pertama**, untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan di rumah sakit pendidikan perlu meningkatkan kehandalan budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien. **Kedua**, untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien melalui peningkatan staffing dan penguatan *Organizational learning-ontinuous improvement*; **ketiga**, untuk meningkatkan implementasi enam sasaran keselamatan pasien perlu dilakukan melalui pelatihan komunikasi efektif antar pemberi asuhan; **keempat**, perlu dibuat kebijakan nilai budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan sebagai faktor pendorong positif peningkatan kualitas dan keamanan pasien di rumah sakit secara nasional untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan.

5.2. Luaran Yang Dicapai

5.2.1. Luaran yang dicapai

Proses penelitian ini difokuskan pada aspek pembentukan model budaya keselamatan pasien yang instrumen analisis budaya masih menggunakan model dari luar negeri (AHRAQ) yang meliputi aspek: harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam

mempromosikan keselamatan pasien, pembelajaran peningkatan berkelanjutan, kerjasama tim dalam unit, keterbukaan komunikasi, umpan balik terhadap *error*, respon tidak menyalahkan, staf yang adekuat, persepsi secara keseluruhan, dukungan manajemen rumah sakit, kerjasama tim antar unit, penyerahan dan pemindahan pasien dan frekuensi pelaporan kejadian. Sehingga hasil yang diharapkan adalah **terciptanya model konseptual baru** mengenai kebijakan budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan sesuai situasi dan kondisi rumah sakit di Indonesia

Hasil penelitian juga memberikan luaran penelitian, yaitu:

- a. Profil pengembangan budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan selama 2 (dua) tahun. Sehingga terbentuk Profil dan model **meningkatnya kehandalan budaya keselamatan pasien di rumah sakit** :
 - 1) Harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/manager expectations and actions promoting safety*),
 - 2) Organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning—continuous improvement*),
 - 3) Kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*),
 - 4) Keterbukaan komunikasi (*Communication openness*),
 - 5) Umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*),
 - 6) Respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*),
 - 7) Staf yang adekuat (*Staffing*),
 - 8) Persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*),
 - 9) Dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*)
 - 10) Kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*),
 - 11) Penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) dan
 - 12) frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*)
- b. Terbentuknya Model kebijakan budaya keselamatann pasien di rumah sakit pendidikan.
- c. Diseminasi hasil penelitian pada international conference on Hospital Administration (ICHA) III atau Seminar Nasional Asosiasi Rumah sakit Pendidikan Indonesia .
- d. Diseminasi Annual National Seminar on Patient Safety oleh Perhimpunan Rumah sakit seluruh Indonesia.
- e. Luaran tambahan berupa publikasi hasil penelitian dalam Jurnal Nasional Kesehatan Masyarakat UI terakreditasi dan bahan ajar serta HKI.

5.2.2. Capaian Tahunan 1

Tabel 5. 21 Capaian Tahunan

No	Kategori	Jenis Luaran			Indikator Capaian		Pelaksanaan
		Sub Kategori	Wajib	Tambahan	TS ¹⁾	TS+1	
1	Artikel ilmiah dimuat Di jurnal ²⁾	Internasional Nasional Terakreditasi	V		published	Published	3-5 Okt 2018
2	Artikel ilmiah dimuat di	Internasional		v	Terdaftar	sudah dilaksanakan	

	Proceeding ³⁾	Nasional					
3	Invited Speaker dalam temu Ilmiah ⁴⁾	Internasional					
		Nasional					
4	Visiting Lecturer ⁵⁾	Internasional					
5	Hak Kekayaan Intelektual (HKI) ⁶⁾	Paten					
		Paten Sederhana					
		Hak Cipta		v	Terdaftar	Granted	
		Merek dagang					
		Rahasia Dagang					
		Desain Produk Industri					
		Indikasi Geografis					
		Perlindungan Varietas Tanaman					
		Perlindungan Topografi Sirkuit Terpadu					
6	Teknologi Tepat Guna ⁷⁾						
7	Model/Purwarupa/Desain/Karya Seni/Rekayasa Sosial ⁸⁾		v	Produk	Produk		
8	Bahan ajar ⁹⁾		v	Draf	sudah terbit		
9	Tingkat Kesiapan Teknologi ¹⁰⁾		V	2	3	-	

BAB VI RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA

Berdasarkan hasil temuan model pengembangan budaya keselamatan pasien tahap 1 (2018) menggambarkan bahwa masih ada dimensi budaya keselamatan pasien yang tingkat kehandalannya masih kurang kuat, diantaranya : Keterbukaan komunikasi (*Communication openness*); Umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*); Respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), Staf yang adekuat (*Staffing*); Persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*); Dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*); Kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*); Penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*); Frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*); dan lebih menguatkan tingkat kehandalan dimensi Harapan dan tindakan supervisor/ manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/ manager expectations and actions promoting safety*; Organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning-continuous improvement*) Kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*),

Demikian juga hasil uji statistik bahwa Uji model menunjukkan bahwa (1) secara simultan budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien secara signifikan mempengaruhi kejadian tidak diharapkan. (2) budaya keselamatan pasien terbukti signifikan mempengaruhi implementasi enam sasaran keselamatan dengan nilai pvalue (Sig.) < 0,05 (5%). Secara parsial, budaya keselamatan pasien mempengaruhi implementasi enam sasaran keselamatan pasien. Sehingga gambaran tersebut mengindikasikan perlunya penguatan dimensi budaya keselamatan pasien yang dinilai masih kurang kuat. Hasil uji menunjukkan terdapat arah korelasi negatif, artinya semakin tinggi budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien, maka akan semakin rendah kejadian tidak diharapkan, begitupun sebaliknya semakin rendah Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan, maka akan semakin tinggi kejadian tidak diharapkan (KTD).

Maka pada tahun kedua perlu disusun pengembangan model budaya keselamatan pasien untuk meningkatkan tingkat kehandalan dimensi budaya keselamatan pasien melalui penyusunan modul pelatihan dengan memperhatikan dimensi budaya keselamatan yang masih lemah dan menguatkan dimensi budaya keselamatan yang dinilai sudah kuat :

- a. draft model pengembangan budaya keselamatan pasien diujicobakan di 7 (tujuh) RS Pendidikan yang meliputi wilayah Indonesia Barat, Tengah dan Timur

Hasil uji coba dilakukan pengembangan ulang model budaya keselamatan pasien di RS Pendidikan untuk konstruksi ulang model konseptual baru dalam membangun budaya keselamatan pasien yang meliputi : Harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/manager expectations and actions promoting safety*), Organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning—continuous improvement*), Kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*), Keterbukaan komunikasi (*Communication openness*), Umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*), Respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), Staf yang adekuat (*Staffing*), Persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*), Dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) Kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*), Penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) dan frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*)

- b. Tersusunnya model kebijakan budaya keselamatan pasien di RS Pendidikan
- d. Diseminasi hasil penelitian pada Seminar Nasional/ Internasional conference on hospital Administration (ICHA) IV atau seminar keselamatan pasien yang diselenggarakan oleh Perhimpunan Rumah sakit seluruh Indonesia (PERSI) dan Asosiasi Rumah sakit Pendidikan Indonesia (ARSPI), 7th Asia Pacific conference on Public Health.
- e. Luaran tambahan berupa Publikasi hasil penelitian dalam Jurnal Nasional Kesehatan Masyarakat Indonesia Universitas Indonesia terakreditasi dan bahan ajar tentang Model kebijakan budaya keselamatan pasien di RS bagi Prodi Magister Administrasi Rumah sakit, serta HKI.

BAB VII

SIMPULAN, SARAN DAN IMPLIKASI

7.1. Simpulan

Berdasarkan hasil pembahasan penelitian di atas dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Gambaran tingkat kehandalan Budaya Keselamatan pasien di tujuh rumah sakit pendidikan (RSUP P., RS KD, RSUD SS, RSUP WM, RSUD UB, RSUP MDP, RSUP Dr MHP), yang dinilai **tingkat kehandalannya kuat** adalah dimensi : Harapan dan tindakan supervisor/ manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/ manager expectations and actions promoting safety*); Organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning-continuous improvement*) Kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*). Sedangkan yang **dinilai masih kurang kuat** adalah : Keterbukaan komunikasi (*Communication openness*); Umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*); Respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), Staf yang adekuat (*Staffing*); Persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*); Dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*); Kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*); Penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*); Frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*);
2. Gambaran implementasi enam sasaran keselamatan pasien yang dinilai pelaksanaannya tinggi adalah identifikasi pasien dengan benar dan yang dinilai kurang baik adalah meningkatkan komunikasi efektif serta mengurangi risiko infeksi akibat asuhan kesehatan.
3. Gambaran laporan insiden keselamatan pasien yang dilaporkan selama 12 bulan terakhir yang paling banyak adalah kelompok tidak ada laporan selama 12 bulan terakhir sebesar 548 (44,08%) dan kelompok 1 sampai dengan 2 laporan sebesar 427 (34,35%).
3. Hasil Uji model menunjukkan bahwa terbukti secara simultan budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien secara signifikan mempengaruhi kejadian tidak diharapkan. Dan secara parsial, budaya keselamatan pasien mempengaruhi implementasi enam sasaran keselamatan pasien.
4. Hasil uji menunjukkan terdapat arah korelasi negatif, artinya semakin tinggi budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien, maka akan semakin rendah kejadian tidak diharapkan, begitupun sebaliknya semakin rendah Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan, maka akan semakin tinggi kejadian tidak diharapkan (KTD).
5. Besarnya pengaruh Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD sebesar 1% yang sisanya dijelaskan oleh faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini .

7.2. Saran dan Implikasi

7.2.1.Saran

Berdasarkan simpulan penelitian di atas, disampaikan saran sebagai berikut :

- a. Hasil uji model menggambarkan bahwa budaya keselamatan pasien berpengaruh terhadap implementasi enam sasaran keselamatan pasien, maka rumah sakit perlu meningkatkan kehandalan budaya keselamatan pasien.
- b. Guna meningkatkan kehandalan budaya keselamatan pasien maka perlu penguatan terhadap budaya keselamatan pasien yang dinilai masih kurang melalui pelatihan yaitu Keterbukaan komunikasi (*Communication openness*); Umpan balik terhadap error (*Feedback and communication about error*); Respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), Staf yang adekuat (*Staffing*); Persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*); Dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*); Kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*); Penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*); Frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*);
- c. Bagi peneliti lain, mengingat besarnya pengaruh budaya keselamatan pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD sebesar 1% yang sisanya dijelaskan oleh faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini, maka perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan mempertingkan variable lainnya.

7.2.2. Implikasi

Berdasarkan kesimpulan di atas disampaikan implikasi penelitian sebagai berikut :

- a. Konstruksi model konseptual baru untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan di rumah sakit pendidikan dengan meningkatkan kehandalan budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien;
- b. Upaya meningkatkan budaya keselamatan pasien melalui peningkatan staffing dan penguatan *Organizational learning-ontinuous improvement*; implementasi enam sasaran keselamatan pasien melalui pelatihan komunikasi efektif antar pemberi asuhan;
- c. Kebijakan nilai budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan sebagai faktor pendorong positif peningkatan kualitas dan keamanan pasien di rumah sakit secara nasional untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan

DAFTAR PUSTAKA

- AHRAQ, *Hospital Survey on Patient safety Culture : user comparative data based report*, AHRQ Publication No. 14-0019-EF March 2014
- Asphen, Philip, Cs, *Patient Safety Achieving a New Standard For care*. Institute of Medicine, 2004
- Azrul, azwar, *Menuju Pelayanan Kesehatan yang Lebih Bermutu*, Yayasan Penerbitan IDI, Jakarta, 1996, p.39.
- Budihardjo, Andreas, *Pentingnya Safety Culture di rumah sakit, upaya meminimalkan Adverse Events*, Jurnal, 2012
- Depkes, *Sistem Kesehatan Nasional* , 2004, p20
- Depkes- KKPRS, *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah sakit (Patient safety)*, (Jakarta, 2008, edisi 2), p 20.
- Dwi Setiowati, Allenidekania, *Kepemimpinan Efektif Head Nurse Meningkatkan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RS*, 2014
- Charney, William, *Modern Hospital Patient safety*, USA, Taylor and Francis Group, 2010
- Flin, R. (2007). *Measuring safety culture in health care: A case of accurate diagnosis. International Journal for Quality in Health Care*
- Flin, R. *Developing a Safety Culture in Health Care*. 2009
- Fadhilah Ika, Syahril A. Pasinringi, Noer Bahry Noor, *Description of patient safety culture at Hasanudin University Hospital*, jurnal , 2013
- James F Stoner, R Edward Freeman, and Daniel R Gilbert JB, *Manajemen*, Jilid I, Ed Bhs. Indonesia, (Jakarta: PT Prenhallindo, cv 2015), p.181.
- Jonathan S Rakich, Longest, Bkurt Darr, *Managing Health Service Organization* (Baltimore: Health Profession Press, 1995, 5th ed), p.12
- Kartika Yuni, *Analisis Pengaruh Gaya Kepemimpinan Direktur terhadap Budaya Keselamatan Pasien di RS*, Jurnal, 2013
- Krause, Thomas, Cs, *Taking the Lead in Patient Safety*, USA, John Willey and Sons Pubh, 2009
- Koentjaraningrat, *Kebudayaan dan Mentalitas Pembangunan*, (Jakarta: Gramedia, 1983), p.1.
- Mulyana Heri, Rokiah Kusumapradja, *Hubungan Persepsi pasien tentang implementasi Budaya Keselamatan pasien dengan Kepuasan pasien di RS Puri Mandiri*, 2013
- Matsubara, S., Hagihara, A., & Nobutomo, K. (2008). *Development of a patient climate scale in Japan. International Journal of Quality in Health Care*, Vol. 20, Number 3: 211-220.

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

Pembukaan Undang-Undang RI tahun 1945

Peraturan Pemerintah RI, N0.93, *Rumah sakit Pedidikan, (Jakarta, 2015,p11)*

Rachmawati, Emma, Model Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien di RS Muhammadiyah, Disertasi, 2011

Undang- Undang N0.44, rumah sakit, 2009

Undang- Undang RI No. 36, **Kesehatan**, Jakarta, 2009 , p 9

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

Winston Dictionary, 1956

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

Youngberg, Barbara, Hand Book of The priciples of Risk Management and patient safety, chicago, Beazley Institute for health law and policy, 2011

Youngberg, Barbara, Hand Book of Patient Safety, London, Barllet Pubh, 2004

LAMPIRAN- LAMPIRAN**Lampiran 1 Realisasi Anggaran Biaya**

Anggaran biaya yang diajukan untuk dua tahun adalah sebagai berikut

Lampiran 1. Realisasi Anggaran Biaya

Anggaran biaya yang diajukan untuk dua tahun adalah sebagai berikut

Tabel 4.1. REKAPITULASI ANGGARAN PENELITIAN

No	Jenis Pengeluaran	Biaya yang diusulkan (Rp x 1000)	
		Tahun 1	Rencana Tahun 2
1	Honorarium	14.500	21.000
2.	Peralatan Penunjang (instrumen dan Pengumpulan data)	45.218	148.818
2	Bahan Habis Pakai dan Peralatan	5.253,650	8.840
3	Perjalanan, tiket pesawat, akomodasi, lungsum, dll	51.126,701	142.360
4	Lain-Lain, seminar internasional,dll	22.784	43.050
	Jumlah	138.882,351	384.068
5	Luaran tambahan: jurnal, HKI, buku ajar	11.000	11.000
	Jumlah Keseluruhan	149.882,351	395.068

Lampiran 2. Jadwal Peneltian

Jadwal Penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2. Jadwal Penelitian

No	KEGIATAN	BULAN				
		1-2	3-4	5-6	7-8	9-10
1.	Penyusunan Proposal	**				
2.	Seminar Proposal		****			
3.	Revisi Proposal		****			
4.	Survei data primer dan Sekunder			****	****	
5.	Rekapitulasi Data				**	
6.	Analisis Data				*	*
7.	Penyusunan Laporan				*	*
8.	Seminar Akhir					**
9.	Penggandaan					**
10.	Publikasi Ilmiah					**
11	Laporan Akhir					*

LAMPIRAN I : REALISASI ANGGARAN PENELITIAN TAHUN 2018

Tahun pertama merupakan tahapan terpenting untuk mengidentifikasi tingkatan budaya keselamatan pasien di rumah sakit yang memungkinkan terciptanya model dan metode analisis pertimbangan dalam kondisi dan budaya kerja yang aman (safety). Untuk itu diperlukan biaya untuk pengadaan bahan untuk pembuatan kuesioner dan pengumpulan data model budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan seluruh Indonesia. Tahun kedua merupakan tahapan terpenting untuk implementasi dan terciptanya kebijakan model budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan.

SURAT PERNYATAAN TANGGUNG JAWAB BELANJA

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr ROKIAH S.KM, MHA

Alamat : Jl. Balap Sepeda IV No.103 Rawamangun Jakarta Timur 13220

berdasarkan Surat Keputusan Nomor 020/KM/PNT/2018 dan Perjanjian / Kontrak Nomor 024/SP-P/LPPM/III/2018 mendapatkan Anggaran Penelitian Model Pengembangan Budaya Keselamatan di Rumah Sakit Pendidikan sebesar 138,902,000 .

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Biaya kegiatan penelitian di bawah ini meliputi :

No	Uraian	Jumlah
01	Honorarium Enumerator , Asisten peneliti lapangan, Kebersihan aula	14,500,000
02	Peralatan Penunjang FGD 6 kali dan survey, Material	45,218,000
03	Bahan Habis Pakai ATK, Pengiriman dokumen	5,253,650
04	Perjalanan Tiket, Perjalanan dinas luar kota, sewa mobil, transport lokal	51,126,701
05	Lain-lain Konsumsi, Seminar Internasional, Rapat Koordinasi	22,784,000
	Jumlah	138,882,351

2. Jumlah uang tersebut pada angka 1, benar-benar dikeluarkan untuk pelaksanaan kegiatan penelitian dimaksud.

3. Bersedia menyimpan dengan baik seluruh bukti pengeluaran belanja yang telah dilaksanakan.

4. Bersedia untuk dilakukan pemeriksaan terhadap bukti-bukti pengeluaran oleh aparat pengawas fungsional Pemerintah

5. Apabila di kemudian hari, pernyataan yang saya buat ini mengakibatkan kerugian Negara maka saya bersedia dituntut penggantian kerugian negara dimaksud sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya.



Kota Jakarta Barat, 24 - 9 - 2018
Ketua,

Dr ROKIAH, S.KM, MHA)
NIP/NIK 291110014

1. Honor Tim Peneliti					
Honor	Uraian kegiatan			Honor per Tahun (Rp)	
				Th I	Th II
Enumerator	7 RS x 200 responden x Rp.8.000,0			11.200.000	15.000.000
Asisten peneliti lapangan	<ul style="list-style-type: none"> • RSUP P. 2org x Rp.200.000=Rp.400.000 • RS KD. 2 org x Rp.200.000=Rp.400.000 • RSUD UB 2 org x Rp.200.000= Rp.400.000 • RSUP M DP 4 org x Rp200.000=Rp.800.000 • RSUD SS 3 org x Rp.200.000 = Rp.600.000 • RSUP MHP 2 org x Rp200.000=Rp.400.000 			3.000.000	5.000.000
Kebersihan aula	<ul style="list-style-type: none"> • RSUP MHP 2 org x Rp.100.000=Rp.200.000 • RSUD SS 1 orang x Rp100.000=Rp100.000 			300.000	1000.000
1. TOTAL (Rp.)				14.500.000	21.000.000
2. Peralatan Penunjang					
Material	Justifikasi Pemakaian	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Harga Peralatan Penunjang (Rp)	
				Th I	Th II
FGD 1 dan survei RSUP P.					
1.FGD	Makan siang	20 orang	30.000	600.000	2.000.000
2.MOU Penelitian	Dokumen KS	1	5.000.000	5.000.000	5.000.000
3. Survei	Snack	200 orang	10.000	2.000.000	5.000.000
1.Pelatihan penguatan Budaya Keselamatan pasien					10.000.000
SUB TOTAL (Rp.)				7.600.000	22.000.000
FGD 2 dan survei RS KD					
1.Konsumsi FGD	Makan Siang	30 orang	30.000	900.000	2.000.000
2.MOU Penelitian	Dokumen KS	1	2.000.000	2.000.000	2.000.000
3. Konsumsi responen	Snack	200 orang	10.000	2.000.000	5.000.000
2.Pelatihan penguatan Budaya Keselamatan pasien					10.000.000
SUB TOTAL (Rp.)				4.900.000	19.000.000
FGD 3 dan survei RSUP WM					
1.Konsumsi FGD	Makan Siang	30 orang	30.000	900.000	2.000.000
2.MOU Penelitian	Dokumen KS	1	405.000	405.000	405.000
3. Konsumsi responen	Snack	200 orang	10.000	2.000.000	5.000.000
3.Pelatihan penguatan Budaya Keselamatan pasien					10.000.000
SUB TOTAL (Rp.)				3.305.000	17.405.000
FGD 4 dan survei RSUP MHP					
1.Konsumsi FGD	Makan Siang	30 orang	30.000	900.000	2.000.000
2. MOU Penelitian	Dokumen KS	2	4.500.000	4.500.000	4.500.000
3. Konsumsi responen	Snack	200 orang	10.000	2.000.000	5.000.000
4.Pelatihan penguatan Budaya Keselamatan pasien					10.000.000
SUB TOTAL (Rp.)				7.400.000	21.500.000
FGD 5 dan survei RSUD UB					

1. Konsumsi FGD	-		-	-	2.000.000
2. MOU Penelitian	Dokumen KS	1	2.000.000	2.000.000	2.000.000
3. Konsumsi responen	Snack	200 orang	10.000	2.000.000	5.000.000
5. Pelatihan penguatan Budaya Keselamatan pasien					10.000.000
SUB TOTAL (Rp.)			4.000.000	19.000.000	
FGD 6 dan survei RSUP MDP					
1. Konsumsi FGD	Makan Siang	30 orang	30.000	900.000	2.000.000
2. MOU Penelitian	Dokumen KS	2	750.000	750.000	750.000
3. Konsumsi responen	Snack	200 orang	10.000	2.000.000	5.000.000
4. Pelatihan penguatan Budaya Keselamatan pasien					10.000.000
SUB TOTAL (Rp.)			3.650.000	17.750.000	
FGD 3 dan survei RSUD SS					
1. Konsumsi FGD	Makan Siang	30 orang	30.000	900.000	5.000.000
2. MOU Penelitian	Dokumen KS	1 set	2.000.000	2.000.000	2.000.000
3. Konsumsi responen	snack	200 orang	10.000	2.000.000	5.000.000
4. Pelatihan penguatan Budaya Keselamatan pasien					10.000.000
SUB TOTAL (Rp.)			4.900.000	19.000.000	
Material					
1. Penyusunan Kuesioner/ modul pelatihan	Instrumen	Paket	1.500.000	1.500.000	15.000.000
2. Literatur	buku	5 bh	300.000	1.500.000	2.500.000
3. Suvenir buku agenda	Cendera mata	27 buah	200.000	2.513.000	2.513.000
4. Suvenir utk responden	Pulpen	1400 buah	2.250	3.150.000	3.150.000
SUB TOTAL (Rp.)			8.663.000	23.163.000	
2. TOTAL (Rp.)			45.218.000	148.818.000,-	
3. Bahan Habis Pakai					
Material	Justifikasi Pemakaian	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Harga per Tahun (Rp)	
				Th 1	Th II
Bahan Habis Pakai					
1. Kertas A4	Cetak Laporan	4 rim	50.000	200.000	300.000
2. USB 32G	Penyimpanan data	4 buah	240.000	920.000	1.000.000
3. Tinta Printer (B/W dan Colour)	Cetak Laporan	2 set	800.000	1.600.000	1.600.000
4. Map	Map	30 bh	5000	150.000	500.000
5. Materai	Legalitas Kerjasama	20 bh	7000	140.000	140.000
6. Pengiriman dokumen izin RS	Surat melalui TIKI	8 RS	ls	173.500	300.000
7. Fotocopy instrumen	Survei	11.190	185	2.070.150	5000.000
3. TOTAL (Rp)			5.253.650	8.840.000	
3. Perjalanan					
Material	Justifikasi Perjalanan	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Harga per Tahun (Rp)	Harga per tahun (Rp)
				Th 1	Th 2
Pengumpulan Data/ survei					
1. Perjalanan dinas dalam kota ke 2 (dua) RS di Jakarta	Survey	2 RS x 4 orang x 2 hari	380.000	6.080.000	8.000.000

2. sewa mobil di Jakarta	Perjalanan dalam kota	2 RS x 2 hr	500.000	2.000.000	2.250.000
3. Tiket pesawat ke Makasar	Tiket	3 Org pp	• 899.524	2.698.572	4.000.000
			• 851.000	2.189.803	4.000.000
4. Akomodasi hotel	Hotel	1 malam	784.003	784.003	1.500.000
5. Transpot lokal	Ke bandara	3 orang	400.000	1.200.000	1.600.000
6. Perjalanan dinas luar kota	Lungsum	3 orang x 3 hari	430.000	3.870.000	4.500.000
7. Sewa mobil di makasar	Transport di makasar	1 hari	600.000	600.000	1.200.000
8. Perjalanan ke RS SS	Tiket	2 org pp	3.125.000	6.000.000	6.000.000
9. Akomodasi Surabaya 2 org, 2 hr	Sewa hotel	1 kamar x 2 hr	325.600 + pajak	700.400	3.000.000
10. Transport lokal	Ke bandara pp	2 orang x 1s	426.000	426.000	800.000
11. Sewa mobil	Perjalanan dalam kota	2 hari	600.000	1.200.000	1.500.000
12. Perjalanan dinas luar kota di Surabaya	Lungsum	2 orang x 3 hari	410.000	2.460.000	3.500.000
13. Perjalanan ke RSUD UB	Tiket	2 org pp	2.097.117	2.097.117	4.000.000
14. Akomodasi 2 org, 2 hr	Sewa hotel	2 org x 1 hr	620.000	620.000	3.000.000
15. Transport lokal	Ke bandara pp	2 orang x 1s	400.000	800.000	800.000
16. Sewa mobil	Perjalanan dalam kota	2 hari	600.000	1.200.000	1.800.000
17. Perjalanan dinas luar kota ke Banjarmasin	Lungsum	2 orang x 3 hari	380.000	2.280.000	4.560.000
18. Perjalanan ke RSUD MDP	Tiket	2 org pp	4.875.000	4.875.000	6.000.000
19. Transport lokal	Ke bandara pp	2 orang	400.000	800.000	2.250.000
20. Akomodasi	Hotel	1 kamar x 1 hr	425.000	425.000	6.000.000
21. Perjalanan dinas luar kota ke Padang	Lungsum	2 org x 3 hari	420.000	2.520.000	5.000.000
22. Sewa mobil	Perjalanan dalam kota	2 hari	500.000	1.000.000	2.000.000
23. Perjalanan ke RSUP MHP	Tiket	2 org pp	2.149.806	2.149.806	4.500.000
24. Akomodasi	Hotel	1 kamar x 2 hr	402.000	804.000	2.000.000
25. Transport lokal	Ke bandara pp	2 orang	347.000	347.000	1600.000
26. Sewa mobil di Palembang	Dalam kota	2 hari	500.000	1.000.000	6.000.000
SUB TOTAL (Rp)				51.126.701	142.360.000
Desiminasi hasil Penelitian Perjalanan Jakarta – Malang seminar International of Hospital Administration 3 - 5 Oktober 2018					
Perjalann Jkt – Malang	Tiket ICHA	4 orang x pp	5.421.704	5.421.704	8.000.000
Akomodasi di Malang	hotel	2 kamar x 2 hr	1.860.000	1.860.000	4.000.000
Perjalanan dalam kota Malang	Sewa mobil 2 hari	2 hari	500.000	1.000.000	3.000.000
Tranposrt dinas luar kota	Lungsum	4 org x 3hari	380.000	4.560.000	6.000.000
Transport lokal	Ke bandara pp	4 orang	400.000	1.600.000	1.600.000
Desiminasi Hasil penelitian Perjalanan ke JCC seminar nasional tahunan patient Safety 17- 20 Oktober 2018					
Transport lokal	Ke JCC pp	2 orang	400.000	800.000	1.600.000
Transport dinas dalam kota	Lungsum	2 orang x 3 hari	380.000	2.280.000	4.560.000

SUB TOTAL (Rp)				17.801.704	26.160.000
TOTAL (Rp.)				17.801.704	26.160.000
4. Lain-lain					
Kegiatan	Justifikasi	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Harga per Tahun (Rp)	
				Th I	Th II
Studi Literatur	Kepustakaan	5 buku	300.000	1.500.000	5.250.000
Biaya Seminar 4 orang ICHA	Registrasi	1 Makalah	2.500.000	10.000.000	15.000.000
Registrasi seminar nasional Patient Safety	Registrasi	2 makalah	3.250.000	6.500.000	9.750.000
Cetak laporan kemajuan	dokumen	3 bh	100.000	300.000	500.000
Cetak alporan akhir	dokumen	5 bh	100.000	500.000	750.000
Rapat koordinasi tim persiapan penelitian	konsumsi	4 kali x 5 orang	30.000	600.000	1.000.000
Rapat koordinasi penyusunan laporan akhir	konsumsi	5 kali x 8 orang	30.000	1.200.000	1.500.000
Konsumsi tim di makasar	konsumsi	2 hari	ls	674.000	1.000.000
Konsumsi tim di RSUPP	konsumsi	2 hari x 3 org	30.000	180.000	800.000
Konsumsi tim di RS KD	konsumsi	2 hari x 3 org	30.000	180.000	800.000
Konsumsi tim di RSUD UB	konsumsi	2 hari x 2 org	ls	208.000	800.000
Konsumsi tim di RSUP MDP	konsumsi	2 hari x 2 org	ls	275.000	800.000
Konsumsi tim di RSUD SS	konsumsi	2 hari x 2 org	ls	308.000	700.000
Konsumsi tim di RSUP MHP	konsumsi	2 hari x 2 org	ls	359.000	700.000
TOTAL (Rp)				22.784.000	43.050.000
TOTAL ANGGARAN YANG DIPAKAI SETIAP TAHUN (Rp)				Th I	Th II
				138.882,351	384.068
Dana Tambahan					
Publikasi internasional	Jurnal Ilmiah	1 artikel	10.000.000	10.000.000	10.000.000
Hak Cipta	HAKI	1 hak	400.000	400.000	400.000

Lampiran 2 Dukungan sarana dan prasarana penelitian

Penelitian akan dilaksanakan di Rumah sakit Pendidikan yang membutuhkan sarana komputasi untuk analisis data statistik berbasis SPSS. Sarana komputasi akan dilaksanakan di Laboratorium Komputasi dan Informasi Universitas Esa Unggul (UEU).

1. Dukungan aktif yang sudah dalam tahap persetujuan: tidak ada.
2. Proposal yang sedang direncanakan atau dalam taraf persiapan: tidak ada.

SARANA

1. Laboratorium

- Laboratorium Komputasi dan Informasi FEB Universitas Esa Unggul.

2. Peralatan Utama

No.	Macam Alat	Lokasi	Kegunaan
1.	Komputer PC	UEU	Komputasi

3.3. Keterangan Tambahan : Tidak ada.

Lampiran 3 Susunan Organisasi Tim Peneliti Dan Pembagian Tugas

NO	NAMA / NIDN	INSTANSI ASAL	BIDANG ILMU	ALOKASI WAKTU (JAM/MINGGU)	URAIAN TUGAS
1.	DR ROKIAH KUSUMAPRADJA,SKM, MHA/ 309025201	UNIV. ESA UNGGUL	ADMINISTRASI RS	10 JAM	Rancangan Konseptual dan Analisis
2.	DR.KEMALA RITA, SKP, MARS	UNIV. ESA UNGGUL	ADMINISTRASI RS	8 JAM	Analisis Data dan Interpretasi
3.	SULIS MARYANTI, DRA, PSI, M.SI	UNIV. ESA UNGGUL	PSIKOLOOG	8 JAM	Analisis Data dan Interpretasi
4.	NANDA AULA RUMANA, SKM, MKM	UNIV. ESA UNGGUL	MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN	6 JAM	Analisis Data dan Interpretasi

Lampiran 4 Biodata Ketua dan Anggota Tim Peneliti

I. KETUA PENELITI

A. Identitas Diri

1.1.	Nama Lengkap (dengan gelar)	Dr Rokiah Kusumapradja, SKM MHA (P)
1.2.	Jabatan Fungsional	Lektor Kepala
1.3.	NIP/NIK/No. Identitas lainnya	NIP : 0291110014 NIDK : 8817540017
1.4.	Tempat dan Tanggal Lahir	Sumedang, 09- 02- 1952
1.5.	Alamat Rumah	Jl. Balap Sepeda IV /103 Rawamangun Jakarta Timur- KP 13220
1.6.	Nomor Telepon/Fax	021- 489 8411/ 021- 489 8411
1.7.	Nomor HP	0813 196 45 666
1.8.	Alamat Kantor	Universitas INDONUSA Esa Unggul Jl. Terusan Arjuna No. 9 Tol Tol Tomang Kebon Jeruk - Jakarta Barat
1.9.	Nomor Telepon/Fax	021- 5683446 / 0215674248
1.10.	Alamat e-mail	rokiah.kusumapradja@esaunggul.ac.id rorojkt4@ yahoo.com
1.11.	Mata Kuliah yg diampu	1. Organisasi dan Manajemen Rumah sakit 2. Analisis Kebijakan Kesehatan 3. Metodologi Riset 4. Manajemen Pelayanan Unit Rumah sakit 5. Manajemen risiko dan keselamatan pasien

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

2.1. Program:	S1	S2	S3
2.2. Nama PT	FKM-UI	School of Public Health- University of the Philliphine, Manila	Universitas Negeri Jakarta
2.3. Bidang Ilmu	Biostatistik dan Kependudukan	Master of Hospital Administration	Manajemen Pendidikan
2.4. Tahun Masuk	1982/1983	1989/1990	2000/2001
2.5. Tahun Lulus	1985/1986	1991/1992	Maret 2003
Judul Skripsi/ Tesis/ Disertasi	Tinjauan Pelaksanaan Program KBRS di RS Persahabatan Jakarta	The influencing factor's to Turn Over nurse's at the Philliphine General Hospital Manila	Pengembangan dan Penerapan Budaya Organisasi dalam rangka peningkatan motivasi besprestasi dan kualitas Manajemen SDM(kajian di RSUP Persahabatan Jakarta, 2003)
2.7. Nama Pembimbing/ Promotor	Prof dr Dus Sampurna, MPH	Prof. DR.dr C. Caragay, MSc	1. Prof. Conny Semiawan, MSc 2. Prof. Lysna Lubis

C. PENGALAMAN PENELITIAN DALAM 5 TAHUN TERAKHIR (bukan skripsi, tesis, maupun disertasi)

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan
			Sumber
1.	2006	Kajian Kebijakan Rujukan Kesehatan (Ketua tim konsultan peneliti)	DIP Pusat Kabangkes Depkes RI 2006
2.	2006	Survei Budaya Keselamatan pasien RS Persahabatan (Ketua Tim)	Dana Op. RSUP Persahabatan
3.	2007	Kajian Kebijakan Jabatan fungsional Bidang Kesehatan (Ketua Tim Konsultan Peneliti)	DIP Pusat Kabangkes Depkes RI 2007
4.	2007	studi kebijakan kesehatan dan penyelenggaraan program kesehatan di Kabupaten Tangerang sesuai Rencana Induk Pembangunan Kesehatan Kabupaten Tangerang th 2002-2012 (Ketua Tim Konsultan Peneliti)	DIP Kabupaten Tangerang 2007
5.	2008	Kajian Kebijakan Penanggulangan Masalah	DIP Pusat

		Tembakau (Ketua Tim Konsultan Peneliti)	Kabangkes Depkes RI
6.	2009	Kajian budaya kerja Universitas Indonusa Esa Unggul (anggota Tim Peneliti)	Hibah PHKI A Dikti
7.	2010	Penyusunan Kurikulum dan Silabus , Satuan Acara Pembelajaran dan Pedoman Evaluasi Diklat Teknis Transportasi bagi Pejabat/Pegawai Dinas Perhubungan.	DIP Badan PP SDM Kemenhub
8.	2011	Penyusunan Standar kompetensi Tenaga (moda angkutan jalan)Ditjen Perhubungan Darat, Kementrian Perhubungan RI (konsultan Peneliti)	DIP Badan PP SDM Kemenhub
9.	2012	Assesment Sistem Informasi Kesehatan di 240 Kabupaten /kota daerah perbatasan, tertinggal (Ketua Tim Konsultan Peneliti)	Pusat Data dan Informasi Kesehatan Kemenkes RI (Global Fund)
10.	2013	Penyusunan Kurikulum & Modul Pelatihan NGOs Dalam Pengendalian TB (konsultan Peneliti)	Ditjen P2PL Subdit TB Kemenkes dan Global Fund
11	2014	Pengembangan Model Pemberdayaan masyarakat campus dalam pencegahan penyalahgunaan Narkoba di Universitas Esa Unggul (tahap I)	Dirjen Dikti Kemendikbud
12	2015	Pengembangan Model Pemberdayaan masyarakat campus dalam pencegahan penyalahgunaan Narkoba di Universitas Esa Unggul (tahap II)	Dirjen Dikti Kemendikbud
13	2016	Analisis Budaya Keselamatan pasien di rumah sakit wilayah DKI Jakarta	LPPM UEU

D. PENGALAMAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT DALAM 5 TAHUN TERAKHIR

No.	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan
			Sumber
1	2013	Anggota Steering Committe Seminar Nasional XII PERSI dan Seminar Nasional Tahunan VII Patient Safety 2013 dan Hospital Expo XXVI	PERSI
2	2012	Anggota Steering Committe Seminar Nasional XI PERSI dan Seminar Nasional Tahunan VI Patient Safety 2012 dan Hospital Expo XXV	PERSI
3.	2011	Anggota Steering Committe Konggres Nasional PERSI, Seminar Nasional X PERSI dan Seminar Nasional Tahunan V Patient Safety 2011 dan Hospital Expo XXIV	PERSI
3.	2010	Anggota Steering Committe seminar Nasional IX PERSI dan annual meeting IV on Patient Safety	PERSI

		PERSI 2010 dan Hospital Expo XXIII	
4.	2009	Sekretaris Seminar Nasional VIII PERSI dan annual meeting III on Patient Safety PERSI dan Hospital Expo XXII	PERSI
5	2008	Wkl ketua Panitia Seminar international Nursing I dan Nursing Expo I (April 2008)	PERSI
6.	2008	Ketua Panitia Seminar nasional Konsep dan Penerapan DRG- Case Mix di RS	U-IEU
7.	2007	Ketua Panitia Seminar Nasional Sistem Informasi Keselamatan Pasien (Patient safety) di rumah sakit	U-IEU
8.	2007	Sekretaris Panitia Seminar Nasional Patient safety di RS dan Hospital Expo 2007	PERSI
9.	2006	Ketua Panitia seminar dan workshop nasional Peningkatan kompetensi Perawat professional dan sistem remunerasi di RS (di Bali)	Asosiasi RS Pendidikan Ind(ARSPI)
10	2013	Pemberdayaan Masyarakat Kecamatan Teluk Naga dalam Menurunkan angka Kesakitan Demam Berdarah	Puskesmas Teluk Naga Cengkareng
11	2016	Pemberdayaan Masyarakat SMK - SMK wilayah Jakarta Timur dalam Pencegahan Penyalahgunaan NARKOBA	Kotamadya Jakarta Timur

E. PUBLIKASI ARTIKEL ILMIAH DALAM JURNAL DALAM 5 TAHUN TERAKHIR

No.	Tahun	Judul Artikel Ilmiah	Volume/ Nomor	Nama Jurnal
1.	2007	Pengembangan Pendidikan Rekam medis dan Informasi Kesehatan di Indonesia	3	Jendela rumah sakit
2.	2013	Analisis Hubungan antara Kualitas Pelayanan, Karakteristik Pasien dan Hambatan pindah dengan Loyalitas Pasien rawat Jalan RSUD Cibinong	Vol 10.No.1 Januari 2013	Forum Ilmiah
3.	2013	Pengaruh Faktor Individu dan Lingkungan Sosial Budaya terhadap Perilaku Pencegahan Penyalahgunaan Narkoba pada Mahasiswa	Volume 1 No. 2	<i>Indonesian of Health Information Management (INOHIM)</i>
4.	2014	Model Pemberdayaan masyarakat kampus dalam pencegahan penyalahgunaan NARKOBA	Vol 14.No.1 Januari 2014	Forum Ilmiah
5.	2016	Analisis budaya keselamatan pasien di rumah sakit wilayah DKI jakarta	Volume 4 No.4 2017	<i>Indonesian of Health Information Management (INOHIM)</i>
6.	2016	Pemberdayaan masyarakat kampus	Vol 16.No.1	Forum Ilmiah

	dalam pencegahan penyalahgunaan NARKOBA di SMK Rawamangun	Maret 2017	
--	---	------------	--

F. PEMAKALAH SEMINAR ILMIAH (ORAL PRESENTATION) DALAM 5 TAHUN TERAKHIR

No.	Tahun	Judul Artikel Ilmiah	Volume/ Nomor	Nama Jurnal
1	2014	The Effect of Individual Factors and Socio-culture Environment on the Behavior of Drug Abuse Prevention in Students		<i>Proceeding 5 th Asia-Facific Conference on Pbulic Health</i> di Korea , April 11-2014
2.	2015	Model Community emporwerment for preventing drug Abuse in Esa Unggul University		<i>Proceeding Internatinal Conference ICESTE , Jakarta 12 Oktober 2015</i>
3.	2016	Analisis budaya keselamatan pasien di RS wilayah DKI jakarta		<i>Proceeding annual seminar on patient safety PERSI okt 2016</i>

G. KARYA BUKU DALAM 5 TAHUN TERAKHIR

No.	Tahun	Judul Buku	Jumlah Halaman	Penerbit
1	2006	Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien rumah sakit (anggota tim dan editor)	65	Depkes dan PERSI, Komisi Akreditasi RS
2	2006	Buku panduan pelaporan (anggota Tim dan editor)	45	Depkes dan PERSI, Komisi Akreditasi RS
3	2006	Revisi buku standar pelayanan RS (anggota Tim dan editor)	48	Depkes dan PERSI
4.	2008	Revisi Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien rumah sakit (anggota tim dan editor)	67	Depkes, PERSI, Komisi Akreditasi RS
5.	2009	<i>Policy paper</i> kajian Kebijakan masalah rokok terkait dengan kesehatan(Ketua Tim)	24	Puskabangkes Depkes RI
6.	2009	Pedoman Pendidikan dokter spesialis/ dokter gigi spesialis dalam rangka	85	BPPSDM Depkes RI

		peningkatan percepatan akses pelayanan spesialistik .(anggota tim dan editor) Universitas Esa Unggul		
7.	2012	Standar Akreditasi Rumah sakit versi Joint Commition International for Hospital Acreditation.(anggota tim dan editor)	125	Kemenkes RI dan Komisi Akreditasi RS
8	2013	Buku Pedoman Akademik Universitas Esa Unggul (Ketua Tim)	175	Universitas Esa Unggul
9	2016	Buku Rencana Induk Penelitian Universitas Esa Unggul (anggota)	78	Universitas Esa Unggul
10.	2016	Buku Rencana Induk Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Esa Unggul (anggota)	80	Universitas Esa Unggul

H. PEROLEHAN HKI DALAM 10 TAHUN TERAKHIR

No.	Tahun	Judul/Tema HKI	Jenis	Nomor Pendaftaran/ Sertifikat

I. PENGALAMAN RUMUSAN KEBIJAKAN PUBLIK/REKAYASA SOSIAL LAINNYA DALAM 10 TAHUN TERAKHIR

No.	Tahun	Judul/Tema/Jenis Rekayasa Sosial Lainnya yang telah diterapkan	Tempat Penerapan	Respon Masyarakat
1.	2008	Kertas Kebijakan (Policy Paper) Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Rokok (acuan RUU Tembakau)	Indonesia (Depkes RI)	Sangat positif
2.	2008	Tim penyusun RUU Perumhasakitan (UU No.44 tentang Rumah sakit th 2009)	Depkes RI- PERSI	Sangat positif
3.	2007	Tim Penyusun Revisi Instrumen Akreditasi Rumah sakit dan Sarana Kesehatan Lain	Depkes RI, Komisi Akreditasi RS, PERSI	Sangat positif
4.	2007	Tim Penyusun Instrumen Akreditasi Rumah sakit Pendidikan	Depkes RI, Asosiasi RS Pendidikan	Sangat positif
5.	2011-2012	Standar Akreditasi Rumah sakit versi Joint Commition International for Hospital Acreditation.(di implementasikan th 2012 akhir)	Kemenkes RI dan KARS	Sangat positif
6.	2011	Ketua Tim Penyusun Pedoman Akademik Universitas Esa Unggul	Universitas Esa Unggul	Sangat positif

J. PENGHARGAAN DALAM 10 TAHUN TERAKHIR (Dari pemerintah, Profesi, atau asosiasi lainnya)

No.	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun
1.	Kesetiaan pengabdian kepada Negara 20 th dan 30 th	Presiden Republik Indonesia	1997 dan 2007
2.	Penghargaan Pengembangan Organisasi Perumah sakitan di Indonesia	Perhimpunan Rumah sakit seluruh Indonesia	2012
3.	Penghargaan Karya Bhakti sebagai pendiri organisasi PPNI	Perhimpunan Perawat Nasional Indonesia	2016

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidak-sesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima risikonya.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Hibah Penelitian Dasar Unggulan PT Tahun 2017

Jakarta, 15 Mei 2017



Ketua ,
Dr Rokiah Kusumapradja,SKM, MHA

1. Anggota Peneliti 1**A. Identitas Diri**

1.1.	Nama Lengkap (dengan gelar)	Dr Kemala Rita Wahidi, SKp., Sp.Kep.Onk., ETN., MARS
1.2.	Jabatan Fungsional	
1.3.	NIP/NIK/No. Identitas lainnya	NIDN : 0304105802
1.4.	Tempat dan Tanggal Lahir	Payakumbuh , 04-10-1958
1.5.	Alamat Rumah	Jalan Ivania IV no 3 Komplek Pertamina Pondok Ranji – Ciputat Tangerang Selatan, Provinsi Banten
1.6.	Nomor Telepon/Fax	021- 7408552
1.7.	Nomor HP	0815 998 6984
1.8.	Alamat Kantor	Universitas Esa Unggul Jl. Terusan Arjuna No. 9 Tol Tol Tomang Kebon Jeruk - Jakarta Barat
1.9.	Nomor Telepon/Fax	021- 5683446 / 0215674248
1.10.	Alamat e-mail	kemalarita@gmail.com

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

2.1. Program:	S1	S2	S3
2.2. Nama PT	PSIK-UI	FKM UI	Universitas Gajah Mada
2.3. Bidang Ilmu	Ilmu Keperawatan	Manajemen Administrasi RS	Ilmu kedokteran & Kesehatan
2.4. Tahun Masuk	1989	1996	2009
2.5. Tahun Lulus	1991	1998	April 2015
Judul Skripsi/ Tesis/ Disertasi	Peningkatan Penerapan Proses Keperawatan di Ruang Anak RS. Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta	Pendokumentasian Keperawatan Komputerasasi	Evektivitas Perawatan Luka Kanker Payudara Menggunakan Formula Topikal Inovatif dan Terapi Standar Terhadap Respon Biopikososiospiritual di Rumah Sakit Kanker Dharmais
2.7. Nama Pembimbing/ Promotor	Tien Gartinah MN	1.Dr. Dr.Sabarinah Prasetyo 2.Setyowaty, SKp., MappSc	3. Prof. Dr.dr Teguh. Aryandono, Sp.B.Onk (K) 4. Prof. Dr Iwan Dwiprihasto, M.Med.Sc., Ph.D 5. Prof. Dra Elly Nurrachmah,

			DN.,Sc
--	--	--	--------

C. PENGALAMAN PENELITIAN DALAM 5 TAHUN TERAKHIR (bukan skripsi, tesis, maupun disertasi)

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Rp)
1.	2008	Efektifitas perawatan luka kanker menggunakan formula terapi inovatif di Rumah Sakit Kanker Dharmais	Dana Operasional RSKD	15.000.000
2.	2012	Model perawatan psikososial Luka kanker	Dana Operasional RSKD	110.000.000,
3.	2013	Survey Penerapan Perilaku Caring Perawat di 9 RS di Indonesia	Direktorat Keperawatan Kemenkes RI	40.000.000
4.	2016	Efektifitas Terapi musik pada pasien kanker servik yang menjalani Brakhiterapi	Dana Operasional RSKD	16.800.000

D. PENGALAMAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT DALAM 5 TAHUN TERAKHIR

No.	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta Rp)
1	2002-2015	Ketua Taman Penitipan Anak RS Kanker Dharmais	RSKD	40.000.000
2	2007	Ketua Tim Penggerak Cuci Tangan bagi staf dan pengunjung RS Knaker Dharmais dalam rangka Hari Kesehatan sedunia	RSKD	1.700.000
3.	2017	Anggota Tim Penggreack Cuci Tangan bagi pengunjung RSKD dalam rangka Hari Knaker sedunia	RSKD	1.500.000

E. PUBLIKASI ARTIKEL ILMIAH DALAM JURNAL DALAM 5 TAHUN TERAKHIR

No.	Tahun	Judul Artikel Ilmiah	Volume/ Nomor	Nama Jurnal

F. PEMAKALAH SEMINAR ILMIAH (ORAL PRESENTATION) DALAM 5 TAHUN TERAKHIR

No.	Tahun	Judul Artikel Ilmiah	Volum e/ Nomor	Nama Jurnal
1	2010	The Development of Wound Clinical Nurse Specialist Through Focust Interest Group in Dharmais National Cancer Centre		<i>Proceeding Books 18th World Congress Enterostoma Therapy, Phoenix – Los Angeles, USA 2010</i>
2.	2012	The Development of Wound Clinical Nurse Specialist in Dharmais National Cancer Centre		Proceeding Books 17 th International Conference on Cancer Nursing, Czech Republik- Prague 9-13 September 2012
3	2013	Indonesian Oncology Nurses Association (IONA) Future Collaboration in Asia Pacific		Proceeding Books Asian Oncology Nurses Society 1 st Conference Bangkok 21-25Nov 2013
4	2013	Moderator Abstrak presentasi pada <i>1st Asian Oncology Nursing Society (AONS)</i>		Asian Oncology Nurses Society 1 st Conference Bangkok 21-25Nov 2013
5	2014	The Effectiveness of The Innovation of Topical Therapy Formula (ITTF) to Reduce of Microbiology and Malodorous of The Breast Cancer Wound “		Proceeding Books 20 th WCET Conference June 17, 2014, Gothenburg – Sweden
6	2014	Poster presentasi pada <i>5th Asia Pacific Enterostomal Therapy (APETNA)</i>		5 th Asia Pacific Enterostomal Therapy (APETNA) Congress, Korea- Seoul 6-7 September 2013

G. KARYA BUKU DALAM 5 TAHUN TERAKHIR

No.	Tahun	Judul Buku	Jumlah Halaman	Penerbit
1	2010	Bunga Rampai Perawatan Paliatif Kontributor : Asuhan Keperawatan Pasien Paliatif	149	Masyarakat Paliatif Indonesia

H. PEROLEHAN HKI DALAM 10 TAHUN TERAKHIR

No.	Tahun	Judul/Tema HKI	Jenis	Nomor Pendaftaran/ Sertifikat

I. PENGALAMAN RUMUSAN KEBIJAKAN PUBLIK/REKAYASA SOSIAL LAINNYA DALAM 10 TAHUN TERAKHIR

No.	Tahun	Judul/Tema/Jenis Rekayasa Sosial Lainnya yang telah diterapkan	Tempat Penerapan	Respon Masyarakat

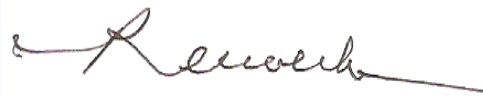
J. PENGHARGAAN DALAM 10 TAHUN TERAKHIR (Dari pemerintah, Profesi, atau asosiasi lainnya)

No.	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun
1.	Satyalancana Karya Satya 10 tahun	Menteri Kesehatan	1990
2.	Satyalancana Karya Satya 20 tahun	Menteri Kesehatan	2000
3.	Satyalancana Karya Satya 30 tahun	Presiden RI	2010

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima risikonya.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Hibah Penelitian Dasar Unggulan PT Tahun 2017

Jakarta, 14 Mei 2017



Dr Kemala Rita Wahidi, SKp., Sp.Kep Onk., ETN., MARS

Anggota peneliti 2**A. Identitas Diri :**

Nama	Dra. Sulis Mariyanti, Psi.M.Si
NIDN	0319036701
Jabatan Akademik	Lektor
Pangkat dan Golongan	III/C - Penata
Tahun Perolehan Jabatan	Tahun 2000
Perguruan Tinggi	Universitas Esa Unggul
Fakultas	Psikologi
Status Dosen	Dosen tetap
Tempat/tgl lahir	Madiun , 19 Maret 1967
Alamat Rumah	Komplek Raffles Hills – Blok C5/ No.9, Cibubur
No. Telp/ Fax	(021) 845 - 96550
No. HP	0816-481-6915
Alamat Kantor	Fak.Psikologi- Universitas Esa Unggul jl. Arjuna utara no. 9 – Tol Tomang, Kb. Jeruk Jakarta Barat
Alamat Email	sulis.mariyanti@esaunggul.ac.id
No. Telp/ Fax	(021) 567 – 4223 ext.235 ; Fax: (021) 567 - 4248
No. KTP	3276105903670001
No. Sertifikat Pendidik	11103103314846

B. Riwayat Pendidikan di Tingkat Perguruan Tinggi :

Sarjana	Bidang Ilmu	Institusi/ Fakultas	Tahun Lulus
S1	Psikologi Jur. Industri & Organisasi	Fak. Psikologi Univ.Padjaran Bandung	1993
S2	Kajian Wanita	Program Studi Kajian Wanita Univ. Indonesia Jakarta	2010

C. Pengalaman Kerja

1.	HRD Junior Manager PT. Sepatu Bata TBK, Jakarta
2.	Pembantu Dekan I (Akademik) Fak. Psikologi Univ.Esa Unggul
3.	Plt. Dekan Fak.Psikologi Universitas Esa Unggul
4.	Dekan Fak. Psikologi Univesitas Esa Unggul
5.	Anggota Tim Seleksi Karyawan Yayasan Kemala & Universitas ESA UNGGUL, 2001 – sekarang
6.	Ketua Peneliti Budaya Kerja Universitas Esa Unggul, 2009
7.	Penanggung Jawab Kegiatan PROGRAM HIBAH (PHKI Tema B) Fakultas Psikologi, 2010 – 2013
8.	Tim Panitia Promosi & Pendaftaran Mahasiswa Baru Universitas ESA UNGGUL

9.	Konselor di Pusat Layanan Psikologi & Career Center Universitas Esa Unggul, 2002 - Sekarang
10.	Anggota T- Group (Terapi Kelompok) Biro Psikologi GMS 2009 – sekarang.
11.	Associate Biro Layanan Psikologi Fak.Psikologi UNPAD, Bandung 1989 - 1990

D. Mata Kuliah yang Diampu

1.	Psikodiagnostika 5 (Tes Grafis)
2.	Psikodiagnostika 1 (Pengantar)
3.	Psikodiagnostika 6 (Tes Pauli & Inventory)
4.	Psikologi Industri & Organisasi
5.	Dinamika Kelompok

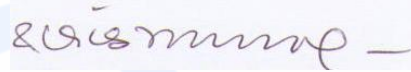
E. PENGALAMAN PELATIHAN, SEMINAR & SIMPOSIUM

1.	Trainer “ Pelatihan Pengembangan Kepribadian ” Karyawan Bank Mandiri”, Lembaga Pendidikan Ratih Sang (LPRS) – Jakarta 2007
2.	Trainer “ Pelatihan Pengembangan Kepribadian ” Karyawan Bank Mandiri, Lembaga Interexperta – Jakarta 2009
3.	Konselor “ Pelatihan AMT & Group Therapy ” Karyawan BCA, GMS Consultant – Jakarta 2008 s/d sekarang
4.	Trainer “ Achivement Motivation & Effective Communication ”, untuk Perawat Seluruh Indonesia (PERSI), Wisma PKBI Jakarta Oktober 2008, 2009, 2010, 2011
5.	Fasilitator “ Konseling & Komunikasi Efektif ”, disampaikan dalam rangka kunjungan Dosen Universitas Negeri Lhoksumawe, Jakarta – Agustus 2011
6.	Fasilitator “ Pelatihan Mengenali Tipologi Kepribadian ”, Fakultas Psikologi Universitas Esa Unggul, 2012
7.	Fasilitator “ Pelatihan Mengenali Kecemerlangan Pribadi ”, ditujukan kepada calon mahasiswa baru Universitas Esa Unggul, 2012
8.	Fasilitator “ Pelatihan Pengembangan Komunikasi Transaksional Dalam Rangka Meningkatkan Potensi Anak ”, disampaikan kepada orangtua calon mahasiswa baru Universitas Esa Unggul, 2012
9.	Pembicara Seminar Sehari “ Kekerasan dalam Berpacaran “, Fakultas Psikologi Universitas Esa Unggul, Jakarta 13 Februari 2009
10.	Peserta Pelatihan Konseling Psikologi, Lee Community College, Singapore , June 2009
11.	Peserta Pelatihan Konseling Akademik , Kerjasama Universitas Esa Unggul & UNJ, Jakarta, 2010
12.	Moderator Bedah Buku “ 8 Etos Guru ”, Kerjasama Psikologi dan Penulis Jansen Sinamo, 2010
13.	Trainer “ Character Building ”, LKBH Fak.Hukum Universitas Esa Unggul, Februari 2011

14.	Peserta Pelatihan Sistem Penjaminan Mutu Eksternal , C-Dev Training Center, Yogyakarta, Januari 2011
15.	Peserta Roundtable Discussion : Gender, Politik & Media Massa , Jakarta, Maret 2011 Moderator Seminar Hasil Penelitian Psikologi : "Optimisme & Coping Stress Mahasiswa Esa Unggul yang sedang Menyusun Skripsi 2010 "
16.	Pembicara "Pengenalan Studi Akademik" , Fakultas Psikologi Universitas Esa Unggul, Jakarta, September 2007
17.	Ketua Tim Penyelenggara Pelatihan 'Mind Mapping' di Fakultas Psikologi Universitas Esa Unggul Jakarta, 2006
18.	Pembicara "Management Waktu" pada acara PESTA 2004 Fak.Psikologi Universitas Esa Unggul, Jakarta 1 & 2 September 2004
19.	Pembicara Pelatihan Service Excecellent "Komunikasi Transaksional" , Universitas Esa Unggul, Jakarta Juli 2004
20.	Interviewer pada acara Fit & Proper Test Kandidat Gubernur BEM dan Presiden Mahasiswa, Universitas Esa Unggul, Jakarta Juli 2004
21.	Ketua Tim Penyelenggara 'Self Development Training' di Fakultas Psikologi Universitas Esa Unggul, Jakarta 12 Februari 2004
22.	Pembicara " Apa itu Psikologi" pada acara PESTA 2003 Fak.Psikologi Universitas Esa Unggul , Jakarta 5 – 6 September 2003
23.	Tim Penyantun "Studi Dinamika Mahasiswa Indonusa" pada acara Bakti Sosial, Bogor 29 Mei – 1 Junii 2003
24.	Moderator Seminar Psikologi 'Different & Proud To Be Different' di Fak.Psikologi Universitas Esa Unggul, Jakarta 18 Juni 2003
25.	Peserta Pelatihan 'Pengisian Format Usulan Penetapan Jabatan Akademik Dosen' di Universitas Esa Unggul, 17 Februari 2003
26.	Peserta Pelatihan "Psikodiagnostik RORSCHACH" di Fak.Psikologi Universitas Tarumanegara, Jakarta 4 Februari 2003
27.	Peserta Pelatihan "Psikodiagnostik GRAFIS" di Fak.Psikologi Universitas Tarumanegara, Jakarta 8 Maret 2003
28.	Anggota Tim Pengembangan & Penerapan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001 : 2000, Universitas Esa Unggul Jakarta 2002 – sekarang
29.	Peserta Seminar Nasional "Kurikulum Berbasis Kompetensi Untuk Menjawab Kebutuhan Pasar" di Jakarta 18 September 2002
30.	Peserta Seminar "Strategi Pencapaian Tujuan Kaukus Perempuan Politik Indonesia" di Universitas Esa Unggul, Jakarta 29 Agustus 2002
31.	Peserta "Understanding ISO 9001 : 2000 & Quality Documentation , Universitas Esa Unggul, Jakarta 29 Januari & 12 Februari 2002
32.	Peserta Seminar The Development of The Woman in Saudi Arabia in The Era Of Globalization presented by Madam Afaf – The Wife of The Ambassador Of Saudi Arabia to Indonesia and The Woman of Iraq presented by Dr.Suddad A.K.Ali – Ambassador of Iraq, di Universitas Esa Unggul, 1 juni 2005
33.	Peserta "Auditing Skills ISO 9000 : 2000" Universitas Esa Unggul, Jakarta 24 & 30 Mei 2002
34.	Peserta Seminar "Membentuk Jiwa Kepemimpinan" di Universitas

	Esa Unggul, Jakarta 20 Maret 2002
35.	Peserta Seminar “ Budaya Dan Etos Kerja ” di Universitas Esa Unggul, Jakarta 14 Februari 2002
36.	Peserta Seminar “ Pendidikan dan IPTEK Di Era Reformasi ” di Universitas Esa Unggul, Jakarta 2002
37.	Moderator Seminar Sehari “ Pelatihan Metodologi Penelitian Bagi Dosen ” di Universitas INDONUSA Esa Unggul, Jakarta 30 Agustus 2001
38.	Peserta Seminar Sehari “ Pelatihan Metodologi Penelitian Bagi Dosen ” di Universitas INDONUSA Esa Unggul, Jakarta 30 Agustus 2001
39.	Peserta Seminar Sehari “ Penegakkan Hukum Terhadap Kejahatan KKN & Kekerasan Massal ”, Fak.Hukum Universitas INDONUSA Esa Unggul, Jakarta 27 April 2001
40.	Peserta One Day Bata Workshop “ The Professional Manager ”, Jakarta 2000

Yang Menyatakan



(Dra.Sulis Mariyanti, Psi.M.Si)

III. Anggota Peneliti 3

A. Identitas Diri

Nama Lengkap	Nanda Aula Rumana
Jenis Kelamin	Perempuan
Jabatan Fungsional	-
NIP/NIK	212050445
NIDN	0306078804
Tempat Tanggal Lahir	Tegal, 6 Juli 1988
E-mail	nanda.rumana@esaunggul.ac.id
Nomor Telepon/HP	+6285692408058
Alamat Kantor	Jalan Arjuna Utara No.9, Kebon Jeruk, Jakarta 11510
Nomor Telepon/Faks	(021) 5674223 ext. 216; 219 / (021) 5674248
Lulusan yang Telah Dihasilkan	30
Mata Kuliah yang Diampu	1. Statistik Deskriptif 2. Statistik Inferensial 3. Metodologi Penelitian

B. Riwayat Pendidikan

	S1	S2	S3
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Indonesia	Universitas Indonesia	-
Bidang Ilmu	Kesehatan Masyarakat	Kesehatan Masyarakat	-
Tahun Masuk-Lulus	2007-2011	2013-2015	-
Judul Skripsi/Thesis/Disertasi	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual pada Lelaki Suka Lelaki di Tangerang, Jogjakarta dan Makassar Tahun 2009 (Aspek Rekam Medis pada Analisis Data STBP 2009)	Pengaruh Suplementasi Zat Besi Selama Kehamilan Terhadap Kejadian Kematian Neonatal di Indonesia (Analisis Data Sekunder SDKI 2012)	-
Nama Pembimbing/Promotor	1. Prof. Dr. dr. Sudijanto Kampo S.KM.	1. dr. Iwan Ariawan MSPH 2. Dr. Besral S.KM., M.Sc.	-

C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah (Juta Rp)
1	2012	Assessment “Sistem Informasi Kesehatan” di Sumbawa, Provinsi NTB	Kemenkes	
2	2013	Pengaruh Faktor Individu dan	LPPM-	3

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah (Juta Rp)
		Lingkungan Sosial- Budaya terhadap Perilaku Pencegahan penyalahgunaan NARKOBA pada Mahasiswa.	Univ. Esa Unggul	
3	2013	Pengaruh Peresepan elektronik terhadap mutu layanan farmasi di RS X Jakarta Barat	LPPM- Univ. Esa Unggul	3
4	2014	Faktor-faktor yang mempengaruhi keakurasian koding ibu melahirkan dan bayi di RS Atmajaya Jakarta	LPPM- Univ. Esa Unggul	3
5	2016	Pengaruh Suplementasi Zat Besi Selama Kehamilan Terhadap Kejadian Kematian Neonatal di Indonesia	LPPM- Univ. Esa Unggul	3

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah (Juta Rp)
1	2016	Meningkatkan Semangat Belajar Siswa Sekolah Dasar Melalui Penyelenggaraan Kelas Cita Di SD Negeri Rembul 02 Kabupaten Tegal	Mandiri	1
2	2016	Penyuluhan Rekam Kesehatan Siswa di SD Negeri Duri Kupa pagi 09 Jakarta Barat	Sponsor	20

E. Publikasi Artikel Ilmiah Dalam Jurnal dalam 5 Tahun Terakhir

No	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume /Nomor/ Tahun
1.	Pengaruh Faktor Individu dan Lingkungan Sosial- Budaya terhadap Perilaku Pencegahan penyalahgunaan NARKOBA pada Mahasiswa.	INOHIM	Vol. 1 No. 2/2013
2.	Pengaruh Peresepan elektronik terhadap mutu layanan farmasi di RS X Jakarta Barat	INOHIM	Vol. 1 No. 2/2013
3	Faktor-faktor yang mempengaruhi keakurasian koding ibu melahirkan dan bayi di RS Atmajaya Jakarta	INOHIM	Vol. 1 No. 2/2014

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidak-sesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Hibah Penelitian Dasar Unggulan PT

Jakarta 14 Mei 2017

Anggota,



(Nanda Aula Rumana, SKM., MKM)



**DEWAN PENEGAKAN KODE ETIK UNIVERSITAS ESA UNGGUL
KOMISI ETIK PENELITIAN**

**Jl. Arjuna Utara No.9 Kebon Jeruk Jakarta Barat 11510
Telp. 021-5674223 email: dpke@esaunggul.ac.id**

Nomor : 219-18.246/DPKE-KEP/FINAL-EA/UEU/V/2018

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
ETHICAL APPROVAL**

Komisi Etik Penelitian Universitas Esa Unggul dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul:

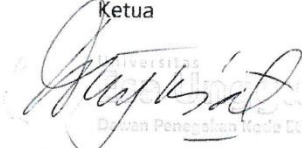
**MODEL PENGEMBANGAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT
PENDIDIKAN**

Peneliti Utama : Dr. Rokiah Kusumapradja, SKM., MHA.

Nama Institusi : Universitas Esa Unggul

dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.

Jakarta, 18 Mei 2018

Ketua

 Idrus Jus'at, Ph.D

* *Ethical approval* berlaku satu tahun dari tanggal persetujuan.

** Peneliti berkewajiban

1. Menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian
2. Memberitahukan status penelitian apabila:
 - a. Setelah masa berlakunya keterangan lolos kaji etik, penelitian masih belum selesai, dalam hal ini *ethical approval* harus diperpanjang
 - b. Penelitian berhenti di tengah jalan
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan (*serious adverse events*).
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada subyek sebelum penelitian lolos kaji etik dan *informed consent*.

Universitas Esa Unggul

lampiran 5: Surat Pernyataan Ketua Pelaksana

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

- Nama : Dr Rokiah Kusumapradja, SKM, MHA
- NIP/NIDK : 0291110014/ 881750017
- Pangkat/Gol : Pembina / IV a
- Jabatan Fungsional : Lektor Kepala
- Alamat : Jl Balap Sepeda IV/103 Rawamangun Jakarta Timur

KP 13220

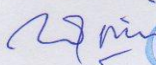
Dengan ini menyatakan bahwa usulan proposal penelitian Dasar Unggulan dengan judul : “ model Pengembangan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah sakit Pendidikan –Indonesia “

Yang diusulkan untuk skim penelitian Dasar Unggulan Perguruan Tinggi untuk tahun anggaran 2018, bersifat original dan belum pernah dibiayai oleh lembaga/ sumber dana lain.

Bilamana dikemudian hari ditemukan ketidak sesuaian dengan persyaratan ini, maka saya bersedia untuk dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan mengembalikan seluruh biaya penelitian yang sudah diterima ke kas Negara.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenarnya,

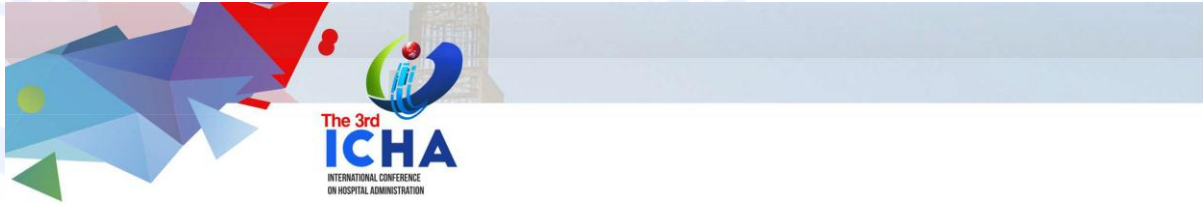
Jakarta, 18 Mei 2017

Mengetahui ,
Ketua Lembaga Penelitian dan PKM


Dr Hasvim ,MM, MED
NIP :0201040164



Dr Rokiah /usumapradja,SKM,MM
NIP: 0291110014



ANNOUNCEMENT LETTER

Dear Rokiah Kusumapradja,

The Organizing Committee of 3rd International Conference on Hospital Administration (ICHA) 2018 is pleased that your submitted abstract entitled:

**Development Model of Patient Safety
Culture in Teaching Hospitals**

Is ACCEPTED for ORAL PRESENTATION

Please kindly respond on your availability by completing the payment and filling registration form online on: <https://goo.gl/forms/8Ghd3K3IEVnYx86N2>. The registration fee are as follows:

	Fee (Regular)
International Student	USD 125
International Professional	USD 250
Domestic Student	IDR 1.250.000
Domestic Professional	IDR 2.500.000

The 3rd International Conference on Hospital Administration (ICHA) 2018 will be held on 3-5 October 2018 in Ijen Suites Resort & Convention Hotel Malang. Information regarding official hotel can be found on: <http://www.ijensuitesmalang.com/>.

Please note that you are required to submit your full paper in our format by September 30, 2018. Submitted papers will be further reviewed by our committee and our journal partners. You might be required to revise your paper as advised by the reviewers. Papers that meet the standard of the reviewers will be published in our journal partners. Please also note that additional cost may apply to complete the publication process.

We look forward to seeing you at the 3rd ICHA. Should you require additional information, please do not hesitate to contact Ms. Eva Sofia (+62 813 309 51515) or Ms. Devita Rahmani Ratri (+62 821 3912 5562); email: ichospital2018@gmail.com.

Sincerely yours,

Tita Hariyanti
CEO 3rd ICHA 2018



ORAL PRESENTATION GUIDELINES

BEFORE THE CONFERENCE

1. Please complete the payment and registration on the link <https://goo.gl/forms/8Ghd3K3IEVnYx86N2>
2. Please note that only presenters who have registered and did the payment who will be listed on the Proceedings.
3. Full paper should be submitted by September 30, 2018 at the latest.
4. The official language of the conference is English.
5. The allocated time for presentation is 8 minutes and 7 minutes for question & answer at the end of the session.
6. Please send your presentation file to our email ichospital2018@gmail.com in power point format (.ppt or .pptx) not more than 8 (eight) slides (maximum file size: 4 MB) not later than September 30, 2018. File name shall contain the name of the first author (first name and last name)
7. The power point slides may include introduction, objectives, methods, results and conclusion.

DURING THE CONFERENCE

1. Our committee will load all presentations on conference computers. Presenters will NOT be allowed to use their own laptop computers. Apple computers will NOT be available.
2. Please prepare your backup copy in a USB or a CD.
3. Presenters must be present in their respective presentation rooms at least 10 minutes before the start of the session.





REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00201852062, 31 Oktober 2018

Pencipta

Nama : **DR. ROKIAH KUSUMAPRADJA SKM, MHA., DR KEMALA RITA, S.KEP.,MARS., , dkk**

Alamat : JL. BALAP SEPEDA IV/103 RAWAMANGUN, JAKARTA TIMUR, Dki Jakarta, 13220

Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : **DR. ROKIAH KUSUMAPRADJA SKM, MHA., DR KEMALA RITA, S.KEP.,MARS., , dkk**

Alamat : JL. BALAP SEPEDA IV/103 RAWAMANGUN, JAKARTA TIMUR, Dki Jakarta, 13220

Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Laporan Penelitian**

Judul Ciptaan : **MODEL PENGEMBANGAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT PENDIDIKAN**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 7 September 2018, di JAKARTA

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.

Nomor pencatatan : 000123783

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.
Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.

a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL



Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.
NIP. 196611181994031001



MODEL OF PATIENT SAFETY CULTURE DEVELOPMENT IN TEACHING HOSPITALS

Rokiah Kusumapradja¹, Kemala Rita², Sulis Maryanti³, Nanda Aula Rumana⁴
rokiah.kusumapradja@esaunggul.ac.id

Hospital Administration Master Program, Universitas Esa Unggul, Jakarta
Jalan Arjuna Utara No.9, Kebon Jeruk - Jakarta Barat 11510

ABSTRACT

Background, the problem of implementing patient safety in teaching hospitals is still not going well, which is suspected because the culture of patient safety has not become part of the values that underlie the provision of quality care. **The research** objective to identify the level of reliability of patient safety culture and develop a culture model for patient safety in teaching hospitals.

The research design is causality-explanatory by testing hypotheses. Data collection method is a survey using a questionnaire. Data sources are primary and secondary. The time dimension is one shot study. The research sample was the patient care provider and the patient safety quality committee at seven teaching hospitals in Indonesia, with samples were selected using proportionate stratified random sampling. The unit of analysis is the individual with a number of 1400 (88% response rate). Data analysis uses path analysis.

The results of the study, the overall patient safety culture illustrates the staffing dimension has the lowest level of reliability, and Organizational learning - continuous improvement has the strongest level of reliability. Whereas, the implementation of six patient safety goals shows that improving effective communication has the lowest value, while identifying patients correctly has the highest value. Path analysis results show that simultaneous patient safety culture and implementation of six patient safety goals significantly affect adverse events. Partially, patient safety culture influences the implementation of six patient safety goals. The results showed that there was a negative correlation direction, meaning that the higher the patient safety culture and the implementation of the six patient safety goals, the lower the adverse event would be.

Study implications result in the construction of a new conceptual model to reduce adverse event in teaching hospitals by increasing the reliability of patient safety culture and implementing six patient safety goals; improve patient safety culture through increasing staffing and strengthening organizational learning and continuous improvement; implementation of six patient safety goals through effective communication training between care givers; as well as the policy on cultural values of patient safety and the implementation of six patient safety goals in teaching hospitals as a positive driving factor for improving the quality and safety of patients in hospitals in Indonesia to reduce adverse event.

Keywords: safety culture, communication, learning organization, incident report.

INTRODUCTION

The concept of Patient Center Care (PCC) is a new paradigm in health care for patients, wherein the provision of services is focused on patients, which in essence is that health services provided must be of quality and safety by taking into account the needs and values of patients. In providing these health services, effective interprofessional collaboration where decision making about patients is carried out jointly between disciplines, so that patient handling is carried out in a comprehensive and holistic and integrative and continuous manner that involves all health workers including other health professionals based on honest communication. open, trusted, so that a patient safety culture is formed. Rakich (Rakich, 1996) argues that: in reality, a health service organization has a culture that is very different from business organizations, because they provide unique services in the

community and naturally they relate to humanity. Leaders of health service organizations that manage hospitals in a specific context, namely the culture of health services. The Institute of Medicine (IOM) report in the Utah and Colorado regions found 2.9% of Unwanted Events (KTD) where 6.6% died, while in New York it was 3.7% of undesirable events with a death rate of 13, 6%. Mortality due to unexpected events in the inpatient section throughout the United States in 1999 ranged from 44,000 to 98,000 per year due to medical errors. From the WHO publication in 2004 which collected hospital research figures in various countries: America, Britain, Denmark and Australia found KTD with a range of 3.2-16.6%. Data in Indonesia were reported by KKPRS (Hospital Patient Safety Committee) in 2007 that there were 145 incidents of patient safety, consisting of 46% of KTD, 48% of KNC and 6% of others, and the location of the incident based on the province was found DKI Jakarta occupied the highest order is 37.9% followed by Central Java 15.9%, DI Yogyakarta 13.8%, East Java 11.7%, South Sumatra 6.9%, West Java 2.8%, Bali 1.4%, Sulawesi South 0.69%, and Aceh 0.68%.

There are still many complaints about the implementation of patient safety in education hospitals regarding the quality of medical / health and safety services that are less satisfactory to customers or lack of service standards. Many patients' demands were sent to the hospital due to the lack of safety in safety measures that were closely related to the patient safety culture. This is related to the situation in hospitals where there are hundreds of kinds of drugs, hundreds of tests and procedures, many tools with technology, various types of professional and non-professional personnel who are ready to provide services 24 hours continuously. Diversity and routine of such services if not managed properly can occur adverse events.

Measurement of Patient Safety culture can be measured through the measurement of the second element of the organizational culture model (Schein, 1999), namely espoused values, which includes beliefs, values, perceptions and attitudes that apply in the organization. These supporting values are considered easier to measure, known as organizational climate, which can diagnose culture, as preceding culture and culture in making. The model (Halligan & Zecevic, 2011) describes how the mechanisms of safety climate forms (used to measure safety culture), which are defined as perceptions of Adverse Events in patients and workers, are measured at the level of work units and organizations. Walshe (2005) stated that Characteristics of a positive safety culture, including: communication was founded on mutual trust and openness; good information flow and processing; shared perceptions of the importance of safety; recognition of the inevitability of error; confidence in the efficacy of preventive (safety) measures; proactive identification of latent threats to safety; organizational learning; committed leadership and executive responsibility; a "no blame", non punitive approach to incident reporting and analysis. Agency of Health Care Research and Quality (AHRAQ, 2014) in assessing the culture of patient safety in hospitals there are 12 (twelve) dimensions to consider, namely: Supervisor / manager promoting safety and expectations; Organizational learning — continuous improvement; Teamwork within units, Communication openness), Feedback and communication about errors, Nonpunitive response to errors, Staffing, Management support for patient safety, Teamwork across units, Handoffs and transitions, Overall perceptions of patient safety, Frequency of events reported; Other research results conducted by Matsubara (Matsubara, Hagihara, & Nobutomo, 2008), and Singer et al. (2009) and other studies also measured patient safety culture through measuring patient safety at the interpersonal, work unit and organizational levels. The results of the preliminary study found that the implementation of health services in teaching hospitals was still much complained about the quality of medical / health services and felt by patients that the safety of actions that were less satisfactory to customers or lacked service standards. Many patients' demands were sent to the hospital due to the lack of safety in safety measures that were closely related to the patient

safety culture. Considering that patient safety has become a demand of the community and profession, it is necessary to develop a patient safety culture that will be the basis for the values of all officers in the education hospital in providing quality and safe health services for all parties. **The purpose of this study** is generally to construct a new culture model of patient safety, through, **first** is the construction of cultural profiles and the level of reliability of the determinant factors of patient safety culture, in the form of: Identification of patient safety culture profiles in 7 (seven) teaching hospitals which include aspects: supervisor / manager promoting safety expectations and actions, Organizational learning and continuous improvement, teamwork within units, communication openness, Feedback and communication about error, Non punitive response to error, adequate staff (Staffing), Overall perceptions of patient safety, Management support for patient safety, Teamwork across units, Handoffs and transitions and Frequency of events reported frequency, **second**, Construction of a new conceptual model in building a culture of patient safety in the Education Hospital based on the results of an analysis of the dimensions of safety culture reliability patients who have an effect on the implementation of six patient safety goals and on decreasing the number of Unexpected Events at seven Education hospitals in Indonesia which will be a positive driving factor for the growth and development of quality and safety / safety of patients in hospitals nationwide. **Benefits of research**, the results of the study resulted in the construction of a new conceptual model to reduce unexpected incidence in teaching hospitals by increasing the reliability of patient safety culture and implementing six patient safety goals; improve patient safety culture through increasing staffing and strengthening organizational learning on continuous improvement; implementation of six patient safety goals through effective communication training between care givers; as well as the policy on cultural values of patient safety and the implementation of six patient safety goals in teaching hospitals as a positive driving factor for improving the quality and safety of patients in hospitals nationally to reduce unexpected incidence

MATERIALS AND METHODS

This study was carried out in 7 (seven) teaching hospitals located in Jakarta, Surabaya, South Sulawesi, South Kalimantan, West Sumatra, and South Sumatra. The study was carried out from May to September 2018. The design of the study was explanatory causality research, because this study tried to provide an explanation of the influence between variables through hypothesis testing, and was designed to identify causal relationships between the variables studied. The causal relationship examined in this study is the influence of patient safety culture which includes Supervisor / manager promoting safety and expectations, Organizational learning and continuous improvement, Teamwork within units, Communication openness, Feedback and communication about errors, Nonpunitive response to error, adequate staffing (Staffing), Overall perceptions of patient safety, Management support for patient safety, Teamwork across units, Handoffs and transitions and frequency of events reported and implementation 6 (six) target of patient safety against to Decrease in the number of Unexpected Events / Adverse event. In addition, it also measures the level of reliability of twelve (12) dimension patient safety cultures. Data collection methods are surveys and to get more in-depth data with Focus Group Discussion (FGD) is also conducted. Data types are primary and secondary. The time dimension is one shot study. The unit of analysis is the organization of teaching hospitals. Data analysis uses path analysis that produces a model as a representation of the theory

Population, Sample, and Sampling, large sample sizes according to Hair et al. (1998) are 5 - 10 x the number of indicators or according to Ferdinand (2002) with the estimation of maximum likelihood estimation (MLE) between 100-200. The required sample is 200 people

providing care (medical, nurse / midwife, medical support) per home. sick. The selection of the first phase sample used purposive sampling for eight hospitals from representing Eastern Indonesia (Makassar, Surabaya), central Indonesia (Banjarmasin), and Western Indonesia (Jakarta, Padang, Palembang) and the second stage in each hospital using proportional stratified random sampling. For the implementation of Focus Group Discussion (FGD) in each hospital, a sample of representatives from the Asylum Officers will be taken as many as 10 people / groups of service managers (medical, nurses, medical support). The survey method is collected through query data to the Hospital Care Providers and a list of questions (in-depth interviews) to the Chairperson of the Quality and Safety Patients Program in RS. The data used are primary data in the form of information collected through questionnaires and in-depth interviews (FGD), as well as secondary data by looking at the report on the implementation of six patient safety goals and patient safety incidents. Data analysis methods, testing techniques using qualitative and quantitative descriptive analysis to determine the profile and level of reliability of patient safety culture. Data were analyzed using SPSS version 16 and path analysis. This technique analysis approach is an integrated approach between factor analysis, structural models, and path analysis. These three activities can be carried out simultaneously, namely: examination of instrument validity and reliability (using AHRAQ instruments) which is equivalent to confirmatory factor analysis, testing the model of the relationship between latent variables which is equivalent to path analysis.

RESULTS

Hospital characteristics, illustrate that almost all 6 hospitals (86%) are class A hospitals and only 1 hospital (14%) class B. Based on the ownership of 5 (72%) hospitals belonging to the central government and 2 hospitals (28%) belong to Local government.

Table 1
Distribution of Respondents by Teaching Hospital, Population, Sample

.No.	Teaching Hospital	Region	Class of Hospital	Population	Sample	Respon rate	Implementation date
1.	RSUP P.	Jakarta	A	1.425	200	170 (85,0%)	5-6 June 2018
2.	RSUP KD	Jakarta	A	861	200	177(89,0 %)	7-8 June 2018
3.	RSUP WM	South Sulawesi	A	2.131	200	172 (86,0 %)	26-29 May 2018
4.	RSUD SS	East Java	A	1.065	200	191(96,0 %)	18 dan 20 August 2018
5.	RSUD UB	South Kalimantan	A	1.024	200	180 (90,0%)	30-31 May 2018
6.	RSUP MDP	West Sumatra	B	1.703	200	168 (84,0%)	15-17 August 2018
7.	RSUP MHP	South Sumatera	A	1.693	200	173(87,0%)	24-25 August 2018
Total				9.902	1.400	1.231(88,0%)	

Table 1. depicts the population of respondents who are caregivers including medical personnel (MP, Dr specialist, Resident), nurses / midwives and other health workers (pharmacy, nutrition, physiotherapy, radiographers, laboratory staff / analysts) totaling 9,902 people. Sample research totaled 1400 people with a response rate of 1,231 (88 %). Implementation of the research starts from May 2018 to August 2018.

Tabel 2

Hospital Performance Based on Bed Size, BOR, ALOS, TOI, BTO

No.	Teaching Hospital	Bed Size	BOR	ALOS (day)	TOI (day)	BTO
1	RSUP P	585	67%	6	2	36
2	RS KD	402	69,11%	7,2	3	32
3	RSUD SS	1514	80,31 %	6	3	32
4	RSUD UB	600	84,85 %	5,1	2,3	53
5	RSUP MDP	800	68,54%	6	3	32
6	RSUP WM	876	77,94%	6,71	2	31
7	RSUP MHP	1071	71,89%	7,76	3,15	32,58

Source: Performance profile of 2018 Education Hospital

Table 2. shows that the number of Beds varies between 402 Beds (Jakarta KD Hospital) to 1,514 Beds (SS Hospital). Bed Occupancy Rate (BOR), which is the use of beds varies from 67% to 84.85%, is considered to be less efficient, but illustrates that patients who come are referrals that show performance as a function of a national referral center hospital that only accepts patients with complex diagnoses. This is in line with the Average Length of Stay (ALOS) figure describing the length of stay that varies between 5 days to 7.76 days. Turn Over Interval (TOI), is patient turnover per bed ranges from 2 to 3.15 days. While BTO illustrates that 1 (one) Bed is filled between 31 to 53 patients per year.

Characteristics of Respondents, The description of the characteristics of the respondents as in table 3. below, the age of the respondents is 44.40% is aged 25-34 years; Based on the sex of the most respondents, women were 77.5% and men were 22.5%. According to Education the respondents had S1 and D3 education totaling 84% and S2/Specialist education of 156 (13%); The most respondents in the inpatient unit were 413 (33.22%), outpatients were 158 (12.711%) and the lowest were other units / Psychiatry of 7 (0.5%); Most of the time worked Respondents in the relevant work units were in groups 1 to 10 years of 692 (58.06%), and groups of 16-20 years of 81 (6.51%); Tenure With Current Work in the hospital ranged from 1 to 10 years (48%) with details in groups 1 to 5 years of 323 (25.98%), groups of 6-10 years at 296 (23.81%) and those less than 1 year is 103 (8.28%). The most working week in the 40 to 59 hours group is 830 (66.77%) and groups 20-39 hours are 250 (20.11%); Respondents based on the most professions are Nurses as much as 472 (37.97%), Vocational Nurses of 305 (24.53%), specialists / other doctors amounting to 175 (14.08), doctors resident of 59 (4.75); Tenure in Current Specialty or Profession in the 1 - 5 year group is 394 (31.69%), the 6-10 years group is 321 (25.82%), the group less than 1 year is 66 (5.31%); Job position Respondents currently 1123 people (91%) relate to patients and 108 (9%) state that they do not have direct contact with patients.

Tabel 3

**Distribution of Respondent Characteristic
Based on Gender, Age, Education, Main Work Unit, Tenure With Current Work in the hospital,
Tenure With Current Work Area/Unit, Type of Profession**

Characteristics of Respondents	No. of Respondents	%
• Gender		
Female	954	77.5
Male	277	22.5
• Age Group		
20- 34 Year	615	49,5
35- 44 Year	326	26,3

45- 54 Year	248	20,0
55- 64 Year	52	0,42
• Education		
D3	561	46
S1/D4	514	41
S2/ Spesialis	156	13
• Main work Unit		
In patient	413	33,5
Out Patient and specific unit	158	12,8
Surgery	80	6,6
Non Surgery	70	5,7
Emergency	75	6
Intensive Care	64	5,3
Obstetric and gynecology, pediatric	53	4,3
Anesthesia	11	0,9
Supporting (Pharmacy, Laboratory, Radiology, Physiotherapy)	172	13,9
Others	135	11
• Tenure With Current Work in the hospital		
< 1 year	102	8,3
1- 10 year	618	50,2
11- 20 year	281	22,8
➤ 21 year	230	18,7
• Tenure With Current Work Area/Unit		
< 1 year	140	11,4
1- 10 year	792	64,3
11- 20 year	199	16,2
➤ 21 year	100	8,1
• Hours Worked Per Week		
< 20 hour	24	2,0
20 - 39 hour	250	20,3
40- 59 hour	830	67,4
➤ 60 hour	127	10,3
• Type of Profession		
Register Nurse	472	38,3
Vocation Nurse	305	24,8
Dr. Specialist	175	14,2
General practitioner and Resident Physician	97	7,9
Dietisien	43	3,5
Pharmacist, pharmacist assistant	51	4,1
Analysts, Radiographers, physiotherapists, etc.	88	7,2
• Tenure in Current Specialty or Profession		

< 1 year	66	5,4
1- 10 year	715	58,1
11- 20 year	289	23,5
➤ 21 year	161	13,0
• Interaction With Patients		
direct patient interaction	1123	91
Non direct patient interaction	108	9

Source: 2018 Research Data Processing Results

Patient Safety Output

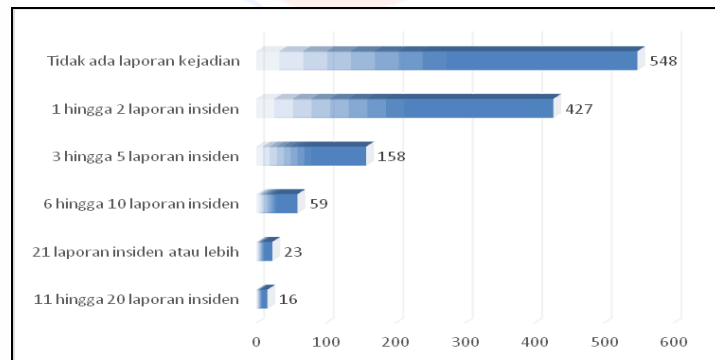
Based on the respondents' perceptions about patient safety levels, it is illustrated that 660 (53.6%) considered very good, acceptable of 410 (33.3%) and assessed as excellent of 149 (12, 1%).

Overall perceptions of patient safety	n	%
Poor	12	1.0
very good,	660	53,6
acceptable	410	33,4
excellent	149	12,1

Source: 2018 Research Data Processing Results

Number of Events Reported

On average across hospitals, less than half of respondents (34,6 percent) reported at least one event in their hospital over the past 12 months (Chart 1). Event reporting was identified as an area for improvement for most hospitals because underreporting of events means potential patient safety problems may not be recognized or identified and therefore may not be addressed.



Source: 2018 Research Data Processing Results

Composite-Level Average Percent Positive Response

Tabel 4

Positive Response Patient safety Culture Dimention

No	Patient safety culture Dimention	No Sample	Negative Respons e	Netral	Positive respons e	TOTAL Respons e	Percentage positive Response
1	Supervisor/manager expectations and actions promoting safety	1231	556	478	3890	4924	79%/75% strong
2	Organizational learning - continuous improvement	1231	197	230	3266	3693	88%/76% Strong
3	Teamwork within units	1231	472	327	4125	4924	84%/83% strong
4	Communication openness	1231	665	712	2316	3693	63%/72% Less strong
5	Feedback and communication about error	1231	496	740	2457	3693	67%/78% Less strong
6	Nonpunitive response to error	1231	993	674	2026	3693	55%/79% Less strong
7	Staffing	1231	1937	869	2118	4924	43%/63% Less strong
8	Management support for patient safety	1231	382	343	2968	3693	80%/83% Medium strong
9	Teamwork across units	1231	434	585	3905	4924	79%/80% Medium strong
10	Handoffs and transitions	1231	744	733	3447	4924	70%/ 80% Less strong
11	Overall perceptions of patient safety	1231	1011	675	3238	4924	66%/74% Less strong
12	Frequency of events reported	1231	800	975	1918	3693	52%/ 84% Less strong

A level overview of the reliability of a patient safety culture that is considered strong is the expectation and actions supervisor / manager promoting and actions promoting safety, a positive response of 79% that is stronger than the 75% reliability level. The dimensions of learning organization - Organizational learning - continuous improvement with a positive response value of 88% higher than the reliability value of 76%. Whereas the Teamwork within units have a positive response of 83% slightly higher than the standard reliability value of 82%.

The dimensions that have a level of moderate and less robust reliability are Communication Openness 63% / 72%, Feedback and communication about error of 67% / 78%; Non-positive response to error of 55% / 78%; adequate staffing is 43% / 63%; Management support for patient safety of 80% / 83%; Teamwork across units of 79% / 80%; handoffs and transitions of 70% / 80%; overall perceptions of patient safety of 66% / 74%; and the Frequency of events reported was 52% / 84%.

Overview of the implementation of 6 (six) patient safety goals in seven Teaching Hospitals

Tabel 5
the implementation of 6 (six) patient safety goals in The Hospital

No	Teacing Hospital	IDENTIFICATION PATIENT CORRECTLY	IMPROVE EFFECTIVE COMMUNICATION OF CRITICAL COMM	IMPROVE SAFETY OF HIGH ALLERT MEDICATION	ENSURE CORRECT : LOCATION, PATIENT, PROCEDUR SURGERY	REDUCE OF HAIS	REDUCE THE RISK OF PATINET HARM FROM FALLS.
1	RSUP P.	92.0 %	88%	87%	92,5 %	88,9 %	93 %
2	RS KD	99,3%	80,4%	91,6 %	100%	75%	99,1%
3	RSUD SS	94,2%	86,2%	89,2%	91,7 5	85,2%	88%
4	RSUD UB	100%	50 %	100%	60 %	50 %	70%
5	RSUP MDP	94.1%	96,2 %	86,1%	92,7%	86,2 %	87%
6	RSUP WM	92.3%	88,9%	86,9%	93,5%	88,4%	91%
7	RSUP MHP	95%	89,5%	99,4%	99,6%	99,5%	99,24%
	Rata - rata	95,25 %	82,53%	91.51	89.87	81.69	89.51

Source: RS Patient Quality and Safety Committee 2017

Table 5. Shows that the Achievement of Implementation of 6 (six) Patient Safety Goals in the Hospital is the highest is identifying patients correctly with an average of 95.25% and the lowest is improving effective communication at an average of 82.53% and Reducing the risk of infection due to health care infection (HAI's) 81.69%

Test of the Model, Patient Safety Culture and Implementation of six patient safety goals against Reducing Adverse Events , describing the Model Test shows that overall significant / interplay models are seen from the significance value <0.05 (5%). This means that simultaneous patient safety culture and the implementation of six patient safety goals significantly affect Reducing Adverse events.

Test of Model	F	Sig.
Patient Safety Culture and Implementation of six Patient safety goals against Reducing Adverse Event	7.47	0.001

Patient Safety Culture against Implementation of six patient safety goals

Uji Model	F	Sig.
Patient Safety Culture and Implementation of six Patient safety goals	13.58	0.0002

The model test shows that the patient safety culture has been shown to significantly affect the implementation of the six safety goals with a value of p value (Sig.) <0.05 (5%). Partially, patient safety culture influences the implementation of six patient safety goals. Magnitude of Influence, Patient Safety culture and Implementation of six Patient safety goals for Reducing Adverse Event.

Magnitude of Influence / Correlation	R Square	Adjusted R Square	error
Patient safety culture and Implementation of six Patient safety goals against reducing adverse event	0.012	0.010	1.076

The amount of influence can be seen from the value of Adjusted R Square, the results of the study indicate that the value of Adjusted R Square is 0.010 or 1%. This means that the influence of Patient Safety Culture and Implementation of the six goals of patient safety against Reducing Adverse Event is 1%, the rest is explained by other factors not examined in this study. Test results show there is a negative correlation direction, meaning that the higher the patient safety culture and the implementation of six patient safety goals, the lower the adverse Event, and vice versa the lower the patient safety culture and the implementation of six patient safety goals, then the higher the adverse event will be.

Patient Safety Culture towards Implementation of six patient safety goals

Magnitude of Influence / Correlation	R Square	Adjusted R Square	Error
Patient safety Culture towards Implementation of six safety goals	0.0109	0.0101	7.302

The amount of influence can be seen from the value of R Square, the results of the study indicate that the value of R Square is 0.0109 or 1%. This means that the influence of Patient Safety Culture on the implementation of six patient safety goals is 1%, the rest is explained by other factors not examined in this study. The direction of correlation in this study is positive, meaning that the higher the Patient Safety Culture, the higher the implementation of the six patient safety goals. Likewise on the contrary, the lower the Patient Safety Culture, the lower the implementation of the six patient safety goals.

Line Equations; Patient Safety Culture and Implementation of six patient safety goals against Adverse event.

$$KTD = 0.197 + 0.179 \text{ Patient Safety Culture} + 0.012 \text{ Implementation of six patient safety goals} + 1.076$$

Patient Safety Culture towards implementation of six patient safety goals

$$\text{Implementation of six patient safety goals} = 81.473 + 1.856 \text{ Patient Safety Culture} + 7.302$$

DISCUSSION

A positive organizational culture is one of the strategies to achieve future success in building Human Resources (HR) and organizations through natural training. This natural training, which is through a long process that is continuously refined in accordance with the demands and capabilities of the HR itself, and in accordance with the principles / guidelines of the recognized organization. Without guidelines, management will experience many deviant behaviors that will cause waste and loss. Experts believe that the strength of hidden values that are believed by members of the organization is the strength or ability to perfect or improve all aspects of service, which will lead to the provision of quality and safe services. These quality services will be reflected in HR behavior through noble values and service ethics that are oriented to customer satisfaction and defined service standards. These values have a positive impact on the realization of providing satisfaction to consumers, productive and committed human resources, and able to provide satisfactory financial returns.

The results of the study above illustrate that: (1) **Characteristics of the hospital**, The study involved 47 teaching hospitals in Indonesia (2017). The study was conducted at seven teaching hospitals representing the eastern part of Indonesia (RSUP WM), Central Indonesia (RSUD UB) and Western Indonesia (RSUD SS, RSUP P, KD Hospital, RSUP MDP, RSUP MHP) which are 6 th grade A hospitals (85.71%) and Class B hospitals 1 (14.29%); The sample of the study was the Care

Provider patient consisting of Medical personnel, Nursing / midwives and other Health Workers, as well as the patient safety quality committee. The unit of analysis was individual. The study population in seven hospitals was 9,902 people, the number of samples was 1400 people with a response rate of 1231 (88%). The number of employees varies between 1,305 to 4,347 people. The number of beds in hospitals is between 402 Beds to 1514 Beds with BOR between 67% to 84.85%, and Average Length of Stay (ALOS) describes the length of stay that varies between 5 days to 7.76 days. Turn Over Interval (TOI), in patient turnover per bed ranges from 2 to 3.15 days. While BTO illustrates that 1 (one) Bed is filled between 31 to 53 patients per year.

(2) **Characteristics of Respondents** based on age of 44.40% of respondents are aged 25-34 years or productive age; Education respondents have an S1 and D3 degree of 84% and S2 level is 156 (13%); The most respondents work in the inpatient unit area were 413 (33.22%), outpatients were 158 (12.711%) and the lowest was Psychiatric units of 7 (0.5%); Most of the time worked Respondents in the relevant work units were in groups 1 to 5 years of 493 (39.66%), groups of 6-10 years of 299 (18.49%) and groups of 16-20 years of 81 (6.51%); Duration of work Respondents in most hospitals ranged from 1 to 10 years (48%) with details in groups 1 to 5 years of 323 (25.98%), groups of 6-10 years at 296 (23.81%) and those less than 1 year is 103 (8.28%). The most working week in the 40 to 59 hours group is 830 (66.77%) and groups 20-39 hours are 250 (20.11%); Respondents based on the most professions were register nurses of 472 (37.97%), Vocational Nurses of 305 (24.53%), specialists / others of 175 (14.08), resident doctors of 59 (4.75); The length of time working according to the profession in the 1 - 5 year group is 394 (31.69%), the 6-10 years group is 321 (25.82%), the group is less than 1 year 66 (5.31%); Position of Respondents currently 1123 people (91%) relate to patients and 108 (9%) state that they do not have direct contact with patients;

Based on the gender of the most respondents are female were 77.5% and male were 22.5%. Respondents' perceptions of patient safety level of 660 (53.6%) considered very good, were acceptable (acceptable) of 410 (33.3%) and considered excellent were 149 (12.1%). The data illustrates that only 65% of respondents rated the patient's safety level as good. Incident reports that have been reported during the past 12 months amounted to 548 (44.08%) stating that there were no reports, groups 1 to 2 reports were 427 (34.35%), groups above 3 - 5 to 21 reports were 181 (14.71%). This shows that the culture of reporting is still not good, in line with the lack of strong open communication.

Dimensions of Patient Safety Culture who have a strong level of reliability; Research results on the level of patient safety culture reliability that illustrate the following: Expectations and actions Supervisor / manager promoting safety and expectations are considered strong with a reliability level of 79%, which indicates that the Manager / supervisor has given praise if you see the work completed according to applicable patient safety procedures Managers / supervisors seriously consider staff input to improve patient safety If the workload is high, the manager / supervisor sometimes asks the staff to work fast even by taking shortcuts. Our managers / supervisors always ignore the problem Patient safety that occurs repeatedly in our unit Manager's support is very important because it is the key to the success of services that prioritize patient safety by providing direction, praise when working according to procedures. i subordinates in order to make improvements continue to receive.

Organizational learning - continuous improvement is considered strong with a reliability level of 88%. This relates that in the work unit to carry out activities to improve patient safety, if there are errors that occur can be used to make changes in a positive direction, and if something goes wrong evaluation and making changes to improve patient safety; Teamwork within units are considered strong with a reliability level of 84%, illustrating that the units support, respect and help one another if there is work to be done in a fast time. If one of the areas in our unit is very busy, then other areas of our unit will help. This is a strength and needs to be nurtured in carrying out quality and safe care.

This is in line with AHRAQ's (2014) study of 621 hospitals that the dimensions of expectations and actions of supervisors / managers in promoting patient safety (Supervisor / manager promoting safety and expectations), Learning Organizations - enhancing Organizational learning-continuous improvement and Cooperation teams in units (Teamwork within units) are considered strong which need to be maintained and maintained. Andreas Budihardjo (2012) illustrates that "The importance of Safety Culture in hospitals as an effort to minimize Adverse Events. The role and essence of patient-safety culture is minimizing the total number of AEs. Hospitals and health centers are encouraged to

manage their corporate culture change into the direction of applying the safety culture appropriately in order to provide a positive impact on the patient life and hospitals' image".

The Safety Culture Dimension of patients whose level of reliability needs to be improved. Research results on the level of reliability of patient safety culture describe as follows: **Communication openness**, describes that employees are free to speak if they see something that can have a negative impact on patient care, feel free to question decisions or actions taken by their superiors, there is a feeling of fear ask if something seems wrong, it is not surprising if the dimension of openness of communication is considered low, efforts to improve patient safety are not good; **Feedback and communication about error**, shows that Employees receive feedback regarding changes made on the basis of the results of incident reports, lack of information about incidents that occurred in this unit and if there are incidents discussed ways to prevent incidents from recurring back, so it needs reminder efforts to provide feedback on errors that occur in the hospital. **Non-punitive response to error**, describing that employees often feel that the mistakes they make are used to blame them. If the staff reports an incident, the subject is the culprit not the problem and worries that the mistake they made will be recorded in their personal file. This is in line with Kusumapradja's (2015) research that the nonpunitive response to error dimension is the dimension that most influences the strengthening of patient safety culture. **Staffing is adequate**, a unit if it has enough staff to handle excessive workloads, shows that employees work for a longer time than normal for patient care which is an average of 40- 59 hours, many use more than normal / extra power for patient service activities and work as if in a "crisis" situation, trying to act excessively and too quickly. This dimension has the lowest level of reliability in patient safety culture in the Teaching Hospital; **Overall perceptions of patient safety**, shows that the Unit never sacrifices patient safety to complete more work, procedures and systems in the work unit are good in preventing errors. It is only by coincidence that a more serious incident does not occur in the unit and the respondent finds many patient safety problems; Likewise, the dimensions of Hospital Management support for patient safety are considered moderate (80%) which illustrates that hospital management makes a work atmosphere that supports patient safety, hospital management actions show that patient safety is a top priority and sometimes hospital management seems interested in Patient Safety only after Adverse Events; **Teamwork across units**, illustrates that there is good cooperation between units in the hospital needed to complete joint work. The units in the hospital collaborate well to provide the best service for patients. Coordination between units in hospitals was felt by respondents to be good with good and working with staff from other units in the hospital was felt to be unpleasant. Dimensions of **Handoffs and transitions**. describes that if there is a transfer of patients from one unit to another, it is considered not to cause problems related to patient information. While important information regarding patient service when shifting is maintained. Problems are considered often arise in the exchange of information between units in hospitals. Shift shift is not a problem for patients in this hospital. **Frequency of events reported**, indicates that if an error occurs, but it is known and corrected before impacting the patient, this is not often reported. If something goes wrong, but does not have the potential to hurt the patient, this is sometimes reported. And if something goes wrong, which can injure the patient but apparently there is no injury, it is rarely reported. The description of the dimensions of patient safety culture is in line with Kusumapradja's (2015) research that the dimension of Non-punitive Response to Error is the most influential on patient safety culture. Similarly Kartika Yuni (2013) shows that the director's transformational leadership style has involved staff in implementing patient safety culture, especially non-blaming culture and learning culture from incidents, but reporting culture has not gone well. Seven steps for Hospital patient safety have not been fully implemented.

Considering the Teaching Hospital (PP No. 93,2015) as a vehicle to educate prospective general practitioners and specialist doctors, as well as other health workers by other medical / faculty of public or private health, patient safety culture is an important driving factor to improve quality of safe service at the Teaching Hospital. Overview of the implementation of the six patient safety goals that need to be improved based on the results of the study illustrates the first target of identifying patients correctly, according to their highest adherence (95.31%), while the second target is increasing effective communication judged to be poor (82.53%) and the fifth goal is to reduce the risk of infection due to health care rated the lowest compliance (81.6%)

Incident Report; the respondents reported during the last 12 months amounted to 548 (44.08%) said there were no reports. The reported incidence of groups 1 to 2 was 427 (34.35%), while reported incidents in the groups above 3 - 5 and 21 or more reports were 181 (14.71%)

Patient Safety Culture development model; The results of the model tests above show that **first**, the construction of a new conceptual model in building a patient safety culture in a hospital which includes: expectations and actions of supervisor / manager promoting safety, Organizational learning - continuous improvement, teamwork within units, communication openness, feedback on errors, Nonpunitive response to error, Staffing, overall perceptions of patient safety, Management support for patient safety, Teamwork across units, Handoffs and transitions and Frequency of events reported. **Second**, the policy of cultural value of patient safety in teaching hospitals is a positive driving factor for the growth and development of quality and safety of patients in hospitals nationwide.

CONCLUSIONS, LIMITATIONS, IMPLICATIONS

Conclusion, Based on the results of the discussion above, it can be concluded as follows: (1) a description of the reliability level of patient safety culture in seven teaching hospitals (RSUP P., KD hospital, SS RSUD, RSUP WM, RSUD UB, RSUP MDP, RSUP Dr. MHP), which is considered a strong level of reliability are dimensions: Expectations and actions of Supervisor / manager promoting safety and expectations; Organizational learning-continuous improvement; Teamwork within units. While those considered to be less strong are: Feedback and communication about errors; Non-positive response to error, Staffing ; Overall perceptions of patient safety: Management support for patient safety ; Teamwork across units; Handoffs and transitions; Frequency of event reports; (2) The description of the implementation of the six patient safety goals that are assessed as high in implementation is the identification of patients correctly and those considered to be poor are improving effective communication and reducing the risk of infection due to health care. (3) The description of reported incidents of patient safety during the past 12 months is the most not reported group in the last 12 months of 548 (44.08%) and groups 1 to 2 reports of 427 (34.35%). (3) Model test results show that simultaneously patient safety culture and the implementation of six patient safety goals significantly affect unexpected events. And partially, patient safety culture influences the implementation of six patient safety goals. (4) The test results indicate that there is a direction of negative correlation, meaning that the higher the patient safety culture and the implementation of six patient safety goals, the lower the incidence is not expected, and vice versa the lower the Patient Safety Culture and Implementation of the six patient safety goals, the higher the adverse event. (5) The magnitude of the effect of Patient Safety Culture and Implementation of the six goals of safety against adverse event is 1%, the rest is explained by other factors not examined in this study.

Limitations; Based on the above research conclusions, the following suggestions were presented: (1) The results of the model test illustrate that the patient's safety culture influences the implementation of six patient safety goals, so the hospital needs to improve the reliability of patient safety culture. need to strengthen the culture of patient safety which is considered still lacking through training, namely Communication openness; Feedback and communication about error; Nonpunitive response to error, Staffing; Overall perceptions of patient safety; Management support for patient safety; Teamwork across units; Handoffs and transitions; Frequency of event reports; (3) For other researchers, given the magnitude of the influence of patient safety culture and the implementation of the six patient safety goals of 1%, the rest is explained by other factors not examined in this study, it is necessary to conduct further research by considering other variables.

Implications, The study implication resulted in the construction of a new conceptual model that: **first**, to reduce the incidence rate is not expected in teaching hospitals need to improve the reliability of patient safety culture and the implementation of six patient safety goals. **Second**, to improve the patient's safety culture through increasing staffing and strengthening organizational learning on continuous improvement; **third**, to improve the implementation of six patient safety goals, it is necessary to do it through effective communication training between care providers; **fourth**, it is necessary to make a policy on the value of patient safety culture and the implementation of the six goals of patient safety in teaching hospitals as a positive driving factor in improving the quality and safety of patients in hospitals nationally to reduce unexpected incidence.

References

- AHRAQ. (2014). *Hospital Survey on Patient safety Culture : user comparative data based report*. Retrieved from www.ahrq.gov
- Azrul, A. (1996). *Menuju Pelayanan Kesehatan yang Lebih Bermutu, Yayasan Penerbitan IDI, Jakarta, 1996, p.39*. Jakarta: Yayasan Penerbitan IDI.
- Budihardjo, A. (2008). Pentingnya Safety Culture Di Rumah Sakit: Upaya Meminimalkan Adverse Events. *Integritas - Jurnal Manajemen Bisnis, 1*(Mei), 53.
- Devi Nurmalia, Hanny Handiyani, H. P. (2013). Pengaruh Program Mentoring Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien. *Jurnal Manajemen Keperawatan, 1*(2), 79–88.
- 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>
- Kartika, Y. (2013). *Analisis Pengaruh Gaya Kepemimpinan Direktur terhadap Budaya Keselamatan Pasien di RS Hermina Pandanaran*. Universitas Diponegoro.
- Kusumapradja, R. (2017a). Analisis Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Daerah Khusus Ibu Kota Jakarta. *Forum Ilmiah, 14*(2), 211–229.
- Kusumapradja, R. (2017b). Budaya Keselamatan Pasien di Unit Onkologi Rumah Sakit X Jakarta.
- Matsubara, S., Hagihara, A., & Nobutomo, K. (2008). Development of a patient safety climate scale in Japan. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care, 20*(3), 211–220. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn003>
- Peraturan, P. (2015). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 93 Tentang RS Pendidikan.
- Presiden, P. (2009). UU No. 44 tentang Rumah Sakit, 1–65.
- Rakich, J. S. A. B. K. (1996). Problem solving in health services organizations. *Hospital Topics, 74*(2), 21–27. <https://doi.org/10.1080/00185868.1996.11736053>
- Setiowati, Dwi; Allenidekania; Luknis, S. (2013). Kepemimpinan Efektif Head Nurse Meningkatkan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Jurnal Makara Seri Kesehatan, 2*(17), 55–60. <https://doi.org/10.7454/msk.v17i2.xxxx>
- Walshe, Kieran; Boaden, R. (2006). *Patient safety: research into practice*. Open University Press.

MODEL PENGEMBANGAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT PENDIDIKAN

Rokiah Kusumapradja¹, Kemala Rita², Sulis Maryanti³, Nanda Aula Rumana⁴
rokiah.kusumapradja@esaunggul.ac.id
Program Studi Magister Administrasi Rumah sakit, Universitas Esa Unggul, Jakarta
Jalan Arjuna Utara No.9, Kebon Jeruk - Jakarta Barat 11510

ABSTRAK

Latar belakang, masalah implementasi keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan masih belum berjalan dengan baik yang diduga karena budaya keselamatan pasien belum menjadi bagian dari nilai-nilai yang mendasari pemberian asuhan yang berkualitas. **Tujuan penelitian** mengidentifikasi tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien dan mengembangkan model budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan.

Rancangan penelitian bersifat kausalitas-eksplanatoris dengan pengujian hipotesis. Metode pengumpulan data adalah survey menggunakan kuesioner. Sumber data adalah primer. Dimensi waktu adalah *one shot study*. Sampel penelitian adalah petugas pemberi asuhan pasien dan komite mutu keselamatan pasien di tujuh RS Pendidikan Indonesia, menggunakan proporsional stratified random sampling. Unit analisis adalah individu sebesar 1400 responden (respon rate 88%). Analisis data menggunakan *path analysis*.

Hasil penelitian, budaya keselamatan pasien secara keseluruhan menggambarkan dimensi staffing memiliki tingkat kehandalan paling rendah, dan *Organizational learning—continuous improvement* mempunyai tingkat kehandalan paling kuat. Sedangkan, implementasi enam sasaran keselamatan pasien menunjukkan meningkatkan komunikasi efektif memiliki nilai terendah, sedangkan mengidentifikasi pasien dengan benar memiliki nilai tertinggi. Hasil pengujian *path analysis* menunjukkan bahwa secara simultan budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien secara signifikan mempengaruhi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Secara parsial, budaya keselamatan pasien mempengaruhi implementasi enam sasaran keselamatan pasien. Hasil penelitian menunjukkan terdapat arah korelasi negatif, artinya semakin tinggi budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien, maka akan semakin rendah kejadian tidak diharapkan.

Implikasi studi menghasilkan konstruksi model konseptual baru untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan di rumah sakit pendidikan dengan meningkatkan kehandalan budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien; meningkatkan budaya keselamatan pasien melalui peningkatan staffing dan penguatan *Organizational learning-ontinuous improvement*; implementasi enam sasaran keselamatan pasien melalui pelatihan komunikasi efektif antar pemberi asuhan; serta kebijakan nilai budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan sebagai faktor pendorong positif peningkatan kualitas dan keamanan pasien di rumah sakit secara nasional untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan.

Keywords: *safety culture, communication, learning organization, incident report.*

ABSTRACT

Background, the problem of implementing patient safety in teaching hospitals is still not going well, which is suspected because the culture of patient safety has not become part of the values that underlie the provision of quality care. **The research** objective to identifies the level of reliability of patient safety culture and develops a culture model for patient safety in teaching hospitals.

The research design is causality-explanatory by testing hypotheses. Data collection method is a survey using a questionnaire. Data sources are primary and secondary. The time dimension is one shot study. The research sample was the patient care provider and the patient safety quality committee at seven teaching hospitals in Indonesia, with samples were selected using proportionate stratified

random sampling. The unit of analysis is the individual with a number of 1400 (88% response rate) . Data analysis uses path analysis.

The results of the study, the overall patient safety culture illustrates the staffing dimension has the lowest level of reliability, and Organizational learning - continuous improvement has the strongest level of reliability. Whereas, the implementation of six patient safety goals shows that improving effective communication has the lowest value, while identifying patients correctly has the highest value. Path analysis results show that simultaneous patient safety culture and implementation of six patient safety goals significantly affect adverse events. Partially, patient safety culture influences the implementation of six patient safety goals. The results showed that there was a negative correlation direction, meaning that the higher the patient safety culture and the implementation of the six patient safety goals, the lower the adverse event would be.

Study implications result in the construction of a new conceptual model to reduce adverse event in teaching hospitals by increasing the reliability of patient safety culture and implementing six patient safety goals; improve patient safety culture through increasing staffing and strengthening organizational learning and continuous improvement; implementation of six patient safety goals through effective communication training between care givers; as well as the policy on cultural values of patient safety and the implementation of six patient safety goals in teaching hospitals as a positive driving factor for improving the quality and safety of patients in hospitals in Indonesia to reduce adverse event.

Keywords: safety culture, communication, learning organization, incident report.

PENDAHULUAN

Konsep Patient center Care (PCC) merupakan paradigma baru dalam pelayanan kesehatan kepada pasien, dimana pemberian pelayanan berfokus kepada pasien, yang intinya adalah pelayanan kesehatan yang diberikan harus berkualitas dan aman (safety) dengan memperhatikan kebutuhan dan nilai- nilai pasien. Dalam pemberian pelayanan kesehatan tersebut terbina *interprofessional collaboration* yang efektif dimana pengambilan keputusan tentang pasien dilakukan bersama-sama antar disiplin ilmu, sehingga penanganan pasien dilaksanakan secara komprehensif dan holistik serta integratif serta berkesinambungan yang melibatkan semua tenaga kesehatan termasuk profesi kesehatan lainnya dengan dilandasi komunikasi yang jujur, terbuka, terpercaya , sehingga terbentuk budaya keselamatan pasien.

Rakich (Rakich, 1996) mengemukakan bahwa: dalam kenyataannya, suatu organisasi pelayanan kesehatan mempunyai suatu budaya yang sangat berbeda dari organisasi bisnis, karena mereka memberikan pelayanan yang uniq dalam masyarakat dan secara alamiah mereka berhubungan dengan kemanusiaan. Pimpinan Organisasi pelayanan kesehatan pengelola RS dalam konteks yang khusus yaitu budaya pelayanan kesehatan. laporan *Institute of Medicine (IOM)* di Amerika daerah Utah dan Colorado ditemukan Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) sebesar 2,9% dimana 6,6% meninggal dunia, sedangkan di New York sebesar 3,7% angka kejadian tidak diinginkan dengan angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat kejadian yang tidak diharapkan di bagian rawat inap di seluruh Amerika tahun 1999 berkisar 44.000-98.000 pertahunnya akibat dari kesalahan medis (*medical error*). Dari publikasi WHO tahun 2004 yang mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai negara: Amerika, Inggris, Denmark dan Australia ditemukan KTD dengan rentang 3,2-16,6%. Data di Indonesia yang dilaporkan KKPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit) pada tahun 2007 bahwa terdapat insiden keselamatan pasien sebanyak 145 insiden yang terdiri dari KTD 46%, KNC 48% dan lain-lain 6% dan lokasi kejadian tersebut berdasarkan provinsi ditemukan DKI Jakarta menduduki urutan tertinggi yaitu 37,9% diikuti Jawa Tengah 15,9%, DI Yogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa barat 2,8%, Bali 1,4%, Sulawesi Selatan 0,69%, dan Aceh 0,68%.

Pelaksanaan keselamatan pasien di RS pendidikan masih banyak ditemukan keluhan

terhadap mutu pelayanan medis/ kesehatan dan keamanan tindakan yang kurang memuaskan pelanggan atau kurang memenuhi standar pelayanan. Berbagai tuntutan pasien banyak dilyangkan kepada rumah sakit akibat kurang amannya keselamatan tindakan yang sangat terkait dengan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*). Hal ini terkait situasi di rumah sakit dimana terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *adverse event*.

Pengukuran budaya Keselamatan Pasien, dapat diukur melalui pengukuran elemen kedua dari model budaya organisasi (Schein, 1999), yaitu *espoused values* (nilai-nilai pendukung), yang mencakup kepercayaan, nilai-nilai, persepsi dan sikap/*attitude* yang berlaku dalam organisasi. Nilai-nilai pendukung ini dianggap lebih mudah diukur, dikenal sebagai iklim organisasi, yang dapat mendiagnosis budaya, sebagai *preceding culture* dan *culture in making*. Model dari (Halligan & Zecevic, 2011) menjelaskan bagaimana mekanisme bentuk-bentuk iklim keselamatan (yang digunakan untuk mengukur budaya keselamatan), yang didefinisikan sebagai persepsi terhadap Kejadian Tidak Diharapkan/*Adverse Event* pada pasien dan pekerja, diukur pada tingkat unit kerja dan organisasi. Walshe (2005) dikemukakan bahwa *Characteristics of a positive safety culture*, meliputi : *communication founded on mutual trust and openness; good information flow and processing; shared perceptions of the importance of safety; recognition of the inevitability of error; confidence in the efficacy of preventative (safety) measures; proactive identification of latent threats to safety; organizational learning; committed leadership and executive responsibility; a “no blame”, non punitive approach to incident reporting and analysis.* **Agency of Health Care Research and Quality** (AHRAQ, 2014) dalam menilai budaya keselamatan pasien di rumah sakit terdapat 12 (dua belas) dimensi yang perlu diperhatikan, yaitu : *Supervisor/manager expectations and actions promoting safety; Organizational learning—continuous improvement; Teamwork within units, Communication openness), Feedback and communication about error, Nonpunitive response to error, Staffing, Management support for patient safety, Teamwork across units, Handoffs and transitions; Overall perceptions of patient safety, Frequency of events reported;* Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Matsubara (Matsubara, Hagihara, & Nobutomo, 2008) , dan Singer et al. (2009) dan penelitian lainnya juga mengukur budaya Keselamatan Pasien melalui pengukuran terhadap iklim Keselamatan Pasien di tingkat interpersonal, unit kerja serta organisasi.

Hasil kajian awal ditemukan bahwa Pelaksanaan pelayanan kesehatan di rumah sakit pendidikan masih banyak dikeluhkan terhadap mutu pelayanan medis/ kesehatan dan dirasakan pasien bahwa keamanan tindakan yang kurang memuaskan pelanggan atau kurang memenuhi standar pelayanan. Berbagai tuntutan pasien banyak dilyangkan kepada rumah sakit akibat kurang amannya keselamatan tindakan yang sangat terkait dengan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*).

Mengingat keselamatan pasien sudah menjadi tuntutan masyarakat dan profesi, maka perlu pengembangan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*) yang akan menjadi landasan nilai bagi perilaku semua petugas di RS pendidikan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan aman bagi semua pihak. Tujuan penelitian ini **Secara umum** menyusun konstruksi model budaya baru keselamatan pasien , melalui , **pertama** adalah kontruksi profil budaya dan tingkat kehandalan faktor determinan budaya keselamatan pasien, berupa : Teridentifikasinya profil budaya keselamatan pasien di 7 (tujuh) rumah sakit pendidikan yang meliputi aspek: harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/ manager expectations and actions promoting safety*), organisasi pembelajar dan peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning and continuous improvement*),

kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*), keterbukaan komunikasi (*Communication openness*), umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*), respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), staf yang adekuat (*Staffing*), persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*), dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*), penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) dan frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*), **kedua**, Konstruksi model konseptual baru dalam membangun budaya keselamatan pasien di RS Pendidikan berdasarkan hasil analisis dimensi tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien yang bagaimana pengaruhnya terhadap implementasi enam sasaran keselamatan pasien dan terhadap penurunan angka Kejadian Tidak Diharapkan di tujuh rumah sakit Pendidikan di Indonesia yang akan menjadi faktor pendorong positif bagi pertumbuhan dan perkembangan kualitas dan keamanan/keselamatan pasien di rumah sakit secara nasional. **Manfaat penelitian**, hasil penelitian menghasilkan konstruksi model konseptual baru untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan di rumah sakit pendidikan dengan meningkatkan kehandalan budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien; meningkatkan budaya keselamatan pasien melalui peningkatan staffing dan penguatan *Organizational learning-ontinuous improvement*; implementasi enam sasaran keselamatan pasien melalui pelatihan komunikasi efektif antar pemberi asuhan; serta kebijakan nilai budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan sebagai faktor pendorong positif peningkatan kualitas dan keamanan pasien di rumah sakit secara nasional untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini dilaksanakan di 7 (tujuh) rumah sakit Pendidikan yang lokasinya di Jakarta, Surabaya, Sulawesi Selatan, Kalimantan Selatan, Sumatera Barat, dan Sumatera Selatan. Penelitian dilaksanakan sejak bulan Mei sampai dengan Bulan September 2018. Rancangan penelitian merupakan penelitian kausalitas-eksplanatori (*explanatory research*), karena penelitian ini berusaha memberikan penjelasan pengaruh antar variabel melalui pengujian hipotesis, dan dirancang untuk mengidentifikasi hubungan sebab akibat antar variabel yang diteliti. Hubungan kausal yang diteliti dalam penelitian ini adalah pengaruh budaya keselamatan pasien yang meliputi harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/ manager expectations and actions promoting safety*), organisasi pembelajar dan peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning and continuous improvement*), kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*), keterbukaan komunikasi (*Communication openness*), umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*), respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), staf yang adekuat (*Staffing*), persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*), dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*), penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) dan frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*) dan implementasi 6 (enam) sasaran keselamatan pasien terhadap Penurunan angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD / Adverse event). Selain itu juga mengukur tingkat kehandalan dua belas (12) Budaya Keselamatan pasien. Metode pengumpulan data adalah survey dan untuk mendapat data yang lebih mendalam juga dilakukan Focus Group Discussion (FGD). Jenis data berbentuk primer dan sekunder. Dimensi waktu adalah *one shot study*. Unit analisis adalah organisasi rumah sakit pendidikan. Analisis data menggunakan *path analysis* yang menghasilkan suatu model sebagai representasi dari teori.

Populasi, Sampel, dan Penarikan Sampel, besar ukuran sampel menurut Hair *et al.* (1998) adalah 5 – 10 x jumlah indikator atau menurut Ferdinand (2002) dengan estimasi *maximum likelihood estimation* (MLE) diantara 100 - 200. Sampel yang dibutuhkan sebesar 200 orang Petugas Pemberi Asuhan (Medis, Perawat/ Bidan, Penunjang Medis) per rumah sakit.

Pemilihan sample tahap pertama menggunakan *purposive sampling* untuk delapan RS dari yang mewakili Indonesia Bagian Timur (Makasar, Surabaya), Indonesia bagian tengah (Banjarmasin), dan Indonesia bagian Barat (Jakarta, Padang, Palembang) dan tahap kedua di masing- masing rumah sakit menggunakan *proportional stratified random sampling*. Untuk pelaksanaan Focus Group Discussion (FGD) di masing- masing RS akan diambil sampel perwakilan dari Petugas Pemberi Asuhan sebanyak 10 orang / kelompok para manajer pelayanan (medis, perawat, penunjang medis).

Metode Pengumpulan Data survey melalui quisioner kepada Petugas Pemberi Asuhan di RS dan daftar pertanyaan (wawancara mendalam) kepada Ketua Pogram Mutu dan Keselamatan pasien RS. Data yang digunakan adalah data primer berupa informasi yang dikumpulkan melalui quisioner dan wawancara mendalam (FGD), serta data sekunder dengan melihat laporan pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien ..

Metode analisis data, teknik pengujian menggunakan analisis deskriptif kualitatif dan kuantitatif untuk mengetahui profil dan tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien. Data dianalisis dengan menggunakan SPSS versi 16 dan *path analysis*. Pendekatan teknik analisis ini merupakan pendekatan yang terintegrasi antara analisis faktor, model struktural, dan analisis jalur. Ketiga kegiatan tersebut dapat dilakukan secara serempak, yaitu: pemeriksaan validitas dan reliabilitas instrumen (menggunakan instrumen AHRAQ) yang setara dengan analisis faktor konfirmatori, pengujian model hubungan antara variabel laten yang setara dengan analisis jalur.

HASIL

Karakteristik Rumah sakit, menggambarkan bahwa hampir semua 6 RS (86%) adalah rumah sakit kelas A dan hanya 1 RS (14%) kelas B. Berdasarkan kepemilikan 5 (72%) RS kepunyaan Pemerintah Pusat dan 2 RS (28%) adalah milik Pemerintah Daerah.

Tabel 1

Distribusi Responden berdasarkan Rumah sakit Pendidikan, Populasi, Sample

No.	Nama Rumah sakit Pendidikan	Lokasi	Jumlah Populasi	Jumlah sample	Respon rate	Tanggal pelaksanaan
1.	RSUP P.	Jakarta	1.425	200	170 (85,0%)	5-6 Juni 2018
2.	RSUP KD	Jakarta	861	200	177(89,0 %)	7-8 Juni 2018
3.	RSUP WM	Sulawesi selatan	2.131	200	172 (86,0 %)	26-29 Mei 2018
4.	RSUD SS	Jawa Timur	1.065	200	191(96,0 %)	18 dan 20 Agustus 2018
5.	RSUD UB	Kalimantan Selatan	1.024	200	180 (90,0%)	30-31 Mei 2018
6.	RSUP MDP	Sumatra Barat	1.703	200	168 (84,0%)	15-17 Agustus 2018
7.	RSUP MHP	Sumatera Selatan	1.693	200	173(87,0%)	24-25 Agustus 2018
Jumlah			9.902	1.400	1.231(88,0%)	

Tabel 1 menggambarkan Populasi responden yang merupakan Petugas Pemberi asuhan (PPA) meliputi tenaga Medis (dr umum, dr spesialis, drg) , Perawat/ bidan dan tenaga kesehatan lainnya (kefarmasian, Gizi, Fisioterafis, Radiografer, Laboran/ analisis) berjumlah 9.902 orang. Sample penelitian berjumlah 1400 orang dengan respon rate sebesar 1.231 (88,78%). Pelaksanaan penelitian dimulai bulan Mei 2018 sampai dengan Agustus 2018.

Tabel 2

Kinerja Rumah sakit Berdasarkan Jumlah TT, BOR,ALOS,TOI,BTO

No.	RUMAH SAKIT	JUMLAH TT	BOR	ALOS (hari)	TOI (hari)	BTO
1	RSUP P	585	67%	6	2	36
2	RS KD	402	69,11%	7,2	3	32
3	RSUD SS	1514	80,31 %	6	3	32
4	RSUD UB	600	84,85 %	5,1	2,3	53
5	RSUP MDP	800	68,54%	6	3	32
6	RSUP WM	876	77,94%	6,71	2	31
7	RSUP MHP	1071	71,89%	7,76	3,15	32,58

Sumber : Profil kinerja RS Pendidikan 2018

Tabel 2. menunjukkan bahwa jumlah Tempat Tidur (TT) bervariasi antara 402 TT (RS KD Jakarta) sampai dengan 1.514 TT (RSUD SS). Bed Occupancy Rate (BOR) yaitu pemanfaatan tempat tidur bervariasi antara 67% sampai dengan 84,85 % dinilai kurang efisien, namun menggambarkan bahwa pasien yang datang adalah merupakan rujukan yang menunjukkan kinerja sebagai fungsi rumah sakit pusat rujukan nasional yang hanya menerima pasien-pasien dengan diagnosa yang kompleks. Hal ini sejalan dengan angka Average Length of Stay (ALOS) menggambarkan lama hari rawat yang bervariasi antara 5 hari sampai dengan 7,76 hari. Turn Over Interval (TOI) yaitu Pergantian pasien per tempat tidur berkisar antara 2 sampai dengan 3,15 hari. Sedangkan BTO menggambarkan bahwa 1 (satu) TT diisi antara 31 sampai dengan 53 pasien per tahun

Karakteristik Responden

Gambaran karakteristik responden seperti pada tabel 3 di bawah ini, Umur responden sebesar 44,40 % adalah berumur 25 - 34 tahun ; Berdasarkan jenis kelamin responden terbanyak adalah perempuan sebesar 77,5% dan laki-laki 22,5 %. Menurut Pendidikan responden berpendidikan S1 dan D3 sebesar 84% dan berpendidikan S2 Sebesar 156 (13%) ; Unit kerja Resonden terbanyak pada kelompok unit rawat inap sebesar 413 (33,22%), rawat jalan sebesar 158 (12,711 %) dan yang terendah adalah unit lain-lain /Psikiatri sebesar 7 (0,5%); Lama bekerja Responden di unit kerja yang bersangkutan terbanyak pada kelompok 1 hingga 10 tahun sebesar 692 (58,06 %), dan kelompok 16-20 tahun sebesar 81 (6,51%); Lama bekerja Responden di rumah sakit terbanyak antara 1 sd 10 tahun (48%) dengan rincian pada kelompok 1 hingga 5 tahun sebesar 323 (25,98%), kelompok 6-10 tahun sebesar 296 (23,81%) dan yang kurang dari 1 tahun sebesar 103 (8,28%). Lama bekerja dalam seminggu terbanyak pada kelompok 40 hingga 59 jam sebesar 830 (66,77%) dan kelompok 20- 39 sebesar 250 (20,11%) ; Responden berdasarkan profesi terbanyak adalah Perawat Ners sebesar 472 (37,97%), Perawat Vokasi sebesar 305 (24,53%), dokter spesialis / lainnya sebesar 175 (14,08) , dokter residen sebesar 59 (4,75); Lama bekerja sesuai profesi saat ini pada kelompok 1 - 5 tahun sebanyak 394 (31,69%) , kelompok 6-10 tahun sebesar 321 (25,82%), kelompok kurang dari 1 tahun sebesar 66 (5,31%) ; Posisi tugas Responden saat ini 1123 orang (91 %) berhubungan dengan pasien dan 108 (9%) menyatakan tidak berhubungan langsung dengan pasien.

Tabel 3
Distribusi Karakteristik Responden
 Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Pendidikan , Unit Kerja Utama, Lama Bekerja di RS,
 Lama Bekerja di Unit, Jenis Profesi

Karakteristik Responden	Jumlah Responden	Persentase
• Jenis Kelamina		
Perempuan	954	77,5
Laki-laki	277	22,5
• Kelompok Umur		
20- 34 tahun	615	49,5
35- 44 tahun	326	26,3
45- 54 tahun	248	20,0
55- 64 tahun	52	0,42
• Pendidikan Terakhir		
D3	561	46
S1/D4	514	41
S2/ Spesialis	156	13
• Unit Kerja Utama		
Rawat Inap	413	33,5
Rawat Jalan dan Unit Khusus	158	12,8
Bedah	80	6,6
Non Bedah	70	5,7
Gawat Darurat	75	6
Perawatan Intensif	64	5,3
Obstreti dan Gynekologi , Pediatri	53	4,3
Anestesi	11	0,9
Penunjang (Farmasi, Laboratorium, Radiologi, Fisioterapi)	172	13,9
Lainnya	135	11
• Lama Bekerja di RS		
< 1 tahun	102	8,3
1- 10 tahun	618	50,2
11- 20 tahun	281	22,8
➤ 21tahun	230	18,7
• Lama Bekerja di Unit Kerja		
< 1 tahun	140	11,4
1- 10 tahun	792	64,3
11- 20 tahun	199	16,2
➤ 21tahun	100	8,1
• Lama Jam Kerja per minggu		
< 20 jam	24	2,0
20 - 39 jam	250	20,3
40- 59 jam	830	67,4
➤ 60 jam	127	10,3

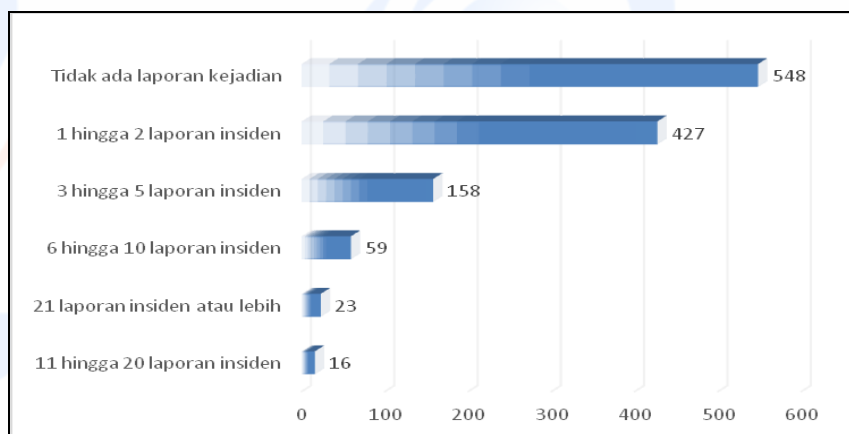
• Profesi Responden		
Ners	472	38,3
Perawat Vokasi	305	24,8
Dr Spesialis	175	14,2
Dokter umum dan Dr Residen	97	7,9
Dietisien	43	3,5
Apoteker, asisten apoteker	51	4,1
Analisis, Radiografer, fisioterapis, dll	88	7,2
• Lama bekerja sesuai Profesi		
< 1 tahun	66	5,4
1- 10 tahun	715	58,1
11- 20 tahun	289	23,5
➤ 21 tahun	161	13,0
• Posisi Tugas		
Berhubungan langsung dengan pasien	1123	91
Tidak berhubungan langsung dengan pasien	108	9

Ukuran Output Keselamatan pasien

Berdasarkan persepsi Responden tentang tingkat keselamatan pasien menggambarkan bahwa sebesar 660 (53,6%) menilai sangat baik (*very good*), dapat diterima (*acceptable*) sebesar 410 (33,3 %) dan dinilai luar biasa (*excellent*) sebesar 149 (12,1%).

Persepsi tentang tingkat keselamatan pasien	n	%
buruk (Poor)	12	1,0
Menilai sangat baik (<i>very good</i>),	660	53,6
Dapat diterima (<i>acceptable</i>)	410	33,4
dinilai luar biasa (<i>excellent</i>)	149	12,1

• Jumlah Kejadian Yang Dilaporkan



Sumber : Hasil Pengolahan Data Penelitian 2018

Grafik 1. Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Kejadian Tidak Diharapkan Yang Dilaporkan selama 12 Bulan Terakhir

Grafik 1 menunjukkan bahwa kelompok tidak ada laporan selama 12 bulan terakhir sebesar 548 (44,08%) , kelompok 1 sampai dengan 2 laporan sebesar 427 (34,35%) , kelompok 3 sampai dengan 5 laporan sebesar 158 (12,71 %), kelompok kejadian 21 atau lebih dalam 12 bulan terakhir sebesar 23 (1,8%).

Gambaran Keandalan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pendidikan

Tabel 4

Tingkat Keandalan Budaya Keselamatan pasien berdasarkan Dimensi

No	Indikator Budaya Keselamatan Pasien	Jumlah Sample	Respon Negatif	Netral	Respon Positif	TOTAL Respon	Tingkat Keandalan
1	Harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (<i>Supervisor/manager expectations and actions promoting safety</i>)	1231	556	478	3890	4924	79%/75% Kuat
2	organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (<i>Organizational learning—continuous improvement</i>)	1231	197	230	3266	3693	88%/76% Kuat
3	Kerjasama Tim dalam Unit (<i>Teamwork within units</i>)	1231	472	327	4125	4924	84%/83% Kuat
4	Keterbukaan Komunikasi (<i>Communication openness</i>)	1231	665	712	2316	3693	63%/72% Kurang kuat
5	Umpan balik terhadap error (<i>Feedback and communication about error</i>)	1231	496	740	2457	3693	67%/78% Kurang kuat
6	respon tidak menyalahkan (<i>Nonpunitive response to error</i>)	1231	993	674	2026	3693	55%/79% Kurang kuat
7	staf yang adekuat (<i>Staffing</i>)	1231	1937	869	2118	4924	43%/63% Kurang kuat
8	dukungan manajemen rumah sakit (<i>Management support for patient safety</i>)	1231	382	343	2968	3693	80%/83% sedang
9	kerjasama tim antar unit (<i>Teamwork across units</i>)	1231	434	585	3905	4924	79%/80% Sedang
10	penyerahan dan pemindahan pasien (<i>Handoffs and transitions</i>)	1231	744	733	3447	4924	70%/ 80% Kurang kuat
11	persepsi secara keseluruhan (<i>Overall perceptions of patient safety</i>)	1231	1011	675	3238	4924	66%/74% Kurang kuat

12	frekuensi pelaporan kejadian (<i>Frequency of events reported</i>)	1231	800	975	1918	3693	52%/ 84% Kurang kuat
----	--	------	-----	-----	------	------	-------------------------

Gambaran tingkat Kehandalan budaya keselamatan pasien yang dinilai kuat adalah Harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/manager expectations and actions promoting safety*) respon positif sebesar 79% yang lebih kuat dibandingkan tingkat kehandalan 75%. Dimensi organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning—continuous improvement*) dengan nilai respon positif 88% lebih tinggi dari nilai kehandalan sebesar 76%. Sedangkan *Kerjasama Tim dalam Unit (Teamwork within units)* mempunyai respon positif sebesar 83% sedikit lebih tinggi dari nilai standar kehandalan sebesar 82%. Adapun Dimensi yang mempunyai **tingkat kehandalan sedang dan kurang kuat** adalah *Keterbukaan Komunikasi (Communication openness)* 63%/72%, *Umpan balik terhadap error (Feedback and communication about error)* sebesar 67%/78%; respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*) sebesar 55%/78%; staf yang adekuat (*Staffing*) sebesar 43%/63%; dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) sebesar 80%/83%; kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*) sebesar 79%/80%; penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) sebesar 70%/80%; persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*) sebesar 66%/ 74%; frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*) sebesar 52%/84%.

Gambaran Capaian implementasi 6 (enam) sasaran keselamatan pasien di tujuh RS Pendidikan

Tabel 5
Capaian Implementasi 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah sakit

No	RUMAH SAKIT	Mengidentifikasi pasien dengan benar	Meningkatkan komunikasi yang efektif	Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai	Memastikan lokasi, Prosedur pembedahan, pada pasien yang benar	Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan	Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.
1	RSUP P.	92.0 %	88%	87%	92,5 %	88,9 %	93 %
2	RS KD	99,3%	80,4%	91,6 %	100%	75%	99,1%
3	RSUD SS	94,2%	86,2%	89,2%	91,7 5	85,2%	88%
4	RSUD UB	100%	50 %	100%	60 %	50 %	70%
5	RSUP MDP	94.1%	96,2 %	86,1%	92,7%	86,2 %	87%
6	RSUP WM	92.3%	88,9%	86,9%	93,5%	88,4%	91%
7	RSUP MHP	95%	89,5%	99.4%	99,6%	99,5%	99,24%
	Rata - rata	95,25 %	82,53%	91.51	89.87	81.69	89.51

Sumber : Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RS 2017

Tabel 5. Menunjukkan bahwa Capaian Implementasi 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah sakit yang paling tinggi adalah mengidentifikasi pasien dengan benar dengan rata - rata sebesar 95,25% dan yang paling rendah adalah meningkatkan komunikasi efektif sebesar rata - rata 82.53 % dan Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan sebesar 81,69%.

Uji Model, Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap Kejadian tidak diharapkan (KTD), menggambarkan Uji model menunjukkan bahwa secara keseluruhan model signifikan/saling mempengaruhi dilihat dari nilai signifikansi < 0,05 (5%). Artinya bahwa secara simultan budaya keselamatan pasien dan

implementasi enam sasaran keselamatan pasien secara signifikan mempengaruhi kejadian tidak diharapkan.

Uji Model	F	Sig.
Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD	7.47	0.001

Budaya Keselamatan Pasien terhadap Implementasi enam sasaran keselamatan

Uji Model	F	Sig.
Budaya Keselamatan Pasien terhadap Implementasi enam sasaran keselamatan	13.58	0.0002

Uji model menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien terbukti signifikan mempengaruhi implementasi enam sasaran keselamatan dengan nilai pvalue (Sig.) < 0,05 (5%). Secara parsial, budaya keselamatan pasien mempengaruhi implementasi enam sasaran keselamatan pasien

Besarnya Pengaruh, budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD

Besarnya Pengaruh/korelasi	R Square	Adjusted R Square	error
Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD	0.012	0.010	1.076

Besarnya pengaruh dapat dilihat dari nilai Adjusted R Square, hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai Adjusted R Square sebesar 0,010 atau 1%. Artinya pengaruh Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD sebesar 1%, sisanya dijelaskan oleh 124actor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Arah korelasi pada penelitian ini 124factor124e, Hasil uji menunjukkan terdapat arah korelasi negatif, artinya semakin tinggi budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien, maka akan semakin rendah kejadian tidak diharapkan, begitupun sebaliknya semakin rendah Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan, maka akan semakin tinggi kejadian tidak diharapkan (KTD).

Budaya Keselamatan Pasien terhadap Implementasi enam sasaran keselamatan

Besarnya Pengaruh/korelasi	R Square	Adjusted R Square	Error
Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD	0.0109	0.0101	7.302

Besarnya pengaruh dapat dilihat dari nilai R Square, hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai R Square sebesar 0,0109 atau 1%. Artinya pengaruh Budaya Keselamatan Pasien terhadap Implementasi enam sasaran keselamatan sebesar 1%, sisanya dijelaskan oleh 125factor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Arah korelasi pada penelitian ini positif, artinya semakin tinggi Budaya Keselamatan Pasien, maka akan semakin tinggi Implementasi enam sasaran keselamatan pasien. Begitu juga sebaliknya semakin rendah Budaya Keselamatan Pasien, maka akan semakin rendah Implementasi enam sasaran keselamatan.

Persamaan Garis; Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap Kejadian tidak Diharapkan (KTD)

$$\text{KTD} = 0.197 + 0.179 \text{ budaya keselamatan pasien} + 0.012 \text{ implementasi enam sasaran keselamatan} + 1.076$$

Budaya Keselamatan Pasien terhadap Implementasi enam sasaran keselamatan

$$\text{Implementasi Enam Sasaran Keselamatan} = 81.473 + 1.856 \text{ Budaya keselamatan pasien} + 7.302$$

PEMBAHASAN

Budaya organisasi yang positif adalah salah satu strategi untuk mencapai keberhasilan masa depan dalam membangun Sumber Daya Manusia (SDM) dan organisasi melalui pelatihan alami. Pelatihan alami tersebut, yaitu melalui proses panjang yang secara terus menerus disempurnakan sesuai dengan tuntutan dan kemampuan SDM itu sendiri, serta sesuai dengan prinsip/ pedoman organisasi yang diakui. Tanpa ada pedoman maka manajemen akan mengalami banyak perilaku yang menyimpang yang akan menimbulkan pemborosan dan kerugian. Para ahli meyakini bahwa kekuatan nilai-nilai yang tersembunyi yang diyakini oleh anggota organisasi merupakan kekuatan atau kemampuan untuk menyempurnakan atau memperbaiki semua aspek pelayanan, yang akan bermuara pada pemberian pelayanan berkualitas dan aman (safety). Pelayanan berkualitas tersebut akan tergambar dari perilaku SDM melalui nilai-nilai luhur dan etika pelayanan yang berorientasi pada kepuasan konsumen dan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Nilai-nilai tersebut berdampak positif pada pewujudan pemberian kepuasan kepada konsumen, sumber daya manusia yang produktif dan berkomitmen, serta mampu memberikan hasil (*financial returns*) yang memuaskan.

Hasil penelitian di atas menggambarkan bahwa : (1) Karakteristik Rumah sakit Penelitian melibatkan rumah sakit pendidikan di Indonesia yang berjumlah 47 RS (2017). Penelitian dilaksanakan di tujuh rumah sakit Pendidikan yang mewakili wilayah Indonesia Bagian timur (RSUP WM), Indonesia bagian Tengah (RSUD UB) dan Indonesia Bagian Barat (RSUD SS, RSUP P, RS KD, RSUP MDP, RSUP MHP) yang merupakan RS kelas A sebanyak 6 (85,71%) dan RS Kelas B sebanyak 1(14,29%); Sampel penelitian adalah Petugas Pemberi Asuhan (PPA) pasien yang terdiri dari tenaga Medis, Keperawatan/ bidan dan Tenaga Kesehatan lainnya, serta komite mutu keselamatan pasien. Unit analisis adalah individu. Jumlah populasi penelitian di tujuh RS sebesar 9.902 orang, jumlah sample sebesar 1400 orang dengan respon rate sebesar 1231 (88%). Jumlah Karyawan bervariasi antara 1.305 sampai 4.347 orang. Jumlah tempat tidur (TT) di RS antara 402 TT sampai dengan 1514 TT dengan BOR antara 67% sampai dengan 84,85%, angka Average Length of Stay (ALOS) menggambarkan lama hari rawat yang bervariasi antara 5 hari sampai dengan 7,76 hari. Turn Over Interval (TOI) yaitu Pergantian pasien per tempat tidur berkisar antara 2 sampai

dengan 3,15 hari. Sedangkan BTO menggambarkan bahwa 1 (satu) TT diisi antara 31 sampai dengan 53 pasien per tahun; (2) Karakteristik Responden berdasarkan Umur responden sebesar 44,40 % adalah berumur 25 - 34 tahun atau usia produktif ; Pendidikan responden berpendidikan S1 dan D3 sebesar 84% dan berpendidikan S2 sebesar 156 (13%); Unit kerja Responden terbanyak pada kelompok unit rawat inap sebesar 413 (33,22%), rawat jalan sebesar 158 (12,711 %) dan yang terendah adalah unit Psikiatri sebesar 7 (0,5%); Lama bekerja Responden di unit kerja yang bersangkutan terbanyak pada kelompok 1 hingga 5 tahun sebesar 493 (39,66%), kelompok 6-10 tahun sebesar 299 (18,49%) dan kelompok 16-20 tahun sebesar 81 (6,51%); Lama bekerja Responden di rumah sakit terbanyak antara 1 sd 10 tahun (48%) dengan rincian pada kelompok 1 hingga 5 tahun sebesar 323 (25,98%), kelompok 6-10 tahun sebesar 296 (23,81%) dan yang kurang dari 1 tahun sebesar 103 (8,28%). Lama bekerja dalam seminggu terbanyak pada kelompok 40 hingga 59 jam sebesar 830 (66,77%) dan kelompok 20- 39 sebesar 250 (20,11%) ; Responden berdasarkan profesi terbanyak adalah Perawat terregistrasi sebesar 472 (37,97%), Perawat Vokasi sebesar 305 (24,53%), dokter spesialis / lainnya sebesar 175 (14,08) , dokter residen sebesar 59 (4,75); Lama bekerja sesuai profesi saat ini pada kelompok 1 - 5 tahun sebanyak 394 (31,69%) , kelompok 6-10 tahun sebesar 321 (25,82%), kelompok kurang dari 1 tahun 66 (5,31%) ; Posisi tugas Responden saat ini 1123 orang (91 %) berhubungan dengan pasien dan 108 (9%) menyatakan tidak berhubungan langsung dengan pasien; Berdasarkan jenis kelamin responden terbanyak adalah perempuan sebesar 77,5% dan laki- laki 22,5 %. Persepsi responden tentang tingkat keselamatan pasien sebesar 660 (53,6%) menilai sangat baik (*very good*), dapat diterima (*acceptable*) sebesar 410 (33,3 %) dan dinilai luar biasa (*excellent*) sebesar 149 (12,1%). Data tersebut menggambarkan bahwa hanya 65% responden yang menilai tingkat keselamatan pasien baik. Laporan insiden yang pernah dilaporkan selama 12 bulan terakhir sebesar 548 (44,08%) menyatakan tidak ada laporan , kelompok 1 sampai dengan 2 laporan sebesar 427 (34,35%) , kelompok di atas 3 -5 sd 21 laporan sebesar 181 (14,71 %). Hal ini menunjukkan bahwa budaya melapor masih belum baik, selaras dengan gambaran komunikasi terbuka yang kurang kuat.

Dimensi Budaya Keselamatan pasien yang **tingkat kehandalannya kuat**; Hasil Penelitian tentang tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien yang menggambarkan sebagai berikut : Harapan dan tindakan supervisor/ manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/ manager expectations and actions promoting safety* dinilai kuat dengan tingkat kehandalan sebesar 79%, yang menunjukkan bahwa Manajer/ supervisor telah memberi pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai prosedur keselamatan pasien yang berlaku. Manajer/supervisor dengan serius mempertimbangkan masukan staf untuk meningkatkan keselamatan pasien. Bila beban kerja tinggi, manajer/supervisor kadang meminta staf bekerja cepat meski dengan mengambil jalan pintas. Manajer/supervisor kami selalu mengabaikan masalah Keselamatan Pasien yang terjadi berulang kali di unit kami. Dukungan Manajer menjadi sangat penting karena merupakan kunci keberhasilan pelayanan yang mengutamakan keselamatan pasien dengan memberikan arahan, pujian bila bekerja sesuai prosedur. Manajer mendengarkan masukan dari bawahan agar terjadi perbaikan terus menerus; Organisasi pembelajaran - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning- continuous improvement*) dinilai kuat dengan tingkat kehandalan sebesar 88%. Hal ini menggambarkan bahwa di unit kerja melakukan kegiatan untuk meningkatkan keselamatan pasien, apabila ada kesalahan yang terjadi dapat digunakan untuk membuat perubahan kearah yang positif, serta apabila terjadi kesalahan dilakukan evaluasi dan melakukan perubahan-perubahan untuk meningkatkan Keselamatan Pasien; Kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*) dinilai kuat dengan tingkat kehandalan sebesar 84 % , menggambarkan di unit saling mendukung, saling menghormati dan saling membantu bila ada pekerjaan yang harus

dilakukan dalam waktu cepat. Bila salah satu area di unit kami sangat sibuk, maka area lain dari unit kami akan membantu. Hal ini mejadi kekuatan dan perlu dipupuk dalam mejalankan asuhan berkualitas dan aman (safety).

Hal ini sejalan dengan penelitian AHRAQ (2014) pada 621 rumah sakit bahwa **dimensi harapan dan tindakan supervisor/ manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien** (*Supervisor/ manager expectations and actions promoting safety*), Organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning-continuous improvement*) dan Kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*) dinilai kuat yang perlu dijaga dan dipertahakan. Andreas Budihardjo(2012) menggambarkan bahwa "Pentingnya *Safety Culture* di rumah sakit sebagai upaya meminimalkan *Adverse Events*. *The role and essence of patient-safety culture in minimizing the total number of AEs. Hospitals and health centres are encouraged to manage their corporate culture change into the direction of applying the safety culture appropriately in order to provide a positive impact on the patient life and hospitals' image*".

Adapun Dimensi Budaya Keselamatan pasien yang **tingkat kehandalan perlu ditingkatkan** Hasil Penelitian tentang tingkat kehandalan budaya keselamatan pasien menggambarkan sebagai berikut : Keterbukaan komunikasi (*Communication openness*), menggambarkan bahwa Karyawan bebas berbicara jika melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada pelayanan pasien, merasa bebas untuk mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasannya, ada perasaan takut bertanya jika terjadi hal yang kelihatannya tidak benar, Tidak mengherakan apabila dimensi keterbukaan komunikasi dinilai rendah maka upaya peningkatan keselamatan pasien menjadi kurang baik; Umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*), menunjukan bahwa Karyawan mendapat umpan balik mengenai perubahan yang dilaksanakan atas dasar hasil laporan insiden, kurang mendapat informasi mengenai insiden yang terjadi di unit ini dan apabila ada insiden didiskusikan cara untuk mencegah agar insiden tidak terulang kembali, sehingga perlu upaya peningatan pemberian umpan balik terhadap *error* yang terjadi di RS. Respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), menggambarkan bahwa Karyawan sering merasa bahwa kesalahan yang mereka lakukan digunakan untuk menyalahkan mereka, Bila staf melaporkan suatu insiden, yang dibicarakan adalah pelakunya bukan masalahnya dan merasa khawatir kesalahan yang mereka buat akan dicatat di berkas pribadi mereka. Hal ini sejalan dengan penelitian Kusumapradja (2015) bahwa dimensi *nonpunitive response to error* menjadi dimensi yang paling berpengaruh terhadap penguatan budaya keselamatan pasien.

Staf yang adekuat (*Staffing*), suatu unit apabila memiliki cukup staf untuk menangani beban kerja yang berlebih, menunjukan bahwa Karyawan bekerja dengan waktu yang lebih lama dari normal untuk perawatan pasien yaitu rata- rata 40- 59 jam, banyak menggunakan tenaga melebihi normal/tambahan untuk kegiatan pelayanan pasien dan bekerja seolah-olah dalam keadaan "krisis", berusaha bertindak berlebihan dan terlalu cepat. Dimensi ini yang mempunyai tingkat kehandalan paling rendah dalam budaya keselamatan pasien di RS Pendidikan; Persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*), menunjukan bahwa Unit tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien untuk menyelesaikan pekerjaan yang lebih banyak, prosedur dan system di unit kerja sudah baik dalam mencegah terjadinya *error*. Hanya karena kebetulan saja bila insiden yang lebih serius tidak terjadi di unit dan responden menemukan banyak masalah keselamatan pasien; Demikian juga dimensi Dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) dinilai sedang (80%) yang menggambarkan bahwa manajemen rumah sakit membuat suasana kerja yang mendukung keselamatan pasien, tindakan manajemen RS menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama dan kadang –kadang manajemen RS kelihatan tertarik pada Keselamatan Pasien hanya sesudah terjadi KTD (Kejadian yang Tidak Diharapkan); Kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*), menggambarkan bahwa terdapat kerjasama

yang baik antar unit di RS yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan bersama. Unit-unit di RS bekerjasama dengan baik untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien. Koordinasi antar unit di RS dirasakan responden kurang baik dengan baik dan bekerja dengan staf dari unit lain di RS ini dirasakan kurang menyenangkan. Dimensi penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) . menggambarkan bahwa apabila terjadi pemindahan pasien dari unit satu ke unit lain, dinilai tidak menimbulkan masalah terkait dengan informasi pasien. Sedangkan Informasi penting mengenai pelayanan pasien saat pergantian jaga (shift) terjaga. Masalah dinilai sering timbul dalam pertukaran informasi antar unit di RS. Pergantian *shift* tidak merupakan masalah bagi pasien-pasien di RS ini. Frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*), menunjukkan apabila terjadi kesalahan, tetapi sempat diketahui dan dikoreksi sebelum berdampak pada pasien, dinilai tidak sering hal ini dilaporkan. Apabila terjadi kesalahan, tetapi tidak berpotensi mencederai pasien, dinilai kadang - kadang hal ini dilaporkan. Dan apabila terjadi kesalahan, yang dapat mencederai pasien tetapi ternyata tidak terjadi cedera, jarang dilaporkan.

Gambaran dimensi budaya keselamatan pasien tersebut sejalan dengan penelitian Kusumapradja (2015) bahwa dimensi Respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*) yang paling berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien. Demikian juga Kartika Yuni (2013) menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan transformasional direktur telah melibatkan staf dalam menerapkan budaya keselamatan pasien, terutama non blaming culture dan budaya belajar dari insiden, tetapi budaya pelaporan belum berjalan dengan baik. Tujuh langkah keselamatan pasien RS belum dilaksanakan seluruhnya.

Kartika Yuni (2013) menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan transformasional direktur telah melibatkan staf dalam menerapkan budaya keselamatan pasien, terutama non blaming culture dan budaya belajar dari insiden, tetapi budaya pelaporan belum berjalan dengan baik. Tujuh langkah keselamatan pasien RS belum dilaksanakan seluruhnya. Kusumapradja (2016) menemukan bahwa kerjasama tim di dalam unit merupakan dimensi yang paling berpengaruh dalam membangun budaya keselamatan pasien di RS.

Mengingat RS Pendidikan (PP No.93,2015) sebagai wahana untuk mendidik para calon dokter umum dan dokter spesialis, serta tenaga kesehatan lainnya oleh fakultas kedokteran/ fakultas Kesehatan lain baik negeri atau swasta, maka budaya keselamatan pasien menjadi faktor pendorong yang penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang aman di RS Pendidikan.

Gambaran Implementasi enam sasaran keselamatan pasien yang perlu ditingkatkan berdasarkan hasil penelitian menggambarkan bawa sasaran pertama yaitu mengidentifikasi pasien dengan benar dinilai kepatuhannya yang paling tinggi (95,31%), sedangkan sasaran kedua Meningkatkan komunikasi yang efektif dinilai yang kurang baik (82,53%) serta sasaran kelima yaitu mengurangi risiko infeksi akibat asuhan kesehatan dinilai yang paling rendah kepatuhannya (81,6%)

Laporan Insiden; yang dilaporkan responden selama 12 bulan terakhir sebesar 548 (44,08%) menyatakan tidak ada laporan. Insiden yang dilaporkan kelompok 1 sampai dengan 2 laporan sebesar 427 (34,35%), sedangkan insiden yang dilaporkan pada kelompok di atas 3-5 dan 21 atau lebih laporan sebesar 181 (14,71%)

Model pengembangan Budaya Keselamatan pasien; Hasil uji model di atas menunjukkan bahwa **pertama**, konstruksi model konseptual baru dalam membangun budaya keselamatan pasien di rumah sakit yang meliputi : harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/manager expectations and actions promoting safety*), organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning—continuous improvement*), kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*), keterbukaan komunikasi (*Communication openness*), umpan balik terhadap error (*Feedback and communication about error*), respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), staf

yang adekuat (*Staffing*), persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*), dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*) kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*), penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*) dan frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*). **Kedua**, kebijakan nilai budaya keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan menjadi faktor pendorong positif bagi pertumbuhan dan perkembangan kualitas dan keamanan pasien di rumah sakit secara nasional.

SIMPULAN, KETERBATASAN, IMPLIKASI

Simpulan, Berdasarkan hasil pembahasan penelitian di atas dapat disimpulkan sebagai berikut : (1) Gambaran tingkat kehandalan Budaya Keselamatan pasien di tujuh rumah sakit pendidikan (RSUP P., RS KD, RSUD SS, RSUP WM, RSUD UB, RSUP MDP, RSUP Dr MHP), yang dinilai **tingkat kehandalannya kuat** adalah dimensi : Harapan dan tindakan supervisor/ manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien (*Supervisor/ manager expectations and actions promoting safety*); Organisasi pembelajar - peningkatan berkelanjutan (*Organizational learning-continuous improvement*) Kerjasama tim dalam unit (*Teamwork within units*). Sedangkan yang **dinilai masih kurang kuat** adalah : Keterbukaan komunikasi (*Communication openness*); Umpan balik terhadap *error* (*Feedback and communication about error*); Respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), Staf yang adekuat (*Staffing*); Persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*); Dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*); Kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*); Penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*); Frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*); (2) Gambaran implementasi enam sasaran keselamatan pasien yang dinilai pelaksanaannya tinggi adalah identifikasi pasien dengan benar dan yang dinilai kurang baik adalah meningkatkan komunikasi efektif serta mengurangi risiko infeksi akibat asuhan kesehatan. (3) Gambaran laporan insiden keselamatan pasien yang dilaporkan selama 12 bulan terakhir yang paling banyak adalah kelompok tidak ada laporan selama 12 bulan terakhir sebesar 548 (44,08%) dan kelompok 1 sampai dengan 2 laporan sebesar 427 (34,35%). (3) Hasil Uji model menunjukkan bahwa terbukti secara simultan budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien secara signifikan mempengaruhi kejadian tidak diharapkan. Dan secara parsial, budaya keselamatan pasien mempengaruhi implementasi enam sasaran keselamatan pasien. (4) Hasil uji menunjukkan terdapat arah korelasi negatif, artinya semakin tinggi budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien, maka akan semakin rendah kejadian tidak diharapkan, begitupun sebaliknya semakin rendah Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan, maka akan semakin tinggi kejadian tidak diharapkan (KTD). (5) Besarnya pengaruh Budaya Keselamatan Pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD sebesar 1% yang sisanya dijelaskan oleh 129 faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini .

Keterbatasan ; Berdasarkan simpulan penelitian di atas, disampaikan saran sebagai berikut : (1) Hasil uji model menggambarkan bahwa budaya keselamatan pasien berpengaruh terhadap implementasi enam sasaran keselamatan pasien, maka rumah sakit perlu meningkatkan kehandalan budaya keselamatan pasien. (2) Guna meningkatkan kehandalan budaya keselamatan pasien maka perlu penguatan terhadap budaya keselamatan pasien yang dinilai masih kurang melalui pelatihan

yaitu Keterbukaan komunikasi (*Communication openness*); Umpan balik terhadap error (*Feedback and communication about error*); Respon tidak menyalahkan (*Nonpunitive response to error*), Staf yang adekuat (*Staffing*); Persepsi secara keseluruhan (*Overall perceptions of patient safety*); Dukungan manajemen rumah sakit (*Management support for patient safety*); Kerjasama tim antar unit (*Teamwork across units*); Penyerahan dan pemindahan pasien (*Handoffs and transitions*); Frekuensi pelaporan kejadian (*Frequency of events reported*); (3) Bagi peneliti lain, mengingat besarnya pengaruh budaya keselamatan pasien dan Implementasi enam sasaran keselamatan terhadap KTD sebesar 1% yang sisanya dijelaskan oleh 130 faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini, maka perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan mempertingkan variable lainnya.

Implikasi, Implikasi studi menghasilkan konstruksi model konseptual baru bahwa : **pertama**, untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan di rumah sakit pendidikan perlu meningkatkan kehandalan budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien. **Kedua**, untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien melalui peningkatan staffing dan penguatan *Organizational learning-ontinuous improvement*; **ketiga**, untuk meningkatkan implementasi enam sasaran keselamatan pasien perlu dilakukan melalui pelatihan komunikasi efektif antar pemberi asuhan; **keempat**, perlu dibuat kebijakan nilai budaya keselamatan pasien dan implementasi enam sasaran keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan sebagai faktor pendorong positif peningkatan kualitas dan keamanan pasien di rumah sakit secara nasional untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- AHRAQ. (2014). *Hospital Survey on Patient safety Culture : user comparative data based report*. Retrieved from www.ahrq.gov
- Azrul, A. (1996). *Menuju Pelayanan Kesehatan yang Lebih Bermutu*, Yayasan Penerbitan IDI, Jakarta, 1996, p.39. Jakarta: Yayasan Penerbitan IDI.
- Budihardjo, A. (2008). Pentingnya Safety Culture Di Rumah Sakit: Upaya Meminimalkan Adverse Events. *Integritas - Jurnal Manajemen Bisnis*, 1(Mei), 53.
- Devi Nurmalia, Hanny Handiyani, H. P. (2013). Pengaruh Program Mentoring Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, 1(2), 79–88.
- 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>
- Kartika, Y. (2013). *Analisis Pengaruh Gaya Kepemimpinan Direktur terhadap Budaya Keselamatan Pasien di RS Hermina Pandanaran*. Universitas Diponegoro.
- Kusumapradja, R. (2017a). Analisis Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Daerah Khusus Ibu Kota Jakarta. *Forum Ilmiah*, 14(2), 211–229.
- Kusumapradja, R. (2017b). Budaya Keselamatan Pasien di Unit Onkologi Rumah Sakit X Jakarta.
- Matsubara, S., Hagihara, A., & Nobutomo, K. (2008). Development of a patient safety climate scale in Japan. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 20(3), 211–220. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn003>

Peraturan, P. (2015). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 93 Tentang RS Pendidikan.

Presiden, P. (2009). UU No. 44 tentang Rumah Sakit, 1–65.

Rakich, J. S. A. B. K. (1996). Problem solving in health services organizations. *Hospital Topics*, 74(2), 21–27. <https://doi.org/10.1080/00185868.1996.11736053>

Setiowati, Dwi; Allenidekania; Luknis, S. (2013). Kepemimpinan Efektif Head Nurse Meningkatkan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Jurnal Makara Seri Kesehatan*, 2(17), 55–60. <https://doi.org/10.7454/msk.v17i2.xxxx>

Walshe, Kieran; Boaden, R. (2006). *Patient safety: research into practice*. Open University Press.