

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Rumah Sakit

RS PKU Muhammadiyah Bantul ialah yang memberikan pelayanan Kesehatan milik Organisasi Islam Bantul yang bermodel RSU, diurus oleh Pemda Kabupaten Islam dan tercatat kedalam RS Tipe C. Layanan Kesehatan ini telah terdaftar sejak 05/02/2013 dengan Nomor Surat ijin HK.03.05/I/1568/11 dan Tanggal Surat ijin 28/06/2011 dari PEMERINTAH dengan Sifat Perpanjang, dan berlaku sampai AGUSTUS 2014. Sehabis melakukan Proses AKREDITASI Rumah sakit dengan proses Pentahapan I akhirnya diberikan status Penuh Akreditasi Rumah Sakit. RSU ini beralamat di Jl. Jenderal Sudirman 124 Bantul, Bantul, Indonesia.

Jumlah perawat per unit yang terdapat pada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul adalah 171 orang yang terdiri dari :

1. Rawat Inap

- a. AL Araaf tetap: 21, kontrak 2
- b. Al iklas tetap: 15, kontrak 2
- c. AL Insan tetap: 15, kontrak 3
- d. AL Kahfi tetap: 6, kontrak 4
- e. AL Kasar tetap: 10, kontrak 4

- f. An Nisa tetap 5, kontrak 2
- g. An Nur tetap 8

2. Rawat Khusus

- a. Unit HCU tetap 7. Kontrak 1
- b. Unit ICU tetap 11
- c. Heriolita tetap 9, kontrak 2
- d. IGD tetap 12, kontrak 3
- e. OK tetap 14

3. Poli Klinik 15

Jumlah bed pada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul per april 2018 terbagi menjadi 2, yaitu :

a. Bed Tersedia

No	Nama Unit	VIP	Utama	1	2	3	HDN C	Total
1	AN NISA	5				7		12
2	AL INSAN				7	15		22
3	IMC			1	4	0		5
4	AL IKHLAS	2	1	2	8	6	2	21
5	AL kahfi al fath	4	4	4	4	7		23
6	AL A'RAF	5		2		24		31
7	AL KAUSAR			12	8			20
8	ICU			4				4
9	AN NUUR					10		10
	Total	16	5	25	31	69	2	148

b. Jumlah Bed Terpakai

No	Nama Unit	VIP	Utama	1	2	3	HDNC	Total
1	AN NISA	5				7		12
2	AL INSAN				6	15		21
3	IMC			1	4	0		5
4	AL IKHLAS	2	1	2	8	6	2	21
5	AL kahfi al fath	4	4	4	4	7		23
6	AL A'RAF	5		2		24		31
7	AL KAUSAR			12	8			20
8	ICU			4				4
9	AN NUUR					10		10
	Total	16	5	25	30	69	2	147

B. Hasil Deskriptif Responden

Penelitian dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Bantul dengan Total kuesioner yang telah dianalisa 67 buah yang melibatkan karakteristik responden seperti yang terlihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4. 1 Karakteristik Responden

No	Karakteristik Responden	Jumlah	presentase
1	Usia		
	- 20-25 th	11	17%
	- 26-30 th	27	40%
	- ≥ 31 th	29	43%
	Total	67	100%
2	Jenis kelamin		
	- Perempuan	62	93%
	- laki-laki	5	7%
	Total	67	100%
3	Masa kerja		
	- ≤ 5 th	17	25%
	- $\geq 6-10$ th	39	58%
	- $\geq 11^{\text{th}}$	11	17%

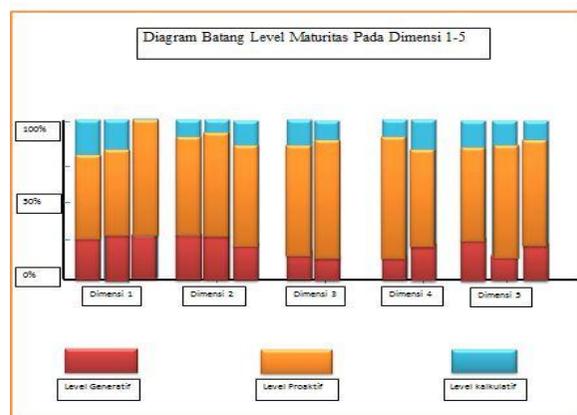
	Total	67	100%
4	Tingkat Pendidikan		
	- D3	34	51%
	- D4	9	36%
	- S1	24	13%
	Total	67	100%
5.	Sosialisasi patient safety		
	- Sudah	21	31%
	- Belum	19	29%
	- Tidak diketahui	27	40%
	Total	67	100%

Penjelasan karakteristik responden berdasar usia pada Tabel diatas bahwa responden paling banyak adalah yang berumur >31tahun sebanyak 29 orang, kemudian diikuti oleh responden yang berumur 26-30 tahun sebanyak 27 orang dan yang berumur 20-25 tahun sebanyak 11 orang. Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa kebanyakan responden berusia >31tahun yaitu sebanyak 29 responden. Karakteristik responden jenis kelamin menjelaskan bahwa dari 67 responden, laki – laki sebesar 5 orang dan anggota wanita sebesar 62 orang Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa kebanyakan responden berjenis kelamin perempuan. karakteristik responden tentang masa kerja menjelaskan bahwa responden paling banyak adalah yang masa kerja > 6 tahun-10 tahun sebanyak 39 orang, kemudian diikuti oleh responden yang masa kerja < 5 tahun sebanyak 17 orang dan yang masa kerja >11 tahun sebanyak 11 orang. Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa kebanyakan responden masa kerja > 6 tahun-10 tahun sebanyak 39 orang . karakteristik responden tingkat pendidikan

menjelaskan paling banyak adalah yang berpendidikan D3 sebanyak 34 orang, kemudian diikuti oleh responden yang berpendidikan S1 sebanyak 24 orang dan yang berpendidikan D4 sebanyak 9 orang. Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa kebanyakan responden berpendidikan D3 sebanyak 34 orang

Sedangkan untuk karakteristik responden sosialisasi patient safety menjelaskan bahwa responden paling banyak adalah yang tidak diketahui Sosialisasi Patient Safety sebanyak 27 orang disebabkan karena responden tidak mengisi, kemudian diikuti oleh responden yang sudah Sosialisasi Patient Safety sebanyak 21 orang dan yang belum Sosialisasi Patient Safety sebanyak 19 orang. Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa kebanyakan responden tidak diketahui Sosialisasi Patient Safety sebanyak 27 orang.

1. Gambaran Dimensi 1-5 Budaya Keselamatan Pasien berdasarkan Level Maturitas yang dicapai



Gambar 4. 1 Diagram Batang Level Maturitas Pada Dimensi 1-5

a. Dimensi 1 tentang komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan.

Hasil penelitian pada dimensi ini menunjukkan semua aspek pada level proaktif yaitu RS mempunyai keinginan dan antusias yang besar untuk terus melakukan perbaikan (pada aspek komitmen untuk perbaikan), RS ingin memberikan mutu yang terbaik (pada aspek pemeriksaan/audit) dan SOP, protokol dan kebijakan dibahas dan dilaksanakan sebagai dasar pelayanan (pada aspek SOP dan kebijakan). Aspek yang perlu mendapat perhatian yaitu aspek komitmen untuk perbaikan, karena 17,9% responden menyatakan pada level kalkulatif, yaitu petugas yang berada di garis besar tidak dilibatkan dalam proses perbaikan, perbaikan dilihat sebagai aktivitas manajemen semata.

b. Dimensi 2 tentang prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien.

Hasil penelitian pada dimensi ini menunjukkan semua aspek pada level proaktif yaitu resiko keselamatan pasien sudah diidentifikasi secara aktif (pada aspek prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien), system manajemen resiko sudah tersosialisasi lebih luas pada organisasi RS & masyarakat (pada aspek system manajemen resiko), semua petugas terlibat dalam

keselamatan pasien (pada aspek pelaksanaan keselamatan pasien). Aspek yang perlu mendapat perhatian yaitu aspek system manajemen resiko, karena 11,5% responden menyatakan pada level kalkulatif, yaitu system manajemen resiko belum tersosialisasi secara luas.

c. Dimensi 3 tentang Kesalahan Sistem dan tanggung jawab individu.

Hasil penelitian pada dimensi ini menunjukkan semua aspek pada level proaktif yaitu laporan insiden sudah berjalan, baik ditingkat organisasi maupun nasional (pada aspek penyebab insiden), staff merasa aman untuk melaporkan insiden (pada aspek budaya keselamatan pasien). Aspek yang perlu mendapat perhatian yaitu aspek budaya keselamatan pasien, karena 4,5% responden menyatakan pada level kalkulatif, yaitu budaya terbuka dan adil, namun petugas belum melaksanakannya.

d. Dimensi 4 tentang Perekaman Insiden dan *Best Practices*.

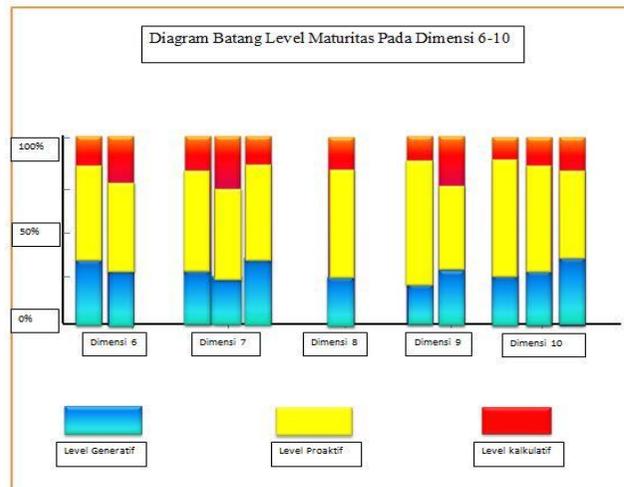
Hasil penelitian pada dimensi ini menunjukkan semua aspek pada level proaktif yaitu proses pelaporan mudah dilakukan dan bersikap ramah (pada aspek system pelaporan dan kegunaannya), staff merasa aman untuk melaporkan insiden karena dapat belajar dari masalah tersebut (pada aspek apa yang petugas rasakan pada

saat melaporkan insiden. Aspek yang perlu mendapat perhatian yaitu aspek system pelaporan dan kegunaannya, karena 4,0% responden menyatakan pada level kalkulatif, yaitu RS tidak rutin memakai laporan petugas tetapi laporan didapat dari sumber lain seperti audit dan form komplain pasien.

e. Dimensi 5 tentang Evaluasi Insiden dan Best Practices.

Hasil penelitian pada dimensi ini menunjukkan semua aspek pada level proaktif yaitu melakukan analisis insiden dengan akar penyebab, tujuannya adalah untuk pembelajaran (pada aspek analisis data), insiden keselamatan pasien dan *near miss* fokus pada perbaikan, selain itu juga melibatkan pasien (pada aspek fokus investigasi), hasil investigasi dipakai untuk menganalisis *trend* dan mengidentifikasi penyebab terbanyak untuk terjadinya insiden dan melakukan pengujian terhadap pelaksanaan pelatihan (pada aspek hasil investigasi). Aspek yang perlu mendapat perhatian yaitu aspek hasil investigasi, karena 9,0% responden menyatakan pada level kalkulatif, yaitu hasil investigasi dipakai untuk pembahasan prosedur dan pelaksanaannya.

2. Gambaran Dimensi 6-10 Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan Level Maturitas Yang Dicapai



Gambar 4. 2 Diagram Batang Level Maturitas Pada Dimensi 6-10

a. Dimensi 6 tentang pembelajaran dan perubahan efektif.

Hasil penelitian pada dimensi ini menunjukkan semua aspek pada level proaktif yaitu sudah ada budaya belajar dari insiden dan membagikan hasilnya untuk membuat perubahan (pada aspek belajar dari insiden keselamatan), petugas turut aktif dalam memutuskan perubahan setelah suatu insiden keselamatan pasien dan berkomitmen melaksanakannya (pada aspek siapa yang berperan dalam memutuskan adanya perubahan pasca insiden). Aspek yang perlu mendapat perhatian yaitu aspek siapa yang berperan dalam memutuskan adanya perubahan pasca insiden, karena 7,5% responden menyatakan pada level kalkulatif, yaitu

komite keselamatan pasien dan manajer memutuskan perubahan tetapi kurang melibatkan peran serta petugas.

b. Dimensi 7 tentang komunikasi tentang isu keselamatan pasien.

Hasil penelitian pada dimensi ini menunjukkan semua aspek pada level proaktif yaitu ada komunikasi engan institusi lain yang dianggap lebih pakar dalam keselamatan pasien (pada aspek komunikasi tentang keselamatan pasien), informasi tentang keselamatan pasien dibagikan pada sesi briefing sudah diagendakan oleh petugas (pada aspek membagi informasi), dilakukan komunikasi yang efektif tentang keselamatan pasien kepada pasien (pada aspek komunikasi tentang keselamatan pasien kepada pasien). Aspek yang perlu mendapat perhatian yaitu aspek komunikasi tentang keselamatan pasien kepada pasien, karena 3,5% responden menyatakan pada level kalkulatif, yaitu banyak informasi tentang keselamatan pasien tetapi hanya sedikit yang dimengerti petugas.

c. Dimensi 8 tentang manajemen kepegawaian dan isu keselamatan.

Hasil penelitian pada dimensi ini menunjukkan semua aspek pada level proaktif yaitu manajemen merancang dukungan terhadap kebutuhan petugas, kesehatan petugas diperhatikan (pada

aspek apakah petugas merasa didukung?). pada Aspek tersebut 11,9% responden menyatakan pada level kalkulatif, yaitu prosedur manajemen kepegawaian merupakan cara untuk mengontrol petugas.

d. Dimensi 9 tentang pendidikan dan pelatihan staf.

Hasil penelitian pada dimensi ini menunjukkan semua aspek pada level proaktif yaitu ada upaya untuk mengidentifikasi pelatihan apa yang dibutuhkan petugas dan menyelaraskan dengan kebutuhan RS (pada aspek kebutuhan pelatihan), pelatihan dipandang sebagai kesatuan utuh dengan perkembangan pegawai dan terkait dengan system lain, misalnya pelaporan insiden (pada aspek tujuan pelatihan). Aspek yang perlu mendapat perhatian yaitu aspek kebutuhan pelatihan, karena 5,5% responden menyatakan pada level kalkulatif, yaitu pelatihannya diadakan untuk memenuhi kebutuhan RS.

e. Dimensi 10 tentang kerjasama tim.

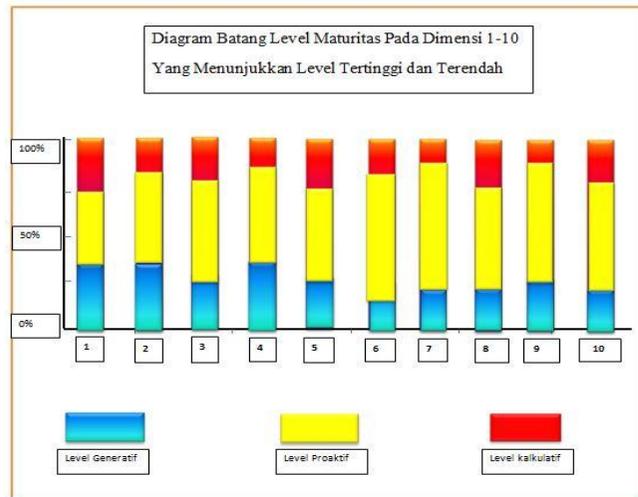
Hasil penelitian pada dimensi ini menunjukkan semua aspek pada level proaktif yaitu tim terdiri dari unsur multidisiplin dengan struktur yang lebih fleksibel (pada aspek struktur tim), kolaborasi antar anggota tim berjalan dengan baik (pada aspek seperti apa menjadi anggota tim), tim terbuka untuk membagikan

informasi termasuk pada pihak luar (pada aspek arus komitmen dan *sharing*). Aspek yang perlu mendapat perhatian yaitu aspek hasil arus informasi dan *sharing*, karena 7,5% responden menyatakan pada level kalkulatif, yaitu anggota tim terdiri dari unsur multidisiplin tetapi tidak memiliki komitmen terhadap tim.

B. Pembahasan

Fleming (Setiowati, 2010) mengemukakan bahwa budaya keselamatan pasien merupakan suatu hal yang penting karena membangun budaya keselamatan pasien adalah suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan, karena jika kita lebih fokus pada budaya keselamatan pasien maka akan lebih menghasilkan hasil keselamatan yang lebih apabila dibandingkan hanya berfokus pada program keselamatan pasien saja. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf dalam penerapan keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam menciptakan budaya keselamatan pasien (PMK No. 1691 Tahun 2011). Sejalan dengan itu, Rachmawati (2011) mengemukakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien diantaranya dapat dilihat dari tingkat manajemen dan tingkat organisasi. Tingkat manajemen meliputi persepsi manajemen tentang keselamatan pasien dan keterlibatan manajemen dalam keselamatan pasien, sedangkan

tingkat organisasi meliputi kepemimpinan transformasional, SDM, kepemimpinan komite keselamatan pasien, kepemimpinan pengawas *safety*, kejelasan dan keteraturan penempatan kerja dan audit proses.



Gambar 4. 3 Diagram Batang Level Maturitas Pada Dimensi 1-10 Yang Menunjukkan Level Tertinggi dan terendah

Penjelasan untuk gambar diagram batang diatas, dapat diketahui level maturitas tertinggi, yaitu level proaktif pada dimensi 6 tentang perubahan dan pembelajaran efektif. Level maturitas terendah, yaitu level kalkulatif pada dimensi 7 tentang komunikasi isu keselamatan pasien, karena 3,5% responden menyatakan banyak informasi tentang keselamatan pasien tetapi hanya sedikit yang dimengerti petugas.

Rumah sakit Pku muhammadiyah bantul telah memenuhi standar dimensi tentang perubahan dan pembelajaran efektif, yaitu point petugas turut aktif dalam memutuskan aspek siapa yang berperan dalam

memutuskan adanya perubahan pasca insiden), sehingga untuk jangka panjangnya dapat dipertahankan komitmen petugas medis dan staf dalam hal budaya pembelajaran efektif.

Akreditasi rumah sakit telah memiliki standar dan pedoman tersendiri dalam hal komunikasi efektif tentang keselamatan pasien, seperti yang tercantum dalam instrument akreditasi RS SNARS 2018 sasaran 2, bahwa rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektifitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telpon antar professional pemberi asuhan (PPA).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, terdapat 7 standar keselamatan pasien, dan satandar point nomor 7 adalah komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Standar point nomor 7 tersebut dibagi lagi menjadi 2 standar, yaitu:

1. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
2. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriteria :

- a. perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendisain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal hal terkait dan keelamatan pasien.
- b. tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

Komunikasi adalah bagian dari strategi koordinasi yang berlaku dalam pengaturan pelayanan di rumah sakit khususnya pada unit keperawatan. Komunikasi terhadap berbagai informasi mengenai perkembangan pasien antar profesi kesehatan di rumah sakit merupakan komponen yang fundamental dalam perawatan pasien (Suhriana, 2012). Komunikasi yang efektif dalam lingkungan perawatan kesehatan membutuhkan pengetahuan, keterampilan dan empati. Ini mencakup mengetahui kapan harus berbicara, apa yang harus dikatakan dan bagaimana mengatakannya serta memiliki kepercayaan diri dan kemampuan untuk memeriksa bahwa pesan telah diterima dengan benar.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi komunikasi, diantaranya menurut Amirah (2013), adalah persepsi, nilai, emosi, latar belakang, peran, pengetahuan dan hubungan. Selanjutnya, Yudianto (2005), menyatakan bahwa beberapa faktor yang mempunyai hubungan dengan komunikasi saat perawat melaksanakan handover adalah karakteristik jenis kelamin, pengetahuan, sikap, ketersediaan protap, pimpinan dan

teman sejawat. Keterampilan komunikasi perlu dipelajari, dipraktikkan dan disempurnakan oleh semua perawat sehingga mereka dapat berkomunikasi dengan jelas, singkat dan tepat dalam lingkungan yang serba cepat dan menegangkan meskipun digunakan setiap hari dalam situasi klinis (Fitria, 2013).

Proses komunikasi keselamatan pasien yang baik adalah menggunakan metode identifikasi resiko dari bahaya dan ancaman keselamatan bagi pasien yang nantinya proses komunikasi ini mengarah ke sistem pelaporan identifikasi ini dilakukan secara internal oleh rumah sakit dan dilaporkan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang dalam prosesnya sangat membutuhkan dukungan oleh semua pihak yaitu baik pihak pelaksana unit/bagian, supervise, TIM KPRS,, manajemen dan Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Telah banyak penelitian yang dilakukan mengenai budaya keselamatan pasien di berbagai rumah sakit dengan berbagai macam instrument yang digunakan. Sebagai contoh telah dilakukan penelitian tentang “Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Universitas Hassanudin tahun 2013” oleh Ika Fadhilah Bea, 2013, dengan menggunakan instrumen kuesioner kuesioner *Hospital Survey on Patient Safety Culture* dipublikasikan oleh *The Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) tahun 2004. Responden penelitian yaitu seluruh

petugas di bidang pelayanan medik dan keperawatan, serta seluruh petugas di bidang pelayanan penunjang dan sarana medik di RS Unhas. Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu teknik *cluster random sampling* dengan populasi 302 responden yang dijadikan sampel 204 responden. Data penelitian dianalisis menggunakan teknik analisis deskriptif dengan bantuan program. Hasil penelitian menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien RS Unhas tergolong kuat dengan persentasi 71,57% (146 responden). Instalasi yang memiliki budaya keselamatan pasien sangat kuat terdapat pada instalasi kemotherapy sebesar 100%, sedangkan instalasi yang memiliki budaya keselamatan pasien yang sedang terdapat pada inslatasi *Ambulance* dan Evakuator sebesar 90,9%. Adapun dilihat berdasarkan dimensi maka sebagian besar dimensi budaya keselamatan pasien di RS Unhas tergolong tinggi dengan dimensi tertinggi terdapat pada dimensi kerjasama dalam unit sebesar 95,10%, sedangkan dimensi respon p persepsi tentang keselamatan pasien tergolong sedang dengan persentasi berturut-turut 51,47%, 76,47%, dan 56,86%.

Kerjasama dalam unit di RS Unhas yang tergolong tinggi disebabkan karena adanya rasa tanggung jawab kerja para petugas dan pengevaluasian atau pemantaun setiap program keselamatan pasien yang dilakukan pihak RS Unhas. Hal tersebut sesuai dengan yang

dikemukakan Sarwono (Darmanelly, 2000) bahwa kerjasama tim dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu kesesuaian, mempercayai anggota tim, kesediaan untuk mengalah, kemampuan menyampaikan kritik, kesediaan memperbaiki diri, solidaritas kelompok, tanggung jawab, dan pemantauan secara berkala. Menurut Baker *et all* (2005) kerja tim sangat dibutuhkan diantara tim medis untuk meningkatkan keselamatan pasien melalui pengurangan kesalahan-kesalahan akibat adanya kerjasama tim antara petugas medis.

Adapun dimensi respon nonpunitif terhadap *error*, *staffing*, dan keseluruhan persepsi terhadap keselamatan pasien yang tergolong sedang disebabkan faktor individu atau petugas itu sendiri, seperti masih kurangnya kesadaran petugas untuk melaporkan setiap insiden yang terjadi di rumah sakit. Hal tersebut ditunjukkan dengan adanya budaya menyalahkan masih ada di lingkungan rumah sakit, sehingga petugas cenderung tidak melaporkan karena takut dimarahi atau tidak mau temannya dimarahi. Petugas masih kurang memiliki kesadaran diri dalam mengaplikasikan setiap program keselamatan pasien yang dibuat pihak rumah sakit, selain itu kurangnya tenaga petugas kesehatan yang mengakibatkan beban kerja yang semakin berat dirasakan petugas RS Unhas. Sejalan dengan yang dikemukakan Rahmawati (2011) bahwa faktor individu atau patugas sangat berpengaruh terhadap budaya

keselamatan pasien, dimana faktor yang berkaitan dengan individu berupa kesadaran diri, beban kerja, tingkat stress, tingkat kelelahan, perasaan takut disalahkan, perasaan malu, dan keterlibatan keluarga/pasien.

Setiap instalasi di RS Unhas dimensi Budaya Keselamatan Pasien umumnya tergolong tinggi, kecuali pada dimensi Respon nonpunitive terhadap eror, *Staffing*, Keseluruhan persepsi tentang keselamatan pasien, dan Frekuensi pelaporan kejadian yang tergolong sedang, bahkan dimensi *Staffing* tergolong rendah pada instalasi kamar operasi. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Hikmah (2008) di RSUP Fatmawati yang juga menunjukkan masih rendahnya dimensi respon nonpunitive terhadap eror, *staffing*, keseluruhan persepsi tentang keselamatan pasien, dan frekuensi pelaporan kejadian pada petugas instalasi rawat darurat.

Terdapat penelitian serupa tentang ‘Budaya Keselamatan Pasien pada Rumah Sakit PKU Unit II Gamping ’ oleh Diny Veliana, 2011. Penelitian ini menggunakan pendekatan *mixed methods research* yaitu metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* dan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus (*case study*) dengan rancangan penelitian deskriptif . subjek penelitiannya adalah perawat/bidan pelaksana yang berhubungan langsung dengan pasien sebanyak 76 orang. Pengukuran budaya keselamatan pasien menggunakan kuesioner AHRQ (*Agency For Healthcare Research and Quality*) tahun 2004 yang berjudul

HSOPSC (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*). Kuesioner ini terdiri dari 12 dimensi dengan 42 item pertanyaan serta dilengkapi dengan data wawancara dan laporan insiden keselamatan pasien dari TIM KPRS Muhammadiyah Unit II.

Penerapan budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II masuk dalam kategori cukup dengan nilai mean sebesar 74.09. Terdapat Gap/perbandingan pelaporan antara TIM KPRS dan hasil penelitian di lapangan serta ditemukannya hambatan-hambatan dalam penerapan budaya *keselamatan* pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II yang berasal dari dukungan manajemen yang masih belum optimal, tingginya jam kerja dan beban kerja yang tidak sesuai serta masih terdapat adanya proses tahapan program keselamatan pasien yang belum terlaksanakan. Budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Unit II masuk dalam kategori cukup, tetapi perlu dukungan manajemen dan optimalisasi program keselamatan pasien.

Terdapat hasil yang berbeda-beda dalam penelitian pengukuran budaya keselamatan pasien di setiap rumah sakit, hal ini dikarenakan faktor kompleksitas, personal, manajemen, skill dan manajemen individu dan kepemimpinan setiap rumah sakit berbeda dari satu ke lainnya. Perbedaan alat ukur untuk mengetahui dimensi alat ukur budaya keselamatan pasien juga mempengaruhi perbedaan hasil yang ingin

dicapai dan untuk mencapai penilaian akhir dari suatu tingkat kebudayaan keselamatan pasien yang sempurna membutuhkan waktu dan tenaga terutama dalam hal meningkatkan pengetahuan akan adanya dimensi-dimensi keselamatan pasien. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan atau aktivitas seseorang. Hal ini bila dihubungkan dengan teori Suprpta (2012), tingkat pengetahuan merupakan faktor predisposisi dalam berperilaku positif, karena dengan pengetahuannya seseorang akan memulai mengenal dan mencoba atau melakukan suatu tindakan. Penambahan pengetahuan tidak bisa hanya dalam waktu yang singkat, tetapi harus secara terus menerus dan berkelanjutan, juga perlu ditambah dengan informasi-informasi baru, sehingga pengetahuan terus bertambah dan mendalam, karena dengan mengkristalisasinya pengetahuan akan tetap menjadikan kontrol terhadap seseorang untuk berperilaku baik.