

## Research Articles

## Open Access

Pengukuran Implementasi Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Paru  
Bogor Jawa Barat Tahun 2023*Measurement of the Implementation of Patient Safety Culture in Bogor Pulmonary  
Hospital, West Java in 2023*Henik Saefulmilah<sup>1\*</sup>, Sabarinah Prasetyo<sup>2</sup><sup>1</sup>Mahasiswa Pascasarjana Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia | email: [henikgafur@gmail.com](mailto:henikgafur@gmail.com)<sup>2</sup>Departemen Statistika dan Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia | email: [sabarinahprasetyo@gmail.com](mailto:sabarinahprasetyo@gmail.com)\*Korespondensi Penulis : [henikgafur@gmail.com](mailto:henikgafur@gmail.com)

## Abstrak

**Latar belakang:** Sesuai seruan *World Health Organization* (WHO) bahwa tidak seorangpun boleh mendapatkan bahaya ketika sedang menjalani pelayanan di fasilitas kesehatan. Melalui berbagai upaya RS Paru Bogor menunjukkan tekadnya untuk memberikan pelayanan berorientasi pada keselamatan pasien, tetapi dalam tiga tahun terakhir terdapat 25 laporan insiden keselamatan pasien. Oleh karena itu dilakukan pengukuran Implementasi Budaya Keselamatan Pasien (BKP).

**Tujuan:** Mendapatkan gambaran implementasi BKP di RS Paru Bogor.

**Metode:** Penelitian *kuantitatif observasional* desain *cross sectional*, data merupakan hasil survei Komite Mutu RS, jumlah sampel 222. BKP diukur menggunakan instrumen *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Analisis univariat persentase respon positif dan rata-rata nilai, bivariat dengan uji T-independen.

**Hasil:** Persentase respon positif BKP 76,8%, dengan rincian kerja tim (96,4%), pembelajaran organisasi perbaikan berkelanjutan (85,4%), komunikasi tentang kesalahan (84,4%), serah terima dan pertukaran informasi-informasi (83,9%), dukungan supervisor/ manajer/ pimpinan klinis untuk keselamatan pasien (83,6%), respon terhadap kesalahan (75,1%), keterbukaan komunikasi (74,4%), dukungan manajemen RS untuk keselamatan pasien (71,2%), pelaporan insiden keselamatan pasien (61%), dan *staffing*-kecepatan kerja (52,1%). Hasil uji T-independen terdapat perbedaan rata-rata skor dukungan supervisor/ manajer/ pimpinan klinis untuk keselamatan pasien pada lama kerja di unit (*P value* 0,02), terdapat perbedaan rata-rata skor dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien pada staf pelayanan kontak langsung dan tidak kontak langsung dengan pasien (*P value* 0,03), terdapat perbedaan rata-rata skor dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien pada jam kerja per minggu (*P value* 0,01).

**Kesimpulan:** Implementasi BKP di RS Paru Bogor pada level kuat, performa tinggi, proaktif, memiliki komitmen, keselamatan pasien diprioritaskan dibandingkan produktivitas.

**Kata Kunci:** Budaya; Insiden; Keselamatan Pasien; Survei

## Abstract

**Background:** In line with *World Health Organization* (WHO) call that no one should be in danger while serving at the hospital. Through various efforts Bogor Pulmonary Hospital showed its determination to provide a patient safety-oriented service, but in the last three years there have been 25 reports of patient safety incidents. Therefore, a Patient Safety Culture (PSC) implementation measurement is carried out.

**Objective:** Get an overview of the implementation of PSC in Bogor Pulmonary Hospital.

**Method** Quantitative observational research of cross-sectional design, data is the result of Quality Committee survey result with the sample size of 222. PSC is measured using a *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) instrument. Univariate analysis of positive response percentage and average values, bivariate with t-independent test.

**Results:** Percentage of positive responses PSC 76,8%, with details of Teamwork (96,4%), Organizational Learning-Continuous Improvement (85,4%), Communication About Error (84,4%), Handoffs and Information Exchange (83,9%), Supervisor, Managers, Clinical Leader Support for Patient Safety (83,6%), Response to Error (75,1%), Communication Openness (74,4%), Hospital Management Support for Patient Safety (71,2%), Reporting Patient Safety Events (61,0%), and Staffing and Work Pace (52,1%). The results of the t-independent test showed mean difference in scores of Supervisor, Managers, Clinical Leader Support for Patient Safety on the length of work in the unit (*P value* 0,02), there is a mean difference in score of Hospital Management Support for Patient Safety for service staff in direct and non-direct contact with patients (*P value* 0,03), and there is a mean difference in score of Hospital Management Support for Patient Safety in working hours per week (*P value* 0,01)

**Conclusion:** Implementation of PSC in Bogor Pulmonary Hospital at strong level, high performance, proactive, committed, patient safety prioritized over productivity

**Keywords:** Culture; Incident; Patient Safety; Survey

## PENDAHULUAN

Keselamatan pasien adalah kebebasan dari cedera yang tidak disengaja atau dapat dicegah yang diakibatkan oleh perawatan medis (1). Disebutkan juga keselamatan pasien adalah menciptakan perawatan yang aman, mengurangi bahaya dan kematian yang dapat dicegah (2), sedangkan keselamatan pasien menurut *The Institute of Medicine* (IOM) adalah kebebasan dari cedera yang tidak disengaja akibat perawatan medis atau kesalahan medis. Sejak tahun 1999 IOM telah mendorong upaya nasional untuk mengurangi kesalahan medis dan meningkatkan keselamatan pasien, tujuan jangka panjang terkait keselamatan pasien adalah mengurangi rawat inap (*admission*) dan *readmission* yang dapat dicegah, mengurangi insiden kejadian yang tidak diharapkan terkait kondisi pelayanan kesehatan dan mengurangi bahaya dari perawatan yang tidak tepat atau tidak perlu (3).

Sejak tahun 2019, *World Health Organization* (WHO) telah mempromosikan keselamatan pasien melalui peringatan *World Patient Safety Day*. Pesannya adalah bahwa tidak seorangpun boleh mendapatkan bahaya ketika sedang menjalani pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan. Namun, secara global, fakta mengenai keselamatan pasien menunjukkan bahwa 134 juta pasien di rumah sakit setiap tahun di negara berpenghasilan rendah dan menengah menghadapi insiden karena perawatan di rumah sakit. Dalam konteks ini, 80% dari insiden tersebut sebetulnya dapat dicegah dengan menerapkan budaya keselamatan pasien yang baik. Perawatan yang tidak aman menjadi salah satu penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia, dengan empat dari sepuluh pasien mengalami insiden berbahaya dalam pelayanan kesehatan primer dan rawat jalan. Fakta ini mendorong *World Health Organization* (WHO) untuk menekankan urgensi budaya keselamatan pasien. Sejak tahun 2019, WHO menetapkan tanggal 17 September sebagai *World Patient Safety Day*, sebagai upaya untuk meningkatkan kesadaran global terhadap masalah ini (4).

Di Indonesia peraturan yang membahas mengenai keselamatan pasien adalah Permenkes RI Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien disebutkan bahwa keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (5). Kegiatan Akreditasi Rumah Sakit oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) sangat berperan dalam pengembangan keselamatan pasien di Indonesia, dituliskan dalam standar akreditasi bahwa setiap rumah sakit harus melakukan pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan melalui kegiatan atau survei Budaya Keselamatan Pasien (BKP) serta program peningkatan budaya keselamatan pasien.

Evaluasi implementasi Budaya Keselamatan Pasien (BKP) memiliki dampak penting pada praktik keselamatan sistem pemberian layanan kesehatan, berfungsi untuk menilai kondisi suatu organisasi yang mungkin menimbulkan risiko bagi pasien, sekaligus merancang serta mengevaluasi intervensi untuk meningkatkan keselamatan pasien dalam konteks layanan kesehatan (6). *The Agency for Healthcare research and Quality* (AHRQ) telah merekomendasikan sebuah *tools* untuk menilai bagaimana budaya organisasi di rumah sakit mendukung tempat kerja yang aman bagi pasien dan staf yang disebut *AHRQ Hospitals Survey on Patient Safety Culture* Versi 2.0 tahun 2019 (7). Dimensi budaya keselamatan pasien menurut AHRQ ini meliputi dimensi komunikasi tentang kesalahan, keterbukaan komunikasi, serah terima & pertukaran informasi, dukungan manajemen rumah sakit, pelaporan insiden, pembelajaran organisasi & perbaikan berkelanjutan, respon terhadap kesalahan, staffing & kecepatan kerja, supervisor/ manajer/ pimpinan klinis dukungan untuk keselamatan pasien, dan kerja tim (8).

RS Paru Bogor Jawa Barat yang merupakan Rumah Sakit Khusus Paru tipe A yang berada di bawah otoritas Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan kapasitas 190 tempat tidur, telah berhasil mempertahankan Akreditasi Rumah Sakit pada tingkat Paripurna menunjukkan tekadnya untuk menjaga keselamatan pasien, hal ini dibuktikan dengan pembentukan Komite Mutu Rumah Sakit sebagai upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta rutin setiap tahun menyelenggarakan pelatihan keselamatan pasien untuk seluruh stafnya, dan sosialisasi bagi setiap staf baru sebelum bertugas di RS Paru Bogor ini. Meskipun telah dilakukan berbagai upaya, terdapat insiden keselamatan pasien dengan 25 laporan kejadian pada periode tahun 2021-2023. Oleh karena itu dilakukan pengukuran implementasi budaya keselamatan pasien yang bertujuan untuk menganalisis bagaimana implementasi BKP sudah diterapkan dalam praktik sehari-hari oleh seluruh staf RS Paru Bogor.

## METODE

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif observasional dengan desain *cross sectional*, menggunakan data hasil survei Budaya Keselamatan Pasien (BKP) Komite Mutu RS Paru Bogor di Jawa Barat. Menggunakan kuesioner sesuai rekomendasi Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) yaitu kuesioner *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) yang dikembangkan oleh *Agency for Healthcare research and Quality* (AHRQ) (website: <https://www.ahrq.gov/>), dalam versi bahasa Indonesia kuesioner yang sama telah dilakukan uji validitas pada penelitian sebelumnya (9). Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran implementasi BKP di RS Paru Bogor Jawa Barat. Populasi penelitian ini adalah seluruh staf klinis dan non-klinis di rumah sakit (N=460), besar sampel 222 responden. kuesioner dalam bentuk formulir digital (*google form*) disebarluaskan melalui grup media

sosial rumah sakit yaitu seluruh grup *whatsapp* karyawan RS Paru Bogor, jumlah sampel minimal adalah 50% dari seluruh staf yang ada di rumah sakit (10), besar sampel berdasarkan tabel sampel Morgan dan Krejcie pada populasi 460 dibutuhkan sampel sebanyak 210. Analisis data dengan bantuan aplikasi statistik SPSS (*Statistical Package for Social Science*), uji deskriptif untuk analisis univariat menghitung persentase respon positif dan independen T-Test untuk analisis bivariat hubungan karakteristik responden terhadap Budaya Keselamatan Pasien (BKP). Pada sepuluh dimensi Budaya Keselamatan Pasien (BKP) dihitung persepsi positif berdasarkan jawaban responden pada setiap pertanyaan. Disebut respon positif jika jawaban responden sangat setuju/setuju untuk item/ pertanyaan dengan kata-kata positif dan sangat tidak setuju/tidak setuju untuk item/ pertanyaan dengan kata-kata negative (10), respon negatif jika jawaban responden sangat tidak setuju/tidak setuju untuk item pertanyaan dengan kata-kata positif dan sangat setuju/ setuju untuk item/ pertanyaan dengan kata-kata negative (10).

Kategorisasi dilakukan didasarkan pada kuintil rata-rata respon positif dengan rincian sebagai berikut: sangat lemah (jika respon positif jawaban responden berada pada: 0.0%-20.0%); lemah (jika respon positif jawaban responden berada pada: 21.0%-40.0%); Intermediet (jika respon positif jawaban responden berada pada: 41.0%-60.0%); kuat (jika respon positif jawaban responden berada pada: 61.0%-80.0%) dan sangat kuat (jika respon positif jawaban responden berada pada: 81.0%-100%) (11).

## HASIL

Tabel 1 menunjukkan dari 222 responden, sepertiga (37,8%) berasal dari unit rawat inap, dua pertiga (68,9%) sudah bekerja di RSPG  $\geq 11$  tahun, hampir dua pertiga (64,9%) bekerja  $\leq 5$  tahun pada unit kerja saat ini, hampir dua pertiga (64,9%) total jam kerja  $\geq 40$  Jam Per Minggu, dan empat perlima (80,6%) adalah staf yang memberikan pelayanan kontak langsung dengan pasien.

**Tabel 1.** Karakteristik Responden (N=222)

Variabel	Jumlah	Persen (%)
Unit Kerja		
Instalasi Rawat Inap	84	37,8
Instalasi Bedah Sentral	8	3,6
Instalasi Gawat Darurat	12	5,4
Instalasi Rawat Jalan	20	9
Instalasi Rawat Intensif	10	4,5
Instalasi Layanan Penunjang Medik	34	15,3
Instalasi Layanan Penunjang Non Medik	31	14
Struktural	8	3,6
Komite (Medik, Keperawatan, Mutu, PPI) & SPI	8	3,6
Staf Non Medis	7	3,2
Semua Responden	222	100
Lama Kerja di RS		
< 11 Tahun	69	31,1
$\geq 11$ tahun	153	68,9
Semua Responden	222	100
Lama Kerja di Unit Saat Ini		
$\leq 5$ Tahun	144	64,9
> 5 Tahun	78	35,1
Semua Responden	222	100
Jam Kerja Perminggu		
< 40 Jam Per Minggu	78	35,1
$\geq 40$ Jam Per Minggu	144	64,9
Semua Responden	222	100
Apakah Kontak Langsung dengan pasien		
Ya	179	80,6
Tidak	43	19,4
Semua responden	222	100

Keterangan: PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi), SPI (Satuan Pengawas Internal).

**Tabel 2:** Gambaran dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan respon positif dan respon negative (N=222)

Variabel/ dimensi	Respon Positif n (%)	Respon Negatif n (%)	Rata-Rata Respon Positif (%)	Rata-rata nilai (Min-Max)	Simpang Baku (95% CI)
<b>1. Kerja Tim</b>					
A1. Di unit kami bekerja sama sebagai tim yang efektif.	215 (96,8%)	7 (3,2%)	<b>96,4%</b>	3,4 (1,7 – 4)	0,5 (3,3 – 3,4)
A8. Selama waktu sibuk, staf di unit kami saling membantu.	211 (95%)	11 (5%)			
A9. Ada masalah dengan perilaku yang tidak sopan pada staf di unit ini	216 (97,3%)	6 (2,7%)			
<b>2. Staffing dan Kecepatan Kerja</b>					
A2. Di unit kami memiliki staf yang cukup untuk menangani beban kerja	141 (63,55)	81 (36,5%)	<b>52,1%</b>	2,6 (1,5 – 4)	0,4 (2,5 – 2,6)
A3. Karyawan di unit kami bekerja dengan waktu yang lebih lama dari normal untuk perawatan pasien	82 (36,9%)	140 (63,1%)			
A5. unit kami bergantung pada staf untuk menangani terkait keselamatan pasien.	60 (27%)	162 (73%)			
A11. Kecepatan kerja di unit kami sangat terburu-buru sehingga berdampak negatif pada keselamatan pasien.	180 (81,1%)	42 (18,9%)			
<b>3. Pembelajaran Organisasi Perbaikan Berkelanjutan</b>					
A4. unit kami secara teratur meninjau proses kerja untuk menentukan apakah perubahan diperlukan untuk meningkatkan keselamatan pasien.	208 (93,7%)	14 (6,3%)	<b>85,4%</b>	3,1 (2 -4)	0,4 (3,0 – 3,1)
A12. Di unit kami perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien dievaluasi untuk melihat seberapa baik mereka bekerja.	205 (92,3%)	17 (7,7%)			
A14. Unit kami memungkinkan masalah keselamatan pasien yang sama terus terjadi.	156 (70,3%)	66 (29,7%)			
<b>4. Respon Terhadap Kesalahan</b>					
A6. Karyawan unit kami sering merasa bahwa kesalahan yang mereka lakukan digunakan untuk menyalahkan mereka.	141 (63,5%)	81 (36,5%)	<b>75,1%</b>	2,9 (1,8 – 4)	0,5 (2,9 – 3,0)
A7. Saat suatu peristiwa/insiden dilaporkan dalam unit kami, rasanya seperti orangnya yang ditulis, bukan masalahnya.	118 (53,2%)	104 (46,8%)			
A10. Ketika staf membuat kesalahan, unit kami berfokus pada pembelajaran daripada menyalahkan individu.	201 (90,5%)	21 (9,5%)			
A13. Di unit kami kurang dukungan kepada staf terkait insiden keselamatan pasien.	207 (93,2%)	15 (6,8%)			
<b>5. Dukungan Supervisor, Manajer, atau Pimpinan Klinis untuk Keselamatan Pasien</b>					
B1. Manajer/ supervisor/ Kepala Instalasi secara serius mempertimbangkan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien.	199 (89,6%)	23 (10,4%)	<b>83,6%</b>	3 (1,7 -4)	0,4 (2,9 – 3,0)
B2. Supervisor, manajer, atau pemimpin Anda ingin kita bekerja lebih cepat selama masa sibuk, bahkan jika itu berarti mengambil jalan pintas.	161 (72,5%)	61 (27,55)			
B3. Supervisor, manajer, atau Kepala Instalasi mengambil tindakan untuk mengatasi masalah keselamatan pasien yang menjadi perhatian mereka.	197 (88,7%)	25 (11,3%)			
<b>6. Komunikasi Tentang Kesalahan</b>					
C1. Kami diberitahu tentang kesalahan yang terjadi di unit kami.	180 (81,1%)	42 (18,9%)	<b>84,4%</b>	3,1 (1,7 – 4)	0,6 (3,1 – 3,2)
C2. Di unit kami didiskusikan cara untuk mencegah agar insiden tidak terulang Kembali.	205 (92,3%)	17 (7,7%)			

Variabel/ dimensi	Respon Positif n (%)	Respon Negatif n (%)	Rata-Rata Respon Positif (%)	Rata-rata nilai (Min-Max)	Simpang Baku (95% CI)
C3. Karyawan di unit kami mendapat umpan balik mengenai perubahan yang dilaksanakan atas dasar hasil laporan kejadian.	177 (79,7%)	45 (20,3%)			
<b>7. Keterbukaan Komunikasi</b>					
C4. Karyawan di unit kami bebas berbicara (internal RSPG) jika melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada asuhan perawatan pasien.	166 (74,8%)	56 (25,2%)			
C5. Karyawan di unit kami merasa bebas untuk mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasannya.	160 (72,1%)	62 (27,9%)	74,4%	2,9 (1 - 4)	0,6 (2,8 - 3,0)
C6. Saat staf di unit kami memberikan saran, pimpinan lebih terbuka terhadap saran terkait masalah keselamatan pasien.	179 (80,6%)	43 (19,4%)			
C7. Karyawan di unit kami takut bertanya jika terjadi hal yang tidak benar.	156 (70,3%)	66 (29,7%)			
<b>8. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien</b>					
D1. Seandainya/ Bila terjadi kesalahan, tetapi sempat diketahui dan dikoreksi sebelum berdampak kepada pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan?	139 (62,6%)	83 (37,4%)	61%	2,8 (1 - 4)	0,8 (2,7 - 2,9)
D2. Seandainya/ Bila terjadi kesalahan yang sudah sampai kepada pasien, tetapi ternyata tidak mencederai pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan?	132 (59,5%)	90 (40,5%)			
<b>9. Dukungan Manajemen RS Untuk Keselamatan Pasien</b>					
F1. Tindakan manajemen rumah sakit menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama.	200 (90,1%)	22 (9,9%)	71,2%	2,9 (1 - 4)	0,5 (2,8 - 2,9)
F2. Manajemen rumah sakit menyediakan sumber daya yang memadai untuk meningkatkan keselamatan pasien.	168 (75,7%)	54 (24,3%)			
F3. Bagian manajemen di rumah sakit ini tampaknya tertarik pada keselamatan pasien hanya setelah kejadian/ insiden terjadi.	106 (47,7%)	116 (52,3%)			
<b>10. Serah Terima dan Pertukaran Informasi-informasi</b>					
F4. Saat memindahkan pasien dari satu unit ke unit lain, informasi penting sering diabaikan.	176 (79,3%)	46 (20,7%)	83,9%	3,1 (1,7 - 4)	0,6 (3,1 - 3,2)
F5. Selama pergantian shift, informasi perawatan pasien yang penting sering diabaikan.	186 (83,8%)	36 (16,2%)			
F6. Selama pergantian shift, ada waktu yang cukup untuk bertukar semua informasi penting terkait perawatan pasien.	197 (88,7%)	25 (11,3%)			
<b>Budaya Keselamatan Pasien (Secara Keseluruhan)</b>			<b>76,8%</b>	<b>2,9 (2,2 - 4)</b>	<b>0,3 (2,9 - 3)</b>

Keterangan:

Respon Positif = Sangat setuju/Setuju untuk item dengan kata-kata positif dan Sangat tidak setuju/Tidak setuju untuk item dengan kata-kata negative (10).

Respon Negatif = Sangat tidak setuju/Tidak Setuju untuk item dengan kata-kata positif dan Sangat setuju/ Setuju untuk item dengan kata-kata negative (10).

Berdasarkan tabel 2, hasil survei BKP di RSPG tahun 2023 berada pada skor 52,1% sampai 96,4% dengan nilai rata-rata 76,8% dikategorikan dalam budaya keselamatan yang kuat (11), dengan rincian nilai berdasarkan dimensi BKP sebagai berikut: nilai rata-rata tertinggi ada pada dimensi kerja tim yaitu 3,4 dengan rata-rata respon positif 96,4%, lalu pembelajaran organisasi perbaikan berkelanjutan nilai rata-rata 3,1 dengan rata-rata respon positif 85,4%, komunikasi tentang kesalahan nilai rata-rata 3,1 dengan rata-rata respon positif 84,4%, serah terima dan pertukaran informasi-informasi nilai rata-rata 3,1 dengan rata-rata respon positif 83,9%, dukungan supervisor, manajer, atau pimpinan klinis untuk keselamatan pasien nilai rata-rata 2,9 dengan rata-rata respon positif 83,6%, respon terhadap kesalahan nilai rata-rata 2,9 dengan rata-rata respon positif 75,1%, keterbukaan komunikasi nilai

rata-rata 2,9 dengan rata-rata respon positif 74,4%, dukungan manajemen RS untuk keselamatan pasien nilai rata-rata 2,9 dengan rata-rata respon positif 71,2%, pelaporan insiden keselamatan pasien nilai rata-rata 2,8 dengan rata-rata respon positif 61%, dan staffing dan kecepatan kerja nilai rata-rata 2,6 dengan rata-rata respon positif 52,1%.

Lima dimensi berada pada kategori sangat kuat yaitu kerja tim, pembelajaran organisasi perbaikan berkelanjutan, komunikasi tentang kesalahan, serah terima dan pertukaran informasi-informasi, dan supervisor, manajer, atau pimpinan klinis dukungan untuk keselamatan pasien. Empat dimensi berada pada kategori kuat yaitu respon terhadap kesalahan, keterbukaan komunikasi, dukungan manajemen RS untuk keselamatan pasien, dan pelaporan insiden keselamatan pasien. Satu dimensi berada pada kategori intermediet yaitu *staffing* dan kecepatan kerja.

**Tabel 3:** Analisis bivariat beda rata-rata skor dimensi budaya keselamatan pasien pada lama kerja di rumah sakit <11 tahun dan  $\geq 11$  tahun (N=222)

Variabel	Lama kerja di RS	N	Mean	SD	CoV (%)	P Value
1. Kerja Tim	<11 tahun	69	3,4	0,5	14,8	0,56
	$\geq 11$ tahun	153	3,4	0,5	14,3	
2. Staffing dan Kecepatan Kerja	<11 tahun	69	2,6	0,4	16,5	0,96
	$\geq 11$ tahun	153	2,6	0,4	15,4	
3. Pembelajaran Organisasi Perbaikan Berkelanjutan	<11 tahun	69	3,1	0,4	14,2	0,19
	$\geq 11$ tahun	153	3	0,4	13,7	
4. Respon Terhadap Kesalahan	<11 tahun	69	2,9	0,5	18,4	0,69
	$\geq 11$ tahun	153	2,9	0,5	15,6	
5. Dukungan Supervisor, Manajer, atau Pimpinan Klinis untuk Keselamatan Pasien	<11 tahun	69	3	0,5	15,7	0,52
	$\geq 11$ tahun	153	3	0,4	12,9	
6. Komunikasi Tentang Kesalahan	<11 tahun	69	3,2	0,5	15,9	0,59
	$\geq 11$ tahun	153	3,1	0,6	18,4	
7. Keterbukaan Komunikasi	<11 tahun	69	2,9	0,6	19,7	0,48
	$\geq 11$ tahun	153	2,9	0,5	18,9	
8. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	<11 tahun	69	2,8	0,9	31,4	0,86
	$\geq 11$ tahun	153	2,8	0,8	29,7	
9. Dukungan Manajemen RS Untuk Keselamatan Pasien	<11 tahun	69	2,8	0,5	19,0	0,37
	$\geq 11$ tahun	153	2,9	0,5	19,0	
10. Serah Terima dan Pertukaran Informasi-informasi	<11 tahun	69	3,1	0,6	18,8	0,86
	$\geq 11$ tahun	153	3,1	0,6	18,0	
<b>Budaya Keselamatan Pasien (Secara Keseluruhan)</b>	<b>&lt;11 tahun</b>	<b>69</b>	<b>3</b>	<b>0,3</b>	<b>9,6</b>	<b>0,83</b>
	<b><math>\geq 11</math> tahun</b>	<b>153</b>	<b>3</b>	<b>0,3</b>	<b>10,3</b>	

Hasil analisis bivariat pada Tabel 3 menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan rata-rata skor seluruh dimensi budaya keselamatan pasien pada lama kerja di rumah sakit <11 tahun dan  $\geq 11$  tahun.

**Tabel 4:** Analisis bivariat beda rata-rata skor dimensi budaya keselamatan pasien pada lama kerja di unit saat ini  $\leq 5$  tahun dan >5 tahun (N=222)

Variabel	Lama kerja di unit saat ini	N	Mean	SD	CoV (%)	P Value
1. Kerja Tim	$\leq 5$ tahun	144	3,4	0,5	14,4	0,85
	>5 tahun	78	3,4	0,5	14,5	
2. Staffing dan Kecepatan Kerja	$\leq 5$ tahun	144	2,6	0,4	15,2	0,15
	>5 tahun	78	2,5	0,4	16,6	
3. Pembelajaran Organisasi Perbaikan Berkelanjutan	$\leq 5$ tahun	144	3,1	0,4	13,9	0,91
	>5 tahun	78	3,1	0,4	13,9	
4. Respon Terhadap Kesalahan	$\leq 5$ tahun	144	2,9	0,5	16,8	0,86
	>5 tahun	78	2,9	0,5	16,0	
5. Dukungan Supervisor, Manajer, atau Pimpinan Klinis untuk Keselamatan Pasien	$\leq 5$ tahun	144	2,9	0,4	14,1	0,02
	>5 tahun	78	3,1	0,4	12,8	
6. Komunikasi Tentang Kesalahan	$\leq 5$ tahun	144	3,1	0,5	16,8	0,33

	>5 tahun	78	3,2	0,6	19,1	
7. Keterbukaan Komunikasi	≤ 5 tahun	144	2,9	0,5	18,3	0,37
	>5 tahun	78	2,9	0,6	20,6	
8. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	≤ 5 tahun	144	2,7	0,8	30,0	0,55
	>5 tahun	78	2,8	0,9	30,6	
9. Dukungan Manajemen RS Untuk Keselamatan Pasien	≤ 5 tahun	144	2,9	0,5	17,5	0,37
	>5 tahun	78	2,8	0,6	21,5	
10. Serah Terima dan Pertukaran Informasi-informasi	≤ 5 tahun	144	3,2	0,6	18,7	0,39
	>5 tahun	78	3,1	0,5	17,4	
<b>Budaya Keselamatan Pasien (Secara Keseluruhan)</b>	<b>≤ 5 tahun</b>	<b>144</b>	<b>3</b>	<b>0,3</b>	<b>9,9</b>	<b>0,70</b>
	<b>&gt;5 tahun</b>	<b>78</b>	<b>3</b>	<b>0,3</b>	<b>10,5</b>	

Hasil analisis bivariat pada tabel 4 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata skor dimensi dukungan supervisor, manajer, atau pimpinan klinis untuk keselamatan pasien pada lama kerja di unit saat ini ≤5 tahun dan >5 tahun dengan *P value* 0,02. Nilai rata-rata pada dimensi ini lebih tinggi disertai dengan *coefficient of variation* lebih rendah pada kelompok dengan lama kerja > 5 tahun dibandingkan dengan lama kerja ≤5 tahun.

**Tabel 5:** Analisis bivariat beda rata-rata skor dimensi budaya keselamatan pasien pada staf kontak langsung dengan pasien dan tidak kontak langsung dengan pasien (N=222)

Variabel		N	Mean	SD	CoV (%)	P Value
1. Kerja Tim	Tidak	43	3,3	0,5	16,1	0,18
	ya	179	3,4	0,5	14	
2. Staffing dan Kecepatan Kerja	Tidak	43	2,6	0,4	15,8	0,73
	ya	179	2,6	0,4	15,8	
3. Pembelajaran Organisasi Perbaikan Berkelanjutan	Tidak	43	3	0,4	14,1	0,18
	ya	179	3,1	0,4	13,8	
4. Respon Terhadap Kesalahan	Tidak	43	2,9	0,5	16,3	0,69
	ya	179	2,9	0,5	16,6	
5. Dukungan Supervisor, Manajer, atau Pimpinan Klinis untuk Keselamatan Pasien	Tidak	43	3	0,4	12	0,54
	ya	179	3	0,4	14,2	
6. Komunikasi Tentang Kesalahan	Tidak	43	3,2	0,5	15,6	0,23
	ya	179	3,1	0,6	18,1	
7. Keterbukaan Komunikasi	Tidak	43	3	0,5	16,7	0,14
	ya	179	2,9	0,6	19,6	
8. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	Tidak	43	2,8	0,9	32,7	0,62
	ya	179	2,8	0,8	29,6	
9. Dukungan Manajemen RS Untuk Keselamatan Pasien	Tidak	43	3	0,5	17,1	0,03
	ya	179	2,8	0,5	19,2	
10. Serah Terima dan Pertukaran Informasi-informasi	Tidak	43	3	0,6	20,6	0,07
	ya	179	3,2	0,6	17,6	
<b>Budaya Keselamatan Pasien (Secara Keseluruhan)</b>	<b>Tidak</b>	<b>43</b>	<b>3</b>	<b>0,3</b>	<b>10,7</b>	<b>0,86</b>
	<b>ya</b>	<b>179</b>	<b>3</b>	<b>0,3</b>	<b>10</b>	

Hasil analisis bivariat pada tabel 5 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata skor dimensi dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien pada staf pelayanan kontak langsung dengan pasien dan staf tidak kontak langsung dengan pasien dengan *P value* 0,03. Nilai rata-rata pada dimensi ini lebih tinggi disertai dengan *coefficient of variation* lebih rendah pada kelompok staf tidak kontak langsung dengan pasien dibandingkan dengan kelompok staf yang kontak langsung dengan pasien.

**Tabel 6:** Analisis bivariat beda rata-rata skor dimensi budaya keselamatan pasien pada lama kerja per minggu (N=222)

Variabel	Lama Kerja (Per Minggu)	N	Mean	SD	CoV (%)	P Value
1. Kerja Tim	<40 jam	78	3,4	0,5	14,8	0,34
	≥40 jam	144	3,3	0,5	14,2	

2. Staffing dan Kecepatan Kerja	<40 jam	78	2,6	0,4	15,5	0,13
	≥40 jam	144	2,5	0,4	15,8	
3. Pembelajaran Organisasi Perbaikan Berkelanjutan	<40 jam	78	3,1	0,4	14,5	0,66
	≥40 jam	144	3	0,4	13,6	
4. Respon Terhadap Kesalahan	<40 jam	78	3	0,5	16,7	0,16
	≥40 jam	144	2,9	0,5	16,3	
5. Dukungan Supervisor, Manajer, atau Pimpinan Klinis untuk Keselamatan Pasien	<40 jam	78	3	0,5	15	0,38
	≥40 jam	144	3	0,4	13,1	
6. Komunikasi Tentang Kesalahan	<40 jam	78	3,2	0,6	18,4	0,72
	≥40 jam	144	3,1	0,5	17,3	
7. Keterbukaan Komunikasi	<40 jam	78	2,9	0,6	19,3	0,89
	≥40 jam	144	2,9	0,6	19,1	
8. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	<40 jam	78	2,7	0,8	31,1	0,46
	≥40 jam	144	2,8	0,8	29,8	
9. Dukungan Manajemen RS Untuk Keselamatan Pasien	<40 jam	78	3	0,5	18	0,01
	≥40 jam	144	2,8	0,5	19,2	
10. Serah Terima dan Pertukaran Informasi-informasi	<40 jam	78	3,2	0,6	18,1	0,55
	≥40 jam	144	3,1	0,6	18,3	
<b>Budaya Keselamatan Pasien (Secara Keseluruhan)</b>	<b>&lt;40 jam</b>	<b>78</b>	<b>3</b>	<b>0,3</b>	<b>10,4</b>	<b>0,23</b>
	<b>≥40 jam</b>	<b>144</b>	<b>3</b>	<b>0,3</b>	<b>9,9</b>	

Hasil analisis bivariat pada tabel 6 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata skor dimensi dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien pada staf dengan lama kerja per minggu < 40 jam dan ≥ 40 jam dengan *P value* 0,01. Nilai rata-rata pada dimensi ini lebih tinggi disertai dengan *coefficient of variation* lebih rendah pada kelompok staf lama kerja per minggu <40 jam dibanding dengan kelompok staf lama kerja ≥ 40 jam.

## PEMBAHASAN

Rata-rata persentase respon positif BKP secara keseluruhan adalah 76,8% dikategorikan dalam budaya keselamatan yang kuat, BKP kategori kuat yaitu respon positif jawaban responden berada pada rentang 61,0%-80,0%, model kematangan Budaya Keselamatan Pasien (BKP) yang membagi dalam 5 tingkatan ini kategori budaya keselamatan yang kuat menempatkan rumah sakit berada pada level performa tinggi, staf memiliki komitmen terus menerus untuk keselamatan, keselamatan biasanya diprioritaskan dibandingkan produktivitas, pekerja secara proaktif dilibatkan dalam mengembangkan keselamatan, pemantauan difokuskan pada statistik terkini, *root cause analysis* (RCA) dilakukan untuk semua tipe insiden (12).

Persentase respon positif tertinggi adalah variabel kerja tim (96,4%), sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat pada tahun 2019-2021 dimana ada dua dimensi dengan respon positif tertinggi yaitu kerja tim/teamwork (85%) dan serah terima dan pertukaran informasi/ *followup* (85%) (1), dalam penelitian yang dilakukan oleh Smith, dkk pada tahun 2017 menyebutkan bahwa kerja tim yang lebih positif dalam unit kerja berhubungan dengan *readmission* yang rendah dan komunikasi tentang pengobatan dan pemulangan pasien yang lebih baik. Dalam penelitian Smith disebutkan juga bahwa dimensi terkait komunikasi sama-sama memberikan hasil pengukuran dengan skor respon positif yang tinggi yaitu komunikasi tentang kesalahan (84,4%), serah terima dan pertukaran informasi-informasi (83,9%), dan keterbukaan komunikasi (74,4%) (13).

Persentase respon positif yang tinggi pada dimensi kerjasama tim di dalam unit menunjukkan adanya hubungan kerja yang sehat dan rasa hormat di antara anggota di dalam unit, rekan kerja yang bekerja sama dengan erat dan saling mendukung dalam tugas pekerjaan mereka seringkali menghasilkan rasa saling menghormati. Dalam penelitian sebelumnya mengatakan bahwa tingkat kompetensi keahlian juga mempengaruhi kerja tim dalam unit (14).

Sedangkan untuk respon positif terendah berdasarkan hasil penelitian ini adalah *staffing* dan kecepatan kerja (52,1%), sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat pada tahun 2019-2021 tekanan dan kecepatan kerja/ *work pressure and pace* memperoleh respon positif terendah yaitu 43% (1), sejalan juga dengan penelitian Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit di Cina oleh Huang, dkk tahun 2022 *staffing* merupakan dimensi dengan skor terendah yaitu 43,41% (15). Hal ini perlu menjadi perhatian prioritas bagi manajemen rumah sakit sebab masalah ini bisa berdampak negatif pada kualitas perawatan yang diberikan oleh staf, kelebihan beban kerja akan membahayakan fokus para staf dalam bekerja (13), dalam penelitian yang dilakukan oleh Azyabi, dkk (14) menemukan bahwa masalah kekurangan tenaga kesehatan menyebabkan staf melaporkan perasaan terbebani dan kelebihan beban dengan tanggung jawab harian mereka di rumah sakit.

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak ada perbedaan rata-rata skor dimensi budaya keselamatan pasien pada pada lama kerja di rumah sakit  $<11$  tahun dan  $\geq 11$  tahun, masa kerja di rumah sakit pada pegawai yang masih baru dan yang sudah lebih lama memiliki persepsi yang sama terhadap gambaran implementasi BKP, hal ini disebabkan pengetahuan mengenai keselamatan pasien di Indonesia baru berkembang beberapa tahun ini (16). Terdapat perbedaan rata-rata skor dimensi dukungan supervisor/ manajer/ pimpinan klinis untuk keselamatan pasien pada lama kerja di unit saat ini  $\leq 5$  tahun dan  $>5$  tahun ( $P$  value 0,02), dukungan supervisor/ manajer/ pimpinan klinis untuk keselamatan pasien menggambarkan bahwa manajer/ supervisor/ kepala instalasi secara serius mempertimbangkan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, supervisor/ manajer/ kepala instalasi mengambil tindakan untuk mengatasi masalah keselamatan pasien yang menjadi perhatian, dan supervisor/ manajer/ pemimpin ingin staf bekerja hati-hati terutama pada jam sibuk, tidak dibenarkan bekerja cepat terburu-buru dan mengambil jalan pintas (10).

Terdapat perbedaan rata-rata skor dimensi dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien pada staf pelayanan kontak langsung dengan pasien dan staf tidak kontak langsung dengan pasien ( $P$  value 0,03), dan terdapat perbedaan rata-rata skor dimensi dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien pada staf dengan lama kerja per minggu  $<40$  jam dan  $\geq 40$  jam dengan  $P$  value 0,01. dukungan manajemen rs untuk keselamatan pasien menggambarkan bahwa dalam aktivitas sehari-hari tindakan manajemen rumah sakit menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama, manajemen rumah sakit menyediakan sumber daya yang memadai untuk meningkatkan keselamatan pasien, dan bagian manajemen di rumah sakit ini tidak hanya tertarik pada keselamatan pasien hanya setelah kejadian/ insiden terjadi (10). Dukungan manajemen merupakan *feedback* bersifat positif dari pimpinan kepada staf, ini akan memberikan dampak positif terhadap kinerja pegawai. Staf yang mendapat *feedback* positif akan memiliki tingkat keterlibatan dan persepsi yang positif terhadap kinerjanya, sehingga respon positif tersebut akan menular kepada penerima layanan, staf yang memiliki persepsi positif dalam bekerja akan meningkatkan kepuasan penerima layanan (17).

Budaya keselamatan merupakan landasan dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien dan untuk merancang intervensi. Menggabungkan berbagai intervensi atau alat merupakan strategi umum untuk meningkatkan budaya keselamatan. Banyak program mencakup bentuk pelatihan tim atau penerapan alat komunikasi, pertemuan eksekutif atau bentuk pertemuan interdisipliner lainnya, atau strategi peningkatan berbasis unit yang menargetkan sistem mikro klinis (misalnya, tim, unit, atau jalur layanan) dan dimiliki oleh dokter dan staf garis depan.(18)

Persepsi staf dalam memberikan penilaian dipengaruhi oleh tiga hal, yaitu faktor internal setiap individu, situasi, dan harapan setiap individu, tidak ada benar dan salah dalam persepsi (17), oleh karena itu dalam penilaian persepsi BKP ini dikelompokkan dalam kategori respon positif dan respon negative staf terhadap dimensi BKP untuk menggambarkan kekuatan dan kelemahan penerapan BKP di rumah sakit. Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa kekuatan rumah sakit terletak pada dimensi kerja tim, pembelajaran organisasi perbaikan berkelanjutan, komunikasi tentang kesalahan, serah terima pertukaran informasi dan dukungan manajer untuk keselamatan pasien. Sedangkan Dimensi yang membutuhkan perhatian yaitu respon terhadap kesalahan, keterbukaan komunikasi, dukungan manajemen rumah sakit, pelaporan insiden keselamatan pasien dan *staffing*. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Raecissi tahun 2018 kekuatan rumah sakit terletak pada dimensi pembelajaran organisasi – perbaikan berkelanjutan, kerja tim dalam unit rumah sakit, dan dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien. Dimensi yang mencakup umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan, keterbukaan komunikasi, *staffing*, dan respon *non punitif* terhadap kesalahan terbukti menjadi titik lemah seluruh rumah sakit dalam penelitian tersebut. (11)

Keterbatasan dari penelitian ini jumlah sampel penelitian adalah 48,3% dari total staf meskipun kuesioner dalam bentuk formular digital (*google form*) telah disebarluaskan melalui grup media sosial rumah sakit yaitu seluruh grup *whatsapp* karyawan RS Paru Bogor, penelitian terdahulu menyebutkan bahwa tingkat keikutsertaan terhadap survei online hanya sekitar 40%, meskipun peneliti sudah mengirimkan survei online ke lebih banyak peserta tetapi tidak akan menghasilkan tingkat respon yang lebih tinggi (19). Keterbatasan lainnya tidak adanya data demografi dalam penelitian ini sehingga penggambaran demografi (usia, jenis kelamin, dan Pendidikan) terhadap sepuluh dimensi budaya keselamatan pasien belum dapat terlihat dengan baik

## KESIMPULAN

Penelitian ini merupakan pengukuran implementasi Budaya Keselamatan Pasien (BKP) melalui survei di rumah sakit dengan menggunakan kuesioner *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) yang dikembangkan oleh *Agency for Healthcare research and Quality* (AHRQ), hasil penelitian menggambarkan penilaian/ persepsi staf terhadap implementasi BKP berada pada skor 76,8% dan dikategorikan dalam budaya keselamatan yang kuat (11), perlu penguatan pada dimensi yang paling tinggi persepsi positifnya yaitu kerja tim, dan perlu perhatian pada dimensi yang masih rendah persepsi positifnya yaitu *staffing* dan kecepatan kerja.

Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien (BKP) ini memberikan gambaran implementasi keselamatan pasien tingkat staf, unit kerja dan rumah sakit. Rumah sakit dapat menggunakan kumpulan dimensi ini untuk menggambarkan seberapa baik budaya organisasi di rumah sakit dalam mendukung pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien, dan mengidentifikasi dimensi mana yang memerlukan perbaikan berdasarkan hasil survei pengukuran budaya keselamatan pasien ini.

## SARAN

Dimensi BKP yang terkait dengan lingkup tim sudah berada pada level kuat bisa menjadi modal rumah sakit untuk mempertahankannya melalui kerja tim, pembelajaran organisasi perbaikan berkelanjutan, komunikasi tentang kesalahan, serah terima pertukaran informasi dan dukungan manajer untuk keselamatan pasien. Sedangkan dimensi yang membutuhkan perhatian yaitu respon terhadap kesalahan, keterbukaan komunikasi, dukungan manajemen rumah sakit, pelaporan insiden keselamatan pasien dan *staffing*, kelima hal tersebut adalah masuk dalam lingkungan organisasi rumah sakit yang lebih luas, intervensi bisa melalui pembuatan komitmen bersama melibatkan seluruh staf, manajemen dan pimpinan rumah sakit mengenai pentingnya penerapan BKP.

Peneliti merekomendasikan untuk dilakukan survei pengukuran BKP secara berkala dengan tujuan analisis hasil ukur implementasi BKP dari waktu ke waktu apakah menuju ke arah yang semakin baik atau sebaliknya. Penelitian lebih lanjut dengan menggali faktor karakteristik staf rumah sakit juga diperlukan untuk mempelajari dan menganalisis hubungan antara BKP terhadap variabel karakteristik staf. Lakukan penelitian *benchmark* hasil ukur BKP dengan rumah sakit lain yang satu level, misalnya *benchmark* dengan Rumah Sakit Paru lainnya yang ada di Indonesia atau pada rumah sakit dengan karakteristik yang hampir sama, dengan tujuan untuk melihat kecenderungan persamaan atau perbedaan implementasi BKP dan faktor yang mempengaruhi. Cara menyebarkan kuesioner dengan online memang lebih efisien namun untuk meningkatkan keikutsertaan lakukan dengan cara dobel seperti mengingatkan melalui telepon atau mendatangi responden, bisa juga dengan memberikan *reward* meskipun penelitian menyebutkan bahwa pemberian reward/ insentif tidak meningkatkan keikutsertaan responden pada survei yang dilakukan secara online, namun melakukan dobel metode survei, contohnya survei online dengan disertai mengingatkan melalui telepon atau mendatangi langsung merupakan cara yang terbukti dapat meningkatkan keikutsertaan responden dalam survei yang dilakukan secara online.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Agency for Healthcare Research and Quality. National Healthcare Quality and Disparities Report Chartbook on Patient Safety [Internet]. 2023. Tersedia pada: AHRQ Pub. No. 23-0032
2. Overview | IHI - Institute for Healthcare Improvement [Internet]. 2023 [dikutip 8 Agustus 2023]. Tersedia pada: <https://www.ihl.org:443/Topics/PatientSafety/Pages/Overview.aspx>
3. Boonyasai R, Azam I, Hahn C, Bonnett D, Goldstein E, Gyawali S, dkk. 2021 National Healthcare Quality and Disparities Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Desember 2021;
4. Lumenta N. Patient Safety Harga Mati - Kajian, Sejarah, dan Panduan bagi Manajemen Rumah Sakit dan Tenaga Kesehatan. Jakarta; 2021.
5. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. 2017.
6. Šklebar I, Mustajbegović J, Šklebar D, Cesarik M, Milošević M, Brborović H, dkk. How to Improve Patient Safety Culture in Croatian Hospitals? Acta Clin Croat. September 2016;55(3):370–80.
7. Sorra J, Zebrak K, Yount N, Famolaro T, Gray L, Franklin M, dkk. Development and Pilot Testing of Survey Items to Assess the Culture of Value and Efficiency in Hospitals and Medical Offices. BMJ Qual Saf. Juli 2022;31(7):493–502.
8. Draganović Š, Offermanns G, Davis RE. Adaptation of the Agency for Healthcare Research and Quality's "Hospital Survey on Patient Safety Culture" to the Bosnia and Herzegovina Context. BMJ Open. 12 Agustus 2021;11(8):e045377.
9. Tambajong MG, Utarini A, Pramono D. Adaptasi Linguistik Kuesioner Hospital Survey on Patient Safety Culture ke Versi Indonesia. The Journal of Hospital Accreditation. 27 Februari 2022;4(01):17–27.
10. Sorra J, Yount N, Rockville W, Famolaro T, Gray L. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide [Internet]. AHRQ Publication No. 19-0076; 2019. Tersedia pada: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/>
11. Raeissi P, Reisi N, Nasiripour AA. Assessment of Patient Safety Culture in Iranian Academic Hospitals: Strengths and Weaknesses. J Patient Saf. Desember 2018;14(4):213–26.
12. Liana D. Model duta-RS (dewasakan upaya tatanan akreditasi rumah sakit) untuk kematangan budaya keselamatan. [Depok]: Universitas Indonesia; 2021.

13. Smith SA, Yount N, Sorra J. Exploring Relationships Between Hospital Patient Safety Culture and Consumer Reports Safety Scores. *BMC Health Serv Res*. Desember 2017;17(1):143.
14. Azyabi A, Karwowski W, Davahli MR. Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *Int J Environ Res Public Health*. 3 Maret 2021;18(5):2466.
15. A National Study of Patient Safety Culture and Patient Safety Goal in Chinese Hospitals. Desember 2022;e1167.
16. Webinar Series 1 World Patient Safety Day 2023 [Internet]. 2023 [dikutip 1 Oktober 2023]. Tersedia pada: <https://www.youtube.com/watch?v=BwzJ4tagwCg>
17. Robbins SP, Judge TA. *Organizational Behavior*. Seventeenth Edition. England; 2017.
18. Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*. 2013;158(5 Pt 2):369–74.
19. Wu MJ, Zhao K, Fils-Aime F. Response rates of online surveys in published research: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior Reports*. Agustus 2022;7:100206.