

**SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL
TAHUN 2025**



**SUB KOMITE KESELAMATAN PASIEN
RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL
TAHUN 2025**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan sebuah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menyatakan bahwa salah satu kewajiban Rumah Sakit yaitu memberikan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan keselamatan pasien.

Keselamatan pasien merupakan sebuah sistem di Rumah Sakit yang mewujudkan asuhan pasien lebih aman untuk mengurangi risiko dan mencegah cedera yang diakibatkan dari kesalahan suatu Tindakan atau tidak menerapkan tindakan sesuai prosedur (PERMENKES NO 11, 2017). Saat ini keselamatan pasien (patient safety) telah menjadi isu global dan nasional bagi rumah sakit (Sihombing, 2020) dan menjadi masalah utama bagi seluruh rumah sakit yang terakreditasi sebagai salah satu indikator Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, dimana seluruh pelayanan memiliki risiko terhadap keselamatan pasien (Huriati et al., 2022). Hasil penelitian yang dilakukan pada beberapa rumah sakit terakreditasi Joint Commision International (JCI) ditemukan sebanyak 52 insiden pada 11 rumah sakit di 5 negara. Kasus tertinggi berada di Hongkong dengan total 31% kasus, disusul Australia 25% kasus, India 23% kasus, Amerika 12% kasus, dan Kanada 10% (Buhari et al., 2018). Sedangkan insiden keselamatan pasien yang terjadi di Indonesia diketahui bahwa terdapat 7.465 kasus pada tahun 2019, yang terdiri dari 171 kematian, 80 cedera berat, 372 cedera sedang, 1183 cedera ringan, dan 5659 tidak ada cedera (Daud, 2020). Tingginya angka Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di beberapa negara tersebut termasuk Negara Indonesia menandakan bahwa insiden keselamatan pasien masih sering terjadi yang disebabkan karena lemahnya budaya keselamatan pasien di rumah sakit (Lubis, 2020).

Berkaitan dengan Permenkes No. 11 Tahun 2017, maka budaya keselamatan pasien harus dijadikan prinsip dasar agar pelayanan dapat dihantarkan dengan aman untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien merupakan prinsip dasar yang harus dijadikan pedoman kerja tenaga kesehatan agar pelayanan kesehatan terhindar dari insiden keselamatan pasien yang merupakan bentuk pelayanan tidak bermutu (Mohammed et al., 2021), beban kerja yang dimiliki

perawat pun dapat menentukan konsistensi perawat untuk patuh pada prinsip budaya keselamatan pasien (Indrawati et al., 2022)

Langkah pertama menuju keselamatan pasien yaitu dengan membangun suatu budaya keselamatan pasien yang baik (Sorra et al., 2018). Evaluasi budaya keselamatan pasien dapat memberikan gambaran yang jelas tentang aspek keselamatan pasien yang membutuhkan perhatian lebih lanjut (Khoshakhlagh et al., 2019). Penerapan budaya keselamatan pasien akan memberikan keuntungan bagi pasien serta pihak penyedia pelayanan kesehatan. Penerapan budaya keselamatan pasien akan mendeteksi kesalahan yang akan terjadi atau jika kesalahan terjadi. Budaya keselamatan pasien dapat meningkatkan kesadaran untuk mencegah kesalahan dan melaporkan jika ada kesalahan. Budaya keselamatan pasien juga akan mengurangi pengeluaran finansial yang diakibatkan oleh insiden keselamatan pasien (Begiata, 2012).

Menurut suatu organisasi Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2004), budaya keselamatan pasien merupakan produk dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi, pola perilaku individu dan kelompok, perilaku, keterampilan, manajemen kesehatan dan keselamatan organisasi / institusi. Organisasi/institusi yang memiliki budaya keselamatan positif dicirikan dengan adanya komunikasi yang didasarkan pada rasa saling percaya, persepsi bersama tentang pentingnya keselamatan, dan dengan keyakinan akan keberhasilan tindakan pencegahan (Tear et al., 2020). Budaya keselamatan pasien menurut AHRQ dapat diukur dari segi perspektif staf rumah sakit yang terdiri dari 12 dimensi antara lain: harapan dan tindakan manajer mempromosikan keselamatan pasien, organizational learning, perbaikan berkelanjutan, kerja sama dalam unit di rumah sakit, komunikasi terbuka, umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan, respon non-punitive terhadap kesalahan, staffing, dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien, kerja sama antar unit di rumah sakit, handoffs dan transisi pasien, persepsi seluruh staf di rumah sakit terkait keselamatan pasien, dan frekuensi pelaporan insiden keselamatan pasien (AHRQ, 2004). Membangun budaya keselamatan pasien di rumah sakit merupakan kewajiban serta tanggung jawab seluruh staf yang bekerja di rumah sakit terutama para profesional pemberi asuhan yang berinteraksi langsung dengan pasien yang memungkinkan untuk menemukan dan mengalami risiko kesalahan saat memberikan pelayanan.

Sebuah organisasi/ institusi kesehatan akan memiliki budaya keselamatan pasien yang positif, jika memiliki dimensi budaya diantaranya : budaya keterbukaan (*open culture*), budaya keadilan (*just culture*), budaya pelaporan (*reporting culture*), budaya belajar (*learning culture*), dan budaya informasi (*informed culture*) (El-Jardali et al., 2014). Menurut Sammer (2010) melalui reviewnya menjelaskan bahwa terdapat tujuh subkultur yang terlibat dalam ruang lingkup budaya keselamatan pasien, yaitu

kepemimpinan, kerjasama tim, *evidence based*, komunikasi, pembelajaran terhadap kesalahan, keadilan, dan pelayanan berfokus pada pasien (Sammer et al., 2010)

RSUD Panembahan Senopati merupakan salah satu organisasi pemerintah daerah sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat dengan pendekatan secara *komprehensif, preventif, kuratif* dan *rehabilitative*. Oleh karena itu, RSUD Panembahan Senopati Kabupaten Bantul terus memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat sesuai dengan tugas rumah sakit yaitu melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan (Profil Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Tahun 2024).

RSUD Panembahan Senopati dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, berkomitmen untuk mengutamakan keselamatan pasien. Sejalan dengan hal tersebut telah dibentuk Komite Mutu dan Keselamatan pasien yang didalamnya terdapat Sub Komite Mutu dan Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Sub Komite keselamatan pasien bertugas menangani sistem keselamatan pasien di rumah sakit. Permasalahan pelaporan insiden keselamatan pasien dan pentingnya penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD Panembahan Senopati, maka perlu dilakukan pengukuran budaya keselamatan pasien. Survei ini bertujuan untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien di RSUD Panembahan Senopati sehingga dapat diketahui area kekuatan dan area kelemahan berdasarkan 10 dimensi budaya keselamatan pasien.

B. Tujuan Survei

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran budaya keselamatan di RSUD Panembahan Senopati Bantul

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran budaya keselamatan berdasarkan 10 dimensi
- b. Mengetahui tingkat maturitas/kematangan budaya keselamatan pasien
- c. Mengembangkan regulasi dan lingkungan kerja yang mendorong agar staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan kejadian keselamatan pasien
- d. Meningkatkan kolaborasi antar staf klini, staf non-klinis, dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien
- e. Membangun komitmen organisasi menyediakan sumber daya, seperti staf, pelatihan, metode pelaporan yang aman, dan sebagainya untuk menangani masalah keselamatan pasien

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Budaya Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakan komponen penting dari kualitas kesehatan. Bahkan dengan kewaspadaan terus menerus, penyedia layanan kesehatan menghadapi banyak tantangan di lingkungan perawatan kesehatan dalam usaha untuk selalu menjaga pasien tetap aman. Evolusi kesehatan yang berjalan terus menerus meningkatkan kepedulian tentang pentingnya membangun dan mempertahankan budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien adalah sebuah produk dari nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku yang menentukan komitmen dan gaya serta kemampuan untuk mengatur kesehatan dan keselamatan dalam organisasi (Sammer, 2010). Budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*) di rumah sakit merupakan nilai, sikap, persepsi, dan perilaku yang mencerminkan komitmen organisasi terhadap keselamatan pasien dalam setiap aktivitas pelayanan (Almutairi et al., 2022). Menurut Darma et al. (2021), budaya keselamatan pasien adalah sistem nilai dan keyakinan yang mendorong setiap individu dalam organisasi kesehatan untuk mengutamakan keselamatan pasien.

B. Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Menurut Carthey & Clarke (2010), organisasi kesehatan akan memiliki budaya keselamatan pasien yang positif, jika memiliki dimensi budaya sebagai berikut :

1. Budaya keterbukaan (*open culture*)

Budaya ini menggambarkan semua staf RS merasa nyaman berdiskusi tentang insiden yang terjadi ataupun topik tentang KP dengan teman satu tim ataupun dengan manajernya. Staf merasa yakin bahwa fokus utama adalah keterbukaan sebagai media pembelajaran dan bukan untuk mencari kesalahan ataupun menghukum. Komunikasi terbuka dapat juga diwujudkan pada saat serah terima pasien, *briefing staff* maupun *morning report*.

2. Budaya keadilan (*just culture*)

Merupakan budaya membawa atmosfer “*trust*” sehingga anggota bersedia dan memiliki motivasi untuk memberikan data dan informasi serta melibatkan pasien dan keluarganya secara adil dalam setiap pengambilan keputusan terapi. Perawat dan pasien diperlakukan secara adil saat terjadi insiden dan tidak berfokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan. Lingkungan terbuka dan adil akan membantu staf membuat pelaporan secara jujur mengenai kejadian yang terjadi dan menjadikan insiden sebagai pelajaran dalam upaya meningkatkan.

3. Budaya pelaporan (*reporting culture*)

Budaya dimana staf siap untuk melaporkan insiden atau *near miss*, sehingga dapat dinilai jenis *error* dan dapat diketahui kesalahan yang biasa dilakukan oleh staf serta dapat diambil tindakan sebagai bahan pembelajaran organisasi. Organisasi belajar dari pengalaman sebelumnya dan mempunyai kemampuan untuk mengidentifikasi faktor risiko terjadinya insiden sehingga dapat mengurangi atau mencegah insiden yang akan terjadi.

4. Budaya belajar (*learning culture*)

Setiap lini dari organisasi baik *sharp end* (yang bersentuhan langsung dengan pelayanan) maupun *blunt end* (manajemen) menggunakan insiden yang terjadi sebagai proses belajar. Organisasi berkomitmen untuk mempelajari insiden yang telah terjadi, mengkomunikasikan kepada staf dan senantiasa mengingatkan staf.

5. Budaya informasi (*informed culture*)

Organisasi mampu belajar dari pengalaman masa lalu sehingga memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi dan menghindari insiden yang akan terjadi karena telah belajar dan terinformasi dengan jelas dari insiden yang sudah pernah terjadi, misalnya dari pelaporan kejadian dan investigasi.

Konsep pelaksanaan budaya keselamatan di sebuah rumah sakit membutuhkan sebuah kerangka pikir yang komprehensif terhadap elemen-elemen yang terlibat di dalamnya. Sammer (2010) melalui reviewnya menjelaskan bahwa terdapat tujuh subkultur yang terlibat dalam ruang lingkup budaya keselamatan pasien, yaitu antara lain :

1. Kepemimpinan, dimana pemimpin mengakui lingkungan kesehatan adalah lingkungan berisiko tinggi dan berusaha untuk menyelaraskan visi/misi, kompetensi staf, dan sumber daya fiskal dan manusia
2. Kerja sama tim, yaitu semangat kolegialitas, kolaborasi dan kerjasama ada di antara eksekutif, staf dan praktisi independen dengan hubungan yang berdasar keterbukaan, rasa aman, hormat dan fleksibel
3. *Evidence based* memberikan kepastian bahwa pemberian layanan pada pasien berdasar pada bukti ilmiah. Standarisasi yang dilakukan akan mengurangi variasi sehingga reliabilitas tinggi dapat dicapai
4. Komunikasi, yaitu sebuah penjaminan bahwa seluruh staf mempunyai hak dan kewajiban untuk berbicara tentang segala sesuatu tentang kepentingan pasien
5. Pembelajaran terhadap kesalahan yang dilakukan dengan dilanjutkan dengan mencari peluang perbaikan. Hal ini berlaku bagi seluruh staf termasuk diantaranya adalah staf medik
6. Keadilan yaitu setiap kesalahan diartikan sebagai kesalahan sistem dan bukan pada kesalahan individu

7. Pelayanan berpusat pada pasien memberikan kesempatan pada pasien bukan hanya aktif dalam pengobatan dirinya namun juga berperan sebagai penghubung antara rumah sakit dan masyarakat

C. Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien

Survei budaya keselamatan pasien dapat dilakukan berdasarkan elemen yang mendasari dan berdasarkan tingkat maturitas dari organisasi dalam menerapkan budaya keselamatan pasien. Standar pengukuran budaya keselamatan pasien dikembangkan oleh beberapa organisasi AHRQ, Standford, dan MapSaf. Survei tersebut menggunakan metode kuantitatif yang menggunakan instrumen berupa kuesioner. Instrumen tersebut sebagian besar melihat budaya dari prespektif staf di rumah sakit (AHRQ, 2019).

Pada Survei ini Budaya keselamatan pasien diukur menggunakan kuesioner *Hospital Survei on Patient Safety Culture Version 2.0* yang dikembangkan oleh *The Agency for Healthcare Research and Quality Care* (AHRQ) yang dirilis pada tahun 2019. *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) merupakan survei budaya keselamatan pasien dari segi prespektif pegawai rumah sakit. Kuesioner pada survei ini menggunakan skala *Likert* yang terdiri dari pernyataan positif dan pernyataan negatif yang menilai budaya keselamatan pasien berdasarkan 10 pengukuran dimensi budaya keselamatan pasien yaitu :

1. Komunikasi tentang kesalahan / *error*
2. Keterbukaan komunikasi
3. Pergantian shift dan pertukaran informasi
4. Dukungan manajemen rumah sakit terhadap keselamatan pasien
5. Pembelajaran organisasi, perbaikan berkesinambungan
6. Pelaporan kejadian keselamatan pasien
7. Respon terhadap kesalahan / *error*
8. Pengaturan staf dan tempo kerja
9. Dukungan supervisor, manajer, *clinical leader* terhadap keselamatan pasien
10. Kerja sama tim.

D. Pengukuran Maturitas Budaya Keselamatan Pasien

Tingkat maturitas budaya keselamatan pasien dapat diukur menggunakan MaPSaF (*Manchester Patient Safety Assessment Framework*). MaPSaF merupakan instrumen yang dikembangkan untuk membantu tim pelayanan kesehatan dalam merefleksikan organisasinya pada aspek pengembangan budaya keselamatan pasien Dengan mengetahui tingkat kematangan dapat memberikan informasi yang lebih baik kepada pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kinerja ke tingkat yang lebih tinggi.

Instrumen MaPSaF menggambarkan 5 tingkat kematangan budaya keselamatan pasien, yaitu patologis, reaktif, birokratis, proaktif dan generatif. Namun hingga saat ini masih jarang dilakukan pengukuran budaya keselamatan pasien dengan menggunakan instrumen MaPSaF. Penggunaan instrumen MaPSaF dapat dilakukan pada tingkat individu atau tim/unit di institusi pelayanan kesehatan.

Maturitas budaya patient safety dalam organisasi diklasifikasikan oleh Ashcroft et.al (2005) menjadi lima tingkat maturitas: patologis, reaktif, kalkulatif, proaktif dan generatif. Di tingkat patologis, organisasi melihat keselamatan pasien sebagai masalah, akibatnya informasi-informasi terkait patient safety akan ditekan dan lebih berfokus pada menyalahkan individu demi menunjukkan kekuasaan pihak tertentu. Di tingkat reaktif, organisasi sudah menyadari bahwa keselamatan pasien adalah hal penting, tetapi hanya berespon ketika terjadi insiden yang signifikan. Di tingkat kalkulatif, organisasi cenderung berpaku pada aturan-aturan dan jabatan dan kewenangan dalam organisasi. Setelah insiden terjadi, informasi tidak diteruskan atau bahkan diabaikan, kesalahan segera dibenarkan atau dijelaskan penyebabnya, tanpa analisis yang lebih mendalam lagi. Organisasi yang proaktif berfokus pada upaya-upaya untuk mengantisipasi masalah-masalah patient safety dengan melibatkan banyak stakeholders terkait patient safety. Sementara organisasi yang generatif secara aktif mencari informasi untuk mengetahui apakah tindakan-tindakan yang dilakukan dalam organisasi ini sudah aman atau belum, efektivitas intervensi selalu dievaluasi, selalu belajar dari pengalaman yang salah maupun yang berhasil, dan mengambil tindakan-tindakan yang berarti untuk memperbaiki situasi.

BAB III

METODE SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

A. Persiapan Pelaksanaan Survei

1. Pelaksana Survei

Pelaksana survei adalah tim Sub Komite Keselamatan Pasien RSUD Panembahan Senopati

2. Tahapan Survei

Survei budaya keselamatan pasien dapat dilaksanakan melalui tahapan perencanaan, persiapan, pelaksanaan, pengolahan, dan penyajian hasil survei, yang mencakup langkah-langkah sebagai berikut :

- a. Menentukan sumberdaya yang dibutuhkan (penanggungjawab, anggaran, waktu, dan kemampuan teknis SDM)
- b. Menyusun instrumen survei
- c. Menentukan metode pengumpulan data
- d. Menentukan populasi
- e. Menentukan besaran dan teknik penarikan sampel
- f. Merencanakan jadwal pelaksanaan
- g. Menyiapkan logistik
- h. Melaksanakan survei
- i. Mengolah hasil survei
- j. Menyajikan dan melaporkan hasil

B. Periode Survei

Survei budaya keselamatan pasien di RSUD Panembahan Seopati dilakukan 1 (satu) kali setahun oleh Komite Mutu dalam hal ini yaitu Sub Komite Keselamatan Pasien. Survei budaya keselamatan pasien tahun 2025 dilaksanakan pada bulan September 2025.

Survei ini bersifat komprehensif dan hasil analisa survei dipergunakan untuk melakukan evaluasi budaya keselamatan pasien di RSUD Panembahan Senopati. Selain itu, hasil survei dipergunakan untuk bahan kebijakan terhadap pelaksanaan kegiatan keselamatan pasien dan melihat kecenderungan (*trend*) budaya keselamatan pasien.

C. Rancangan Penelitian

Survei budaya keselamatan pasien menggunakan rancangan penelitian deskriptif dilakukan dengan menggunakan rancang potong lintang (*cross sectional*) untuk mencari gambaran budaya keselamatan pasien di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

D. Populasi

Populasi dalam survei budaya keselamatan pasien adalah seluruh pegawai RSUD Panembahan Senopati yang berinteraksi langsung maupun tidak berinteraksi langsung dengan pasien tetapi mempunyai dampak terhadap perawatan pasien

E. Kriteria Subyek

Kriteria inklusi adalah seluruh pegawai di RSUD Panembahan Senopati yang bersedia mengisi kuesioner menggunakan *google form*. Kriteria eksklusi adalah kuisisioner yang diisi tidak lengkap.

F. Teknik dan Besar Sampel

Sampel diperoleh dengan cara simple random sampling. Estimasi besar sampel penelitian ini menggunakan rumus untuk data deskriptif, dengan menggunakan nilai α (*level of significance*) = 0,5 atau menggunakan tabel sampel dari *Krejcie and Morgan*.

G. Instrumen Pengambilan Data

Budaya keselamatan pasien diukur menggunakan kuesioner *Hospital Survei on Patient Safety Culture Version 2.0* yang dikembangkan oleh *The Agency for Healthcare Research and Quality Care* (AHRQ) yang dirilis pada tahun 2019. Instrumen kuesioner ini terdiri dari 40 pernyataan yang terdiri dari 8 item ukuran tunggal dan 34 item ukuran gabungan, dengan rincian sebagai berikut :

1. Item ukuran tunggal
 - a. Satu item survei menanyakan peristiwa keselamatan pasien yang dilaporkan
 - b. Satu item survei tentang karakteristik latar belakang responden (posisi staf, unit/area kerja mereka)
 - c. Enam item survei tentang karakteristik latar belakang responden (posisi staf, unit/area kerja, masa kerja rumah sakit, masa kerja unit/area kerja, interaksi dengan pasien)
2. Item ukuran gabungan

Terdiri dari 32 item survei yang dikelompokkan menjadi 10 ukuran gabungan yang merupakan pengelompokan dari dua atau lebih item survei. Kuesioner pada survei ini menggunakan skala *Likert* yang terdiri dari pernyataan positif dan pernyataan negatif.

Tabel 3.1. Item Pertanyaan Gabungan

No	Dimensi Budaya Keselamatan Pasien	Nomor Pernyataan		Total
		Positif	Negatif	
1	Kerja sama tim	12, 22, 23, 45		3
2	Pengelolaan staf dan beban kerja	16	14, 15, 24	4
3	Pembelajaran organisasi dan perbaikan berkesinambungan	13, 25	19	3
4	Respon terhadap <i>error</i> / kesalahan	20	17, 18, 21	4
5	Dukungan supervisor, manajer, <i>clinical leader</i> terhadap keselamatan pasien	37, 38, 39	36	3
6	Komunikasi tentang <i>error</i> / kesalahan	26, 27, 32	-	3
7	Keterbukaan Komunikasi	28, 29, 30	31	4
8	Pelaporan insiden/kejadian keselamatan pasien	33, 34	-	2
9	Dukungan manajemen rumah sakit terhadap keselamatan pasien	40, 41	44	3
10	Serah terima dan pertukaran informasi	42, 43	46	3
Total Pernyataan				34

Survei budaya keselamatan pasien dilaksanakan setiap satu tahun sekali kemudian dilakukan pengolahan data yaitu dengan membagi jawaban dari responden pada setiap pernyataan dibagi menjadi 2 kategori, yaitu respon positif dan respon negatif. Respon positif adalah jawaban responden berupa setuju/sering dan sangat setuju/selalu pada pernyataan positif dan jawaban negatif berupa tidak setuju/jarang dan sangat tidak setuju/tidak pernah pada pernyataan negatif. Respon negatif yang merupakan kebalikan dari respon positif adalah jawaban responden berupa setuju/sering dan sangat setuju/selalu pada pernyataan negatif dan jawaban tidak setuju/jarang dan sangat tidak setuju/tidak pernah pada pernyataan positif.

H. Teknik Pengumpulan Data

Pelaksanaan survei dapat menggunakan teknik survei, yaitu :

1. Survei berbasis web (misal : penggunaan *google form*)
2. Survei berbasis kertas (menyebarkan lembar kuesioner)

Pada tahap ini tentukan periode waktu pengumpulan data, kemudian periksa respon rate. Jika respon rate cukup tinggi maka survei dapat ditutup, jika respon rate masih rendah (dibawah 50%) perpanjang periode pengumpulan data selama satu minggu.

I. Pengolahan Data

Tahap-tahap pengolahan data pada survei budaya keselamatan pasien meliputi *editing*, *coding*, *cleaning*.

1. Editing

Tahap editing adalah melakukan pemeriksaan pada jawaban responden, apakah sudah lengkap dan jelas

2. Coding

Tahap *coding* adalah proses pemberian angka pada setiap jawaban

Tabel 3.2. Nilai *Coding*

Jawaban responden	Nilai numerik item pernyataan positif	Nilai numerik item pernyataan negatif
Sangat tidak setuju / tidak pernah	1	5
Tidak setuju / jarang	2	4
Netral / kadang-kadang	3	3
Setuju / hampir selalu	4	2
Sangat Setuju / selalu	5	1
Tidak tahu / tidak dapat diterapkan	9	9

3. Cleaning

Tahap *cleaning* adalah melakukan pemeriksaan kembali jika ada nilai diluar yang telah ditetapkan

J. Analisis Data

Budaya keselamatan pasien diklasifikasikan menjadi 3 klasifikasi berdasarkan pedoman pada *Hospital Survey on Patient Safety Culture* yaitu suatu budaya keselamatan pasien dikatakan BAIK apabila respon positif sebesar $\geq 75\%$, SEDANG apabila respon positif 50% - 75%, dan dikatakan KURANG apabila respon positif kurang dari 50%. Data survei dianalisis menggunakan teknik analisis deskriptif dengan komputerisasi. Data disajikan dalam bentuk tabel frekuensi disertai dengan narasi.

Tabel 3.3. Definisi Operasional Pengukuran Aspek Budaya Keselamatan Pasien

No	Pengukuran Dimensi Budaya Keselamatan Pasien	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Komunikasi tentang <i>error</i> /kesalahan	Staf diberitahu jika terjadi kesalahan, diskusikan cara untuk mencegah kesalahan, dan diberitahu jika ada perubahan	Kuesioner HSOPS Versi 2.0	– Baik : jika persepsi positif 75% – Sedang : jika persepsi positif antara >50% dan <75% – Kurang :jika persepsi positif <50 %	Ordinal
2.	Keterbukaan Komunikasi	Staf berani bicara jika mereka melihat sesuatu yang tidak aman, dan merasa nyaman mengajukan pertanyaan	Kuesioner HSOPS Versi 2.0	– Baik : jika persepsi positif 75% – Sedang : jika persepsi positif antara >50% dan <75% – Kurang :jika persepsi positif<50 %	Ordinal
3.	Dukungan manajemen rumah sakit terhadap keselamatan pasien	Manajemen RS menyediakan iklim kerja yang mempromosikan keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama.	Kuesioner HSOPS Versi 2.0	– Baik : jika persepsi positif 75% – Sedang : jika persepsi positif antara >50% dan <75% – Kurang :jika persepsi positif <50 %	Ordinal
4.	Serah terima dan pertukaran informasi	Informasi penting tentang pasien diinformasikan antar unit rumah sakit dan selama pergantian shift	Kuesioner HSOPS Versi 2.0	– Baik : jika persepsi positif 75% – Sedang : jika persepsi positif antara >50% dan <75% – Kurang :jika persepsi positif <50 %	Ordinal
5.	Pembelajaran organisasi dan peningkatan berkesinambungan	Proses kerja ditinjau secara berkala, perubahan	Kuesioner HSOPS Versi 2.0	– Baik : jika persepsi positif 75% – Sedang : jika persepsi positif antara >50% dan <75% – Kurang :jika persepsi positif <50 %	Ordinal

6.	Pelaporan insiden/ kejadian keselamatan pasien	Jenis kesalahan berikut dilaporkan : (1) kesalahan diidentifikasi dan diperbaiki sebelum mencapai pasien dan ; (2) kesalahan yang bisa merugikan pasien tetapi tidak sampai timbul bahaya	Kuesioner HSOPS Versi 2.0	– Baik : jika respons positif 75% – Sedang : jika persepsi positif antara >50% dan <75% – Kurang : jika persepsi positif <50 %	Ordinal
7.	Respon terhadap <i>error</i> / kesalahan	Staf diperlakukan dengan adil ketika mereka membuat kesalahan dan ada fokus untuk belajar dari kesalahan	Kuesioner HSOPS Versi 2.0	– Baik : jika persepsi positif 75% – Sedang : jika persepsi positif antara >50% dan <75% – Kurang : jika persepsi positif <50 %	Ordinal
8.	Pengelolaan staf dan beban kerja	Ada cukup staf untuk menangani beban kerja, staf bekerja sesuai jam dan tidak merasa terburu-buru, dan ada ketergantungan yang tepat pada staf sementara	Kuesioner HSOPS Versi 2.0	– Baik : jika persepsi positif 75% – Sedang : jika persepsi positif antara >50% dan <75% – Kurang : jika persepsi positif <50 %	Ordinal
9.	Dukungan supervisor, manajer, <i>clinical leader</i> terhadap keselamatan pasien	Dukungan supervisor, manajer, pemimpin klinis mempertimbangkan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, tidak mendorong mengambil jalan pintas, dan mengambil tindakan untuk mengatasi masalah keselamatan pasien	Kuesioner HSOPS Versi 2.0	– Baik : jika persepsi positif 75% – Sedang : jika persepsi positif antara >50% dan <75% – Kurang : jika persepsi positif <50 %	Ordinal
10.	Kerja sama tim	Staf bekerja sama sebagai tim yang efektif, saling membantu selama waktu sibuk, dan saling menghormati	Kuesioner HSOPS Versi 2.0	– Baik : jika persepsi positif 75% – Sedang : jika persepsi positif antara >50% dan <75% – Kurang : jika persepsi positif <50 %	Ordinal

Dalam survei ini dilakukan pengukuran kematangan budaya keselamatan pasien menggunakan MaPSaF (*Manchester Patient Safety Framework*) dengan kriteria pengukuran sebagai berikut :

Tabel 3.4. Level kematangan budaya patient safety

Patologis	Tidak ada sistem untuk pengembangan budaya patient safety.
Reaktif	Sistemnya masih terpecah-pecah, dikembangkan sebagai bagian dari regulasi atau permintaan akreditasi atau untuk merespon insiden yang terjadi.
Bureaucratic	Terdapat pendekatan sistematis terhadap keselamatan pasien, tetapi implementasinya masih terkotak-kotak, dan analisis terhadap insiden masih terbatas pada situasi ketika insiden terjadi.
Proaktif	Terdapat pendekatan komprehensif terhadap budaya keselamatan pasien, intervensi yang <i>evidence-based</i> sudah dilaksanakan.
Generative	Pembentukan dan <i>maintenance</i> budaya keselamatan pasien adalah bagian sentral dari misi organisasi, efektifitas intervensi selalu dievaluasi, selalu belajar dari pengalaman yang salah maupun berhasil, dan mengambil tindakan-tindakan yang berarti untuk memperbaiki situasi.

Safety Culture Assessment in Health Care: A Review of the Literature On Safety Culture Assessment Modes : Australian commission of safety and quality in health care level.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil survei budaya keselamatan di RSUD Panembahan Senopati tahun 2025 didapatkan 303 responden meningkat dari jumlah responden survei budaya keselamatan tahun 2024 yaitu 283 responden. Gambaran karakteristik responden survei budaya keselamatan pasien adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1. Gambaran Karakteristik Responden

Variabel	Kategori	Frekuensi n = 303	Persentase %
Jenis Kelamin	Laki-laki	48	15,84%
	Perempuan	255	84,16%
	Total	303	100,00%
Usia	< 25 tahun	7	2,31%
	25-34 tahun	78	25,74%
	35-44 tahun	120	39,60%
	45-54 tahun	78	25,74%
	55-64 tahun	20	6,60%
	> 64 tahun	0	0,00%
	Total	303	100,00%
Pendidikan	SD	0	0,00%
	SMP	0	0,00%
	SMA	43	14,19%
	Akademi (D1, D2, D3)	155	51,16%
	Sarjana (D4/S1)	90	29,70%
	Master/Spesialis (S2, S3)	15	4,95%
	Total	303	100,00%
Unit Kerja	Rawat Inap	80	26,40%
	Rawat Jalan	24	7,92%
	Perawatan Intensif	19	6,27%

	Gizi	48	15,84%
	Rawat Darurat	23	7,59%
	Laboratorium	12	3,96%
	Perinatal	12	3,96%
	Farmasi	14	4,62%
	Manajemen/Administrasi	13	4,29%
	Maternal	12	3,96%
	Instalasi Rekam Medik	9	2,97%
	Instalasi Rehabilitasi Medik	3	0,99%
	Sanitasi	3	0,99%
	Bedah Sentral	7	2,31%
	Instalasi Dialisis	4	1,32%
	Transportasi	2	0,66%
	Instalasi Hematologi Onkologi	2	0,66%
	Radiologi	6	1,98%
	Unit Bank Darah	3	0,99%
	Informasi	3	0,99%
	CSSD	1	0,33%
	Sarana dan Prasarana RS	1	0,33%
	Sanitasi Lingkungan	1	0,33%
	Pemulasaran Jenazah	1	0,33%
	Total	303	100,00%
Profesi	Perawat	137	45,21%
	Bidan	21	6,93%
	Pramusaji	18	5,94%
	Juru Masak	17	5,61%
	Manajer/Kabag/Kabid/Kasubag/KTKO/ Ka.Instalasi/Unit/Ruang/MPP	14	4,62%
	Petugas Administrasi	14	4,62%
	Nutrisiionist	12	3,96%
	Dokter	11	3,63%
	Asisten Apoteker	11	3,63%
	Analisis Kesehatan	9	2,97%

	Perekam Medis	8	2,64%
	Asisten Perawat	5	1,65%
	Radiografer	4	1,32%
	Sanitarian	4	1,32%
	Apoteker	3	0,99%
	Teknisi Pelayanan Darah	3	0,99%
	Petugas informasi	3	0,99%
	Driver	2	0,66%
	Fisioterapis	1	0,33%
	Pranata Komputer	1	0,33%
	Petugas Laundry	1	0,33%
	Elektromedis	1	0,33%
	Okupasi Terapis	1	0,33%
	Terapi wicara	1	0,33%
	Pranata Laboratorium	1	0,33%
	Direksi	0	0,00%
	Psikolog	0	0,00%
	Petugas IPSRS	0	0,00%
	Satpam	0	0,00%
	Asisten Analis Kesehatan	0	0,00%
	Petugas Kebersihan	0	0,00%
	Total	303	100,00%
Kontak langsung dengan pasien	Ya	244	80,53%
	Tidak	59	19,47%
	Total	303	100,00%
Lama kerja di RS	< 1 tahun	6	1,98%
	1 sampai 5 tahun	40	13,20%
	6 sampai 10 tahun	59	19,47%
	>= 11 tahun	198	65,35%
	Total	303	100,00%
Lama kerja di unit	< 1 tahun	11	3,63%
	1 sampai 5 tahun	83	27,39%

	6 sampai 10 tahun	67	22,11%
	>= 11 tahun	142	46,86%
	Total	303	100,00%
Waktu kerja dalam seminggu	< 30 jam per minggu	3	0,99%
	30 - 40 jam per minggu	158	52,15%
	> 40 jam per minggu	142	46,86%
	Total	303	100,00%
Frekuensi pelaporan insiden	Tidak ada	69	22,77%
	1-2 laporan	103	33,99%
	3-5 laporan	80	26,40%
	6-10 laporan	35	11,55%
	>10 laporan	16	5,28%
	Total	303	100,00%
Level / tingkat keselamatan pasien	Buruk	2	0,66%
	Sedang	27	8,91%
	Baik	206	67,99%
	Sangat Baik	62	20,46%
	Luar Biasa	6	1,98%
	Total	303	100%

Responden yang berpartisipasi dalam survei budaya keselamatan pasien berasal dari seluruh komponen unit kerja yang ada di rumah sakit, baik yang berinteraksi langsung dengan pasien maupun tidak. Berdasarkan tabel 4.1 terlihat bahwa sebagian besar responden berasal dari rawat inap (26,40%), berdasarkan profesi sebagian besar perawat (45,21%) dan sebagian besar berinteraksi langsung pada pasien (80,53%). Berdasarkan waktu kerja dalam seminggu sebagian besar responden yang bekerja selama 30-40 jam per minggu sebesar 52,15%, kemudian responden yang bekerja lebih dari 40 jam per minggu (46,86%), dan yang paling sedikit dengan waktu kerja < 30 minggu per jam sebanyak 0,99%. Pada pertanyaan tentang penilaian terhadap level/tingkat keselamatan pasien di RS, sebagian besar responden menyatakan baik yaitu sebanyak 206 responden (67,99%), sedangkan 9 responden (1,98%) menyatakan luar biasa, kemudian 62 responden (20,46%) menyatakan sangat baik, dan 27 responden (8,91%) menyatakan sedang. Hal yang berkaitan dengan pelaporan IKP yaitu terkait frekuensi pelaporan insiden sebagian besar pernah melaporkan 1 sampai 2 laporan insiden sebanyak 103 reponden (33,99%) dan masih ada responden yang tidak pernah melaporkan insiden sebanyak 69 responden (22,77%).

B. Gambaran Dimensi Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Berdasarkan hasil survei budaya keselamatan di RSUD Panembahan Senopati tahun 2025 pada 303 responden didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.2. Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Tahun 2025

Kode	Dimensi Budaya Keselamatan Pasien	% Respon Positif	Kategori Budaya
1. Kerja Tim		94,49%	Baik
12	Staf di unit saya akan membantu ketika staf lain sedang sangat sibuk	92,05%	Baik
22	Ketika banyak pekerjaan yang harus diselesaikan, kami bekerjasama sebagai sebuah tim untuk menyelesaikannya.	97,03%	Baik
23	Di unit saya, staf saling menghargai satu sama lain	94,39%	Baik
45	Unit-unit di Rumah Sakit bekerja sama untuk menyediakan layanan terbaik untuk pasien.	96,68%	Baik
2. Pengelolaan Staf dan Beban Kerja		48,83%	Kurang
14	Staf di unit saya bekerja lebih lama dari waktu yang seharusnya untuk mengerjakan tugas.	39,20%	Kurang
15	Layanan terbaik kepada pasien dapat diberikan jika unit kami menambah jumlah staf pengganti/ sementara/ outsource.	23,67%	Kurang
16	Unit saya memiliki jumlah karyawan yang cukup untuk menangani beban kerja yang ada.	65,45%	Sedang
24	Di unit saya, kami selalu bekerja dalam situasi krisis / terburu-buru karena beban kerja yang berlebih dengan tuntutan waktu yang singkat dan mencoba melakukan banyak hal dengan cepat yang berpengaruh negatif pada keselamatan pasien.	67,00%	Sedang
3. Pembelajaran Organisasi dan Perbaikan Berkesinambungan		93,12%	Baik
13	Unit saya secara rutin meninjau proses kerja untuk menentukan apakah perubahan diperlukan dalam meningkatkan keselamatan pasien.	93,02%	Baik
19	Di unit saya, kesalahan/ insiden keselamatan pasien terus menerus terjadi.	91,30%	Baik
25	Untuk meningkatkan keselamatan pasien, perlu evaluasi berkala terhadap suatu perubahan yang dilakukan.	95,03%	Baik
4. Respon Terhadap Error / Kesalahan		68,85%	Sedang
17	Di unit saya, staf merasa kesalahan dirinya dapat digunakan untuk melawan diri mereka sendiri.	54,73%	Sedang

18	Di unit saya, staf yang terlibat dalam insiden keselamatan pasien kurang mendapat dukungan.	54,55%	Sedang
20	Di unit saya, saat staf melakukan kesalahan maka mereka fokus pada pembelajaran dibandingkan menyalahkan individu.	81,13%	Baik
21	Di unit saya, saat terjadi insiden maka yang dilaporkan berfokus pada orangnya bukan permasalahannya.	85,00%	Baik
5. Dukungan supervisor, manajer, atau clinical leader terhadap keselamatan pasien		77,03	Baik
36	Atasan saya ingin staf bekerja lebih cepat selama waktu sibuk, meskipun harus mengambil jalan pintas.	72,54%	Sedang
37	Atasan saya bersedia mempertimbangkan masukan dari staf mengenai cara untuk meningkatkan keselamatan pasien.	80,87%	Baik
38	Atasan saya menyampaikan apresiasi / pujian kepada staf ketika melihat pekerjaan dilaksanakan sesuai prosedur	68,56%	Sedang
39	Atasan saya mengambil tindakan untuk mengatasi masalah keselamatan pasien yang menjadi perhatiannya.	86,15%	Baik
6. Komunikasi Tentang Error / Kesalahan		84,18%	Baik
26	Staf diberi tahu mengenai adanya insiden yang terjadi pada unitnya.	81,40%	Baik
27	Untuk mengantisipasi terjadinya insiden yang sama, maka staf di unit kami melakukan diskusi untuk menemukan solusinya.	89,74%	Baik
32	Di unit saya, staf diberitahu mengenai perubahan yang terjadi karena laporan insiden.	81,40%	Baik
7. Keterbukaan Komunikasi		70,60%	Sedang
28	Di unit saya, staf menyampaikan pendapat saat melihat atasan melakukan sesuatu yang tidak aman pada keselamatan pasien.	65,77%	Sedang
29	Di unit saya, staf bebas menyampaikan hal-hal yang mungkin berdampak buruk pada keselamatan pasien.	66,11%	Sedang
30	Di unit saya, atasan peduli dengan pendapat staf mengenai keselamatan pasien.	89,37%	Baik
31	Di unit saya, staf merasa khawatir untuk berbicara saat melihat sesuatu yang tidak semestinya/ tidak sesuai dengan peraturan yang berlaku.	61,15%	Sedang
8. Pelaporan insiden / kejadian keselamatan pasien		60,91%	Sedang
33	Jika kesalahan yang ditemukan dan dikoreksi sebelum terpapar ke pasien (Kejadian Nyaris Cedera/KNC) terjadi di unit Anda, seberapa sering hal ini dilaporkan ?	60,68%	Sedang
34	Jika kejadian tidak cedera (KTC) terjadi di unit Anda, seberapa sering hal ini dilaporkan?	61,15%	Sedang
9. Dukungan manajemen rumah sakit terhadap keselamatan pasien		80,55%	Baik

40	Manajemen Rumah Sakit mendorong kami untuk menjadi rumah sakit yang mengutamakan keselamatan.	96,69%	Baik
41	Manajemen Rumah Sakit menyediakan suasana kerja dan sumber daya yang memadai untuk meningkatkan keselamatan pasien.	86,42%	Baik
44	Manajemen Rumah Sakit tertarik pada aspek keselamatan pasien hanya setelah kejadian tidak diharapkan (KTD) terjadi.	58,53%	Sedang
10. Serah Terima dan Pertukaran Informasi		82,24%	Baik
42	Informasi penting perlu disampaikan secara jelas dan lengkap saat pergantian shift (terdapat format detail informasi pasien yang jelas dan lengkap).	95,65%	Baik
43	Saat pergantian shift, terdapat waktu yang cukup untuk bertukar informasi terkait informasi pasien.	93,65%	Baik
46	Saat proses penyerahan pasien dari satu unit ke unit lain, sering kali ada informasi penting yang tidak tersampaikan/tertinggal.	57,43%	Sedang
CAPAIAN		76,08%	Baik

Survei budaya keselamatan pasien untuk menentukan area yang merupakan kekuatan RS yaitu area yang mempunyai nilai positif lebih dari 75% dan area yang memerlukan perbaikan yaitu yang mempunyai nilai positif kurang dari 50%. Gambaran budaya keselamatan pasien di RSUD Panembahan Senopati Tahun 2025 diperoleh respon positif mencapai 76,08% masuk dalam kategori baik menurun dari tahun 2024 yang mencapai 79,10%.

Dari 10 komponen yang diukur, menunjukkan 6 komponen yang mempunyai nilai positif yang lebih dari 75% antara lain Kerja Tim (94,49), Pembelajaran Organisasi dan Peningkatan Berkesinambungan (93,12%), Dukungan supervisor/manajer/*Clinical Leader* terhadap keselamatan pasien (77,03%), Komunikasi tentang *error* / kesalahan (84,18%), Dukungan manajemen Rumah Sakit terhadap keselamatan pasien (80,55%), dan serah terima /pertukaran informasi (82,24%). Dimensi ini dapat dianggap sebagai area kekuatan rumah sakit.

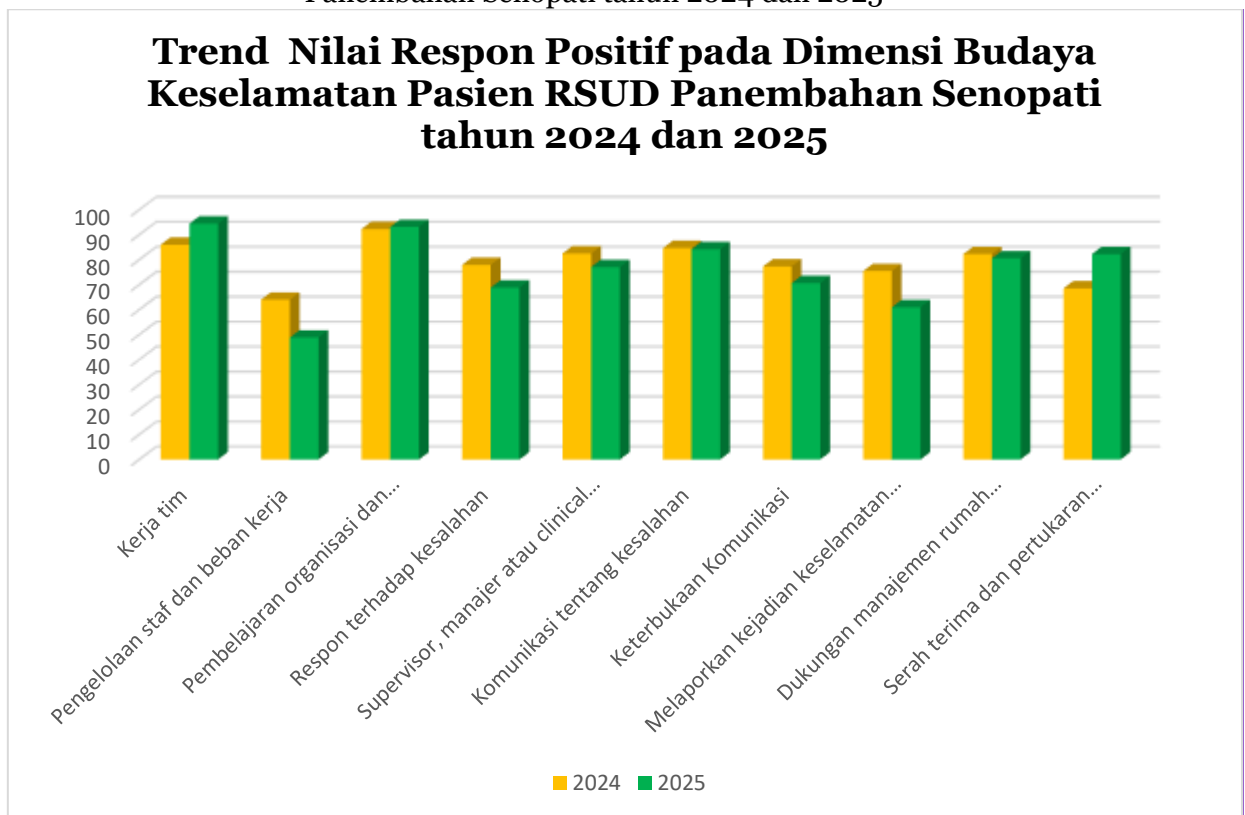
Area yang memerlukan perbaikan dari 10 dimensi budaya keselamatan terdapat 4 dimensi dengan nilai positif yang kurang dari 75% yaitu tentang Pengelolaan Staf dan Beban Kerja (48,83%), Respon terhadap *Error*/ Kesalahan (68,85%), Keterbukaan Informasi (70,60%), dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (60,91%). Nilai terendah dari seluruh dimensi yang ada adalah mengenai pengelolaan staf dan beban kerja (48,83%). Hal ini berarti bahwa sebagian besar responden menyatakan bahwa alokasi dan penempatan staf tidak adekuat bila dibandingkan dengan beban kerja menangani pasien dengan aman. Berbagai hal yang perlu di perhatikan terkait dengan pengelolaan staf dalam implementasi di rumah sakit yaitu mendesain pekerjaan dengan memperhatikan faktor

manusia seperti dalam penataannya harus memperhitungkan jam kerja, beban kerja, rasio *staffing* dan juga sistem *shift* dengan memperhatikan faktor kelelahan, faktor kesehatan dan lain-lain serta mendesain pekerjaan untuk keamanan pasien seperti melakukan *training*, memberi tugas pada orang yang tepat dan memposisikan seseorang pada posisi yang tepat sesuai dengan kompetensinya (Upadhyay et al., 2021).

C. Tren Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Hasil pengukuran budaya keselamatan pasien di RSUD Panembahan Senopati pada masing-masing dimensi dapat dilihat pada grafik berikut :

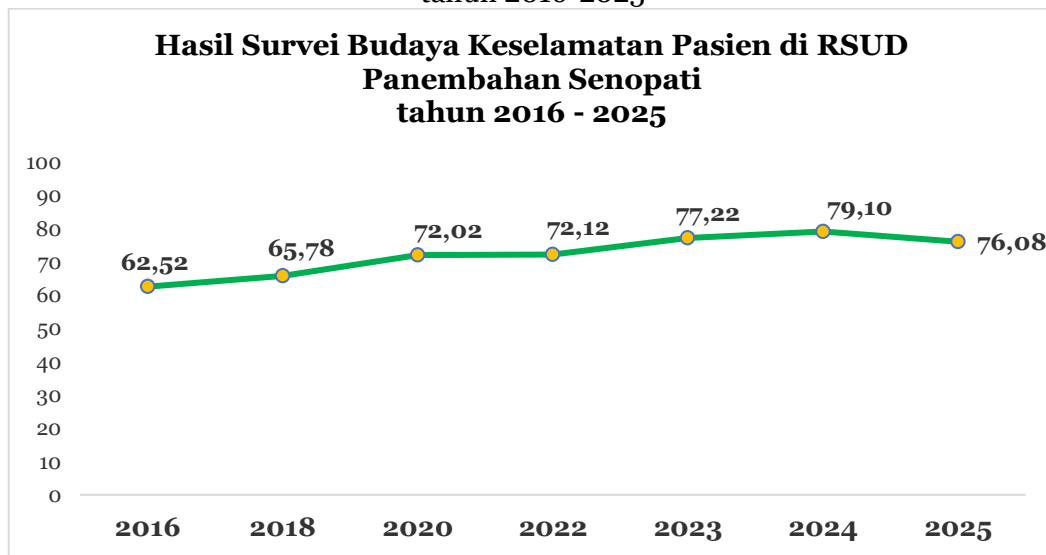
Grafik 4.1. Trend Nilai Respon Positif pada Dimensi Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Panembahan Senopati tahun 2024 dan 2025



Terdapat peningkatan yang tinggi terutama pada dimensi kerja tim dan serah terima informasi pada tahun 2025 hal ini menunjukkan koordinasi internal tim dan transfer informasi sudah menjadi lebih baik. Namun, beberapa dimensi mengalami penurunan, terutama pengelolaan staf, respon kesalahan, keterbukaan komunikasi, dan pelaporan kejadian maka dimensi-dimensi tersebut adalah area yang membutuhkan perbaikan.

Hasil pengukuran budaya keselamatan secara keseluruhan pada tahun 2025 menurun sebesar 3,02 dibandingkan tahun 2024. Survei budaya keselamatan tahun 2024 menunjukkan hasil 79,10 sedangkan tahun 2025 menurun menjadi 76,08. Berikut grafik trend budaya keselamatan di RSUD Panembahan Senopati tahun 2016 - 2025

Grafik 4.2. Trend Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Panembahan Senopati tahun 2016-2025



Berdasarkan grafik 4.2 tren budaya keselamatan pasien RSUD Panembahan Senopati tahun 2016 sampai dengan tahun 2024 mengalami peningkatan yang signifikan namun sedikit menurun pada tahun 2025. Upaya untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien, salah satu program dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien yaitu mengadakan *inhouse training* PMKP yang akan dilaksanakan pada tahun 2026. Materi kegiatan *inhouse training* tersebut salah satunya adalah tentang budaya keselamatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien dengan sasaran peserta seluruh staf rumah sakit yang belum terpapar pelatihan PMKP (staf klinis dan non klinis). Selain kegiatan *inhouse training* PMKP, sosialisasi budaya keselamatan pasien juga disampaikan secara elektronik dengan scan QR Code pada sticker budaya keselamatan yang dipasang di setiap ruang unit kerja, dan penyampaian materi PMKP pada orientasi karyawan baru dan mahasiswa praktik.

D. Dimensi Budaya Keselamatan Pasien RSUD Panembahan Senopati Bantul

1. Kerja Tim

Hasil survei budaya keselamatan pasien pada dimensi Kerja Tim menunjukkan nilai respon positif sebesar 94,49% dikategorikan baik. Dimensi ini dapat dianggap sebagai salah satu sumber kekuatan rumah sakit. Hasil dari *systematic review* menyatakan bahwa komponen budaya keselamatan pasien yang paling penting dalam survei budaya keselamatan pasien beberapa tahun terakhir adalah kerja sama tim dan organisasi (Azyabi et al., 2021). Kerjasama dalam tim diperlukan untuk koordinasi dengan beberapa anggota atau rekan kerja dalam tim agar lebih efektif (Elmontsri et al., 2017). Penelitian terbaru juga menunjukkan bahwa kerja tim yang kuat berhubungan signifikan dengan penurunan kejadian tidak diinginkan serta peningkatan keselamatan pasien di rumah sakit (Sorra et al., 2023).

2. Pengelolaan Staf dan Beban Kerja

Hasil survei budaya keselamatan pasien pada dimensi Pengelolaan Staf dan Beban Kerja adalah 48,83% dikategorikan kurang. Dimensi Pengelolaan Staf dan Beban Kerja merupakan nilai terendah dari seluruh dimensi budaya keselamatan pasien. Hal ini berarti bahwa sebagian besar responden menyatakan bahwa alokasi dan penempatan staf tidak adekuat terhadap beban kerja. Penempatan staf yang adekuat (Wami et al., 2016) dengan beban kerja yang merata akan berpengaruh terhadap perawatan pasien (Tscholl et al., 2015) karena dengan demikian dapat bekerja lebih baik sehingga meningkatkan budaya keselamatan pasien (Upadhyay et al., 2021). Penempatan staf di rumah sakit harus memperhatikan beberapa faktor pada manusia seperti memperhitungkan jam kerja, beban kerja, rasio *staffing* dan sistem *shift* dengan memperhatikan faktor stress kerja, faktor kelelahan, siklus tidur, dan lain-lain. Untuk menjaga keamanan pasien, maka karyawan perlu diberikan *training*, memberikan tugas pada orang yang tepat dan memposisikan seseorang pada posisi yang tepat sesuai dengan kompetensinya (Upadhyay et al., 2021). Rumah sakit perlu mempersiapkan sumber daya manusia sebagai individu pelaksana langsung pelayanan yang memenuhi kecukupan, baik kuantitas dan kualitas. Aspek kuantitas dapat dilihat apakah jumlah petugas cukup untuk menangani beban kerja di unit tersebut. Beban kerja yang semakin besar berkaitan dengan peningkatan insiden keselamatan pasien di rumah sakit. Sedangkan aspek kualitas individu dilihat dari pendidikan dan standar kompetensi yang dimiliki. Studi global terbaru melaporkan bahwa beban kerja berlebih dan kekurangan staf meningkatkan risiko kelelahan tenaga kesehatan serta kejadian keselamatan pasien (World Health Organization [WHO], 2023).

3. Pembelajaran Organisasi dan Peningkatan Berkesinambungan

Hasil survei budaya keselamatan pasien pada dimensi Pembelajaran Organisasi dan Peningkatan Berkesinambungan adalah 93,12% dikategorikan baik. Informasi yang memadai dapat digunakan oleh sebuah organisasi untuk pembelajaran (Begiata, 2012). RSUD Panembahan Senopati sudah rutin memberikan *inhouse training* terkait keselamatan pasien kepada seluruh karyawan rumah sakit. Selain itu keselamatan pasien masuk dalam materi orientasi bagi karyawan baru. Upaya memberikan pembelajaran keselamatan pasien kepada tenaga kesehatan melalui edukasi dan sosialisasi secara internal dan eksternal yang belum merata dapat mempengaruhi budaya keselamatan pasien (Sinaga et al., 2019). Penelitian terkini menunjukkan bahwa rumah sakit

dengan sistem pembelajaran organisasi yang kuat memiliki tingkat kematangan budaya keselamatan pasien yang lebih tinggi (Alquwez et al., 2024).

4. Respon terhadap Kesalahan

Hasil survei budaya keselamatan pasien pada dimensi Respon terhadap Kesalahan adalah 68,85% dikategorikan baik. Rumah sakit dapat menerapkan budaya tidak menyalahkan (*no blame culture*), sehingga semakin lama maka makin banyak masalah yang dapat diselesaikan. Dengan demikian, mutu rumah sakit dapat semakin meningkat, namun ada beberapa hambatan yang membuat sistem ini tidak mudah dilaksanakan, hambatan yang terbesar adalah *blame culture*. Hal tersebut sesuai dengan hasil survei bahwa masih terdapat karyawan yang merasa kurang mendapat dukungan ketika melakukan kesalahan sehingga menyebabkan takut untuk melapor. Ketakutan untuk melaporkan merupakan sebuah halangan untuk terbentuknya budaya positif (El-Jardali et al., 2014). Hal tersebut dapat disimpulkan bahwa rumah sakit memang sudah memiliki budaya terbuka dan adil, namun belum semua petugas merasakan adanya *non blaming culture* tersebut. Penelitian terbaru menegaskan bahwa budaya non-punitive yang diterapkan secara konsisten dapat meningkatkan kepercayaan staf dan frekuensi pelaporan insiden keselamatan pasien (Bates et al., 2023).

5. Supervisor/Manajer/Clinical Leader/Kepala Unit Kerja mendukung Keselamatan Pasien

Hasil survei budaya keselamatan pasien pada dimensi Supervisor/Manajer /Clinical Leader/Kepala Unit Kerja mendukung Keselamatan Pasien sebesar 77,03% dikategorikan baik. Kemampuan manajerial merupakan salah satu faktor penting untuk mencapai produktivitas yang tinggi dalam suatu organisasi dan memberikan motivasi kepada karyawan yang berdampak pada kinerja pelayanan yang berkualitas (Sunaryanti & Sunarno, 2022). Pimpinan beserta manajer diharapkan mampu mendukung keselamatan pasien dalam mencapai budaya keselamatan pasien yang baik. Beberapa tindakan untuk mendukung keselamatan pasien yaitu dengan menyusun pedoman keselamatan pasien yang disosialisasikan kepada seluruh karyawan rumah sakit (Mohammed et al., 2021). Studi terbaru menunjukkan bahwa kepemimpinan yang berfokus pada keselamatan pasien berkontribusi signifikan terhadap penguatan budaya keselamatan dan penurunan insiden klinis (Wong et al., 2024).

6. Komunikasi tentang Kesalahan

Hasil survei budaya keselamatan pasien pada dimensi komunikasi terhadap kesalahan adalah 84,18% dikategorikan baik. Komunikasi terhadap kesalahan

merupakan hal yang terpenting sebagai bentuk respon setelah dilakukannya pelaporan insiden keselamatan pasien. Frekuensi pelaporan insiden keselamatan yang rendah berkaitan erat dengan umpan balik dan komunikasi yang rendah terhadap keselamatan pasien (Almutairi et al., 2022). Adanya komunikasi terhadap kesalahan akan memotivasi karyawan untuk melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien yang diharapkan dapat memperbaiki sistem keselamatan pasien. Selain itu, Rumah Sakit juga perlu memberikan umpan balik yang efektif terhadap hasil survei sebagai strategi peningkatan budaya keselamatan pasien (Sammer et al., 2010). Penelitian terbaru menyatakan bahwa komunikasi yang transparan mengenai kesalahan dan tindak lanjutnya dapat meningkatkan kepercayaan staf terhadap sistem keselamatan pasien (Almutairi et al., 2023).

7. Keterbukaan Komunikasi

Hasil survei budaya keselamatan pasien pada dimensi Keterbukaan Komunikasi adalah 70,60% dikategorikan baik. Adanya keterbukaan komunikasi diharapkan karyawan dapat berkomunikasi dengan baik dan benar pada saat serah terima/pengoperan pasien yang meliputi keluhan pasien, terapi yang sudah maupun akan diberikan serta insiden terkait keselamatan pasien jika ada dan juga merasa bebas untuk bertanya kepada yang lebih berwenang. Strategi komunikasi yang efektif saat pergantian shift dapat mempertahankan pelayanan perawatan yang berkesinambungan (Prieto et al., 2021). Keterbukaan komunikasi harus dilakukan antara manajer dengan staf selain diantara sesama staf untuk peningkatan keselamatan pasien. (Sorra et al., 2018). Keterbukaan dalam komunikasi akan mempengaruhi keberanian dalam hal melaporkan jika ada kesalahan atau insiden yang terjadi. Penelitian tahun 2024 menunjukkan bahwa keterbukaan komunikasi antara staf dan pimpinan meningkatkan keberanian tenaga kesehatan dalam melaporkan potensi risiko dan insiden keselamatan pasien (Lee & Dahinten, 2024).

8. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Hasil survei budaya keselamatan pasien pada dimensi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien adalah 60,91% dikategorikan baik. Pelaporan insiden pada tahun 2023 ini mulai meningkat, namun sebanyak 29,78% responden menyatakan belum pernah melaporkan insiden keselamatan pasien. Ketakutan untuk melaporkan merupakan sebuah halangan untuk terbentuknya budaya positif. Lingkungan dimana karyawan merasa bebas dan percaya diri dalam pelaporan insiden akan meningkatkan kematangan suatu unit dalam melakukan

pelayanan berpusat pada pasien (El-Jardali et al., 2014). Masalah lain yang masih terjadi di rumah sakit adalah pelaporan insiden keselamatan pasien yang terlambat (Sinaga et al., 2019). Penelitian terbaru menunjukkan bahwa sistem pelaporan yang sederhana dan didukung penuh oleh manajemen dapat meningkatkan frekuensi serta kualitas pelaporan insiden keselamatan pasien (Harrison et al., 2023).

9. Dukungan Manajemen Rumah Sakit terhadap Keselamatan Pasien

Hasil survei budaya keselamatan pasien pada dimensi Dukungan Manajemen Rumah Sakit terhadap Keselamatan Pasien adalah 80,55% dikategorikan baik. Manajemen rumah sakit membuat suasana kerja yang mendukung terhadap keselamatan pasien dan kebijakan yang mengutamakan keselamatan pasien. Peran seorang pemimpin atau manajer dapat memberikan dukungan kepada stafnya akan berdampak besar dalam memberikan pelayanan kepada pasien (Indriastuti et al., 2021). Hal tersebut merupakan bentuk kepemimpinan yang efektif dalam mewujudkan lingkungan yang mendukung keselamatan pasien. Kepemimpinan yang kuat perlu dimiliki oleh para manajer maupun koordinator ruang agar dapat membangun budaya keselamatan pasien dan meningkatkan keselamatan pasien (Wulandari et al., 2019). RSUD Panembahan Senopati sudah melakukan prosedur manajemen kepegawaian untuk mengontrol petugas seperti pemberian materi keselamatan pasien selama masa orientasi. Dukungan juga diberikan kepada para petugas/staf yang melaporkan ataupun yang terlibat dalam insiden. Literatur terbaru menegaskan bahwa dukungan aktif manajemen puncak merupakan faktor kunci dalam keberhasilan implementasi budaya keselamatan pasien (Okuyama et al., 2024).

10. Serah Terima dan Pertukaran Informasi

Hasil survei budaya keselamatan pasien pada dimensi Serah Terima dan Pertukaran Informasi adalah 82,24% dikategorikan sedang. Serah terima dan pertukaran informasi saat pemindahan pasien antar unit dapat berisiko terjadinya insiden seperti pasien jatuh atau kesalahan dalam menyampaikan informasi terkait pasien tersebut. Kesalahan informasi juga mungkin terjadi saat pergantian shift antar petugas. Serah terima dan pertukaran informasi merupakan aspek penting dalam perawatan pasien untuk memastikan keamanan dan pelayanan yang optimal bagi pasien (Manias et al., 2016). Serah terima yang tidak efektif disebabkan oleh kurangnya atau ketidaklengkapan informasi yang tersedia, metode komunikasi yang tidak efektif, tidak adanya standarisasi, dan kekurangan staf. Untuk memperbaiki metode serah terima

yang benar perlu diadakan pendidikan atau pelatihan terkait metode serah terima (*handover*) dan pertukaran informasi yang baik dan benar dengan tujuan meningkatkan budaya keselamatan pasien (Lee et al., 2016). Penelitian terbaru menunjukkan bahwa penerapan metode handover terstandar seperti SBAR secara konsisten dapat menurunkan kesalahan komunikasi dan meningkatkan keselamatan pasien (Shahid & Thomas, 2023).

E. Gambaran Maturitas/Kematangan Budaya Keselamatan Pasien

Berdasarkan hasil pengukuran budaya keselamatan pasien didapatkan hasil maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD Panembahan Senopati tahun 2025 pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4.3. Gambaran Maturitas/Kematangan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Panembahan Senopati Bantul

No	Kategori Penilaian	Generative	Proactive	Bureacuratic	Reactive	Pathological
1	Kerja tim	466	683	49	6	5
2	Pengelolaan staf dan beban kerja	64	523	274	276	65
3	Pembelajaran organisasi dan peningkatan berkesinambungan	222	618	46	12	4
4	Respon terhadap kesalahan	156	752	186	90	11
5	Supervisor, manajer atau clinical leader mendukung keselamatan pasien	572	343	220	40	34
6	Komunikasi tentang kesalahan	425	336	122	21	0
7	Keterbukaan Komunikasi	447	198	137	85	49
8	Melaporkan kejadian keselamatan pasien	186	174	120	93	18
9	Dukungan manajemen rumah sakit terhadap keselamatan pasien	231	497	97	62	16
10	Serah terima dan pertukaran informasi	129	527	98	55	5
Total		2898	4651	1349	740	207

Pengukuran kematangan budaya keselamatan pasien di RSUD Panembahan Senopati menggunakan *mix metode* dengan menggabungkan metode pengukuran MaPSCAT (*Manchester Patient Safety Culture Assesment Tool*) namun menggunakan instrumen kuesioner yang dikembangkan oleh *Agency for Healthcare Research and Quality Care (AHRQ)* yang sudah di terjemahkan dalam Bahasa Indonesia. Kuesioner dari Manchester Patient Safety Culture Assesment Tool tidak digunakan dengan pertimbangan kuesioner ini cenderung sulit dilakukan dan membutuhkan waktu yang lama.

Capaian kematangan budaya keselamatan pasien di RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2025 adalah *proactive* masih sama dengan tahun 2024 dan dapat dilihat dari 10 dimensi menunjukkan penilaian kategori *proactive* mendapatkan skor tertinggi. Penilaian *proactive* diartikan bahwa dalam melakukan kegiatan di rumah sakit sudah ada pendekatan yang komprehensif, berskala luas, dan melibatkan stakeholder terhadap budaya keselamatan pasien serta intervensi yang sudah diimplementasikan berbasis pada bukti (*evidence based*). Rumah sakit mempunyai keinginan untuk terus melakukan perbaikan, sehingga rumah sakit membuat SPO yang harus dilaksanakan, dievaluasi, diperbaharui, serta harus dikomunikasikan dan disosialisasikan kepada petugas kesehatan yang terkait.

RSUD Panembahan Senopati sudah memiliki alur laporan insiden keselamatan pasien yang baik sesuai dengan pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien dari Kementerian Kesehatan. Setiap petugas yang ingin melaporkan insiden dengan laporan *online* namun terbatas hanya bisa diakses menggunakan LAN Rumah Sakit. Rumah sakit menginginkan adanya budaya melapor tanpa rasa takut, salah satu upaya untuk mengatasinya adalah dengan pengembangan sistem pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien secara anonim dan rahasia. Meskipun demikian, beberapa petugas masih merasakan kurang aktif melapor dikarenakan adanya rasa takut ketika akan membuat laporan. Hal ini sesuai dengan hasil survei budaya yang menunjukkan pada dimensi keterbukaan informasi, pelaporan insiden, dan respon terhadap kesalahan mendapatkan nilai kategori sedang.

Rumah sakit sudah melakukan prosedur manajemen kepegawaian untuk mengontrol petugas seperti pemberian materi keselamatan pasien selama masa orientasi. Dukungan juga diberikan kepada para petugas/staf yang melaporkan ataupun yang terlibat dalam insiden. Rumah sakit perlu mempersiapkan sumber daya manusia sebagai individu pelaksana langsung pelayanan yang memenuhi kecukupan, baik kuantitas dan kualitas. Aspek kuantitas dapat dilihat apakah jumlah petugas cukup untuk menangani beban kerja di unit tersebut. Beban kerja pegawai yang semakin besar berkaitan dengan peningkatan insiden keselamatan pasien di unit rawat inap rumah sakit. Sedangkan aspek kualitas individu dilihat dari pendidikan dan standar kompetensi yang dimiliki.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Hasil survei budaya keselamatan pasien di RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2025 adalah kategori baik (76,08 %).
2. Dimensi budaya keselamatan pasien yang mempunyai nilai budaya keselamatan pasien dengan kategori baik (>75%) adalah :
 - a) Kerja tim (94,49)
 - b) Pembelajaran organisasi dan peningkatan berkesinambungan (93,12%)
 - c) Dukungan supervisor, manajer, atau *clinical leader* terhadap keselamatan pasien (77,03%)
 - d) Komunikasi tentang kesalahan (84,18%)
 - e) Dukungan manajemen rumah sakit terhadap keselamatan pasien (80,55%)
 - f) Serah Terima dan Pertukaran Informasi (82,24)
3. Dimensi budaya keselamatan pasien yang mempunyai nilai budaya keselamatan pasien yang sedang (50% - 75%) adalah :
 - a) Respon terhadap kesalahan (68,85%)
 - b) Keterbukaan komunikasi (70,60%)
 - c) Pelaporan insiden / kejadian keselamatan pasien (60,91%)
4. Dimensi budaya keselamatan pasien yang mempunyai nilai budaya keselamatan pasien yang kurang/rendah (<50%) adalah Pengelolaan Staf dan Beban Kerja dengan nilai budaya keselamatan 48,83%.
5. Dimensi budaya keselamatan pasien yang perlu mendapat prioritas untuk perbaikan adalah pengelolaan staf dan beban kerja.
6. Tingkat maturitas/kematangan budaya keselamatan pasien di RSUD Panembahan Senopati adalah pada tingkat proaktif.

B. Saran

1. Manajemen rumah sakit mempertahankan serta mengembangkan program-program keselamatan pasien yang telah berjalan, memelihara budaya keselamatan pasien yang telah berjalan dan sosialisasi berkelanjutan.
2. Melaksanakan evaluasi secara berkelanjutan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien didukung oleh kebijakan dan mengaktualisasikan program keselamatan pasien secara sistematis di semua instalasi/unit kerja
3. Mengevaluasi kembali penempatan staf dengan lebih cermat sesuai dengan kompetensi staf dan beban kerja unit

DAFTAR PUSTAKA

- Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]. (2019). Surveys on patient safety culture (SOPSC). Available: <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/>
- Almutairi, S., Aljohani, A., Awad, M., Saha, C., Alhobaishi, H., Almutairi, A., & Al Mutair, A. (2022). Perceptions of Patient Safety Culture Dimensions among Hospital Nurses: A Systematic Review. *Dr. Sulaiman Al Habib Medical Journal*, 4(3), 103–125. <https://doi.org/10.1007/s44229-022-00012-z>
- Almutairi, A., Alzarrah, M., & Al Ghazal, H. (2023). *The impact of open communication on patient safety outcomes in healthcare settings: A cross-sectional study*. *Journal of Healthcare Quality Research*, 38(2), 102–110.
- Alquwez, N., Cruz, J. P., Almazan, J. U., & Alotaibi, J. (2024). *Organizational learning and safety culture maturity in hospitals: A multi-center analysis*. *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104274.
- Ashcroft, D.M., et al. 2005. *Safety culture assessment in community pharmacy: development, face, validity, and feasibility of the manchester patient safety assessment framework*. *Quality and Safety in Health Care*
- Azyabi, A., Karwowski, W., & Davahli, M. R. (2021). Assessing patient safety culture in hospital settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1–36. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052466>
- Bates, D. W., Singh, H., & Saria, S. (2023). *No-blame culture and its association with incident reporting behavior of clinical staff*. *BMJ Quality & Safety*, 32(5), 345–353.
- Begiata R. (2012). *Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien, Gaya Kepemimpinan, Tim Kerja*.
- Buhari B, Machmud R. Implementation of Patient Safety in Accredited Hospitals and Its Determining Factors in Jambi City , Indonesia. *J Int Pendidikan, Prakt dan Penelit Keperawatan*. 2018;1(2):135–43.
- Carthey & Clarke. 2010. *“Implementing Human Factors in Healthcare “How to Guide”*. UK:National Health Safety
- Darma, S. L., Purwaningsih, P., & Ulfiana, E. (2021). *Organizational Factors in Implementation of Patient Safety Culture in Hospitals: Systematic Literature Review*. *Fundamental and Management Nursing Journal*, 4(2).
- Daud A. 2020. Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Nasional (SP2KPN). Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia.
- El-Jardali, F., Sheikh, F., Garcia, N. A., Jamal, D., & Abdo, A. (2014). *Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: Baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement*. *BMC Health Services Research*, 14. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-122>
- Elmontsri, M., Almashrafi, A., Banarsee, R., & Majeed, A. (2017). Status of patient safety culture in Arab countries: A systematic review. *BMJ Open*, 7(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013487>
- Harrison, R., Cooke, M., & Ebrahimi, N. (2023). *Enhancing incident reporting through system redesign and management support: A mixed-methods evaluation*. *Journal of Patient Safety*, 19(4), e450–e457.
- Huriati, H., Shalahuddin, S., Hidayah, N., Suaib, S., & Arfah, A. (2022). Quality of service for patient safety in hospitals. *Forum Ekonomi*, 24(1), 186–194. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.29264/jfor.v24i1.10572>
- Indrawati, R., Tahjoo, A., & others. (2022). Importance of Nurse Workload Management as the Main Factor Affecting a Patient Safety Culture. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 5(1), 96–106.
- Indriastuti, L., Sulaeman, E. S., & Pamungkasari, E. P. (2021). Are the Leadership Style and Motivation Influence the Work Performance of Health Center Personnel? *Journal of Health Policy and Management*, 6(3), 168–181. <https://doi.org/10.26911/thejhp.2021.06.03.02>
- Jha, A. K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H., & Bates, D. W. (2013). The global burden of unsafe medical care: Analytic modelling of observational studies. *BMJ Quality and Safety*, 22(10), 809–815. <https://doi.org/10.1136/bmjqs->

- Kementrian Kesehatan RI. (2009). UU no. 44 Tahun 2009 Tentang RS. *Undang-Undang Republik Indonesia*, 1, 41. <https://peraturan.go.id/common/dokumen/ln/2009/uu0442009.pdf>
- Khoshakhlagh, A. H., Khatooni, E., Akbarzadeh, I., Yazdanirad, S., & Sheidaei, A. (2019). Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4863-x>
- Lee, S. H., Phan, P. H., Dorman, T., Weaver, S. J., & Pronovost, P. J. (2016). Handoffs, safety culture, and practices: Evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1502-7>
- Lee, H., & Dahinten, V. S. (2024). *Communication openness and nurse reporting of safety concerns: Evidence from acute care settings*. *Journal of Nursing Management*, 32(1), 78–87.
- Lubis NAS. Upaya Peningkatan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. 2020;11:1–11. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=Upaya+Peningkatan+Penerapan+Budaya+Keselamatan+Pasien+di+Rumah+Sakit&btnG=
- Manias, E., Geddes, F., Watson, B., Jones, D., & Della, P. (2016). Perspectives of clinical handover processes: A multi-site survey across different health professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1–2), 80–91. <https://doi.org/10.1111/jocn.12986>
- Mohammed, F., Taddele, M., & Gualu, T. (2021). Patient safety culture and associated factors among health care professionals at public hospitals in Dessie town, north east Ethiopia, 2019. *PLoS ONE*, 16(2 February), 1–9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245966>
- Okuyama, A., Wagner, C., & Bijnen, B. (2024). *Top management support and the development of safety culture in hospitals: An international perspective*. *Safety Science*, 158, 105455.
- PERMENKES NO 11. (2017). Tentang Keselamatan Pasien. *Progress in Physical Geography*, 14(7), 450. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01514176>
- Profil Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Kabupaten Bantul Tahun 2024
- Prieto, M. M. N., Fonseca, R. E. P. da, & Zem-Mascarenhas, S. H. (2021). Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(6), e20201315. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>
- Salawati, L. (2020). Penerapan Keselamatan Pasien Rumah Sakit. *AVERROUS: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, 6(1), 98. <https://doi.org/10.29103/averrous.v6i1.2665>
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156–165. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>
- Shahid, Z., & Thomas, S. (2023). *Structured handover tools (SBAR) in improving patient handoff communication: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19–20), 4128–4142.
- Sihombing LA. Peran Perawat Tentang Insiden Nyaris Cedera pada Pasien di Rumah Sakit. 2020;1–10.
- Sinaga, T. B. M., Zulfendri, Z., & Juanita, J. (2019). *Analysis of Patient Safety Management in the In-Patient Room at Deli Hospital, Medan, North Sumatera*. 05, 249–249. <https://doi.org/10.26911/the6thicph.04.11>
- Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., & Behm, J. (2018). Hospital survey on patient safety culture: user's guide. In *Agency of Healthcare Research in Quality*. www.ahrq.gov
- Sorra, J., Famolaro, T., & Dyer, N. (2023). *Teamwork and safety culture: Latest findings from national hospital surveys*. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 28(3), 151–160.

- Sunaryanti, S. S. H., & Sunarno, R. D. (2022). Meta Analysis: The Relationship between Hospital Management on Work Motivation among Nurse. *Journal of Health Policy and Management*, 7(3), 185–192. <https://doi.org/10.26911/thejhpm.2022.07.03.02>
- Tear, M. J., Reader, T. W., Shorrock, S., & Kirwan, B. (2020). Safety culture and power: Interactions between perceptions of safety culture, organisational hierarchy, and national culture. *Safety Science*, 121(February 2021), 550–561. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2018.10.014>
- Tscholl, D. W., Weiss, M., Kolbe, M., Staender, S., Seifert, B., Landert, D., Grande, B., Spahn, D. R., & Noethiger, C. B. (2015). An anesthesia preinduction checklist to improve information exchange, knowledge of critical information, perception of safety, and possibly perception of teamwork in anesthesia teams. *Anesthesia and Analgesia*, 121(4), 948–956. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000671>
- Undang-Undang RI No. 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. 2023;82–89.
- Upadhyay, S., Weech-Maldonado, R., Lemak, C. H., Stephenson, A. L., & Smith, D. G. (2021). Hospital staffing patterns and safety culture perceptions: The mediating role of perceived teamwork and perceived handoffs. *Health Care Management Review*, 46(3), 227–236. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000264>
- Wami, S. D., Demssie, A. F., Wassie, M. M., & Ahmed, A. N. (2016). Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1757-z>
- Wong, C. A., Cummings, G. G., & MacPhee, M. (2024). *Leadership behaviors and patient safety outcomes: A critical review*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 37(2), 121–135.
- World Health Organization. (2023). *Workforce workload, staffing adequacy, and patient safety outcomes: Evidence brief*. WHO Press. <https://www.who.int/publications>
- Wulandari, M. R., Yulia, S., & Triwijayanti, R. (2019). Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien Melalui Peningkatan Motivasi Perawat dan Optimalisasi Peran Kepala Ruang. *Jurnal Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan*, 2(2), 58. <https://doi.org/10.32584/jkmm.v2i2.327>