

**ANALISIS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN PADA TENAGA
KESEHATAN DI PUSKESMAS RAWAT INAP WAY HALIM II,
PUSKESMAS RAWAT INAP SATELIT, DAN PUSKESMAS
PASAR AMBON KOTABANDAR LAMPUNG TAHUN 2025: A *MIXED
METHODS STUDY***

TESIS

Oleh

HESTY AHISYA



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2025**

**ANALISIS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN PADA TENAGA
KESEHATAN DI PUSKESMAS RAWAT INAP WAY HALIM II,
PUSKESMAS RAWAT INAP SATELIT, DAN PUSKESMAS
PASAR AMBON KOTA BANDAR LAMPUNG TAHUN 2025 : A MIXED
METHODS STUDY**

Oleh

HESTY AHISYA

TESIS

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

Pada

**Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2025**

Judul Tesis

: **ANALISIS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN PADA
TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS RAWAT
INAP WAY HALIM II, PUSKESMAS RAWAT INAP
SATELIT, DAN PUSKESMAS PASAR AMBON KOTA
BANDAR LAMPUNG TAHUN 2025: A MIXED
METHODS STUDY**

Nama

: **Hesty Ahisya**

NPM

: 2128021019

Program Studi

: Magister Kesehatan Masyarakat

Fakultas

: Kedokteran



Pembimbing I

Pembimbing II

Prof. Dr. Sudjarwo, M.S
NIDK. 8950180023

Ns. Bayu Anggilio P, MMR., PhD., FISQua
NIP. 19860802 200903 1 001

Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat

Dr.dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M.Kes., Sp.Par.K
NIP. 19781009 200501 1 001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : Prof. Dr. Sudjarwo, M.S

Sekretaris : Ns. Bayu Anggileo P, MMR., PhD., FISQua

Anggota : Dr. Keumala Hayati, S.E. M.Si

Anggota : Dr. Suharmanto, S.Kep., M.K.M

2. Dekan Fakultas Kedokteran

Dr.dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc.

NIP. 19760110 200312 2 001

Direktur Program Pascasarjana

Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si.

NIP. 19640326 198902 1 001

Tanggal Lulus Ujian Tesis : 03 Juni 2025

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa

1. Tesis dengan judul " ANALISIS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN PADA TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS RAWAT INAP WAY HALIM II, PUSKESMAS RAWAT INAP SATELIT, DAN PUSKESMAS PASAR AMBON KOTA BANDAR LAMPUNG : *A MIXED METHODS STUDY*" adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hak Intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya

Bandar Lampung, 03 Juni 2025

Pembuat Pernyataan,



Hesty Ahisya

NPM. 2128021019

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Bandar Lampung pada tanggal 26 Agustus 1999, sebagai anak kedua dari Empat bersaudara, dari bapak Djoko Winarto., S.E dan ibu Bdn. Husnawati., S.S.T., S.K.M.

Pendidikan Dasar di SD Negeri 5 Talang Bandar Lampung diselesaikan pada tahun 2010. Sekolah Menengah Pertama diselesaikan pada tahun 2013 di SMA Negeri 25 Bandar Lampung. Sekolah Menengah Atas diselesaikan pada tahun 2016 di SMA YP UNILA Bandar Lampung. Tahun 2016, penulis terdaftar sebagai mahasiswi Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran di Universitas Malahayati Bandar Lampung. Tahun 2023, penulis telah menyelesaikan Pendidikan Program Profesi Dokter di Universitas Malahayati. Tahun 2024, penulis menjadi pegawai di Klinik Swasta di Bandar Lampung sebagai Dokter Umum sampai saat ini..

PERSEMBAHAN

Dengan menyebut nama Allah Yang Maha Pemurah lagi Maha Penyayang
Kupersembahkan karya Kecilku ini untuk orang-orang yang
aku sayangi

Ayah dan Mama

Bapak Djoko Winarto dan Ibu Husnawati
Muashomah atas segala pengorbanan yang tak terbalaskan, doa, kesabaran,
keikhlasan, cinta dan kasih sayangnya yang tidak ada putusnya.

Kakak dan Adik - adikku

dr. Muhammad Ananta Winarto
dr. Ghina Rahmadiani M, Muhammad Al Ghifari Winarto, dan Muhammad Ar
Raihan Winarto sebagai teman, kakak, sahabat dalam segala suasana duka dan
suka serta kebersamaan tanpa batas selama ini.

Dosen dan Teman-teman Magister Kesehatan Masyarakat UNILA 2021

Untuk Support dan kenangan kebersamaannya

Almamater tercinta

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan atas kehadiran Allah SWT karena atas rahmat dan hidayah-Nya, tesis ini dapat diselesaikan. Tesis dengan judul “Analisis Budaya Keselamatan Pasien pada Tenaga Kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung : *A Mixed Methods Study*” adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dr. dr. Evi Kurniawaty, S. Ked., M. Sc selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
2. Dr. dr. Betta Kurniawan, M. Kes., Sp.Par. K., AIFO-K, selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dan penguji kedua, atas saran dan bantuannya selama penulis menyelesaikan tesis;
3. Prof. Dr. Sudjarwo., M.S. selaku pembimbing utama atas semua bantuannya, kesediaannya untuk memberikan bimbingan, saran dan kritik dalam proses penyelesaian tesis ini;
4. Ns. Bayu Anggileo Pramesona, M.M.R., Ph.D., FISQua selaku pembimbing kedua atas semua bantuannya, kesediaannya untuk memberikan bimbingan, saran dan kritik dalam proses penyelesaian tesis ini;
5. Dr. Keumala Hayati., S.E., M.Si selaku pembahas utama atas semua masukan dan saran-saran dalam proses penyelesaian tesis ini;
6. Dr. Suharmanto, S. Kep., M.K.M selaku pembahas kedua atas semua masukan dan saran-saran dalam proses penyelesaian tesis ini;

7. Kepala Puskesmas Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung atas dukungan dan izin yang diberikan kepada penulis untuk melakukan penelitian di puskesmas tersebut;
8. Keluarga ku, ayah, mama, bang anang, kaka ghina, ghifar, dan raihan atas do'a, semangat dan semua bantuannya dalam penyelesaian tesis ini;
9. Teman-teman MKM Unila angkatan 2021 atas *support* dan bantuannya;
10. Seluruh responden yang telah memberikan waktu dan informasi untuk membantu penyelesaian tesis ini;
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah dengan tulus ikhlas memberikan doa dan motivasi sehingga dapat terselesaikannya tesis ini.

Bandar Lampung,

Hesty Ahisya

ABSTRAK

ANALISIS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN PADA TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS RAWAT INAP WAY HALIM II, PUSKESMAS RAWAT INAP SATELIT, DAN PUSKESMAS PASAR AMBON KOTABANDARLAMPUNG TAHUN 2025: A MIXED METHODS STUDY

Oleh

HESTY AHISYA

Budaya keselamatan pasien adalah sekumpulan nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan perilaku yang menentukan komitmen, gaya, dan kompetensi seseorang atau kelompok dalam promosi keselamatan. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis budaya keselamatan pasien di tiga puskesmas Kota Bandar Lampung. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari-Maret 2025 di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif *mixed methods* dengan strategi eksplanatoris sekuensial, yang diawali dengan pendekatan kuantitatif desain analitik deskriptif *cross-sectional* menggunakan kuesioner terhadap 200 tenaga kesehatan. Pendekatan kualitatif diberikan kepada 16 tenaga kesehatan untuk pendalaman temuan dengan menggunakan analisis tematik.

Hasil penelitian menunjukkan budaya keselamatan pasien terhadap tiga puskesmas tersebut berada pada kategori baik. Dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien, hasil tertinggi berada pada dimensi umpan balik sebesar 95,2% dan dimensi terendah pada dimensi *Hand off* dan transisi sebesar 16,2%. Berdasarkan pendekatan secara kualitatif dari tiga puskesmas terlihat bahwa beberapa aspek seperti pelaporan kejadian, budaya tidak menyalahkan, dan proses *hand off* masih memerlukan perbaikan. Temuan ini diharapkan menjadi landasan pengembangan kebijakan dan intervensi yang lebih efektif untuk meningkatkan mutu keselamatan pasien.

Kata Kunci: budaya keselamatan pasien, tenaga kesehatan, puskesmas, *mixed method*

ABSTRACT

ANALYSIS OF PATIENT SAFETY CULTURE AMONG HEALTH CARE WORKERS IN WAY HALIM II INPATIENT PUBLIC HEALTH CENTER, SATELIT INPATIENT PUBLIC HEALTH CENTER, AND PASAR AMBON PUBLIC HEALTH CENTER IN BANDAR LAMPUNG CITY IN 2025: A MIXED METHODS STUDY

BY

HESTY AHISYA

Patient safety culture is a set of values, attitudes, perceptions, competencies, and behaviors that determine the commitment, style, and competence of an individual or group in promoting safety. This study aims to analyze the culture of patient safety among healthcare workers at three public health centers in Bandar Lampung City. This study was conducted in February-March 2025 in the Way Halim II Inpatient Public Health Center, the Satelit Public Inpatient Health Center, and Pasar Ambon Public Health Center. This study used a descriptive mixed methods with a sequential explanatory strategy, which began with a quantitative approach of cross-sectional analytical descriptive design using a questionnaire for 200 health workers. A qualitative approach was in-depth interview to 16 health workers to deepen the findings using thematic analysis.

The results showed that the patient safety culture of the three health centers was in the good category of the 12 dimensions of patient safety culture, the highest result was in the feedback dimension of 95.2% and the lowest dimension was in the Hand off and transition dimension of 16.2%. Based on the qualitative approach from three health centers, it is seen that several aspects such as incident reporting, non-blaming culture, and hand-off process still need improvement. This study provides recommendations for policy development, capacity building, and future research directions to foster a sustainable, safety-oriented organizational culture in primary healthcare setting.

Keywords: patient safety culture, healthcare worker, public health center, mixed method

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR.....	i
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL.....	x
I. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.4.1 Bagi Kepala Puskesmas dan Tim Keselamatan Pasien	7
1.4.2 Bagi Tenaga Kesehatan Puskesmas	7
1.4.3 Bagi Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung	8
1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya	8
II. TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Budaya Keselamatan Pasien	10
2.1.1 Definisi	10
2.1.2 Manajemen Budaya Keselamatan Pasien	10
2.1.3 Aspek Budaya Keselamatan Pasien	14
2.1.4 Faktor Pendukung dan Tantangan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien	14
2.2 Keselamatan Pasien	15
2.2.1 Definisi	15
2.2.2 Tujuan dan Sasaran	16
2.2.3 Standar Keselamatan Pasien	16
2.2.4 Jenis – Jenis Insiden Keselamatan Pasien	17
2.2.5 Sembilan Solusi Keselamatan Pasien.....	18

2.3	Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)	21
2.3.1	Definisi	21
2.3.2	Tugas Dan Fungsi	21
2.4	Penelitian Terdahulu.....	25
2.5	Kerangka Teori	32
2.6	Kerangka Konsep	33
III.	METODE PENELITIAN.....	34
3.1	Metode Kuantitatif dan Metode Kualitatif	34
3.1.1	Waktu dan Lokasi Penelitian	34
3.1.2	Subjek Penelitian	35
3.1.3	Informan Penelitian Kualitatif.....	36
3.1.4	Variabel Penelitian.....	36
3.1.5	Penggumpulan Data	40
3.1.6	Instrumen Penelitian	41
3.1.7	Instrumen Penelitian Kualitatif.....	41
3.1.8	Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner Penelitian Kuantitatif	42
3.1.9	Analisis Data.....	43
3.2	Analisis Data Kualitatif.....	44
3.3	Uji Keabsahan Data Kualitatif.....	44
3.3.1	Etika Penelitian.....	45
IV.	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	46
4.1	Gambaran Umum Hasil Penelitian	46
4.2	Hasil Penelitian Kuantitatif	47
4.2.1	Keterbukaan informasi	51
4.2.2	Umpan Balik	53
4.2.3	Frekuensi Kejadian Dilaporkan	54
4.2.4	<i>Hand Off</i> & Transisi	56
4.2.5	Dukungan Manajemen	58
4.2.6	Respons Tidak Menyalahkan	60
4.2.7	Pembelajaran Organisasi	61
4.2.8	Persepsi Keseluruhan	63

4.2.9 Penyusunan Staf	65
4.2.10 Tindakan Promotif	67
4.2.11 Kerjasama Antar Unit	69
4.2.12 Kerjasama Dalam Unit	71
4.3 Hasil Penelitian Kualitatif	73
4.3.1 Respons Wawancara terkait Keterbukaan Informasi	73
4.3.2 Respons Wawancara terkait Umpan Balik	74
4.3.3 Respons Wawancara terkait Frekuensi Kejadian Dilaporkan	76
4.3.4 Respons Wawancara terkait <i>Hand off</i> dan Transisi	78
4.3.5 Respons Wawancara terkait Dukungan Manajemen	80
4.3.6 Respons Wawancara terkait Respons Tidak Menyalahkan	82
4.3.7 Respons Wawancara terkait Pembelajaran Organisasi	83
4.3.8 Respons Wawancara terkait Persepsi Keseluruhan	85
4.3.9 Respons Wawancara terkait Penyusunan Staf	86
4.3.10 Respons Wawancara terkait Tindakan Promotif	87
4.3.11 Respons Wawancara terkait Kerjasama Antar Unit	89
4.3.12 Respons Wawancara terkait Kerjasama Dalam Unit	91
4.4 Pembahasan	92
4.4.1 Keterbukaan Informasi	92
4.4.2 Umpan Balik	95
4.4.3 Frekuensi Kejadian Dilaporkan	99
4.4.4 <i>Hand off</i> dan Transisi	101
4.4.5 Dukungan Manajemen	103
4.4.6 Respons Tidak Menyalahkan	105
4.4.7 Pembelajaran Organisasi	108
4.2.8 Persepsi Keseluruhan	110
4.4.9 Penyusunan Staf	113
4.4.10 Tindakan Promotif	116
4.4.11 Kerjasama Antar Unit	118
4.4.12 Kerjasama Dalam Unit	121
4.5 Faktor Pendukung Penerapan Budaya Keselamatan Pasien	123

4.6.	Faktor Tantangan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien	125
V.	KESIMPULAN DAN SARAN	128
5.1	Kesimpulan	128
5.2	Saran.....	132
	DAFTAR PUSTAKA	134
	LAMPIRAN-LAMPIRAN	153
	TRANSKRIP WAWANCARA	163

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian	32
Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian	33

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Penelitian Terdahulu.....	25
Tabel 2. Definisi Operasional.....	37
Tabel 3. Hasil Uji Reliabilitas pada Penelitian Terdahulu	43
Tabel 4. Gambaran umum partisipan penelitian.....	46
Tabel 5. Gambaran keseluruhan rerata skor pada tiap-tiap dimensi.....	47
Tabel 6. Gambaran keseluruhan rerata skor pada tiap-tiap dimensi di Puskesmas Pasar Ambon	49
Tabel 7. Gambaran keseluruhan rerata skor pada tiap-tiap dimensi di Puskesmas Satelit	49
Tabel 8. Gambaran keseluruhan rerata skor pada tiap-tiap dimensi di Puskesmas Way Halim II.....	50
Tabel 9. Statistika Nilai Pada Dimensi Keterbukaan Informasi.....	51
Tabel 10. Statistika Nilai Pada Dimensi Umpan Balik.....	53
Tabel 11. Statistika Nilai Pada Dimensi Frekuensi Kejadian Dilaporkan	55
Tabel 12. Statistika Nilai Pada Dimensi Hand Off & Transisi	56
Tabel 13. Statistika Nilai Pada Dimensi Dukungan Manajemen	58
Tabel 14. Statistika Nilai Pada Dimensi Respons Tidak Menyalahkan	60
Tabel 15. Statistika Nilai Pada Dimensi Pembelajaran Organisasi	62
Tabel 16. Statistika Nilai Pada Dimensi Persepsi Keseluruhan	63
Tabel 17. Statistika Nilai Pada Dimensi Penyusunan Staf.....	65
Tabel 18. Statistika Nilai Pada Dimensi Tindakan Promotif	67
Tabel 19. Statistika Nilai Pada Dimensi Kerjasama Antar Unit	69
Tabel 20. Statistika Nilai Pada Dimensi Kerjasama Dalam Unit	71

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keselamatan pasien telah menjadi topik utama dalam bidang kesehatan perawatan primer, karena peran perawatan primer dalam peningkatan ukuran dan pengeluaran perawatan kesehatan. Di Belanda, perawatan primer mencakup sebagian besar perawatan kesehatan lebih dari 90% dari perawatan kesehatan disampaikan dalam perawatan primer dengan hanya 4% dari total biaya perawatan kesehatan. Meskipun insiden dalam perawatan primer cenderung kurang berbahaya dibandingkan dengan insiden yang terjadi di rumah sakit tetapi dampak terhadap keselamatan secara keseluruhan dalam perawatan kesehatan setidaknya sama karena banyaknya kontak pasien di layanan primer (Cihangir *et al.*, 2013).

Budaya keselamatan pasien adalah sekumpulan nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan perilaku yang menentukan komitmen, gaya, dan kompetensi seseorang atau kelompok dalam promosi keselamatan. Perilaku ini termasuk bagaimana manajer dan profesional bertindak untuk meningkatkan kesehatan, misalnya melalui pembelajaran kolektif dan koreksi kesalahan. keselamatan pasien terus menjadi masalah kesehatan masyarakat terkemuka di seluruh negara. Setiap tahun 5,7 hingga 8,4 juta kematian disebabkan oleh layanan kesehatan berkualitas buruk di negara berpenghasilan rendah dan menengah (Camacho R, *et al.*, 2022).

Keselamatan pasien juga menjadi salah satu indikator dalam menilai akreditasi institusi pelayanan kesehatan, oleh karena itu keselamatan pasien sangatlah penting. Namun, jika ditinjau dari insiden keselamatan pasien, keselamatan pasien di berbagai tingkat pelayanan kesehatan masih buruk, baik secara global maupun nasional. Insiden keselamatan pasien merupakan kejadian tidak disengaja dan pada

dasarnya dapat dicegah, yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien, terdiri atas Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Keadaan Potensial Cedera (KPC) (Putri, 2020).

Rencana Aksi Keselamatan Pasien Global 2021–2030 sangat merekomendasikan agar fasilitas kesehatan mengembangkan budaya keselamatan pasien untuk mengurangi risiko kesalahan dan mengurangi kerugian yang disebabkan oleh kejadian buruk. Budaya keselamatan pasien mengacu pada nilai manajemen, pegawai, keyakinan, dan norma tentang apa yang penting dalam organisasi perawatan kesehatan, bagaimana anggota organisasi diharapkan berperilaku, sikap dan tindakan apa yang sesuai dan tidak pantas, dan proses dan prosedur apa yang dihargai dan dihukum sehubungan dengan keselamatan pasien (Camacho R, *et al.*, 2022).

Insiden Keselamatan Pasien (IKP) masih banyak ditemukan baik di rumah sakit pemerintah maupun swasta meskipun telah lulus akreditasi, sehingga dapat menimbulkan dampak negatif terhadap pelayanan kesehatan (Sembiring, 2020). Dampak lain yang dihasilkan jika tidak melaksanakan budaya keselamatan pasien antara lain tidak akan terbangun kesadaran akan nilai pasien, tidak mau memimpin dan mendukung staf, tidak dapat mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, tidak dapat mengembangkan sistem pelaporan, tidak dapat melibatkan dan tidak dapat berkomunikasi dengan pasien, tidak dapat belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, tidak dapat mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien (Safitri, 2019). Faktor-faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien antara lain sikap, persepsi, kompetensi dan perilaku yang menimbulkan komitmen dan pola dari suatu manajemen kesehatan mengenai keselamatan pasien (Hasifah, 2018).

Keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan mendapatkan banyak perhatian sejak *Institute of Medicine* (IOM) pada tahun 2000 menerbitkan laporan yang berjudul “*To Err is Human : Building a Safer Health System*” yang mengemukakan

Angka Kematian Akibat KTD. Laporan itu mengemukakan angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap diseluruh Amerika yang berjumlah 33.6 juta per tahun pada tahun 1997 (Camacho R, *et al.*, 2022).

Selama periode tiga tahun, Rumah Sakit di Amerika, terdapat 31.817 masalah keamanan, sebanyak 85,9% (27,315) diantaranya adalah insiden keamanan pada pasien (Marra *et al.*, 2020). Di Inggris dan Wales terdapat 2.191 insiden keselamatan dan sebanyak 30% (n = 658) insiden berbahaya, termasuk 12 kematian dan 41 kasus kerusakan parah (Rees *et al.*, 2017).

Salah satu layanan puskesmas di Beijing mencatat total 17,6% HAIs (*Healthcare Associated Infections*) terjadi. Banyak pasien yang mengeluh dan tidak sabar saat mengunjungi pelayanan kesehatan primer atau puskesmas yang mencapai 41,2% sehingga dapat mempengaruhi pelayanan oleh petugas. Pengetahuan petugas puskesmas terkait keselamatan pasien masih kurang, seperti yang terjadi di Puskesmas Beijing di mana tingkat pengetahuannya hanya mencapai 17,2% (Hanny H, 2013).

Beberapa kasus tentang tidak terpenuhinya keselamatan pasien di rumah sakit masih sering dijumpai hingga saat ini. Insiden keselamatan pasien yang ada di Indonesia sebanyak 943 yang terdiri dari 33% KNC, 29% KTC, dan 38% KTD dengan 77.62% tidak cedera, 12.93% cedera ringan, 5.94% 2 cedera sedang, 0.75% cedera berat, dan 2.76% kematian (Rombeallo, Tahir, 2022). Menurut penelitian dengan desain *mixed methods* yang di lakukan di RSUD dr Rasidin Padang tahun 2018, hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien adalah perilaku dari petugas kesehatan dan dukungan dari manajemen yang belum maksimal (Mandriani *et al.*, 2019).

Puskesmas merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan primer yang bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif di suatu wilayah kerja (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43, 2019). Insiden keselamatan pasien yang tinggi juga ditemukan pada

pelayanan kesehatan primer, keselamatan pasien terkadang diabaikan di pusat perawatan primer (Lousada *et al.*, 2020).

Berdasarkan survei pendahuluan, jumlah kejadian insiden keselamatan pasien berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung terdapat dua IKP ditahun 2023 di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, terdapat satu IKP di Puskesmas Pasar Ambon, terdapat satu IKP di Puskesmas Rawat Inap Satelit di awal tahun 2024. Sedangkan pada tahun 2022 di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Pasar Ambon, dan Puskesmas Rawat Inap Satelit tidak ada insiden keselamatan pasien atau nihil.

Nihilnya pelaporan IKP tidak selalu mencerminkan keadaan yang sebenarnya, hal ini karena rendahnya pelaporan IKP di fasilitas kesehatan tingkat primer di pengaruhi oleh faktor antara lain takut untuk melaporkan, persepsi bahwa tempat kerja memiliki budaya keselamatan yang rendah, takut disalahkan, reaksi negatif dari pimpinan, kepemimpinan organisasi yang lemah terhadap keselamatan pasien, tidak menyadari kesalahan telah terjadi karena ketidakmampuan untuk mengidentifikasi insiden, sikap melaporkan kesalahan hanya jika kesalahan tersebut mengakibatkan kerugian, kurangnya motivasi untuk melaporkan (Tirzaningrum *et al.*, 2022). Selain itu, alasan rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien di kalangan perawat Indonesia sebagian besar karena kurangnya pemahaman tentang prosedur dan isi pelaporan insiden, seperti jenis insiden apa, kapan, dan bagaimana insiden tersebut harus dilaporkan, perawat takut disalahkan ketika melaporkan insiden, ketakutan akan litigasi oleh pasien/keluarga dan dipindahkan ke unit lain juga disebut-sebut sebagai penyebab rendahnya pelaporan dan ketakutan akan tuntutan hukum dari pasien atau anggota keluarga telah menghalangi perawat untuk melaporkan insiden karena kelalaian mereka, umpan balik mengenai insiden yang dilaporkan, baik dari komite keselamatan pasien atau manajemen umumnya lambat atau bahkan tidak ada, tidak ada sistem penghargaan atau hukuman untuk mendorong perawat melaporkan insiden, sehingga mereka tidak memiliki motivasi untuk melakukannya (Pramesona *et al.*, 2023).

Berdasarkan Permenkes No. 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi pada bagian lampiran I Standar Akreditasi Puskesmas menyebutkan bahwa agar Puskesmas dapat menjalankan fungsinya secara optimal perlu dikelola dengan baik mulai dari sumber daya yang digunakan, proses pelayanan hingga kinerja pelayanan sebab masyarakat menghendaki pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, serta dapat menjawab kebutuhan mereka. Oleh karena itu, keselamatan pasien menjadi salah satu indikator mutu nasional yang menjadi penilaian akreditasi puskesmas (Kementrian Kesehatan RI, 2022).

Tingkat pelaporan IKP di fasilitas pelayanan kesehatan masih rendah, biasanya karena pelapor takut disalahkan, budaya keselamatan pasien ini harus kita perbaiki dengan sungguh-sungguh bila kita ingin mewujudkan keselamatan pasien di semua fasilitas pelayanan kesehatan termasuk di Puskesmas (Kementrian Kesehatan RI, 2021). Penelitian terkait budaya keselamatan pasien banyak dilakukan di rumah sakit, namun penelitian budaya keselamatan pasien di fasilitas kesehatan tingkat primer khususnya puskesmas masih menjadi tantangan yang harus diatasi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana budaya keselamatan pasien pada tenaga kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini yaitu untuk menganalisis budaya keselamatan pasien pada tenaga kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung Tahun 2025.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis keterbukaan informasi mengenai keselamatan pasien pada tenaga kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.
2. Menganalisis umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan pada tenaga kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.
3. Menganalisis frekuensi kejadian keselamatan pasien yang dilaporkan tenaga kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.
4. Menganalisis *hand off* dan transisi keselamatan pasien pada tenaga kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.
5. Menganalisis dukungan manajemen untuk keselamatan pasien pada tenaga kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.
6. Menganalisis respons yang tidak menyalahkan pada tenaga kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.
7. Menganalisis pembelajaran organisasi mengenai keselamatan pasien pada tenaga kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.
8. Menganalisis persepsi keseluruhan mengenai keselamatan pasien pada tenaga kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.

9. Menganalisis Penyusunan staf tenaga kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.
10. Menganalisis tindakan promotif keselamatan oleh pemegang program keselamatan pasien di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.
11. Menganalisis Kerjasama antar unit pada tenaga kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.
12. Menganalisis Kerjasama dalam satu unit di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.
13. Mendeskripsikan faktor tantangan penerapan budaya keselamatan pasien di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.
14. Mendeskripsikan faktor pendukung penerapan budaya keselamatan pasien di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Kepala Puskesmas dan Tim Keselamatan Pasien

Penelitian ini diharapkan menjadi bahan pertimbangan dan masukan dalam menentukan kebijakan pengelolaan tentang budaya keselamatan pasien.

1.4.2 Bagi Tenaga Kesehatan Puskesmas

Penelitian ini dapat memberikan wawasan dan evaluasi terhadap kinerja tenaga kesehatan terutama yang berkaitan dengan pelaksanaan budaya keselamatan pasien sehingga dapat meningkatkan kinerjanya.

1.4.3 Bagi Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan sehingga dapat menurunkan angka insiden keselamatan pasien di Puskesmas Kota Bandar Lampung.

1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan sebagai bahan kajian ilmiah dan teori yang pernah didapat serta implementasinya di puskesmas khususnya dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Budaya Keselamatan Pasien

2. 1.1 Definisi

Budaya keselamatan pasien adalah sekumpulan nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan perilaku yang menentukan komitmen, gaya, dan kompetensi seseorang atau kelompok dalam promosi keselamatan (Lousada *et al.*, 2020). Jika suatu organisasi pelayanan kesehatan tidak mempunyai budaya keselamatan pasien maka kecelakaan bisa terjadi akibat dari kesalahan laten, gangguan psikologis dan fisiologis pada pegawai, penurunan produktifitas, berkurangnya kepuasan pasien dan menimbulkan konflik internal (Kementrian Kesehatan RI, 2017).

Budaya keselamatan pasien merupakan suatu kondisi di mana budaya organisasi mendukung dan mempromosikan keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien merujuk dari keyakinan, nilai dan norma-norma yang ditunjukkan oleh praktisi pelayanan kesehatan dan pegawai lain dalam suatu organisasi yang mempengaruhi tindakan dan sikapnya. Budaya keselamatan pasien merupakan sesuatu yang bisa diukur dengan cara menghargai apa yang dilakukan oleh pegawai, dukungan yang diberikan dan penerimaan dari organisasi terhadap sesuatu yang terkait dengan keselamatan pasien (Sorra *et al.*, 2016).

2.1.2 Manajemen Budaya Keselamatan Pasien

Pengelolaan manajemen budaya keselamatan pasien dapat mengacu pada instrumen budaya keselamatan yang dikembangkan oleh *agency of healthcare research and quality* (AHRQ) tahun 2016 yang berjudul SOPSC (*Survey on Patient Safety Culture*).

Langkah-langkah tersebut meliputi (Sorra *et al.*, 2016)

1. Keterbukaan komunikasi

Pegawai merasa bebas untuk berbicara jika melihat sesuatu yang negatif yang berpengaruh terhadap pasien dan pegawai merasa bebas untuk bertanya lebih dalam dengan menggunakan otoritas yang mereka miliki.

2. Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan yang terjadi

Pegawai diinformasikan mengenai kesalahan yang terjadi, diberikan *feedback* mengenai perubahan yang akan diimplementasikan, dan mendiskusikan cara untuk mencegah kesalahan.

3. Frekuensi pelaporan kejadian

Kesalahan yang dilaporkan yaitu dalam bentuk :

- a. Kesalahan yang diketahui dan diperbaiki karena menyangkut pasien
- b. Kesalahan yang tidak berpotensi membahayakan pasien
- c. Kesalahan yang dapat membahayakan pasien

4. *Hand off* dan transisi

Pertukaran informasi mengenai perawatan pasien disebarkan antar unit dan disebarkan ketika pergantian *shift* jaga.

5. Dukungan manajemen untuk keselamatan pasien

Manajemen menyediakan lingkungan kerja yang mempromosikan keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas dalam manajemen.

6. Respons tidak menyalahkan pada kesalahan yang dilakukan

Pegawai merasa bahwa kesalahan dan kejadian yang dilaporkan tidak ditujukan untuk menyalahkan dirinya, dan kesalahan tersebut tidak hanya menjadi masalah pribadinya saja.

7. Pembelajaran Organisasi

Kesalahan akan mendorong perubahan positif dan perubahan tersebut akan dievaluasi untuk menilai keefektifannya. Proses pembelajaran yang berkelanjutan dalam organisasi kesehatan membantu anggota tim untuk meningkatkan kompetensi dan adaptasi terhadap perubahan. Pembelajaran dari pengalaman sebelumnya memungkinkan perbaikan berkelanjutan dalam sistem pelayanan kesehatan.

8. Persepsi keseluruhan mengenai keselamatan pasien

Sistem dan prosedur yang ada sudah bagus untuk pencegahan kesalahan dan hanya terdapat sedikit masalah mengenai keselamatan pasien.

9. *Staffing*

Pegawai yang ada sudah cukup untuk mengatasi beban kerja yang tinggi dan jam kerja sudah sesuai untuk melakukan perawatan dan pelayanan terbaik untuk pasien.

10. *Supervisor*/harapan manajer dan tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan keselamatan pasien.

Supervisor/manajer mempertimbangkan saran dari pegawai untuk meningkatkan keamanan pasien, memberikan respons positif terhadap pegawai yang mengikuti prosedur keselamatan pasien dengan benar dan tidak berlebihan dalam melakukan pembahasan mengenai masalah keselamatan pasien.

11. Kerjasama antar unit

Unit-unit bekerja sama dan berkordinasi satu sama lain untuk menyediakan pelayanan terbaik untuk pasien.

12. Kerjasama dalam unit

Pegawai dalam unit saling mendukung satu sama lain, saling menghargai satu sama lain dan bekerja sama sebagai satu tim.

Sammer *et al.* (2010) dalam (Sembiring, 2020) membagi budaya keselamatan pasien ke dalam 7 sub, yaitu:

1. Kepemimpinan

Seorang pemimpin harus mengetahui bahwa lingkungan perawatan kesehatan merupakan lingkungan yang berisiko tinggi dan mencari kesamaan visi dan misi, mempertimbangkan kompetensi pegawai, masalah keuangan dan sumber daya yang dibutuhkan.

2. Kerjasama tim

Kerjasama tim dapat diwujudkan dalam bentuk menghargai kolega kerjanya, kolaborasi dan kerjasama yang terjadi antara pegawai, manajer,

dan praktisi independen lainnya. Hubungan yang dibangun bersifat terbuka, aman, saling menghargai dan fleksibel.

3. *Evidence based*

Praktik pelayanan dan perawatan yang diberikan kepada pasien berdasarkan *evidence based*. Semua proses yang berhubungan dengan pelayanan dibuat untuk menghasilkan perawatan yang mempunyai reliabilitas tinggi. Standar dalam perawatan pasien diperlukan untuk mengurangi variasi dalam perawatan pasien, dan terdapat kesamaan dalam aspek-aspek perawatan pasien.

4. Komunikasi

Lingkungan pekerjaan di fasilitas kesehatan akan dapat mempertahankan keberadaannya jika semua pegawai apapun jenis pekerjaannya, mempunyai hak dan tanggung jawab untuk mengeluarkan pendapat atau bersuara, mengenai segala sesuatu yang berkaitan dengan pasien.

5. Pembelajaran

Belajar dari kesalahan dan melihat kesempatan baru untuk meningkatkan kinerja. Proses pembelajaran merupakan hal yang penting untuk diaplikasikan oleh semua pegawai, tidak hanya pegawai medis.

6. *Just culture*

Budaya yang mengenali kesalahan sebagai suatu kegagalan sistem dibandingkan kesalahan individu akan membantu individu untuk bertanggung jawab terhadap perbuatannya dengan tidak merasa dihamiki oleh organisasinya

7. *Patient centered*

Pelayanan yang berfokus pada pasien merupakan pelayanan yang berfokus pada pasien dan keluarga pasien. Pasien bukan hanya harus berpartisipasi aktif dalam perawatannya, tetapi pasien juga merupakan penyambung antara rumah sakit dengan komunitas.

2.1.3 Aspek Budaya Keselamatan Pasien

Menurut Sorra *et al* (2016) Budaya keselamatan pasien dapat ditegakkan pada beberapa hal yaitu:

1. Aktifitas organisasi yang beresiko tinggi dan kegiatan yang membutuhkan keamanan lebih.
2. Lingkungan harus menyediakan suasana yang tidak menghakimi terhadap kesalahan yang dilakukan, sehingga kejadian terkait *error* atau *near miss* dapat dilaporkan untuk perbaikan tanpa adanya ketakutan tersendiri.
3. Kolaborasi dari semua pihak lintas sektoral dan kedisiplinan dapat menghasilkan solusi untuk menyelesaikan masalah keselamatan pasien.
4. Komitmen organisasi diperlukan untuk mendukung semua hal yang terkait dengan keselamatan pasien.

O'Neal (2012) dalam (Sembiring, 2020) menilai budaya keselamatan pasien melalui tiga aspek:

1. Tingkat unit, mencakup: *supervisor/manager action promoting safety, organizational learning* (perbaikan berkelanjutan), kerjasama dalam unit di rumah sakit, komunikasi yang terbuka, umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan, respons tidak mempersalahkan terhadap kesalahan, dan manajemen ketenagakerjaan
2. Tingkat fasilitas kesehatan, mencakup: dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien, kerjasama antar unit di fasilitas kesehatan, perpindahan transisi pasien.
3. Keluaran, mencakup persepsi keseluruhan pegawai terkait keselamatan pasien, frekuensi pelaporan kejadian, peringkat keselamatan pasien, jumlah total laporan kejadian dalam 12 bulan terakhir.

2.1.4 Faktor Pendukung dan Tantangan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien

Implementasi budaya keselamatan pasien dipengaruhi oleh empat faktor yang dominan yaitu kerja tim, pembelajaran organisasi, tingkat stres dan beban kerja perawat, dan komunikasi (Yanriatuti *et al* , 2020).

Kerja tim merupakan salah satu domain dalam budaya keselamatan pasien. Semua anggota dalam tim bekerja sama, saling mendukung, serta saling membantu untuk mencapai tujuan yang diinginkan dalam suatu organisasi. Kunci keberhasilan anggota tim dalam menghindari perselisihan adalah memiliki visi dan misi serta tujuan yang sama, membangun komunikasi yang intensif, meningkatkan kompetensi tim, memberikan penghargaan terhadap anggota yang berprestasi serta memiliki komitmen yang kuat. Faktor selanjutnya ialah pembelajaran organisasi, pembelajaran organisasi dilakukan untuk menambah wawasan para anggota tim dalam menjalankan organisasi sehingga mampu menghadapi perubahan dengan respons kecepatan dan ketepatan dalam berfikir serta bertindak. Tenaga kesehatan akan mampu belajar dari pengalaman dan memperbaiki kemampuan untuk meningkatkan kinerja dalam memberikan pelayanan kesehatan. Stress didefinisikan sebagai respons ketidaknyamanan dalam suatu kondisi tertentu. Beban kerja tenaga kesehatan dipengaruhi oleh membludaknya jumlah pasien, ataupun kondisi lain. Semakin tinggi beban kerja tenaga kesehatan akan juga meningkatkan stress yang dialami. Faktor-faktor yang telah disebutkan perlu untuk dievaluasi dan distimulasi untuk memaksimalkan implementasi budaya keselamatan pasien, dengan melibatkan pemberdayaan tenaga kesehatan profesional (Yanriatuti *et al* , 2020)

2.2 Keselamatan Pasien

2.2.1 Definisi

Keselamatan pasien merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang harus dituntaskan instansi kesehatan untuk mengutamakan kepentingan pasien. keselamatan pasien merupakan sistem yang menjadi bagian dari pelayanan kesehatan agar pasien lebih aman. Masalah keselamatan pasien dapat membantu meminimalkan risiko KTD, mengurangi terjadinya perselisihan medis, mengurangi konflik antara petugas kesehatan dan pasien, mengurangi proses tuntutan hukum,

menghilangkan tuduhan malpraktek yang meningkat akhir-akhir ini (Elmonita *et al.*, 2022).

2.2.2 Tujuan dan Sasaran

Pengaturan Keselamatan Pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan (Kementrian Kesehatan RI, 2017).

Joint Commission International menetapkan enam sasaran keselamatan pasien yang dikenal dengan istilah IPSG (*International Patient Safety Goals*). Enam sasaran keselamatan pasien yaitu: (Kementrian Kesehatan RI, 2017)

1. Ketepatan identifikasi pasien.
2. Peningkatan komunikasi efektif.
3. Peningkatan keamanan obat atau *high alert* yang harus diwaspadai.
4. Kepastian terhadap lokasi, prosedur dan pasien operasi.
5. Pengurangan terhadap resiko infeksi setelah menggunakan pelayanan kesehatan.
6. Pengurangan resiko jatuh.

Kondisi tersebut memperkuat bagaimana pelayanan keselamatan pasien harus diperhatikan dalam suatu tatanan pelayanan kesehatan (Elmonita *et al.*, 2022).

2.2.3 Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 tahun 2017 meliputi standar:

1. Hak pasien.
2. Pendidikan bagi pasien dan keluarga.
3. Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan.
4. d.Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien.
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien
6. Pendidikan bagi pegawai tentang Keselamatan Pasien.

7. Komunikasi merupakan kunci bagi pegawai untuk mencapai Keselamatan Pasien.

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien menurut Permenkes No. 11 tahun 2017 terdiri atas:

1. Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien.
2. Memimpin dan mendukung pegawai.
3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko.
4. Mengembangkan sistem pelaporan.
5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien.
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien.
7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien.

2.2.4 Jenis – Jenis Insiden Keselamatan Pasien

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 Tahun 2017, insiden keselamatan pasien terdiri dari:

1. Kejadian tidak Diharapkan (KTD)

Adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Kejadian tersebut dapat terjadi di semua tahapan dalam perawatan dari diagnosis, pengobatan, dan pencegahan.

2. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Adalah suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak mengakibatkan cedera.

3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Misalnya suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan tetapi pegawai lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan kepada pasien.

4. Kejadian Potensial Cedera (KPC)

Adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden. Misalnya obat-obatan LASA (*Look Alike Sound Alike*) disimpan berdekatan.

5. Kejadian Sentinel

Adalah suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang dapat mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi sehingga pencarian fakta-fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

2.2.5 Sembilan Solusi Keselamatan Pasien

Sembilan solusi keselamatan pasien yang dibuat oleh WHO (2007) dalam (Zalukhu, 2020) digunakan sebagai pedoman oleh fasilitas kesehatan di Indonesia. Solusi keselamatan pasien tersebut merupakan sebuah sistem atau intervensi yang dapat digunakan untuk mencegah atau mengurangi cedera pada pasien yang terjadi pada proses pemberian pelayanan kesehatan. Sembilan Solusi tersebut sebagai berikut:

1. Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip

Nama obat, Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM) yang membingungkan petugas kesehatan adalah satu penyebab tersering dalam kesalahan obat dan hal ini merupakan suatu keprihatinan di seluruh dunia. Dengan puluhan ribu obat yang beredar di pasaran saat ini, maka sangat signifikan potensi terjadinya kesalahan akibat kebingungan terhadap nama merek atau generik serta kemasan. Solusi NORUM ditekankan pada penggunaan protokol untuk pengurangan risiko dan memastikan terbacanya resep, label atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dahulu maupun pembuatan resep elektronik.

2. Memastikan identifikasi pasien

Kegagalan yang meluas dan terus menerus untuk mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah kepada kesalahan pengobatan, transfuse

maupun pemeriksaan, pelaksanaan prosedur yang keliru orang, penyerahan bayi kepada bukan keluarganya dan sebagainya. Rekomendasi ditekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses identifikasi. Standarisasi dalam metode identifikasi di semua rumah sakit dalam konfirmasi serta penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

3. Komunikasi secara benar saat serah terima atau pengoperan pasien

Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima atau pengoperan pasien antara unit-unit pelayanan, didalam unit pelayanan serta antar tim pelayanan, bisa mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat dan potensial dapat mengakibatkan cedera terhadap pasien. Rekomendasi ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan protokol untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis, memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan pada saat serah terima dan melibatkan para pasien serta keluarga dalam proses serah terima.

4. Memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar

Faktor yang paling banyak berkontribusi terhadap kesalahan-kesalahan macam ini adalah tidak ada atau kurangnya proses pra-bedah yang distandarisasi, hal yang direkomendasikan yaitu untuk mencegah jenis-jenis kekeliruan tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi pra-pembedahan, pemberian tanda pada sisi yang terlibat dalam prosedur *time out* sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur dan sisi yang akan dibedah.

5. Mengendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*)

Semua obat-obatan, biologis, vaksin dan media kontras memiliki profil risiko. Disamping itu cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi termasuk kategori berbahaya. Hal yang direkomendasikan yaitu membuat standarisasi

dari dosis, unit ukuran dan istilah serta pencegahan atas campur aduk atau bingung tentang cairan elektrolit pekat yang spesifik.

6. Memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan

Kesalahan medis terjadi paling sering pada saat transisi atau pengalihan. Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat pada titik-titik transisi pasien. Rekomendasinya adalah menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh medikasi yang sedang diterima pasien juga disebut “*home medication list*”, sebagai perbandingan dengan daftar saat administrasi, penyerahan dan/atau perintah pemulangan bilamana menuliskan perintah medikasi dan komunikasikan daftar tersebut kepada petugas layanan yang berikut dimana pasien akan ditransfer atau dilepaskan.

7. Hindari salah kateter dan salah sambung selang (*tube*)

Selang kateter dan spuit (*syringe*) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang bisa menyebabkan cedera pasien melalui penyambungan spuit dan selang yang salah, memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Hal yang direkomendasikan yaitu menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara pemberian makna (misalnya selang yang benar) dan ketika menyambung alat-alat kepada pasien (misalnya menggunakan sambungan selang yang benar).

8. Menggunakan alat injeksi hanya untuk sekali pakai

Salah satu keprihatinan global tersebar adalah penyebaran *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), *Hepatitis B Virus* (HBV) dan *Hepatitis C Virus* (HCV) yang diakibatkan oleh pemakaian ulang (*reuse*) jarum suntik. Hal yang direkomendasikan adalah perlunya larangan pakai ulang jarum suntik di fasilitas layanan kesehatan, pelatihan periodik para petugas di lembaga-lembaga pelayanan kesehatan khususnya tentang prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mereka mengenai penularan infeksi melalui darah dan penggunaan jarum sekali pakai yang aman.

9. Tingkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial

Diperkirakan bahwa pada setiap saat lebih dari 1,4 juta orang diseluruh dunia menderita infeksi yang diperoleh di rumah-rumah sakit. Kebersihan tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang primer untuk menghindarkan masalah ini. Rekomendasinya adalah mendorong implementasi penggunaan cairan seperti alkohol dan *hand rubs* yang disediakan pada titik-titik pelayanan tersedianya sumber air pada semua kran, pendidikan pegawai mengenai teknik kebersihan tangan yang benar mengingatkan penggunaan tangan bersih ditempat kerja dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan atau observasi.

2.3 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

2.3.1 Definisi

Puskesmas merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif di suatu wilayah kerja. Puskesmas sebagai penyelenggara pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal, baik secara sosial maupun ekonomi (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43, 2019).

2.3.2 Tugas Dan Fungsi

Tugas dan fungsi puskesmas berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas adalah sebagai berikut:

a. Tugas:

1. Melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

2. Puskesmas mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga.
3. Pendekatan keluarga merupakan salah satu cara Puskesmas mengintegrasikan program untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga.

b. Fungsi :

1. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama di wilayah kerjanya.
2. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya Puskesmas berwenang untuk:

1. Menyusun perencanaan kegiatan berdasarkan hasil analisis masalah kesehatan masyarakat dan kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
2. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan.
3. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
4. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain terkait.
5. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap institusi, jaringan pelayanan Puskesmas dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat.
6. Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
7. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan.
8. Memberikan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual.

9. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan.
10. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, melaksanakan sistem kewaspadaan dini, dan respons penanggulangan penyakit.
11. Melaksanakan kegiatan pendekatan keluarga.
12. Melakukan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit di wilayah kerjanya, melalui pengoordinasian sumber daya kesehatan di wilayah kerja Puskesmas.

Dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya sebagaimana dimaksud Puskesmas berwenang untuk:

1. Menyenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan, bermutu, dan holistik yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologi, sosial, dan budaya dengan membina hubungan dokter - pasien yang erat dan setara.
2. Menyenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif.
3. Menyenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada kelompok dan masyarakat.
4. Menyenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan kesehatan, keamanan, keselamatan pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan kerja.
5. Menyenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi.
6. Melaksanakan penyelenggaraan rekam medis.
7. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan.
8. Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
9. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.

10. Melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayah kerjanya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2.4 Penelitian Terdahulu

Tabel 1. Penelitian Terdahulu

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Hudiono, 2022	Budaya keselamatan pasien pada Puskesmas terakreditasi di Kabupaten Banyumas	Untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien di Puskesmas Kabupaten Banyumas.	Penelitian ini dilaksanakan dengan metode deskriptif dengan pendekatan survei <i>cross sectional</i> . Instrumen penelitian yang digunakan adalah instrumen <i>Survey on Patient Safety Culture</i> (SOPSC) dari <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> (AHRQ) yang mencakup 12 dimensi budaya keselamatan pasien dengan 42 pertanyaan.	Terdapat empat dimensi yang memiliki respons positif rendah dibawah 50%, dua dimensi memiliki respons cukup positif antara 50-70%, dan enam dimensi yang memiliki respons positif tinggi diatas 70%.

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
2.	Mandrian, 2018	Analisis Dimensi Budaya Keselamatan Pasien Oleh Petugas Kesehatan di RSUD dr Rasidin Padang Tahun 2018	Menganalisis budaya keselamatan pasien di RSUD dr Rasidin Padang tahun 2018.	Penelitian ini menggunakan desain penelitian <i>mix method</i> . Pendekatan kuantitatif menggunakan kuesioner AHRQ tahun 2004 sedangkan penelitian kualitatif menggunakan pendekatan <i>instrumental case study</i> .	Hasil penelitian menunjukkan dimensi yang paling tinggi respons positifnya adalah dimensi supervisi (78%) dan dimensi yang paling rendah adalah frekuensi pelaporan (31%).
3.	Wijaya, 2015	Budaya keselamatan pasien di RSU PKU Muhammadiyah Bantul	Menganalisis penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul serta ingin mengetahui gap pelaporan insiden/kasus keselamatan pasien yang dilihat dari pelaporan yang dilakukan oleh Tim KPRS dan laporan yang didapatkan melalui responden.	Penelitian ini menggunakan pendekatan <i>mixed methods research</i> Pengukuran budaya keselamatan pasien menggunakan kuesioner HSOPSC (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>). Kuesioner ini terdiri dari	Penerapan Keselamatan Pasien di RS PKU Muhammadiyah, Bantul masuk dalam kategori cukup dengan nilai mean dan median sebesar 73,9. Masih ditemukan gap pelaporan insiden keselamatan pasien antara tim keselamatan pasien dan di lapangan.

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
4.	Vellyana, 2015	Analisis budaya keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping	Menganalisis pelaksanaan keselamatan pasien pada pelayanan kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping.	Penelitian ini menggunakan pendekatan <i>mixed methods research</i> . Pengukuran budaya keselamatan pasien menggunakan kuesioner antara TIM KPRS dan hasil AHRQ tahun 2004 yang berjudul <i>HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture)</i> .	Penerapan budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II masuk dalam kategori cukup dengan nilai mean sebesar 74.09. Terdapat perbandingan pelaporan antara TIM KPRS dan hasil penelitian di lapangan serta ditemukannya hambatan-hambatan dalam penerapan budaya keselamatan pasien yang berasal dari dukungan manajemen yang masih belum optimal.
5.	Wardalia, 2018	Peran akreditasi klinik dalam implementasi budaya keselamatan pasien di Klinik Furdaus Yogyakarta	Tujuan penelitian ini untuk menganalisis presentase perubahan dimensi keselamatan pasien yang dicapai setelah penerapan dokumen akreditasi dibandingkan sebelum penerapan dokumen akreditasi di Klinik Firdaus.	Jenis penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif, dengan kuesioner dari AHRQ tahun 2004 yang telah diterjemahkan yang terdiri dari 12 dimensi	Perubahan tertinggi (44%) pada dimensi umpan balik dan komunikasi, tidak terjadi perubahan pada persepsi mengenai keselamatan pasien, dan penurunan pada frekuensi kejadian dilaporkan. Secara keseluruhan 12 dimensi, rata-rata perubahan meningkat 20,2%.

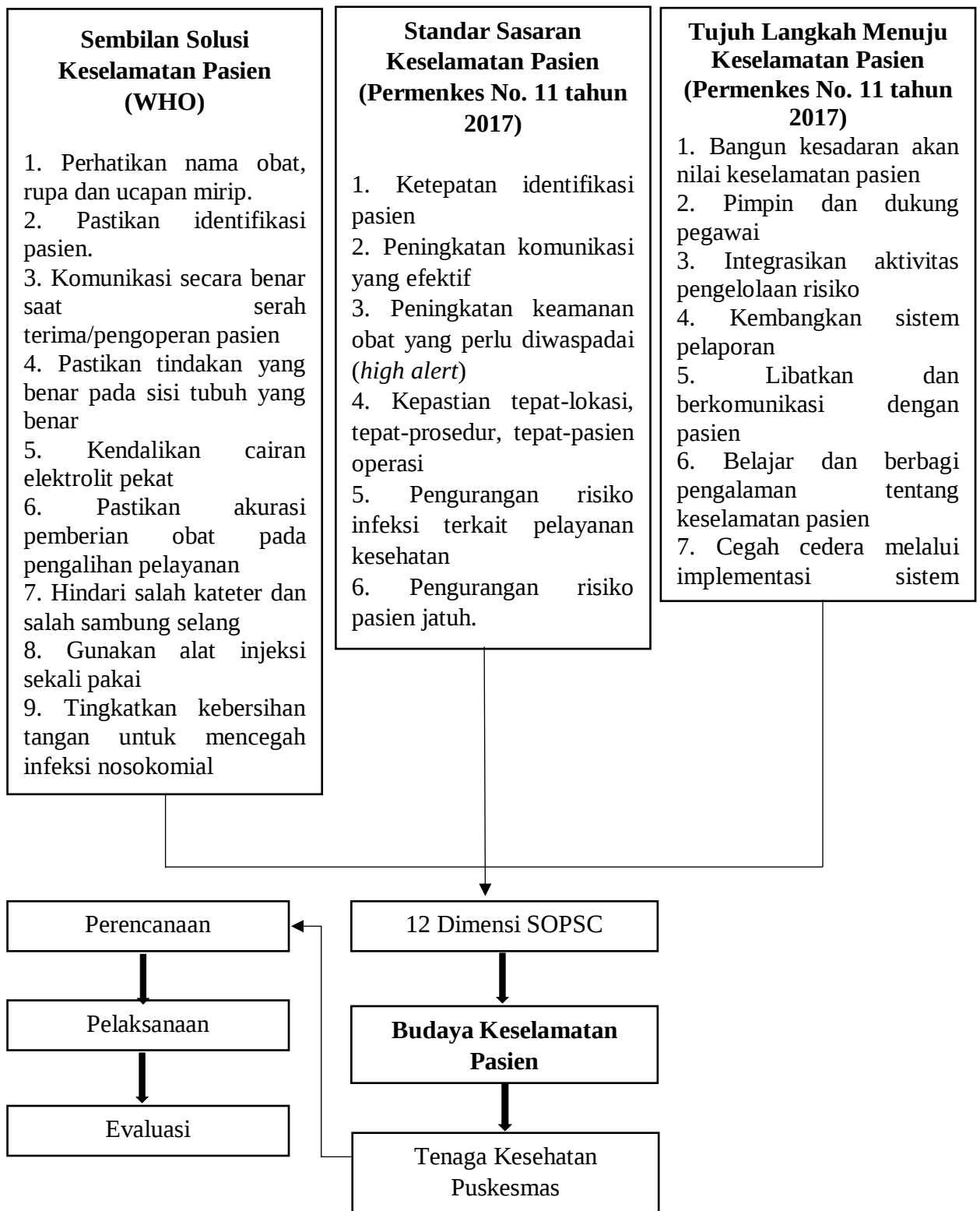
No.	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
6.	Camacho R, et.al, 2022	Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Amerika Latin Tinjauan Sistematis dengan Analisis Meta	Tinjauan sistematis kami bertujuan untuk menghasilkan bukti tentang status budaya keselamatan pasien di rumah sakit Amerika Latin dari penelitian menggunakan <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (HSOPSC).	Tinjauan sistematis ini dipandu oleh pedoman JBI untuk sintesis bukti. Empat database dicari secara sistematis untuk studi dari 2011 hingga 2021 yang berasal dari Amerika Latin. Studi yang diidentifikasi untuk dimasukkan dinilai untuk kualitas metodologis dan risiko bias. Statistik deskriptif dan inferensial, termasuk meta-analisis untuk subkelompok profesional dan meta-regresi untuk efek subkelompok dihitung.	Secara total, 30 penelitian dari lima negara, Argentina (1), Brasil (22), Kolombia (3), Meksiko (3), dan Peru (1), diikutsertakan dalam tinjauan, dengan 10.915 peserta, terutama terdiri dari staf perawat (93%). Secara keseluruhan, ada persepsi positif yang rendah (48%) dari budaya keselamatan pasien sebagai ukuran global dan perbedaan signifikan terlihat pada dokter yang memiliki persepsi positif lebih tinggi daripada perawat.

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
7.	Letícia Martins Lousada, <i>et al</i> , 2020	Budaya keselamatan pasien di layanan primer dan perawatan di rumah	Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi budaya keselamatan di lingkungan perawatan primer dan rumah.	Sebuah studi <i>cross-sectional</i> observasional dilakukan dengan 147 profesional dari sembilan kabupaten yang dicakup oleh satu program perawatan di rumah dan enam pusat kesehatan primer. <i>safety attitudes questionnaire</i> (SAQ) digunakan untuk mengevaluasi budaya keselamatan, di mana skor 75 menunjukkan budaya keselamatan yang positif.	Sebanyak 56 (86,1%) kuesioner kembali dari profesional perawatan rumah dan 91 (86,6%) dari profesional perawatan primer. Domain kepuasan kerja adalah yang terbaik dievaluasi, mencapai skor 88,8 dalam perawatan di rumah dan 75,1 dalam perawatan primer. Pencapaian skor tinggi pada <i>Safety Climate</i> , <i>Job Satisfaction</i> , <i>Teamwork Climate</i> , dan Total SAQ terkait dengan jenis kelamin laki-laki, dan lama pengalaman profesional 3 sampai 4 tahun. Persepsi manajemen dan kondisi kerja memiliki skor terendah, dan hasil ini terkait dengan pengalaman yang lama

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
8.	Desmedt <i>et al.</i> , 2021	Menggali dan Mengevaluasi Budaya Keselamatan Pasien Di Sebuah Pengaturan Perawatan Primer Berbasis Komunitas	Tujuan utama adalah untuk mengukur budaya keselamatan pasien di dua layanan perawatan rumah di Belgia (Flanders). Selain itu, variabilitas berdasarkan profesi responden diperiksa	Studi <i>cross-sectional</i> dilakukan dengan memberikan kuesioner SCOPE (<i>Seamless Care Optimizing The Patient Experience</i>) Primary Care di dua organisasi layanan perawatan di rumah.	Secara total, 1.875 kuesioner yang valid dikembalikan dari 2.930 Karyawan, mewakili tingkat respons 64%.
9.	Tlili <i>et al.</i> , 2020	Menilai budaya keselamatan pasien dan faktor terkait di pusat kesehatan primer Tunisia	Bertujuan untuk menilai budaya keselamatan pasien di pusat layanan kesehatan primer Tunisia dan untuk mengeksplorasi faktor-faktor yang terkait.	Ini adalah studi multisenter deskriptif <i>cross-sectional</i> , yang dilakukan dari Januari-April 2016 di seluruh 30 rangkaian layanan kesehatan primer di pusat Tunisia, Instrumen pengukuran yang digunakan adalah <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture Questionnaire</i> .	Sebanyak 214 responden profesional berpartisipasi dalam penelitian ini, dengan tingkat respons 85%. Dimensi Kerja tim dalam unit memiliki skor tertinggi (71,5%). Skor terendah adalah untuk dimensi yang berkaitan dengan Frekuensi kejadian yang dilaporkan dan Respons non-punitif terhadap kesalahan

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
10.	Praganti <i>et al.</i> , 2020	Menilai Budaya Keselamatan Pasien di Puskesmas Perawatan Terakreditasi di Kota Palu	Penelitian ini bertujuan untuk menilai budaya keselamatan pasien di puskesmas rawat inap di Kota Palu.	Desain penelitian cross sectional dengan metode analitik deskriptif mengadopsi kuisisioner <i>Survey On Patient Safety Culture yang dikembangkan oleh AHRQ</i> penyebaran kuisisioner dilakukan pada 121 responden di 2 puskesmas rawat inap.	Rata-rata tingkat respons positif budaya keselamatan pasien di Puskesmas Bulili sebesar 61,16% dan di Puskesmas Pantoloan 63,13%. Dimensi yang memiliki respons positif tinggi di Puskesmas Bulili adalah dimensi kerjasama dalam unit 90,1% dan respons positif kurang dari 50% ada pada dimensi Respons tanpa hukuman 28,56%,

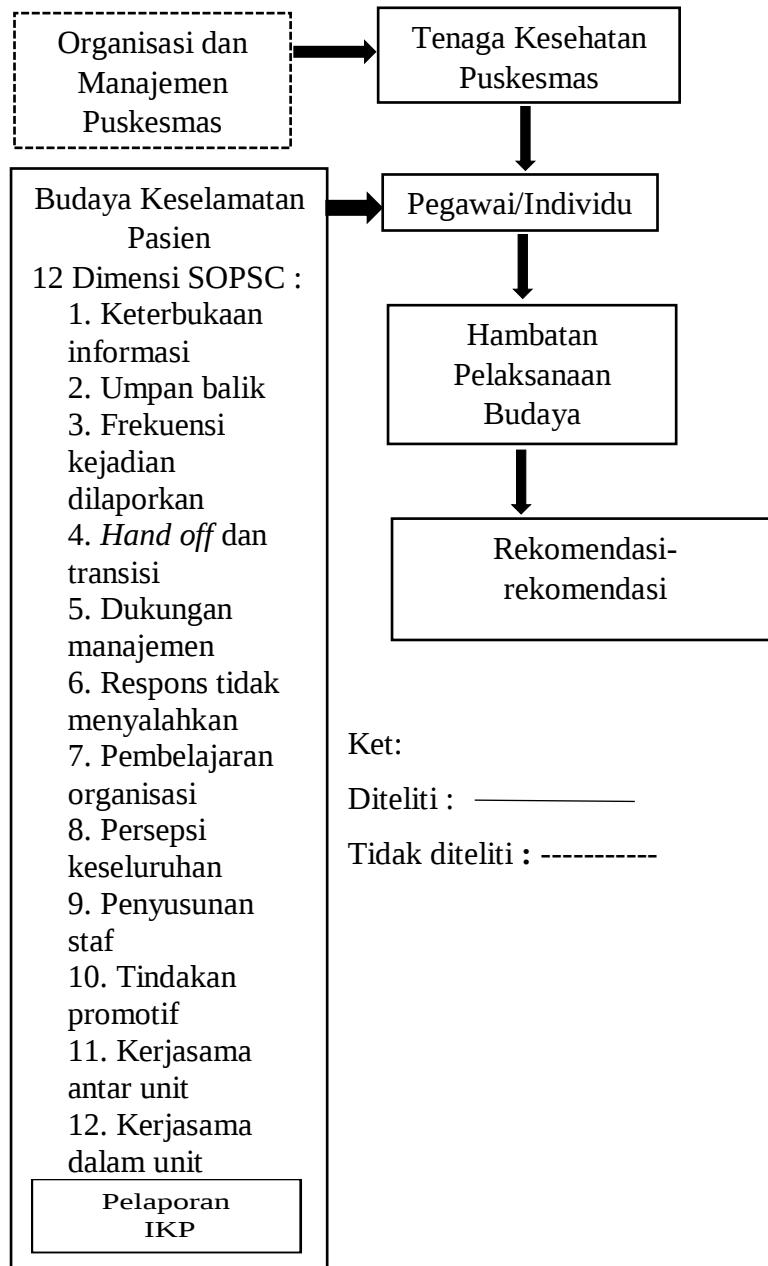
2.5 Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian

Sumber : WHO (2007) dan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 tentang keselamatan pasien (2017)

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka Konsep Penelitian

BAB III

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah menggunakan metode penelitian deskriptif *mixed method* yang menggabungkan metode kuantitatif dan metode kualitatif (Creswell, 2010). Pendekatan metode ini dilakukan bertujuan untuk mendapatkan data yang lebih komprehensif (Sugiyono, 2019). Penelitian ini menggunakan teknik campuran bertahap yaitu dengan strategi eksplanatoris sekuensial, dimana pada tahap pertama dilakukan pengumpulan data dan menganalisis data kuantitatif kemudian dilanjutkan dengan pengumpulan dan analisis dari hasil kualitatif dengan bobot lebih diberikan pada data kuantitatif (Creswell, 2010).

3.1 Metode Kuantitatif dan Metode Kualitatif

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif, khususnya menggunakan metodologi desain analitik deskriptif *cross-sectional*, yang melibatkan pemberian kuesioner. Penelitian diawali dengan pendekatan kuantitatif dengan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data utama. Selanjutnya, data yang terkumpul dianalisis menggunakan perangkat lunak *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Dilanjutkan dengan metode pendekatan kualitatif yang digunakan dalam penelitian ini melibatkan pemanfaatan wawancara mendalam yang terorganisir, yang dipandu oleh panduan wawancara. Namun, penting untuk dicatat bahwa metode ini bukannya tanpa keterbatasan dan pertanyaan (Lexy J Moloeng, 2018). Teknik analisis data kualitatif menggunakan analisis tematik, dengan mengidentifikasi pola atau untuk menemukan tema melalui data yang telah dikumpulkan oleh peneliti (Braun & Clarke, 2006).

3.1.1 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari - Maret 2025 dengan lokasi di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.

3.1.2 Subjek Penelitian

1. Populasi Penelitian Kuantitatif

Populasi dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II sebanyak, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon sebanyak 200 tenaga kesehatan.

2. Sampel Penelitian Kuantitatif

Sampel adalah suatu komponen populasi yang meliputi keterwakilan numerik dan ciri-ciri yang membedakannya (Sugiyono, 2019). Dalam metode penelitian kuantitatif ini, besar sampel yang digunakan setara dengan populasi yaitu seluruh tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II sebanyak 75 orang, Puskesmas Rawat Inap Satelit sebanyak 70 orang, dan Puskesmas Pasar Ambon sebanyak 55 orang berjumlah 200 tenaga kesehatan.

3. Teknik Pengambilan Sampel Kuantitatif

Teknik *sempling* yang akan peneliti gunakan dalam penelitian ini yaitu *total sampling*. Menurut Sugiyono (2019) *total sampling* merupakan suatu cara yang ditempuh dengan pengambilan sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan objek yaitu seluruh populasi yang diteliti dijadikan sampel penelitian.

4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi untuk Penelitian Kuantitatif

1. Kriteria inklusi

- a. Tenaga kesehatan yang bersedia menjadi responden.
- b. Tenaga kesehatan yang sudah bekerja selama ≥ 1 tahun.
- c. Tenaga kesehatan pelaksana di pelayanan asuhan kepada pasien secara langsung

2. Kriteria eksklusi

- a. Tenaga kesehatan yang dalam masa cuti dan izin sakit pada saat dilakukan penelitian.
- b. Tenaga kesehatan yang sedang melaksanakan studi lanjut.
- c. Tenaga kesehatan yang sedang mengikuti pelatihan ≥ 1 bulan.
- d. Tidak bersedia menjadi responden.

5. Informan Penelitian Kualitatif

Informan pada penelitian kualitatif ini adalah tenaga kesehatan puskesmas yang akan diwawancarai yaitu empat dokter, lima perawat, empat bidan, dan tiga penanggung jawab (PJ) keselamatan pasien.

3.1.3 Variabel Penelitian

Variabel tunggal penelitian ini yaitu budaya keselamatan pasien, yang terdiri dari 12 dimensi yaitu :

1. Keterbukaan informasi
2. Umpan balik
3. Frekuensi kejadian dilaporkan
4. *Hand off* dan transisi
5. Dukungan manajemen
6. Respons tidak menyalahkan
7. Pembelajaran organisasi
8. Persepsi keseluruhan
9. Penyusunan staf
10. Tindakan promotif
11. Kerjasama antar unit
12. Kerjasama dalam unit

3.1.4 Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini disusun berfungsi untuk menyamakan persepsi serta arah dan tujuan lingkup penelitian. Mengacu pada Jones .dkk (2008), Tabel 2 memaparkan definisi operasional dan cara pengukuran dalam instrumen *Survey on Patient Safety Culture* yang digunakan dalam penelitian ini.

Tabel 2. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	Budaya Keselamatan Pasien	Budaya keselamatan pasien adalah sekumpulan nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan perilaku yang menentukan komitmen, gaya, dan kompetensi seseorang atau kelompok dalam manajemen Kesehatan mengenai keselamatan.	Kuesioner <i>Survey on Patient Safety Culture</i> (SOPSC) yang melalui budaya keselamatan pasien berdasarkan 12 dimensi budaya keselamatan pasien	Skala likert : STS: Sangat Tidak Setuju TS : Tidak Setuju S : Setuju SS : Sangat Setuju	Istimewa : 85%-100% Sangat Baik: 70%-84% Baik : 55%-69% Kurang: 40%-54 Buruk: 0-39%	Ordinal
1	Keterbukaan informasi	Pegawai merasa bebas untuk berbicara jika melihat sesuatu yang negatif yang berpengaruh terhadap pasien dan pegawai merasa bebas untuk bertanya lebih dalam.	Kuesioner <i>Survey on Patient Safety Culture</i> (SOPSC)	Skala likert : STS: Sangat Tidak Setuju TS : Tidak Setuju S : Setuju SS : Sangat Setuju	Istimewa : 85%-100% Sangat Baik: 70%-84% Baik : 55%-69% Kurang: 40%-54 Buruk: 0-39%	Ordinal
2	Umpan balik	Pegawai diinformasikan mengenai kesalahan yang terjadi, diberikan feedback mengenai perubahan yang akan diimplementasikan, dan mendiskusikan cara untuk mencegah kesalahan.	Kuesioner <i>Survey on Patient Safety Culture</i> (SOPSC)	Skala likert : STS: Sangat Tidak Setuju TS : Tidak Setuju S : Setuju SS : Sangat Setuju	Istimewa : 85%-100% Sangat Baik: 70%-84% Baik : 55%-69% Kurang: 40%-54 Buruk: 0-39%	Ordinal
3	Frekuensi kejadian dilaporkan	Kesalahan yang dilaporkan yaitu dalam bentuk, kesalahan yang diketahui dan diperbaiki karena menyangkut pasien , kesalahan yang tidak berpotensi membahayakan pasien , kesalahan yang dapat membahayakan pasien	Kuesioner <i>Survey on Patient Safety Culture</i> (SOPSC)	Skala likert : TP: Tidak Pernah S : Sering J : Jarang SL : Selalu	Istimewa : 85%-100% Sangat Baik: 70%-84% Baik : 55%-69% Kurang: 40%-54 Buruk: 0-39%	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
4	Hand off & transisi	Pertukaran informasi mengenai perawatan pasien disebarkan antar unit dan disebarkan ketika pergantian <i>shift</i> jaga.	Kuesioner <i>Survey on Patient Safety Culture</i> (SOPSC)	Skala likert : STS: Sangat Tidak Setuju TS : Tidak Setuju S : Setuju SS : Sangat Setuju	Istimewa : 85%-100% Sangat Baik: 70%-84% Baik : 55%-69% Kurang: 40%-54 Buruk: 0-39%	Ordinal
5	Dukungan manajemen	Manajemen menyediakan lingkungan kerja yang mempromosikan keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas dalam manajemen.	Kuesioner <i>Survey on Patient Safety Culture</i> (SOPSC)	Skala likert : STS: Sangat Tidak Setuju TS : Tidak Setuju S : Setuju SS : Sangat Setuju	Istimewa : 85%-100% Sangat Baik: 70%-84% Baik : 55%-69% Kurang: 40%-54 Buruk: 0-39%	Ordinal
6	Respons tidak menyalahkan	Pegawai merasa bahwa kesalahan dan kejadian yang dilaporkan tidak ditujukan untuk menyalahkan dirinya, dan kesalahan tersebut tidak hanya menjadi masalah pribadinya saja	Kuesioner <i>Survey on Patient Safety Culture</i> (SOPSC)	Skala likert : STS: Sangat Tidak Setuju TS : Tidak Setuju S : Setuju SS : Sangat Setuju	Istimewa : 85%-100% Sangat Baik: 70%-84% Baik : 55%-69% Kurang: 40%-54 Buruk: 0-39%	Ordinal
7	Pembelajaran organisasi	Kesalahan akan mendorong perubahan positif dan perubahan tersebut akan dievaluasi untuk menilai keefektifannya	Kuesioner <i>Survey on Patient Safety Culture</i> (SOPSC)	Skala likert : STS: Sangat Tidak Setuju TS : Tidak Setuju S : Setuju SS : Sangat Setuju	Istimewa : 85%-100% Sangat Baik: 70%-84% Baik : 55%-69% Kurang: 40%-54 Buruk: 0-39%	Ordinal
8	Persepsi keseluruhan	Sistem dan prosedur yang ada sudah bagus untuk pencegahan kesalahan dan hanya terdapat sedikit masalah mengenai keselamatan pasien	Kuesioner <i>Survey on Patient Safety Culture</i> (SOPSC)	Skala likert : STS: Sangat Tidak Setuju TS : Tidak Setuju S : Setuju SS : Sangat Setuju	Istimewa : 85%-100% Sangat Baik: 70%-84% Baik : 55%-69% Kurang: 40%-54 Buruk: 0-39%	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
9	Penyusunan staf	Pegawai yang ada sudah cukup untuk mengatasi beban kerja yang tinggi dan jam kerja sudah sesuai untuk melakukan perawatan dan pelayanan terbaik untuk pasien	Kuesioner <i>Survey on Patient Safety Culture (SOPSC)</i>	Skala likert : STS: Sangat Tidak Setuju TS : Tidak Setuju S : Setuju SS : Sangat Setuju	Istimewa : 85%-100% Sangat Baik: 70%-84% Baik : 55%-69% Kurang: 40%-54 Buruk: 0-39%	Ordinal
10	Tindakan promotif	<i>Supervisor</i> /manajer mempertimbangkan saran dari pegawai untuk meningkatkan keamanan pasien, memberikan respons positif terhadap pegawai yang mengikuti prosedur keselamatan pasien dengan benar dan tidak berlebihan dalam melakukan pembahasan.	Kuesioner <i>Survey on Patient Safety Culture (SOPSC)</i>	Skala likert : STS: Sangat Tidak Setuju TS : Tidak Setuju S : Setuju SS : Sangat Setuju	Istimewa : 85%-100% Sangat Baik: 70%-84% Baik : 55%-69% Kurang: 40%-54 Buruk: 0-39%	Ordinal
11	kerjasama antar unit	Unit-unit bekerja sama dan berkordinasi satu sama lain untuk menyediakan pelayanan terbaik untuk pasien	Kuesioner <i>Survey on Patient Safety Culture (SOPSC)</i>	Skala likert : STS: Sangat Tidak Setuju TS : Tidak Setuju S : Setuju SS : Sangat Setuju	Istimewa : 85%-100% Sangat Baik: 70%-84% Baik : 55%-69% Kurang: 40%-54 Buruk: 0-39%	Ordinal
12	Kerjasama dalam unit	Pegawai dalam unit saling mendukung satu sama lain, saling menghargai satu sama lain dan bekerja sama sebagai satu tim.	Kuesioner <i>Survey on Patient Safety Culture (SOPSC)</i>	Skala likert : STS: Sangat Tidak Setuju TS : Tidak Setuju S : Setuju SS : Sangat Setuju	Istimewa : 85%-100% Sangat Baik: 70%-84% Baik : 55%-69% Kurang: 40%-54 Buruk: 0-39%	Ordinal

3.1.5 Penggumpulan Data

1. Metode Pengumpulan Data Kuantitatif

a. Data Primer

Data primer mengacu pada informasi yang dikumpulkan langsung dari penelitian asli yang dilakukan oleh peneliti. Dalam penelitian kuantitatif, data primer biasanya diperoleh melalui kuesioner yang terdiri dari serangkaian pertanyaan. Pertanyaannya mencakup berbagai dimensi seperti keterbukaan informasi, umpan balik, frekuensi kejadian dilaporkan, *hand off* dan transisi, dukungan manajemen, respons tidak menyalahkan, pembelajaran organisasi, persepsi keseluruhan, penyusunan staf. tindakan promotif, kerjasama antar unit, kerjasama dalam unit dan catatan pelaporan keselamatan pasien. Tanggapan-tanggapan ini berfungsi sebagai sumber data utama untuk analisis dan interpretasi dalam penelitian.

b. Data Sekunder

Data sekunder mengacu pada informasi yang dikumpulkan dari sumber yang ada, seperti lembaga penelitian, dan bukan dari pengamatan atau pengumpulan langsung untuk studi penelitian tertentu. Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari data yang bersumber dari lembaga-lembaga terkemuka seperti WHO, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, dan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.

2. Metode Pengumpulan Data Kualitatif

Metode pengumpulan data yang digunakan pada penelitian kualitatif ini dari hasil *in-depth interview* yang didokumentasikan dalam bentuk catatan lapangan yang menggunakan alat perekam. Data tersebut mencakup dimensi budaya keselamatan pasien seperti keterbukaan informasi, umpan balik, frekuensi kejadian dilaporkan, *hand off* dan transisi, dukungan manajemen, respons tidak menyalahkan, pembelajaran organisasi, persepsi keseluruhan, penyusunan staf. tindakan promotif, kerjasama antar unit, dan kerjasama dalam unit.

3.1.6 Instrumen Penelitian

1. Instruman Penelitian Kuantitatif

Data kuantitatif dikumpulkan melalui pemanfaatan instrumen berupa kuesioner *Survey on Patient Safety Culture (SOPSC)* dari *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* tahun 2016 yang terdiri dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien dengan total 42 item pertanyaan. Kuesioner ini mengukur budaya keselamatan pasien sebagai berikut :

1. 3 item pertanyaan mengukur tentang keterbukaan komunikasi,
2. 3 item pertanyaan mengukur tentang umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan,
3. 3 item pertanyaan mengukur tentang frekuensi kejadian dilaporkan,
4. 4 item pertanyaan mengukur tentang *hand off* dan transisi,
5. 3 item pertanyaan mengukur tentang dukungan manajemen untuk keselamatan pasien,
6. 3 item pertanyaan tentang respons yang tidak menyalahkan,
7. 3 item pertanyaan tentang pembelajaran organisasi,
8. 4 item pertanyaan tentang persepsi keseluruhan mengenai keselamatan pasien,
9. 4 item pertanyaan mengukur tentang *staffing*,
10. 4 item pertanyaan mengukur tentang tindakan promotif keselamatan oleh manajer,
11. 4 item pertanyaan tentang kerjasama antar unit dan
12. 4 item pernyataan tentang kerjasama tim dalam satu unit.

Format jawaban menggunakan skala *Likert* mulai dari skor terendah 1=Sangat Tidak Setuju/Tidak Pernah, 2=Tidak Setuju/Jarang, 3=Setuju/Sering, dan 4=Sangat Setuju/Selalu.

2. Instrumen Penelitian Kualitatif

a. Pedoman Wawancara

Pengumpulan data kualitatif menggunakan alat yang disebut pedoman wawancara, yang berfungsi sebagai instrumen untuk melakukan wawancara. Wawancara adalah suatu teknik pengumpulan data dimana

peneliti memperoleh informasi atau pendapat secara lisan dari individu yang menjadi subjek penelitian (disebut informan). Interaksi ini seringkali terjadi secara langsung, tatap muka (Notoatmodjo S. , 2005). Wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan *in-depth interview*. Pedoman wawancara ini berisikan daftar pertanyaan berdasarkan *Survey on Patient Safety Culture* (SOPSC) dari *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ).

b. Alat Perekam (handphone)

Perangkat perekam menawarkan banyak keuntungan, seperti kemampuan untuk memeriksa dan mendengarkan konten rekaman secara rutin. Hal ini memfasilitasi verifikasi cepat terhadap interpretasi data yang tidak pasti, memungkinkan analisis ulang oleh peneliti lain, dan menetapkan landasan yang kuat untuk penyelidikan lebih lanjut. Meskipun demikian, penting untuk diketahui bahwa alat perekam mempunyai keterbatasan tertentu. Secara khusus, hal ini bisa memakan banyak tenaga dan sumber daya, sehingga memerlukan investasi waktu dan uang yang besar. Selain itu, penggunaannya dalam domain penelitian dapat menimbulkan gangguan atau gangguan (Moloeng, 2010). Proses pencatatan data melalui penggunaan alat perekam melibatkan perolehan persetujuan dari individu yang memberikan informasi tersebut. Apabila dalam kondisi tertentu alat perekam tidak dapat digunakan karena rusak, catatan lapangan dapat menjadi alat utama.

3.1.7 Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner Penelitian Kuantitatif

Penelitian ini tidak melakukan uji validitas dan uji realibilitas lagi karena kuesioner yang digunakan sudah pernah digunakan dalam penelitian terdahulu dan sudah baku (Wardalia, 2018).

1. Uji Validitas

Uji validitas dapat dilakukan dengan menggunakan rumus *Pearson product moment*. Hasil uji validitas menunjukkan bahwa seluruh item dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien mempunyai nilai probabilitas $< 0,05$ artinya seluruh item valid dan dapat digunakan dalam penelitian.

2. Uji Reabilitas

Reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukuran dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hasil pengujian reliabilitas dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien mempunyai nilai $\alpha > 0,60$ artinya seluruh item reliabel dan dapat digunakan dalam penelitian.

Tabel 3. Hasil Uji Reliabilitas pada Penelitian Terdahulu

No.	Dimensi	Nilai Alpha	Keterangan
1.	Keterbukaan informasi	0,749	Reliabel
2.	Umpan balik	0,822	Reliabel
3.	Frekuensi kejadian dilaporkan	0,923	Reliabel
4.	<i>Hand off</i> & transisi	0,862	Reliabel
5.	Dukungan manajemen	0,666	Reliabel
6.	Respons tidak menyalahkan	0,718	Reliabel
7.	Pembelajaran organisasi	0,739	Reliabel
8.	Persepsi keseluruhan	0,911	Reliabel
9.	Penyusunan staf	0,802	Reliabel
10.	Tindakan promotif	0,885	Reliabel
11.	kerjasama antar unit	0,879	Reliabel
12.	Kerjasama dalam unit	0,857	Reliabel

3.1.8 Analisis Data

1. Analisis Data Kuantitatif

Analisis data dilakukan dengan analisis deskriptif terhadap dokumentasi untuk mengetahui data kuantitatif budaya keselamatan pasien pada tenaga kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung menggunakan.

Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat. Analisis Univariat merupakan analisis yang dilakukan untuk mendapatkan gambaran karakteristik

responden dengan menyajikan data distribusi frekuensi dan presentase pada setiap variabel (Fijianto *et al.*, 2020). Distribusi frekuensi yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu budaya keselamatan pasien pada tenaga kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung.

2. Analisis Data Kualitatif

Tujuan analisis kualitatif adalah untuk menyempurnakan dan menjelaskan analisis data kuantitatif. Setelah wawancara mendalam dengan informan selesai, peneliti melanjutkan dengan menggunakan analisis tematik sebagai sarana untuk menarik kesimpulan dan hasil dari wawancara tersebut di atas. Pendekatan analisis tematik dengan mengidentifikasi, menganalisis dan melaporkan pola-pola atau tema dalam suatu data (Febriandiela, *et al.* 2023). Selanjutnya, peneliti menggunakan triangulasi sebagai pendekatan metodologis untuk memvalidasi data dengan melakukan referensi silang informasi dari beberapa sumber, menggunakan metodologi yang beragam, dan melakukan observasi pada titik waktu yang berbeda.

3. Uji Keabsahan Data Kualitatif

Peneliti menggunakan triangulasi untuk memeriksa keakuratan informasi, dimana triangulasi mengacu pada teknik validasi data yang menggunakan sesuatu yang lain untuk membandingkan hasil wawancara dengan subjek penelitian (Moeloeng, 2004). Selain digunakan untuk memverifikasi keakuratan data, triangulasi juga digunakan untuk memperkaya data dan berguna dalam menentukan keakuratan interpretasi peneliti terhadap data karena triangulasi bersifat reflektif (Nasution, 2003). Pada metode kualitatif ini, peneliti menggunakan triangulasi sumber, metode, dan analisis data.

a. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber adalah metode penelitian yang melibatkan penggunaan beberapa sumber informasi untuk memvalidasi dan memperkuat temuan suatu penelitian. Peneliti memperoleh data dari banyak sumber dengan menggunakan metodologi yang seragam. Proses pengumpulan data

melibatkan pemanfaatan wawancara mendalam yang diselenggarakan oleh peneliti terhadap beberapa informan.

b. Triangulasi Metode

Metode triangulasi adalah teknik penelitian yang melibatkan penggunaan banyak sumber data atau berbagai metode pengumpulan data untuk meningkatkan validitas dan reliabilitas temuan. Metodologi pengumpulan data yang digunakan peneliti adalah dengan melakukan wawancara mendalam. Dalam kasus khusus ini, peneliti menggunakan metodologi pengumpulan data yang melibatkan prosedur wawancara mendalam terstruktur dan observasi.

c. Triangulasi Analisis Data

Konsep triangulasi analisis data mengacu pada praktik penggunaan banyak metode atau sumber data untuk memvalidasi dan menguatkan temuan penelitian. Representasi matriks data tersebut dianalisis, dilanjutkan dengan proses verifikasi yang melibatkan konsultasi dengan informan untuk memvalidasi temuan yang diperoleh dari analisis data. Penelitian ini melibatkan analisis dan validasi hasil yang diperoleh melalui konsultasi dengan informan.

3.1.9 Etika Penelitian

Penelitian ini melibatkan pemanfaatan partisipan manusia, sehingga memerlukan kepatuhan yang ketat terhadap pedoman etika. Oleh karena itu, setiap penelitian yang melibatkan partisipan manusia harus mendapatkan izin dari Komisi Etik. Beberapa konsep etika yang umum dipertimbangkan antara lain pengertian bebas dari eksploitasi, bebas dari rasa sakit, dan menjaga kerahasiaan. Peserta memiliki otonomi untuk menolak keterlibatannya sebagai responden, asalkan mereka memiliki surat persetujuan (Panduan Penyusunan Tesis, 2020). Etika penelitian ini dinyatakan dalam Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan nomor 874/UN26.18/PP.05.02.00/2025.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Budaya keselamatan pasien pada tenaga kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Way Halim II, Puskesmas Rawat Inap Satelit, dan Puskesmas Pasar Ambon Kota Bandar Lampung secara umum memiliki rerata yang baik yaitu 60,89%, dengan persentase kumulatif rerata setiap puskesmas yaitu Puskesmas Rawat Inap Way Halim II 62,4% kategori baik, Puskesmas Rawat Inap Satelit 62,6% kategori baik, dan Puskesmas Pasar Ambon 58,2 % kategori baik. Secara garis besar, aspek-aspek tersebut digambarkan secara berikut:

- 1 Keterbukaan informasi hasil kuantitatif didapatkan persentase kumulatif rerata 65,3% di ketiga puskesmas secara umum yaitu kategori baik, dengan persentase kumulatif rerata setiap puskesmas yaitu Puskesmas Rawat Inap Way Halim II 64,9% kategori baik, Puskesmas Rawat Inap Satelit 71,9% kategori sangat baik, dan Puskesmas Pasar Ambon 57,6 % kategori baik. Pada hasil kualitatif karena berbagai upaya telah dilakukan untuk memastikan bahwa informasi dapat diakses dan disampaikan dengan baik, mulai dari pemanfaatan teknologi seperti ERM dan grup *Whatsapp* hingga penerapan prosedur yang jelas.
- 2 Umpan balik hasil kuantitatif didapatkan persentase kumulatif rerata 95,2% di ketiga puskesmas secara umum yaitu kategori baik, dengan persentase kumulatif rerata setiap puskesmas yaitu Puskesmas Rawat Inap Way Halim II 95,1% kategori istimewa, Puskesmas Rawat Inap Satelit 98,6% kategori istimewa, dan Puskesmas Pasar Ambon 90,9 % kategori istimewa. Pada hasil kualitatif, Pendekatan umpan balik di ketiga puskesmas dilakukan melalui rapat, diskusi antar unit dengan melibatkan tim keselamatan pasien.
- 3 Frekuensi kejadian dilaporkan didapatkan hasil kuantitatif persentase kumulatif rerata 42,3% di ketiga puskesmas secara umum yaitu kategori kurang, dengan persentase kumulatif rerata setiap puskesmas yaitu Puskesmas Rawat Inap Way Halim II 35,1% kategori buruk, Puskesmas Rawat Inap Satelit 41,0% kategori kurang, dan Puskesmas Pasar Ambon

53,9 % kategori kurang. Pada hasil kualitatif, frekuensi kejadian dilaporkan tentang keselamatan pasien di ketiga Puskesmas masih perlu ditingkatkan, terutama untuk kesalahan yang tidak berisiko tinggi atau insiden mikro.

- 4 *Hand off* dan transisi didapatkan hasil kuantitatif terendah dengan persentase kumulatif rerata 16,2% di ketiga puskesmas secara umum yaitu kategori buruk, dengan persentase kumulatif rerata setiap puskesmas yaitu Puskesmas Rawat Inap Way Halim II 17,3% kategori buruk , Puskesmas Rawat Inap Satelit 32,4% kategori buruk, dan Puskesmas Pasar Ambon 21,2 % kategori buruk. Pada hasil kualitatif, Proses *hand off* dan transisi di ketiga Puskesmas dilakukan dengan teknologi dan prosedur konfirmasi, tetapi masih ada masalah dalam menjaga kelengkapan informasi pasien serta minimnya dan belum merata pemanfaatan teknologi informasi di setiap unit secara sistematis informasi belum tersampaikan secara akurat dan tepat waktu.
- 5 Dukungan manajemen hasil kuantitatif didapatkan persentase kumulatif rerata 80,8% di ketiga puskesmas secara umum yaitu kategori sangat baik, dengan persentase kumulatif rerata setiap puskesmas yaitu Puskesmas Rawat Inap Way Halim II 84,0% kategori sangat baik, Puskesmas Rawat Inap Satelit 85,2% kategori istimewa, dan Puskesmas Pasar Ambon 70,9% kategori sangat baik. Pada hasil kualitatif, dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien di ketiga Puskesmas di dilakukan dengan baik, seperti terlihat dari tindakan promotif dan edukasi yang konsisten. Namun, masih ada variasi dalam respons pimpinan terhadap insiden, yang mungkin disebabkan oleh kurangnya standarisasi dalam penanganan keselamatan pasien.
- 6 Respons tidak menyalahkan hasil kuantitatif didapatkan persentase kumulatif rerata 34,5% di ketiga puskesmas secara umum yaitu kategori buruk, dengan persentase kumulatif rerata setiap puskesmas yaitu Puskesmas Rawat Inap Way Halim II 39,1% kategori buruk , Puskesmas Rawat Inap Satelit 29,5% kategori buruk, dan Puskesmas Pasar Ambon 34,5 % kategori buruk. Pada hasil kualitatif, budaya respons tidak menyalahkan di ketiga Puskesmas masih belum optimal, dengan kekhawatiran terhadap

dampak pribadi dan tekanan kerja, menunjukkan bahwa beberapa tenaga kesehatan masih merasa enggan untuk melaporkan kesalahan karena takut disalahkan, meskipun secara kuantitatif terdapat upaya untuk memperkuat budaya keselamatan yang inklusif.

- 7 Pembelajaran Organisasi hasil kuantitatif didapatkan persentase kumulatif rerata 93,0% di ketiga puskesmas secara umum yaitu kategori istimewa, dengan persentase kumulatif rerata setiap puskesmas yaitu Puskesmas Rawat Inap Way Halim II 96,0% kategori istimewa, Puskesmas Rawat Inap Satelit 91,4% kategori istimewa, dan Puskesmas Pasar Ambon 90,9 % kategori istimewa. Pada hasil kualitatif, pembelajaran organisasi di ketiga puskesmas diterapkan dengan baik, dengan evaluasi rutin dan tindakan perbaikan, menunjukkan adanya diskusi mendalam dan investigasi masalah.
- 8 Persepsi keseluruhan tentang keselamatan pasien hasil kuantitatif didapatkan persentase kumulatif rerata 62,3% di ketiga puskesmas secara umum yaitu kategori baik, dengan persentase kumulatif rerata setiap puskesmas yaitu Puskesmas Rawat Inap Way Halim II 53,8% kategori kurang, Puskesmas Rawat Inap Satelit 51,4% kategori kurang, dan Puskesmas Pasar Ambon 49,1% kategori kurang. Pada hasil kualitatif, persepsi keseluruhan tentang keselamatan pasien di ketiga Puskesmas masih belum optimal, mengungkapkan bahwa tekanan kerja dapat mengurangi fokus pada keselamatan pasien, sementara data kuantitatif menunjukkan adanya keraguan dalam beberapa aspek seperti keseriusan pencegahan kesalahan.
- 9 Penyusunan staf hasil kuantitatif didapatkan persentase kumulatif rerata 37,3% di ketiga puskesmas secara umum yaitu kategori kurang, dengan persentase kumulatif rerata setiap puskesmas yaitu Puskesmas Rawat Inap Way Halim II 55,7% kategori baik, Puskesmas Rawat Inap Satelit 44,3% kategori kurang, dan Puskesmas Pasar Ambon 40,9% kategori kurang. Pada hasil kualitatif didapatkan penyusunan staf di ketiga Puskesmas dilakukan dengan pembentukan tim dan pembagian tugas, tetapi masih ada ruang untuk meningkatkan efisiensi dan ketelitian serta kolaborasi antar tim

menjadi faktor penting, tetapi masih ada hambatan dalam distribusi beban kerja yang merata.

- 10 Tindakan Promotif hasil kuantitatif didapatkan persentase kumulatif rerata 46,3% di ketiga puskesmas secara umum yaitu kategori kurang, dengan persentase kumulatif rerata setiap puskesmas yaitu Puskesmas Rawat Inap Way Halim II 59,7% kategori baik, Puskesmas Rawat Inap Satelit 44,3% kategori kurang, dan Puskesmas Pasar Ambon 46,4% kategori kurang. Pada hasil kualitatif didapatkan tindakan promotif di ketiga Puskesmas dilakukan melalui sosialisasi, edukasi, dan penyuluhan. Adanya upaya untuk meningkatkan kesadaran dan kompetensi tenaga kesehatan, meskipun masih ada kebutuhan untuk peningkatan frekuensi dan cakupan.
- 11 Kerjasama antar unit hasil kuantitatif didapatkan persentase kumulatif rerata 63,0% di ketiga puskesmas secara umum yaitu kategori baik, dengan persentase kumulatif rerata setiap puskesmas yaitu Puskesmas Rawat Inap Way Halim II 51,3% kategori kurang, Puskesmas Rawat Inap Satelit 51,4% kategori kurang, dan Puskesmas Pasar Ambon 50,9% kategori kurang. Pada hasil kualitatif didapatkan kerjasama antar unit di ketiga Puskesmas dilakukan belum optimal adanya hambatan dalam koordinasi antar unit, ada kebutuhan untuk harmonisasi prosedur dan pelatihan terpadu, walaupun integrasi sistem dan pembentukan tim khusus telah memperbaiki koordinasi.
- 12 Kerjasama dalam unit hasil kuantitatif didapatkan persentase kumulatif rerata 94,5% di ketiga puskesmas secara umum yaitu kategori istimewa, dengan persentase kumulatif rerata setiap puskesmas yaitu Puskesmas Rawat Inap Way Halim II 96,3% kategori istimewa, Puskesmas Rawat Inap Satelit 97,9% kategori istimewa, dan Puskesmas Pasar Ambon 91,4 % kategori istimewa. Pada hasil kualitatif, kerjasama dalam unit di ketiga puskesmas sangat baik, dengan tingginya tingkat saling mendukung dan menghormati serta menunjukkan bahwa budaya kolaboratif telah terbentuk dengan baik, yang mendukung efektivitas pelayanan dan keselamatan pasien.

- 13 Faktor Tantangan dalam penerapan budaya keselamatan pasien di ketiga puskesmas yaitu aspek *hand off* & transisi, frekuensi kejadian dilaporkan, dan respons tidak menyalahkan sebagai faktor tantangan yang dapat diperbaiki sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan menciptakan lingkungan kerja yang lebih efektif dan menurunkan angka insiden keselamatan pasien.
- 14 Faktor pendukung penerapan budaya keselamatan pasien di ketiga puskesmas antara lain aspek umpan balik, pembelajaran organisasi, dan kerjasama yang solid antar staf. Kombinasi dari faktor pendukung ini menunjukkan bahwa ketiga puskesmas memiliki dukungan untuk terus meningkatkan kualitas pelayanan dan menjaga keselamatan pasien.

Kesimpulan ini menunjukkan bahwa upaya peningkatan budaya keselamatan pasien di puskesmas tidak hanya memerlukan kebijakan dan prosedur yang tepat, tetapi juga memerlukan penguatan aspek-aspek interpersonal dan struktural yang mendasarinya. Oleh karena itu, intervensi yang bersifat partisipatif, berkelanjutan, dan kontekstual sangat penting untuk memastikan bahwa budaya keselamatan pasien benar-benar terinternalisasi dalam praktik keseharian tenaga kesehatan di tingkat layanan primer.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini, terdapat beberapa saran yang dapat dipertimbangkan, baik pada aspek praktis maupun teoretis. Saran-saran tersebut antara lain:

- 1 Saran bagi pimpinan puskesmas dan tim keselamatan pasien mencakup pengembangan kebijakan dan optimalisasi sistem sebagai landasan utama dalam pengelolaan budaya keselamatan pasien, dengan memanfaatkan temuan penelitian sebagai acuan dalam merumuskan kebijakan yang dapat meningkatkan pemanfaatan teknologi informasi yang merata, budaya keselamatan yang inklusif, dan pelaporan kejadian.
- 2 Saran bagi tenaga kesehatan menekankan pentingnya penguatan pelatihan serta peningkatan kesadaran guna mengatasi hambatan komunikasi dan

pengelolaan kesalahan, khususnya dalam proses *hand off* dan transisi yang memerlukan koordinasi serta dukungan yang lebih sistematis.

- 3 Saran bagi Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung melibatkan peningkatan supervisi serta *monitoring* terhadap penerapan budaya keselamatan pasien di Puskesmas, disertai dengan pengembangan program pelatihan dan edukasi yang komprehensif guna menurunkan angka insiden dan meningkatkan dukungan manajerial.
- 4 Saran bagi peneliti selanjutnya diarahkan pada perluasan skala kajian dan penambahan variabel agar diperoleh hasil yang lebih representatif dan mendalam, serta evaluasi intervensi seperti pelatihan manajemen krisis dan implementasi teknologi baru untuk meningkatkan keselamatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulmalek, *et al* (2022). IoT-Based Healthcare-Monitoring System towards Improving Quality of Life: A Review. *Healthcare*, 10(10), 1993. <https://doi.org/10.3390/healthcare10101993>
- Abernethy, *et al* (2022). The Promise of Digital Health: Then, Now, and the Future. *NAM Perspectives*, 6(22). <https://doi.org/10.31478/202206>
- Abraham, *et al* (2021). An observational study of postoperative handoff standardization failures. *International Journal of Medical Informatics*, 151, 104458. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104458>
- Abuosi, *et al* (2022). Safety culture and adverse event reporting in Ghanaian healthcare facilities: Implications for patient safety. *PLOS ONE*, 17(10), e0275606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275606>
- Afzal, *et al* (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 2. Planning, coordination, and partnerships. *Health Research Policy and Systems*, 19(S3), 103. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00753-7>
- Agbar *et al* .(2023). Effect of patient safety education interventions on patient safety culture of health care professionals: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education in Practice*, 67, 103565. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103565>
- Ahsan, A., *et al* (2021). Knowledge Management-Based Nursing Care Educational Training: A Key Strategy to Improve Healthcare Associated Infection Prevention Behavior. *SAGE Open Nursing*, 7. <https://doi.org/10.1177/23779608211044601>
- Akerstrom, *et al*(2025). Organisational-level risk and health-promoting factors within the healthcare sector—a systematic search and review. *Frontiers in Medicine*, 11. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1509023>
- Akter, *et al* (2022). Detection and management of postpartum haemorrhage: Qualitative evidence on healthcare providers' knowledge and practices in Kenya, Nigeria, and South Africa. *Frontiers in Global Women's Health*, 3. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.1020163>

- Al-Akash, H., *et al* (2024). “We do others’ Jobs”: a qualitative study of non-nursing task challenges and proposed solutions. *BMC Nursing*, 23(1), 478. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02059-9>
- Almansour, H. (2024). Barriers Preventing the Reporting of Incidents and Near Misses Among Healthcare Professionals. *Journal of Health Management*, 26(1), 78–84. <https://doi.org/10.1177/09720634231167031>
- Alsahli, H., *et al* (2024). Shaping Safety: Unveiling the Dynamics of Incident Reporting and Safety Culture in Saudi Arabian Healthcare. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 17, 3775–3789.
- Andersson, V., Sawatzky, R., & Öhlén, J. (2022). Relating person-centredness to quality-of-life assessments and patient-reported outcomes in healthcare: A critical theoretical discussion. *Nursing Philosophy*, 23(3). <https://doi.org/10.1111/nup.12391>
- Asakawa, M., *et al* (2022). Promoting a culture of sharing the error: A qualitative study in resident physicians’ process of coping and learning through self-disclosure after medical error. *Frontiers in Medicine*, 9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.960418>
- Aunger, J. A., *et al* (2024). *Why do acute healthcare staff behave unprofessionally towards each other and how can these behaviours be reduced? A realist review: Vol. 12.25*. National Institute for Health and Care Research.
- Bailey, K. (2025). The Imperative of Emergency Management in Healthcare. In *Emergency Management for Healthcare Leaders* (hal. 6–20). Productivity Press. <https://doi.org/10.4324/9781003529194-2>
- Basile, L. J., *et al* . (2024). The role of big data analytics in improving the quality of healthcare services in the Italian context: The mediating role of risk management. *Technovation*, 133, 103010.
- Bates, D. W., *et al*. (2023). The Safety of Inpatient Health Care. *New England Journal of Medicine*, 388(2), 142–153.
- Behrens, D. A., Rauner, M. S., & Sommersguter-Reichmann, M. (2022). Why Resilience in Health Care Systems is More than Coping with Disasters: Implications for Health Care Policy. *Schmalenbach Journal of Business*

- Research*, 74(4), 465–495. <https://doi.org/10.1007/s41471-022-00132-0>
- Benson, C., *et al* (2024). The impact of interventions on health, safety and environment in the process industry. *Heliyon*, 10(1). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e23604>
- Bhattacharya, S., & Bhattacharya, C. (2023). Sustainable human resource planning for hospitals in tier 2/3 cities: evidence from India. *International Journal of Organizational Analysis*, 31(2), 476–507. <https://doi.org/10.1108/IJOA-07-2020-2289>
- Billings, J., *et al* (2021). Experiences of frontline healthcare workers and their views about support during COVID-19 and previous pandemics: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 21(1), 923. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06917-z>
- Bjerkan, J., Valderaune, V., & Olsen, R. M. (2021). Patient Safety Through Nursing Documentation: Barriers Identified by Healthcare Professionals and Students. *Frontiers in Computer Science*, 3. <https://doi.org/10.3389/fcomp.2021.624555>
- Bourne, R. S., *et al* (2023). Understanding medication safety involving patient transfer from intensive care to hospital ward: a qualitative sociotechnical factor study. *BMJ Open*, 13(5), e066757. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066757>
- Boussat, B., *et al* (2021). Involvement in Root Cause Analysis and Patient Safety Culture Among Hospital Care Providers. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e1194–e1201. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000456>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), p.77-101. Retrieved http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised_-_final.pdf
- Camacho R., *et al* (2022). Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
- Chandrasekaran, R., Sankaranarayanan, B., & Pendergrass, J. (2021). Unfulfilled promises of health information exchange: What inhibits ambulatory clinics

- from electronically sharing health information? *International Journal of Medical Informatics*, 149, 104418.
- Chegini, Z., *et al* (2021). Barriers and facilitators to patient engagement in patient safety from patients and healthcare professionals' perspectives: A systematic review and meta-synthesis. *Nursing Forum*, 56(4), 938–949. <https://doi.org/10.1111/nuf.12635>
- Chellam Singh, B., & Arulappan, J. (2023). Operating Room Nurses' Understanding of Their Roles and Responsibilities for Patient Care and Safety Measures in Intraoperative Practice. *SAGE Open Nursing*, 9. <https://doi.org/10.1177/23779608231186247>
- Cihangir, S., *et al* (2013). Improving Patient Safety Culture in Primary Care: A Systematic Review. *Journal Patient Safety*, 3(7), 2029–2036.
- Clapper, Y., *et al* (2023). Team Size and Composition in Home Healthcare: Quantitative Insights and Six Model-Based Principles. *Healthcare*, 11(22), 2935. <https://doi.org/10.3390/healthcare11222935>
- Cohen, C., *et al* (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Open*, 13(6), e071203. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203>
- Cymet L, A. (2024). Cultural Competence and Cultural Humility in Working with Latinx-Assisted Reproductive Patients. In *Cultural Responsiveness in Assisted Reproductive Technology* (hal. 235–259). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-76204-8_14
- Damayanti, R. A., & Bachtar, A. (2019). Outcome of Patient Safety Culture Using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) in Asia: A Systematic Review with Meta Analysis. *Proceedings of the International Conference on Applied Science and Health*, 4, 849–863.
- Daniels, J., *et al* (2024). Perceived barriers and opportunities to improve working conditions and staff retention in emergency departments: a qualitative study. *Emergency Medicine Journal*, 41(4), 257–265.
- De Rosis, S., Ferrè, F., & Pennucci, F. (2022). Including patient-reported measures

- in performance evaluation systems: Patient contribution in assessing and improving the healthcare systems. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(S1), 144–165. <https://doi.org/10.1002/hpm.3596>
- Desmedt, M., *et al* (2021). Exploring and evaluating patient safety culture in a community-based primary care setting. *Journal of Patient Safety*, 17(8), E1216–E1222. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000458>
- Desmedt, M., *et al* (2021). Clinical handover and handoff in healthcare: a systematic review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa170>
- Deussom, R., *et al* (2022). Systematic review of performance-enhancing health worker supervision approaches in low- and middle-income countries. *Human Resources for Health*, 20(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00692-y>
- Dignos, P. N., *et al* (2023). Hidden and Understaffed: Exploring Canadian Medical Laboratory Technologists' Pandemic Stressors and Lessons Learned. *Healthcare*, 11(20), 2736. <https://doi.org/10.3390/healthcare11202736>
- Dimitrov, R., Jelen, A., & L'Etang, J. (2022). Taboos in health communication: Stigma, silence and voice. *Public Relations Inquiry*, 11(1), 3–35. <https://doi.org/10.1177/2046147X211067002>
- El-Gazar, H. E., *et al* (2024). Linking ethical leadership to nurses' internal whistleblowing through psychological safety. *Nursing Ethics*. <https://doi.org/10.1177/09697330241268922>
- Elendu, C., *et al* . (2024). The impact of simulation-based training in medical education: A review. *Medicine*, 103(27), e38813. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038813>
- Ellingsen, G., Hertzum, M., & Melby, L. (2022). The Tension between National and Local Concerns in Preparing for Large-Scale Generic Systems in Healthcare. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 31(3), 411–441. <https://doi.org/10.1007/s10606-022-09424-9>
- Elmonita, Y., Dwiantoro, L., & Santoso, A. (2022). Upaya Meningkatkan Budaya Keselamatan Pasien Di Puskesmas. *Jurnal Surya Muda*, 4(2), 164–180.

- Emami, S. G., Lorenzoni, V., & Turchetti, G. (2024). Towards Resilient Healthcare Systems: A Framework for Crisis Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(3), 286. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030286>
- Enticott, J., Johnson, A., & Teede, H. (2021). Learning health systems using data to drive healthcare improvement and impact: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 200. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06215-8>
- Fagerdal, B., *et al* (2022). Exploring the role of leaders in enabling adaptive capacity in hospital teams – a multiple case study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 908. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08296-5>
- Falcetta, F. S., *et al* (2023). Automatic documentation of professional health interactions: A systematic review. *Artificial Intelligence in Medicine*, 137, 102487. <https://doi.org/10.1016/j.artmed.2023.102487>
- Fantus, S., Cole, R., & Hawkins, L. (2022). “The hierarchy is your constraint:” a qualitative investigation of social workers’ moral distress across a U.S. health system. *Social Work in Health Care*, 61(6–8), 387–411. <https://doi.org/10.1080/00981389.2022.2128156>
- Febriandiela, Fitrisia, & Ofianto (2023). Implementasi *Thematic Analysis* Melalui Langkah Coding dalam Penelitian Kuantitatif Pada Ilmu Sosial. *FisiPublik: Jurnal Ilmu Sosial dan Politik*. 8(1) : 2-10.
- Ferial, L., & Wahyuni, N. (2022). Mutu pelayanan kesehatan meningkat dengan menerapkan keselamatan pasien di puskesmas. *Journal of Baja Health Science*, 2(01), 36–46.
- Fijianto, D., Aktifah, N., & Rejeki, H. (2020). Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Spiritual Well Being Warga Binaan Pemasyarakatan Laki-laki di Lembaga Pemasyarakatan Jawa Tengah. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 13(2), 109–114.
- Gemmete, J. J. (2024). Learning from medical errors. *CVIR Endovascular*, 7(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s42155-023-00406-6>
- Giardina, T. D., *et al* (2022). Creating a Learning Health System for Improving Diagnostic Safety: Pragmatic Insights from US Health Care Organizations.

- Journal of General Internal Medicine*, 37(15), 3965–3972.
<https://doi.org/10.1007/s11606-022-07554-w>
- Ginting, S. E., Santoso, R. S., & Rostyaningsih, D. (2024). Kualitas Pelayanan Kesehatan Pada Puskesmas Rembang I. *Journal of Public Policy and Management Review*, 13(3), 502–523.
- Gooding, K., *et al* (2022). How can we strengthen partnership and coordination for health system emergency preparedness and response? Findings from a synthesis of experience across countries facing shocks. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1441. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08859-6>
- Hamed, M. M. M., & Konstantinidis, S. (2022). Barriers to Incident Reporting among Nurses: A Qualitative Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(5), 506–523. <https://doi.org/10.1177/0193945921999449>
- Hannawa, A. F., *et al* (2022). The aspects of healthcare quality that are important to health professionals and patients: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 105(6), 1561–1570. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.10.016>
- Hanny H. H. H. (2013). Patient Safety Movement in the Hospital and Public Health Center. *IOSR Journal of Nursing and health Science*, 1(2), 1–6. <https://doi.org/10.9790/1959-0120106>
- Hasifah. (2018). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Rsud Sumbawa Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan dan Sains*, 2(1), 1–15.
- He, Y., *et al* . (2022). Healthcare Security Incident Response Strategy - A Proactive Incident Response (IR) Procedure. *Security and Communication Networks*, 2022, 1–10.
<https://doi.org/10.1155/2022/2775249>
- Healy, M., Richard, A., & Kidia, K. (2022). How to Reduce Stigma and Bias in Clinical Communication: a Narrative Review. *Journal of General Internal Medicine*, 37(10), 2533–2540. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07609-y>
- Hegde, S., *et al* (2023). A proactive learning approach toward building adaptive capacity during COVID-19: A radiology case study. *Applied Ergonomics*, 110, 104009. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2023.104009>

- Heydari, M., *et al* . (2022). A Review of Emergency and Disaster Management in the Process of Healthcare Operation Management for Improving Hospital Surgical Intake Capacity. *Mathematics*, 10(15), 2784. <https://doi.org/10.3390/math10152784>
- Hibbert, P. D., *et al* (2023). Improving patient safety governance and systems through learning from successes and failures: qualitative surveys and interviews with international experts. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 35(4). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad088>
- Hoxha, G., *et al* (2024). Sustainable Healthcare Quality and Job Satisfaction through Organizational Culture: Approaches and Outcomes. *Sustainability*, 16(9), 3603. <https://doi.org/10.3390/su16093603>
- Huang, M., *et al* (2025). Understanding Moral Courage From Nurse Leaders' Perspectives: A Qualitative Exploration. *Journal of Nursing Management* ,2025(1).
- Hut-Mossel, L., *et al* (2021). Understanding how and why audits work in improving the quality of hospital care: A systematic realist review. *PLOS ONE*, 16(3), e0248677.
- Isangula, K., *et al* (2022). Factors shaping good and poor nurse-client relationships in maternal and child care: a qualitative study in rural Tanzania. *BMC Nursing*, 21(1), 247. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01021-x>
- Israilidis, J., Siachou, E., & Kelly, S. (2021). Why organizations fail to share knowledge: an empirical investigation and opportunities for improvement. *Information Technology & People*, 34(5), 1513–1539. <https://doi.org/10.1108/ITP-02-2019-0058>
- Jankelová, N., *et al* (2021). Leading Employees Through the Crises: Key Competences of Crises Management in Healthcare Facilities in Coronavirus Pandemic. *Risk Management and Healthcare Policy*, Volume 14, 561–573. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S288171>
- Jarrar, M., *et al* (2021). Effect of Practice Environment on Nurse Reported Quality and Patient Safety: The Mediation Role of Person-Centeredness. *Healthcare*,

- 9(11), 1578. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111578>
- Johnson, T., Newman, M., & Shamroukh, S. (2025). Perceptions of organizational culture among non-patient-facing health system employees. *Journal of Health Organization and Management*, 39(9), 96–123. <https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2024-0197>
- Jones, A., *et al* . (2021). Interventions promoting employee “speaking-up” within healthcare workplaces: A systematic narrative review of the international literature. *Health Policy*, 125(3), 375–384.
- Jones, K. J., *et al* (2008). The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs. In *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign)*.
- Karam, M., *et al* (2021). Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. *International journal of integrated care*, 21(1), 16. <https://doi.org/10.5334/ijic.5518>
- Kementrian Kesehatan RI. (2017). *Permenkes No 11 Keselamatan Pasien*. 1–57.
- Kementrian Kesehatan RI. (2021). *Petunjuk Teknis Penggunaan Aplikasi Laporan Insiden Keselamatan Pasien Di Puskesmas (Nomor 28)*.
- Kementrian Kesehatan RI. (2022). Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 34 tahun 2022 tentang Akreditasi pusat kesehatan masyarakat, klinik, laboratorium kesehatan, unit transfusi darah, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi. *Kemenkes RI*, 1207, 1–16.
- Kinney, M., *et al* (2022). Overcoming blame culture: key strategies to catalyse maternal and perinatal death surveillance and response. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(6), 839–844. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16989>
- Kowalski, C. P., *et al* (2024). Planning for and Assessing Rigor in Rapid Qualitative Analysis (PARRQA): a consensus-based framework for designing, conducting, and reporting. *Implementation Science*, 19(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01397-1>
- Krijgsheld, M., Tummers, L. G., & Scheepers, F. E. (2022). Job performance in

- healthcare: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07357-5>
- Kurtović, B., *et al* (2024). The Commitment to Excellence: Understanding Nurses' Perspectives on Continuous Professional Development. *Healthcare*, 12(3), 379. <https://doi.org/10.3390/healthcare12030379>
- La Suhu, B., & Muhammad, A. (2024). Efektifitas Pelayanan Kesehatan Gratis Dalam Melayani Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Desa Madapolo Kecamatan Obi Utara. *JURNAL GOVERNMENT OF ARCHIPELAGO-JGOA*, 6(1), 37–44.
- Labrague, L. J., *et al* (2022). Interprofessional collaboration as a mediator in the relationship between nurse work environment, patient safety outcomes and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 268–278. <https://doi.org/10.1111/jonm.13491>
- Labrague, L. J., *et al* (2021). Authentic leadership, nurse-assessed adverse patient events and quality of care: The mediating role of nurses' safety actions. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 2152–2162.
- Lainidi, O., *et al* (2023). An integrative systematic review of employee silence and voice in healthcare: what are we really measuring? *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1111579>
- Leach, L., *et al* (2021). Distributed leadership in healthcare: leadership dyads and the promise of improved hospital outcomes. *Leadership in Health Services*, 34(4), 353–374. <https://doi.org/10.1108/LHS-03-2021-0011>
- LeBan, K., Kok, M., & Perry, H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 9. CHWs' relationships with the health system and communities. *Health Research Policy and Systems*, 19(S3), 116.
- Lee, S. E., *et al* (2021). Factors Influencing Nurses' Willingness to Speak Up Regarding Patient Safety in East Asia: A Systematic Review. *Risk Management and Healthcare Policy*, Volume 14, 1053–1063. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S297349>
- Lee, S. E., *et al* (2023). Patient Safety Culture and Speaking Up Among Health Care Workers. *Asian Nursing Research*, 17(1), 30–36.

- Lee, S. E., & Seo, J. (2024). Effects of nurse managers' inclusive leadership on nurses' psychological safety and innovative work behavior: The moderating role of collectivism. *Journal of Nursing Scholarship*, 56(4), 554–562. <https://doi.org/10.1111/jnu.12965>
- Levett J.,T., *et al* (2024). Use and effectiveness of the arts for enhancing healthcare students' empathy skills: A mixed methods systematic review. *Nurse Education Today*, 138, 106185. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106185>
- Ljungholm, L., *et al* (2022). What is needed for continuity of care and how can we achieve it? – Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory. *BMC Health Services Research*, 22(1), 686.
- Llamzon, J., & Matney, S. (2025). Strategic Synergy. *Nurse Leader*, 23(1), 72–76. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2024.10.007>
- Longo, L., Tomarchio, O., & Trapani, N. (2024). A structured approach for enhancing clinical risk monitoring and workflow digitalization in healthcare. *DecisionAnalyticsJournal*, 11, 100462. <https://doi.org/10.1016/j.dajour.2024.100462>
- Lousada, L. M., *et al* (2020). Patient safety culture in primary and home care services. *BMC Family Practice*, 21(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01263-1>
- Lu, L., *et al* (2022). Patient Safety and Staff Well-Being: Organizational Culture as a Resource. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3722. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063722>
- Mahdavi, A., *et al* (2023). Human resource management (HRM) strategies of medical staff during the COVID-19 pandemic. *Heliyon*, 9(10). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e20355>
- Malik, A., *et al*. (2023). Managing disruptive technologies for innovative healthcare solutions: The role of high-involvement work systems and technologically-mediated relational coordination. *Journal of Business Research*, 161, 113828.
- Malik, A., *et al* (2024). Leveraging high-performance HRM practices and knowledge sharing for managing technological and social change in emerging market healthcare providers. *Technological Forecasting and Social Change*,

- 205, 123463. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2024.123463>
- Mandriani, E., Hardisman, H., & Yetti, H. (2019). Analisis Dimensi Budaya Keselamatan Pasien Oleh Petugas Kesehatan di RSUD dr Rasidin Padang Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(1), 131. <https://doi.org/10.25077/jka.v8i1.981>
- Marra, A. R., *et al* (2020). Descriptive epidemiology of safety events at an academic medical center. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010353>
- Marsteller, J. A., *et al* (2024). Multi-Team Shared Expectations Tool (MT-SET): An Exercise to Improve Teamwork Across Health Care Teams. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 50(10), 737–744. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2024.05.012>
- Martin, G. P., Chew, S., & Dixon-Woods, M. (2021). Why do systems for responding to concerns and complaints so often fail patients, families and healthcare staff? A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 287, 114375. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114375>
- Matli, W. (2024). Integration of warrior artificial intelligence and leadership reflexivity to enhance decision-making. *Applied Artificial Intelligence*, 38(1). <https://doi.org/10.1080/08839514.2024.2411462>
- Mbau, R., *et al* (2023). Analysing the Efficiency of Health Systems: A Systematic Review of the Literature. *Applied Health Economics and Health Policy*, 21(2), 205–224. <https://doi.org/10.1007/s40258-022-00785-2>
- McLaney, E., *et al* (2022). A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours. *Healthcare Management Forum*, 35(2), 112–117.
- Mehta, L. S., *et al* (2024). Fostering Psychological Safety and Supporting Mental Health Among Cardiovascular Health Care Workers: A Science Advisory From the American Heart Association. *Circulation*, 150(2).
- Milton, J., *et al* (2022). Healthcare professionals' perceptions of interprofessional teamwork in the emergency department: a critical incident study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*,

30(1), 46.

- Mizwar, C., *et al* (2024). Pengaruh Lingkungan Kerja, Kompetensi, dan Jaminan Kesehatan Terhadap Keselamatan Pasien. *Co-Value Jurnal Ekonomi Koperasi dan kewirausahaan*, 15(3).
- Moeloeng, L. J. (2004). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Remaja Rosdakarya: Bandung
- Montgomery, A., *et al* (2023). Employee silence in health care: Charting new avenues for leadership and management. *Health Care Management Review*, 48(1), 52–60. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000349>
- Moonsamy, A., & Ahmed, M. (2023). Developing a Comprehensive Risk Management Framework for E-Health Care Delivery. *Health Information Science. HIS 2023. Lecture Notes in Computer Science*, 101–111. https://doi.org/10.1007/978-981-99-7108-4_9
- Mutair, A. Al, *et al* (2021). The Effective Strategies to Avoid Medication Errors and Improving Reporting Systems. *Medicines*, 8(9), 46. <https://doi.org/10.3390/medicines8090046>
- Nadkarni, A., *et al* (2021). Communication and Transparency as a Means to Strengthening Workplace Culture During COVID-19. *NAM Perspectives*. <https://doi.org/10.31478/202103a>
- Nasution, S. (2003). *Metode Penelitian Naturalistik Kualitatif*. Tarsito : Bandung
- Nurislami, S. (2023). *Studi Kualitatif Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Pada Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Raja Basa Indah dan Puskesmas Kemiling Kota Bandar Lampung*. Universitas Lampung.
- O'Donovan, R., De Brún, A., & McAuliffe, E. (2021). Healthcare Professionals Experience of Psychological Safety, Voice, and Silence. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.626689>
- Ongesa, T. N., *et al* (2025). Optimizing emergency response systems in urban health crises: A project management approach to public health preparedness and response. *Medicine*, 104(3), e41279.
- Ordu, M., *et al* (2021). A novel healthcare resource allocation decision support tool:

- A forecasting-simulation-optimization approach. *Journal of the Operational Research Society*, 72(3), 485–500.
- Osama, M., *et al* (2023). Internet of Medical Things and Healthcare 4.0: Trends, Requirements, Challenges, and Research Directions. *Sensors*, 23(17), 7435. <https://doi.org/10.3390/s23177435>
- Oumghar, A., & Izza, I. (2025). Risk management in Moroccan public hospitals: a literature review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 38(1), 1–27. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-08-2023-0057>
- Øygarden, O., *et al* (2023). Reforming for trust and professionalism in municipal healthcare services: implications for human resource management. *BMC Health Services Research*, 23(1), 991. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10006-8>
- Paige, J., *et al* (2021). Qualitative Analysis of Effective Teamwork in the Operating Room (OR). *Journal of Surgical Education*, 78(3), 967–979. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.09.019>
- Paterson, E., *et al* (2024). Application of a Human Factors Systems Approach to Healthcare Control Centres for Managing Patient Flow: A Scoping Review. *Journal of Medical Systems*, 48(1), 62. <https://doi.org/10.1007/s10916-024-02071-1>
- Pedersen, K. Z., & Mesman, J. (2021). A transactional approach to patient safety: understanding safe care as a collaborative accomplishment. *Journal of Interprofessional Care*, 35(4), 503–513.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019 tentang Puskesmas. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019 tentang Puskesmas, Nomor 65(879)*, 2004–2006.
- Pereira de Souza, V., *et al* (2021). Knowledge management in health care: an integrative and result-driven clinical staff management model. *Journal of Knowledge Management*, 25(5), 1241–1262. <https://doi.org/10.1108/JKM-05-2020-0392>
- Praganti, N. P. E., Utarini, A., & Djasri, H. (2020). *Menilai Budaya Keselamatan Pasien di Puskesmas Perawatan Terakreditasi di Kota Palu*.

- Pramesona, B. A., *et al* (2023). A qualitative study of the reasons for low patient safety incident reporting among Indonesian nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(4), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0583>
- Pratiwi, R. P., Munawarah, S. H., & Syakurah, R. A. (2024). Manajemen Proyek Program Perbaikan Mutu dan Kinerja melalui Audit Internal di Puskesmas Tanjung Api-Api. *JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)*, 9(2), 179–190.
- Purwanto, A., *et al* (2020). Dampak kepemimpinan, budaya organisasi dan perilaku kerja inovatif terhadap kinerja pegawai puskesmas. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(01), 19–27.
- Putri, S. J. (2020). Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Puskesmas. *International Research Journal of Business Studies*
- Rambe, D. H., *et al* (2025). Solusi Teknologi SIMRS dalam Meningkatkan Kualitas Layanan Kesehatan Publik di Indonesia. *Jurnal Riset Ilmu Kesehatan Umum dan Farmasi (JRIKUF)*, 3(1), 33–43.
- Rees, P., *et al* (2017). Patient Safety Incidents Involving Sick Children in Primary Care in England and Wales: A Mixed Methods Analysis. *PLoS Medicine*, 14(1), 1–23. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002217>
- Rombeallo, Tahir, S. (2022). Faktor Penyebab Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit: Literature Review. *Jurnal Keperawatan*, 14(September), 657–666.
- Rouhana, R., & Van Caillie, D. (2025). How do performance monitoring systems support sustainability in healthcare? *Society and Business Review*. <https://doi.org/10.1108/SBR-07-2024-0244>
- Ryan, S. L., *et al* (2023). Long-Term Sustainability and Adaptation of I-PASS Handovers. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 49(12), 689–697. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2023.07.007>
- Safitri, R. A. (2019). Dampak yang Dihasilkan Jika Tidak Melaksanakan Keselamatan terhadap Pasien. *Osfpreprints*, 1–10.
- Salawati, L. (2020). Penerapan keselamatan pasien rumah sakit. *Averrous: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, 6(1), 98–107.

- Sameera, V., Bindra, A., & Rath, G. P. (2021). Human errors and their prevention in healthcare. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 37(3), 328–335.
- Sánchez F, M. D. (2016). The Influence of Institutional Environment on Quality Practices and Its Impact on Regional Development. In *Handbook of Research on Entrepreneurial Success and its Impact on Regional Development* : 165–187. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-9567-2.ch008>
- Scales, K. (2021). It Is Time to Resolve the Direct Care Workforce Crisis in Long-Term Care. *The Gerontologist*, 61(4), 497–504.
- Sembiring, N. G. C. (2020). *Pentingnya Implementasi Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat di Rumah Sakit*.
- Sengupta, M., et al (2021). Challenges encountered by healthcare providers in COVID-19 times: an exploratory study. *Journal of Health Management*, 23(2), 339–356.
- Serou, N., et al. (2021). Learning from safety incidents in high-reliability organizations: a systematic review of learning tools that could be adapted and used in healthcare. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab046>
- Shaban, M., et al (2024). Exploring the nurse-patient relationship in caring for the health priorities of older adults: qualitative study. *BMC Nursing*, 23(1), 480. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02099-1>
- Shorey, S., Chan, V., Rajendran, P., & Ang, E. (2021). Learning styles, preferences and needs of generation Z healthcare students: Scoping review. *Nurse Education in Practice*, 57, 103247. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103247>
- Shunmuga S, C., et al (2022). Patient and healthcare provider perceptions on using patient-reported experience measures (PREMs) in routine clinical care: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 6(1), 122. <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00524-0>
- Siad, F. M., & Rabi, D. M. (2021). Harassment in the Field of Medicine: Cultural Barriers to Psychological Safety. *CJC Open*, 3(12), S174–S179.

<https://doi.org/10.1016/j.cjco.2021.08.018>

Sorra J, et al (2016). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. U.S. Department of Health and Human Service.

Steen T, K., Munkvold, B. E., & Rustenberg, K. (2024). Use of Standard Operating Procedures for Supporting Cross-Organizational Emergency Management: Challenges and Opportunities Identified from a Tabletop Exercise. *International Journal of Disaster Risk Science*, 15(5), 673–687. <https://doi.org/10.1007/s13753-024-00583-5>

Taha, A. A. D. (2024). Internal auditors' independence under workplace bullying stress: an investigative study. *Journal of Islamic Accounting and Business Research*, 15(5), 762–783. <https://doi.org/10.1108/JIABR-09-2022-0239>

Tai, P.-C., & Chang, S. (2023). Exploring Internal Conflicts and Collaboration of a Hospital Home Healthcare Team: A Grounded Theory Approach. *Healthcare*, 11(18), 2478. <https://doi.org/10.3390/healthcare11182478>

Tirzaningrum, A., et al (2022). *Literature Review Terkait Faktor Yang Mememrngaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Pada Tenaga Kesehatan*. 9, 81–86.

Tlili, M. A., et al (2020). Assessing patient safety culture and its associated factors in Tunisian primary healthcare centers. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5), 2020. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.529>

Torvinen, H., & Jansson, K. (2023). Public health care innovation lab tackling the barriers of public sector innovation. *Public Management Review*, 25(8), 1539–1561. <https://doi.org/10.1080/14719037.2022.2029107>

Upadhyay, S., & Hu, H. (2022). A Qualitative Analysis of the Impact of Electronic Health Records (EHR) on Healthcare Quality and Safety: Clinicians' Lived Experiences. *Health Services Insights*, 15. <https://doi.org/10.1177/11786329211070722>

van Marum, S., Verhoeven, D., & de Rooy, D. (2022). The Barriers and Enhancers to Trust in a Just Culture in Hospital Settings: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 18(7), e1067–e1075.

Vanhaecht, K., et al (2022). An Evidence and Consensus-Based Definition of

- Second Victim: A Strategic Topic in Healthcare Quality, Patient Safety, Person-Centeredness and Human Resource Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16869. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416869>
- Vellyana, D. (2015). *Analisis Budaya keselamatan pasien dalam Pelayanan Kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Unit II Gamping*. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Wahyuda, O., et al (2024). Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. *Jurnal Keperawatan*, 16(1), 27–36.
- Wardalia N. (2018). *Peran akreditasi klinik dalam implementasi budaya keselamatan pasien di klinik firdaus yogyakarta the role of clinic accreditation in implementation of patient safety culture in firdaus clinic yogyakarta*.
- Wardhani, S. D., & Sunarjo, W. A. (2025). Peran Kompetensi Tenaga Kefarmasian dalam Memediasi Pengaruh Etika Kerja dan Budaya Kerja terhadap Implementasi Medication Safety. *Innovative: Journal Of Social Science Research*, 5(1), 2716–2738.
- Wawersik, D. M., et al (2023). Individual Characteristics That Promote or Prevent Psychological Safety and Error Reporting in Healthcare: A Systematic Review. *Journal of Healthcare Leadership*, Volume 15, 59–70. <https://doi.org/10.2147/JHL.S369242>
- Wawersik, D., & Palaganas, J. (2022). Organizational Factors That Promote Error Reporting in Healthcare: A Scoping Review. *Journal of Healthcare Management*, 67(4), 283–301. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-21-00166>
- Wei, H., et al (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 36(5), 735–749.
- Weller, J. M., et al (2024). Teamwork matters: team situation awareness to build high-performing healthcare teams, a narrative review. *British Journal of Anaesthesia*, 132(4), 771–778. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.12.035>
- White, C. H., Meier, N., & Swint, C. (2021). The Implementation of a Stress

- Management Program for Health Care Workers Through a Rural Occupational Health Clinic. *Workplace Health & Safety*, 69(4), 161–167.
- Woodhead, C., *et al* (2022). “They created a team of almost entirely the people who work and are like them”: A qualitative study of organisational culture and racialised inequalities among healthcare staff. *Sociology of Health & Illness*, 44(2), 267–289. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13414>
- Wu, F., *et al* (2021). The role of the informal and formal organisation in voice about concerns in healthcare: A qualitative interview study. *Social Science & Medicine*, 280, 114050. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114050>
- Wulandari, A. A. N., & Dara, S. R. (2023). Determinants of Employee Performance in Healthcare Organization: The Role of Work Environment, Workload, and Motivation. *Human Capital and Organizations*, 1(1), 23–32.
- Yanriatuti, *et al* (2020). Faktor Pendukung dan Penghambat Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: A Systematic Review. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*. Vol 11 No 4: 367-371
- Youn, S., Geismar, H. N., & Pinedo, M. (2022). Planning and scheduling in healthcare for better care coordination: Current understanding, trending topics, and future opportunities. *Production and Operations Management*, 31(12), 4407–4423.
- Yun, J., *et al* (2023). Effectiveness of SBAR-based simulation programs for nursing students: a systematic review. *BMC Medical Education*, 23(1), 507.
- Zalukhu, F. F. P. (2020). *Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien Dalam Lingkup Keperawatan*.
- Zamzam, A. H., *et al* (2021). A Systematic Review of Medical Equipment Reliability Assessment in Improving the Quality of Healthcare Services. *Frontiers in Public Health*, 9.
- Zara, J., Nordin, S. M., & Isha, A. S. N. (2023). Influence of communication determinants on safety commitment in a high-risk workplace: a systematic literature review of four communication dimensions. *Frontiers in Public Health*, 11.