

JURNAL ILMIAH MANAJEMEN BISNIS DAN INOVASI
UNIVERSITAS SAM RATULANGI (JMBI UNSRAT)

**PENGARUH IKLIM KESELAMATAN, SISTEM MANAJEMEN KESELAMATAN,
DAN PERILAKU KESELAMATAN TERHADAP BUDAYA KESELAMATAN STAF
KLINIS DI RS GUNUNG MARIA**

Frankly Oktavian Palendeng, Innocentius Bernarto

Universitas Pelita Harapan Jakarta

ARTICLE INFO

Keywords:

Safety culture, safety safety, safety management system, safety behavior

Kata Kunci:

Budaya Keselamatan, iklim keselamatan, sistem manajemen keselamatan, perilaku keselamatan

Corresponding author:

Frankly Oktavian Palendeng

franklyoktavian1@gmail.com

Abstract: This study aims to 1) analyze and examine the effect of safety climate on safety culture, 2) analyze and examine the effect of safety climate on safety behavior, 3) analyze and examine the effect of safety management systems on safety culture, 4) analyze and test the influence of systems safety management on safety climate, 5) analyze and test the influence of safety management systems on safety behavior, and 6) analyze and test the influence of safety behavior on safety culture. Data were collected through questionnaires which were distributed to respondents who were clinical staff at the Gunung Maria Hospital using a saturated sampling technique. Data analysis using partial least squares – structural equation modeling (PLS-SEM) using the SmartPls program. This study found that safety climate, safety management system, and safety behavior have a positive effect on safety culture. Safety management systems also have a positive influence on safety climate and safety behavior. However, it is different from the safety climate which has no effect on safety behavior.

Abstrak: Penelitian ini bertujuan untuk 1) menganalisis dan menguji pengaruh iklim keselamatan terhadap budaya keselamatan, 2) menganalisis dan menguji pengaruh iklim keselamatan terhadap perilaku keselamatan, 3) menganalisis dan menguji pengaruh sistem manajemen keselamatan terhadap budaya keselamatan, 4) menganalisis dan menguji pengaruh sistem manajemen keselamatan terhadap iklim keselamatan, 5) menganalisis dan menguji pengaruh sistem manajemen keselamatan terhadap perilaku keselamatan, dan 6) menganalisis dan menguji pengaruh perilaku keselamatan terhadap budaya keselamatan. Data dikumpulkan melalui kuesioner yang dibagikan kepada responden yang merupakan staf klinis rumah sakit Gunung Maria dengan teknik pengambilan sampel jenuh. Analisis data dengan *partial least square – structural equation modeling (PLS-SEM)* menggunakan program SmartPls. Penelitian ini mendapatkan bahwa iklim keselamatan, sistem manajemen keselamatan, dan perilaku keselamatan berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan. Sistem manajemen keselamatan juga memiliki pengaruh positif terhadap iklim keselamatan dan perilaku keselamatan. Namun lain halnya dengan iklim keselamatan yang tidak berpengaruh terhadap perilaku keselamatan.

PENDAHULUAN

Merupakan tantangan bagi rumah sakit untuk membuat banyak perubahan di dunia saat ini untuk memastikan mutu dan keselamatan perawatan bagi pasien dan karyawan rumah sakit, serta untuk mendorong pengembangan budaya keselamatan di dalam rumah sakit. Hal ini sesuai dengan tujuan organisasi rumah sakit, yang berupaya menjaga keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit, dan sumber daya manusia yang berada di dalam rumah sakit (UU Republik Indonesia, 2009). Sangat penting juga bagi rumah sakit untuk terakreditasi oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi rumah sakit yang telah ditunjuk oleh pemerintah untuk memastikan mutu layanan yang diberikan dan keselamatan setiap orang yang hadir di rumah sakit.

Akreditasi adalah proses yang melibatkan pendidikan berkelanjutan dan peningkatan kualitas, dan tujuan utamanya adalah untuk memastikan bahwa layanan kesehatan pasien terus memenuhi atau melampaui tolok ukur tertentu (Al-Awa, Al-Mazrooa, Rayes, El-Hati, Devreux, Al-Nouri & El-Deek, 2012). Ini dianggap sebagai komponen penting dan menempatkan prioritas pada keselamatan pasien dan mutu layanan yang diberikan. Selain itu, organisasi yang berpartisipasi dalam akreditasi dapat memperoleh manfaat dari peningkatan manajemen risiko, pembentukan budaya keselamatan pasien di dalam rumah sakit, pengendalian biaya, perampingan manajemen, dan pengembangan keamanan inisiatif pasien dengan mendapatkan akreditasi. Karena merupakan salah satu kriteria untuk menentukan sertifikasi, rumah sakit diharuskan untuk memasukkan budaya keselamatan ke dalam prosedur operasional mereka.

Budaya keselamatan saat ini sudah dimasukkan dalam standar penilaian akreditasi rumah sakit menurut kementerian kesehatan Indonesia (STARKES). Bahkan pengukuran budaya keselamatan merupakan salah satu penilaian akreditasi rumah sakit. Budaya keselamatan adalah komitmen dari sebuah organisasi yang digambarkan dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku individu dari kelompok dalam mengelola kesehatan dan keselamatan (Wagner, Hammer, Manser, Martus, Sturm & Rieger 2018). Istilah "budaya keselamatan" telah diberikan berbagai interpretasi oleh para peneliti dan praktisi selama bertahun-tahun. Interpretasi ini bervariasi sesuai dengan bidang keahlian peneliti atau praktisi (misalnya, ilmuwan sosial, manajer, praktisi keselamatan, pekerja), serta temuan penelitian dan/atau pengalaman praktis mereka. Sebagai hasil dari ini, banyak kerangka kerja telah dikembangkan untuk melihat, mengukur, menganalisis, mengekstrak, dan menganggap makna pada konstruksi. Budaya keselamatan secara keseluruhan saat ini sedang berada dalam keadaan darurat. Frasa "budaya keselamatan" sedang diusulkan untuk kelalaian total demi istilah "budaya organisasi" oleh sejumlah akademisi berpengaruh, yang mayoritas berasal dari tradisi akademik interpretatif. Di sisi lain, industri mencari panduan yang jelas tentang cara meningkatkan budaya keselamatan mereka. Panduan ini harus didasarkan pada model yang valid, dan dari model ini harus muncul strategi dan metodologi praktis yang telah terbukti secara ilmiah untuk mengurangi insiden kecelakaan dan cedera akibat kerja. Cooper (2016) menjelaskan bahwa budaya keselamatan memiliki tiga aspek yaitu aspek psikologi, aspek perilaku, dan aspek situasional. Dimana ketiga aspek tersebut memiliki hubungan timbal balik.

Staf klinis merupakan kelompok sumber daya manusia di rumah sakit yang memberikan asuhan pelayanan secara langsung kepada pasien yang terdiri dari tenaga medis, perawat, bidan, apoteker, nutrisisionis, analis laboratorium, keterampilan fisik, serta radiografer dan keteknisian

medis. Oleh sebab itu komitmen yang kuat dari staf klinis dibutuhkan untuk menjamin mutu pelayanan dan tentu saja keselamatan pasien dan petugas.

Rumah sakit Gunung Maria merupakan rumah sakit tipe C yang sudah terakreditasi paripurna oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) sejak 2017, dan juga telah dilakukan survey verifikasi di tahun 2018 dan 2019. Namun sejak pandemi covid-19 di tahun 2020 belum melakukan reakreditasi sampai saat ini. Terakreditasi paripurna pun tidak menjamin bahwa rumah sakit dapat terbebas dari insiden keselamatan pasien. Faktanya dalam satu tahun terakhir pada masa pandemi ini terdapat beberapa insiden keselamatan pasien yang terjadi di RS Gunung Maria.

Pentingnya penelitian ini, selain menjadi salah satu kriteria penilaian akreditasi rumah sakit, maka pengukuran budaya keselamatan sangat penting untuk mengetahui seberapa besar budaya keselamatan di rumah sakit Gunung Maria. Hal lain utama yang ingin diketahui adalah faktor-faktor yang menjadi dominan dalam pengaruhnya terhadap budaya keselamatan di rumah sakit ini, yang nantinya akan dianalisis dan dievaluasi sebagai masukan bagi pimpinan rumah sakit dalam menerapkan strategi-strategi penting dalam meningkatkan kualitas layanan dengan mengutamakan keselamatan pasien dan menurunkan angka kejadian insiden keselamatan di RS Gunung Maria.

Penelitian ini mengikuti konsep penelitian sebelumnya Liana, Lestari, Dwijayanti, dan Fauziah (2021) tentang hubungan ketiga faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan yaitu iklim keselamatan, sistem manajemen keselamatan dan perilaku keselamatan. Namun pada penelitian ini dikembangkan beberapa hipotesis baru seperti hubungan antara ketiga variabel yang memengaruhi kematangan budaya keselamatan seperti yang dikonsepsikan Cooper (2016). Perbedaan penelitian ini dengan penelitian Liana *et al* (2021) adalah jumlah populasi, instrumen pengukuran variabel, serta alat untuk menganalisis data.

Penelitian ini bertujuan untuk mengukur budaya keselamatan dengan menganalisis pengaruh iklim keselamatan, sistem manajemen keselamatan, dan perilaku keselamatan terhadap kematangan budaya keselamatan, serta menganalisis dan menguji hubungan timbal balik antara iklim keselamatan, sistem manajemen keselamatan, dan perilaku keselamatan staf klinis di rumah sakit Gunung Maria.

TINJAUAN PUSTAKA DAN PEGEMBANGAN HIPOTESIS

Budaya keselamatan

Budaya keselamatan merupakan bagian dari budaya organisasi (Morello, Lowthian & Baker, 2013) dan dapat mengarahkan perilaku individu dalam suatu organisasi (Griffin & Curcuruto, 2016). Wagner *et al* (2018) menyebutkan bahwa istilah budaya keselamatan mengacu pada komitmen dari sebuah organisasi yang digambarkan dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku individu dari kelompok dalam mengelola kesehatan dan keselamatan. Setiap unit kerja atau pelayanan dalam sebuah organisasi memiliki level keselamatan yang berbeda-beda namun dapat berdampak pada budaya keselamatan organisasi tersebut secara menyeluruh (Famolaro, Yount, dan Hare, 2018). Insiden keselamatan akan menurun bila memiliki budaya keselamatan yang baik. Cooper (2016) menyebutkan bahwa budaya keselamatan meliputi aspek psikologis, aspek situasional dan perilaku. Aspek psikologis dapat diartikan sebagai persepsi iklim keselamatan, aspek situasional dipersepsikan sebagai sistem manajemen keselamatan dan aspek perilaku dipersepsikan dalam perilaku keselamatan. Hasil penelitian Restuputri, Giraldi,

Dewi, Masudin, dan Yuliati (2021) melalui pengujian hipotesis dengan menggunakan metode analisis faktor konfirmasi ditemukan bahwa budaya keselamatan dapat diukur melalui variabel iklim keselamatan, sistem manajemen keselamatan dan perilaku keselamatan.

Komitmen untuk perbaikan berkelanjutan secara keseluruhan, mengutamakan keselamatan, kesalahan sistem dan tanggung jawab individu, mencatat insiden dan praktik terbaik, mengevaluasi insiden dan praktik terbaik, mempelajari dan membawa perubahan, komunikasi tentang masalah keselamatan, manajemen personalia dan masalah keselamatan, pendidikan dan pelatihan staf, dan kerja tim adalah aspek penting dari organisasi yang sukses (Law, Zimmerman & Baker, 2013). Dalam *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, ditemukan bahwa penentu utama budaya keselamatan pasien meliputi pelaporan insiden, komunikasi, kepemimpinan dan manajemen keselamatan pasien, staf, dan akreditasi. Untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang hubungan antara budaya keselamatan pasien dan hasil klinis, penelitian tambahan diperlukan (El-Jardali, Dimassi, Jamal, Jaafar & Hemadeh, 2011).

Iklim keselamatan

Iklim keselamatan adalah gambaran keyakinan karyawan terkait masalah-masalah dalam keselamatan (Guldenmund, 2010). Denison (dalam Neal & Griffin, 2004) menyebutkan bahwa iklim bersifat subjektif dan sementara karena berhubungan dengan pikiran, persepsi, dan perilaku. Berbeda dengan Neal *et al* (2004) yang menyebutkan bahwa iklim merupakan persepsi dari seseorang dalam hal ini karyawan dalam menilai keselamatan dalam lingkungan kerja, dan itu terpisah dengan perilaku yang menggambarkan kepercayaan individu tentang aktivitas atau objek tertentu. Iklim keselamatan didefinisikan oleh pandangan sehari-hari tentang lingkungan kerja, proses kerja, kebijakan organisasi dan manajemen serta memiliki penekanan yang lebih luas dari pada budaya keselamatan (Restuputri *et al*, 2021). Menurut Botwinick *et al* (2006), tujuh elemen budaya keselamatan adalah sebagai berikut: budaya kepemimpinan, budaya kerja tim, budaya praktik berbasis bukti, budaya komunikasi, budaya belajar, budaya adil, dan budaya berpusat pada pasien. Indikator-indikator yang membentuk iklim keselamatan adalah kerja sama, komunikasi, lingkungan kerja, pelatihan staf, pelaporan insiden, pembelajaran organisasi. Hasil penelitian Singer, Lin, dan Falwell (2009) mendapatkan rumah sakit yang memiliki iklim keamanan keseluruhan yang lebih tinggi juga memiliki insiden relatif *Patient Safety Indicators (PSI)* yang lebih rendah. Hal ini juga berlaku untuk rumah sakit yang memiliki skor unggul pada dimensi iklim keselamatan yang mengukur sentimen interpersonal yang melibatkan rasa malu dan menyalahkan. Pandangan tentang iklim keselamatan yang lebih baik yang dipegang oleh staf garis depan adalah prediktif tentang kemungkinan yang lebih rendah untuk bertemu dengan PSI, sedangkan keyakinan yang dipegang oleh manajer tingkat atas tidak.

Ree dan Wiig (2019) mendapatkan bahwa persepsi yang dimiliki karyawan tentang tuntutan pekerjaan, sumber daya yang tersedia, dan tingkat partisipasi mereka dapat memengaruhi budaya keselamatan pasien. Karyawan yang memiliki iklim kerja yang baik akan meningkatkan budaya keselamatan (Kusumapradja, 2017). Liana *et al* (2021) dalam penelitiannya menemukan bahwa iklim keselamatan memiliki hubungan yang signifikan terhadap budaya keselamatan.

H₁: Iklim keselamatan berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan

Iklim keselamatan digambarkan sebagai manifestasi budaya keselamatan individu dalam berperilaku dan menyatakan sikap. Hal tersebut dikarenakan iklim keselamatan merupakan ukuran utama budaya berupa persepsi, nilai dan sikap (Cheyne, Oliver, Thomas & Cox, 2002). Hal yang sama juga ditemukan oleh Mearns, Whitaker dan Flin (2003), dimana hubungan antara kebijakan keselamatan, prosedur, dan praktek menjadi fokus persepsi. Untuk mengurangi kesalahan atau keadaan-keadaan yang dapat mempengaruhi keselamatan sumber daya manusia dalam yang merupakan aset suatu organisasi, maka organisasi wajib membuat kebijakan dan prosedur tentang keselamatan untuk dapat dipraktikkan oleh seluruh anggota organisasi secara maksimal. Pandangan dari anggota organisasi terkait faktor situasional yang ada dalam lingkungan kerja yang disusun oleh pimpinan dapat mempengaruhi pola perilaku keselamatan kerja masing-masing anggotanya. Melalui perjalanan penelitian Cooper dan Philips (2004), hubungan empiris telah ditempa antara subset tertentu dari persepsi iklim keselamatan dan perilaku aman yang nyata. Ini juga mengungkapkan betapa rumitnya seluruh mata rantai, karena telah menunjukkan bahwa perubahan persepsi iklim tidak selalu mencerminkan perubahan tingkat kinerja perilaku keselamatan. Perubahan pandangan masyarakat tentang iklim keselamatan belum tentu mencerminkan pergeseran dalam cara orang berperilaku dalam hal keselamatan. Temuan ini menimbulkan keraguan pada sejumlah anggapan yang telah mengatur sebagian besar penelitian sebelumnya. Septiawan, Rosyidah, dan Rachman (2018) menemukan bahwa iklim keselamatan berpengaruh positif terhadap perilaku keselamatan.

H₂: Iklim keselamatan berpengaruh positif terhadap perilaku keselamatan

Sistem manajemen keselamatan

Menurut Cooper (1998) sistem manajemen keselamatan (SMS) adalah integrasi operasi atau proses dari organisasi yang dibentuk untuk memitigasi resiko dan kinerja keselamatan yang akan terjadi di masa depan serta memastikan kepatuhan terhadap regulasi pemerintah. Sistem manajemen keselamatan dapat dianggap sebagai proses yang sistematis dan komprehensif untuk secara proaktif mengelola risiko keselamatan yang mengintegrasikan operasi dan layanan teknis dengan manajemen keuangan dan sumber daya manusia. Dengan demikian mereka mengarah pada tujuan dan tindakan terfokus yang diharapkan dapat mengurangi insiden. Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) adalah 'bagian dari sistem manajemen secara keseluruhan yang meliputi struktur organisasi perencanaan, tanggung jawab, pelaksanaan, prosedur proses dan sumber daya yang dibutuhkan bagi pengembangan pencapaian, pengkajian dan pemeliharaan kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja dalam rangka pengendalian resiko yang berkaitan dengan kegiatan kerja guna terciptanya tempat kerja yang aman' (Peraturan pemerintah, 2012). Kesimpulannya regulasi, kepemimpinan, dan manajemen resiko merupakan indikator-indikator yang membentuk sistem manajemen keselamatan.

Kepemimpinan yang transformasional memiliki pengaruh yang luar biasa terhadap budaya keselamatan pasien dan tingkat keterlibatan karyawan dalam layanan *home care* (Ree *et al*, 2019). Penelitian Marshall *et al* (2017) menunjukkan bahwa sistem manajemen keselamatan seperti regulasi dan manajemen resiko yang kuat berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan. Faktor situasional memiliki dampak paling signifikan pada budaya

keselamatan dan indikator yang paling berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan adalah indikator kepatuhan dan manajemen risiko (Liana *et al*, 2021).

H₃: Sistem manajemen keselamatan berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan

Iklim keselamatan adalah pandangan anggota organisasi dalam lingkungan kerjanya terhadap pimpinan organisasi yang terdiri dari seperti kebijakan, prosedur dan teknis dari pekerjaan yang berhubungan dengan pelaksanaan keselamatan kerja. Salah satu indikator penting budaya keselamatan organisasi adalah iklim keselamatan. Perlu ditekankan bahwa persepsi anggota organisasi terhadap peran pimpinan dalam melaksanakan program keselamatan adalah iklim keselamatan. Neal dan Griffin (2004) menunjukkan bahwa kepemimpinan merupakan penentu penting dalam menciptakan iklim keselamatan. Kepemimpinan yang transformatif akan berperan penting dalam menciptakan iklim keselamatan yang sehat karena dapat memotivasi anggota organisasi untuk melakukan segala tindakan dalam pekerjaan mereka dengan aman. Faktor-faktor yang mempengaruhi iklim keselamatan adalah faktor manajerial seperti kebijakan, sistem dan prosedur dari organisasi, komitmen, serta gaya kepemimpinan dalam menciptakan keselamatan.

H₄: Sistem manajemen keselamatan berpengaruh positif terhadap iklim keselamatan

Perilaku karyawan dipengaruhi oleh kesadaran karyawan untuk melakukan tindakan yang aman, dan juga sebagai prediktor penting dari kinerja tentang keselamatan. Karena itu, diharapkan kepatuhan dan partisipasi keselamatan dapat digunakan sebagai prediktor perilaku keselamatan. Sistem manajemen keselamatan yang baik akan mempengaruhi perilaku keselamatan karyawan. Regulasi dan kebijakan, kepemimpinan transformal akan mempengaruhi perilaku karyawan yang tidak aman. Awaludin, Fachrin, dan Haerudin (2019) menemukan adanya pengaruh yang signifikan komitmen dan kebijakan keselamatan terhadap perilaku keselamatan karyawan.

H₅: Sistem manajemen keselamatan berpengaruh positif terhadap perilaku keselamatan

Perilaku keselamatan

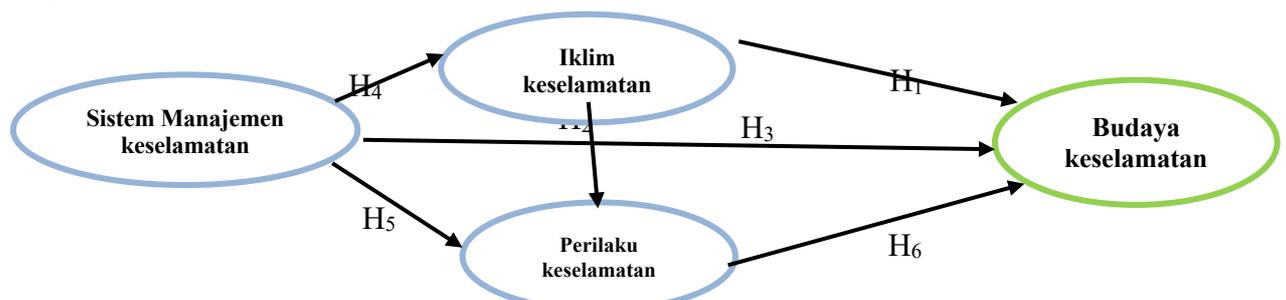
Perilaku keselamatan merupakan tindakan dari individu dalam suatu organisasi saat menemukan isu-isu terkait keselamatan atau kecelakaan kerja. Identifikasi *unsafe behaviour* menjadi fokus utama dalam perilaku keselamatan (Sentral sistem consulting, 2012). Perilaku tidak aman merupakan jenis perilaku yang menyebabkan kecelakaan seperti bekerja dengan tidak memprioritaskan keselamatan, melakukan pekerjaan tanpa izin serta tidak sesuai prosedur keselamatan, menghiraukan alat pelindung keselamatan, menggunakan peralatan tidak standar, bertindak kasar, tidak memiliki pengetahuan tentang pekerjaan yang akan dikerjakan, cacat tubuh atau keadaan dengan emosi yang tidak stabil (Setiawan & Agustina, 2014). Dalam menurunkan resiko terjadinya insiden di tempat kerja, para pekerja harus mengetahui batasan-batasan serta regulasi yang dikeluarkan pimpinan organisasi.

Indikator-indikator dari perilaku keselamatan adalah kepatuhan keselamatan dan partisipasi keselamatan (Neal *et al*, 2004), dan perilaku yang mengganggu keselamatan. Istilah kepatuhan keselamatan digunakan untuk menggambarkan teknis apa yang akan dikerjakan oleh setiap anggota organisasi dalam menjaga keselamatan di tempat kerjanya. Perilaku ini termasuk

mematuhi standar prosedur kerja dan memakai alat pelindung diri. Sedangkan partisipasi keselamatan digambarkan oleh perilaku yang dapat menciptakan lingkungan kerja yang mendukung keselamatan, atau secara tidak langsung berkontribusi pada keselamatan anggota organisasi itu sendiri. Ada banyak pekerjaan yang sengaja ditujukan untuk meningkatkan perilaku keselamatan pekerja industri yang biasa disebut keselamatan perilaku atau keamanan berbasis perilaku (Grindle, Dickinson & Boettcher, 2000). Meta-analisis menunjukkan dampak yang sangat besar yang dapat dibuktikan pada perilaku keselamatan dan tingkat cedera (Cooper, 2009), meskipun ada perbedaan dalam besarnya dampak antara desain intervensi, dan pengaturan (yaitu statis versus dinamis). Meskipun demikian, hasil ini berlaku untuk proyek konstruksi skala besar yang melibatkan puluhan ribu warga negara pihak ketiga (Cooper, 2010) dan proyek skala kecil dalam keselamatan pasien (Cooper, Farmery, Johnson, Harper, Clarke, Holton, Wilson, Rayson & Bench, 2005). Tidak ada studi yang dilaporkan secara khusus ditujukan untuk perilaku keselamatan dan hasil insiden. Namun, jelas, pendekatan perilaku yang bertujuan untuk meningkatkan perilaku keselamatan dan mengurangi cedera sangat berhasil.

H₆: Perilaku keselamatan berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan

Berdasarkan hipotesis-hipotesis di atas maka dibentuklah model konseptual penelitian seperti gambar 1.



Gambar 1. Model konseptual penelitian

Sumber: Pengembangan konsep budaya keselamatan oleh Cooper (2016)

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kausalitas eksplanatori dengan pendekatan *cross sectional*, untuk menjelaskan hubungan antara variabel melalui pengujian enam hipotesis berdasarkan kerangka konseptual penelitian. Objek penelitian adalah budaya keselamatan staf klinis rumah sakit Gunung Maria. Unit analisis yang diteliti adalah individual, dengan target populasi semua staf klinis yang bekerja di rumah sakit Gunung Maria pada periode Desember 2022. Data dikumpulkan melalui kuesioner dalam bentuk formulir elektronik yang dibagikan kepada responden yang merupakan staf klinis rumah sakit Gunung Maria yang berjumlah 248 responden dengan teknik pengambilan sampel jenuh. Variabel iklim keselamatan, sistem manajemen keselamatan dan perilaku keselamatan menggunakan gabungan dari kuesioner *Safety, Communication, Operational Reliability and Engagement survey (SCORE)*, *Hospital Survey on Patient Safety Culture survey (HOPSC)*, dan instrumen Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES). Sedangkan variabel budaya keselamatan menggunakan *Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)*. Pernyataan dalam kuesioner berupa kalimat terbuka dengan menggunakan skala likert interval lima, yang disebarkan menggunakan google form melalui aplikasi whatsapp kepada responden. Penelitian ini berdasarkan modifikasi teori budaya keselamatan. Terdapat tiga variabel yang mempengaruhi

maturitas budaya keselamatan yaitu pertama: iklim keselamatan yang terdiri dari enam indikator yaitu kerja sama, komunikasi, lingkungan kerja, pelatihan, pelaporan insiden, dan pembelajaran organisasi. Kedua, sistem manajemen keselamatan yang terdiri atas indikator regulasi, kepemimpinan, dan manajemen resiko. Terakhir, perilaku keselamatan yang terdiri dari indikator kepatuhan keselamatan, partisipasi keselamatan, dan perilaku mengganggu. Analisis data dilakukan dengan pendekatan *partial least square – structural equation modeling (PLS-SEM)* dengan bantuan program *SmartPls*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Kuesioner dibagikan kepada 250 orang staf klinis di rumah sakit Gunung Maria dan terkumpul sebanyak 250 jawaban kuesioner juga.

Tabel 2. Profil responden

<i>Karakteristik responden</i>	<i>Jumlah (presentasi)</i>	<i>Karakteristik responden</i>	<i>Jumlah (presentasi)</i>
Jenis kelamin		Lama bekerja	
• Laki-laki	64 (25,6%)	• < 1 tahun	29 (11,6%)
• Perempuan	186 (74,4%)	• 1-5 tahun	103 (41,2%)
Usia		• 6-10 tahun	56 (22,4%)
• ≤ 20 tahun	0 (0%)	• 11-15 tahun	13 (5,2%)
• 21-30 tahun	129 (51,6%)	• 16-20 tahun	16 (6,4%)
• 31-40 tahun	65 (26%)	• 21-25 tahun	18 (7,2%)
• 41-50 tahun	37 (14,8%)	• > 25 tahun	15 (6%)
• > 50 tahun	19 (7,6%)	Unit kerja	
Status kepegawaian		• Instalasi gawat darurat (IGD)	28 (11,2%)
• Magang	16 (6,4%)	• Instalasi rawat jalan (IRL)	25 (10%)
• Pegawai kontrak	46 (18,4%)	• Instalasi rawat inap (IRINA)	107 (42,8%)
• Pegawai tetap	176 (70,4%)	• Intensive care unit (ICU)	15 (6%)
• Harian lepas	12 (4,8%)	• Instalasi bedah dan anestesi	23 (9,2%)
Profesi		• Instalasi/ unit penunjang lain	52 (20,8%)
• Dokter	41 (16,4%)	Jam kerja per minggu	
• Perawat	137 (54,8%)	• 35-42 jam	120 (48%)
• Apoteker	8 (3,2%)	• 43-50 jam	93 (37,2%)
• Dietisien	6 (2,4%)	• > 50 jam	37 (14,8%)
• Analis	8 (3,2%)		
• Radiografer	3 (1,2%)		
• Fisioterapis	5 (2%)		
• Bidan	17 (6,8%)		
• Tenaga penunjang lain	25 (10%)		

Sumber: hasil pengolahan data

Berdasarkan tabel diatas ditemukan bahwa responden terbanyak berjenis kelamin perempuan, rentang usia terbanyak di 21-30 tahun, serta status kepegawaian sebagai pegawai tetap mendominasi responden yang mengisi kuesioner. Profesi staf klinis didominasi oleh perawat dan lama bekerja di rumah sakit Gunung Maria paling banyak adalah sekitar 1-5 tahun. Responden paling banyak kerja di instalasi rawat inap serta jam kerja normal yaitu sekitar 35-42 jam per minggu merupakan jam kerja terbanyak dari seluruh responden.

Diskripsi konstruk penelitian

Hasil deskripsi konstruk penelitian dari setiap pertanyaan yang menggunakan skala likert rentang 1 – 5 didapatkan bahwa nilai rata-rata iklim keselamatan adalah 4,007 (setuju), dengan nilai tertinggi pada item IK37 dan nilai terendah ada pada item IK32. Nilai rata-rata sistem manajemen keselamatan adalah 4,123 (setuju), dengan nilai tertinggi pada item MK2 dan nilai

terendah ada pada item MK7. Nilai rata-rata perilaku keselamatan adalah 4,260 (sangat setuju), dengan nilai teringgi pada item PK4 dan PK6 serta nilai terendah ada pada item PK11. Nilai rata-rata budaya keselamatan adalah 4,194 (baik) mendekati sangat baik, dengan nilai teringgi pada item BK2 dan nilai terendah ada pada item BK8.

Evaluasi model pengukuran

Tahap ini dilakukan penilaian terhadap validitas dan reabilitas dari model yang memiliki indikator reflektif pada seluruh jumlah sampel yang sesungguhnya yaitu $n=250$ responden. Terdapat dua jenis penilaian dalam penelitian ini yaitu validitas konvergen dan reabilitas konstruk, serta validitas diskriminan.

Uji validitas item-item dalam masing-masing konstruk menghasilkan tujuh item valid dari 42 item konstruk iklim keselamatan yang diuji, 20 item valid dari 21 item konstruk sistem manajemen keselamatan, delapan item valid dari 12 item konstruk perilaku keselamatan yang diuji dan semua item konstruk budaya keselamatan yakni sebanyak 10 item lulus uji validasi. Sedangkan secara keseluruhan nilai *average variance of extracted (AVE)* dari konstruk lebih dari 5 yang artinya memiliki validitas konvergen yang baik. Kemudian secara keseluruhan konstruk iklim keselamatan, sistem manajemen keselamatan, perilaku keselamatan, dan budaya keselamatan memiliki tingkat reabilitas pada tingkat konstruk yang dapat diterima.

Tabel 3. Validitas konvergen dan reabilitas

Konstruk dan item	<i>Outer loading</i>
<i>Iklim keselamatan (AVE= 0,686; CR= 0,926; CA= 0,923)</i>	
IK32 Kami sering melaporkan kejadian nyaris cedera dimana kesalahan didapat dan diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien ke atasan/ manajemen dan komite mutu RS	0,752
IK37 Ketika ada suatu kejadian, maka saya melaporkan kejadian tersebut sesuai dengan prosedur	0,789
IK38 Lingkungan belajar dalam pengaturan kerja ini memanfaatkan masukan/saran dari orang-orang yang bekerja di sini	0,815
IK39 Lingkungan belajar dalam pengaturan kerja ini mengintegrasikan pelajaran yang dipetik dari pengaturan kerja lainnya	0,854
IK40 Lingkungan belajar dalam pengaturan kerja ini secara efektif memperbaiki cacat untuk meningkatkan kualitas dari apa yang kita lakukan	0,873
IK41 Lingkungan belajar dalam pengaturan kerja ini memungkinkan kita untuk mendapatkan wawasan penting tentang apa yang kita lakukan dengan baik	0,866
IK42 Lingkungan belajar dalam pengaturan kerja ini dilindungi oleh manajemen lokal kami	0,841
<i>Sistem manajemen keselamatan (AVE= 0,631; CR= 0,970; CA= 0,969)</i>	
MK1 RS memiliki peraturan tentang peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen resiko	0,790
MK2 RS memiliki panduan dan/ atau program peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen resiko	0,846
MK3 RS memiliki standar prosedur operasional tentang peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen resiko	0,863
MK4 Kami mendapatkan informasi tentang regulasi dengan mengikuti sosialisasi yang selenggarakan RS	0,808

MK5	Saya paham tentang regulasi yang dikeluarkan pimpinan RS	0,703
MK6	Saya selalu mematuhi regulasi yang dikeluarkan pimpinan RS	0,714
MK7	Atasan/ manajer kami memuji apabila staf bekerja sesuai dengan prosedur keselamatan pasien	0,704
MK8	Atasan/ manajer kami mempertimbangkan usulan staf dengan serius untuk memperbaiki keselamatan pasien	0,707
MK9	Atasan/ manajer saya memiliki visi misi serta perencanaan strategis tentang keselamatan pasien	0,781
MK11	Atasan/ manejer saya akan memberikan surat peringatan apabila masalah keselamatan pasien terjadi berulang kali	0,774
MK12	Atasan/ manajer saya akan mempromosikan atau mensosialisasikan tentang keselamatan pasien	0,851
MK13	Tindakan atasan/ manajemen saya memperlihatkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas tertinggi	0,837
MK14	Dalam membuat suatu program, atasan/ manajer saya akan melibatkan stafnya	0,757
MK15	Pimpinan RS menjamin kepatuhan kami terhadap regulasi tentang keselamatan pasien	0,810
MK16	Prosedur dan sistem kami bagus dalam mencegah terjadinya kesalahan	0,804
MK17	Manajemen RS menjalankan sistem keselamatan pasien bukan hanya sesudah terjadi kejadian yang tidak diharapkan melainkan sebelum kejadian terjadi	0,822
MK18	Manajemen RS melakukan indentifikasi resiko dengan membuat daftar resiko	0,851
MK19	Manajemen RS melakukan analisis resiko dengan membuat grading untuk prioritas penanganan	0,765
MK20	Manajemen RS membuat dan menerapkan rencana tindak lanjut atas resiko yang ditemui	0,826
MK21	Manajemen RS melakukan monitoring evaluasi terhadap resiko	0,842
<i>Perilaku keselamatan (AVE= 0,682; CR= 0,934; CA= 0,933)</i>		
PK1	Saya bersedia mematuhi seluruh peraturan tentang keselamatan pasien	0,835
PK2	Saya melakukan hand hygiene pada lima momen penting saat melayani pasien	0,850
PK3	Saya menggunakan APD sesuai level dalam prosedur yang dikeluarkan RS	0,783
PK4	Saya melakukan identifikasi pasien setiap akan melakukan tindakan terhadap pasien	0,867
PK5	Saya memeriksa kembali obat-obatan sebelum memberikan kepada pasien	0,798
PK6	Saya mendukung program peningkatan mutu dan keselamatan pasien	0,858
PK7	Saya turut mempromosikan tentang program peningkatan mutu dan keselamatan pasien	0,842
PK8	Saya berperan serta dalam mengevaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien	0,770
<i>Budaya keselamatan (AVE= 0,698; CR= 0,954; CA= 0,952)</i>		
BK1	Komitmen RS untuk peningkatan mutu	0,810
BK2	Penerapan keselamatan pasien yang menjadi prioritas RS	0,752
BK3	Beberapa sistem dan program keselamatan pasien yang dipertanggungjawabkan RS	0,803
BK4	Pelaporan insiden	0,864
BK5	Evaluasi masalah dan insiden	0,850
BK6	Pembelajaran dan perubahan sistem akibat insiden	0,881
BK7	Kualitas pembagian informasi dan komunikasi terkait keselamatan pasien	0,870

BK8	Penyelesaian masalah antara keselamatan manajemen sumber daya manusia	0,896
BK9	Pendidikan dan pelatihan staf tentang keselamatan pasien	0,858
BK10	Kerja sama tim dalam mendukung keselamatan pasien	0,758

Keterangan: *AVE* = average variance of extracted >0,5; *CR* = composite reliability >0,7; *CA* = Cronbach's alpha >0,7; outer loading >0,7 (Hair et al, 2017).

Sumber : Hasil pengolahan data

Pengukuran berikutnya adalah pengujian validitas diskriminan dengan menilai kriteria Fornell Larcker dan kriteria heterotrait-monotrait (HTMT). Berdasarkan tabel 3 maka evaluasi validitas diskriminan untuk variabel korelasi atau kriteria Fornell Larcker terpenuhi. Begitu juga kriteria HTMT terpenuhi, artinya varians yang dibagi oleh variabel lebih tinggi terhadap item pengukurannya sendiri dibandingkan dibagi item variabel lainnya.

Tabel 3. Validitas diskriminan

	Budaya keselamatan	Iklim keselamatan	Perilaku keselamatan	Sistem manajemen keselamatan
Kriteria HTMT				
Budaya keselamatan				
Iklim keselamatan	0,648			
Perilaku keselamatan	0,684	0,642		
Sistem manajemen keselamatan	0,728	0,858	0,797	

Keterangan: Nilai Fornell Larcker <0,9; HTMT = heterotrait-monotrait <0,9 (Hair et al, 2017)

Sumber : Hasil pengolahan data

Evaluasi model struktural

Penelitian ini menggunakan model pengukuran reflektif dengan menguji hubungan antar variabel. Evaluasi yang dilakukan adalah melihat hasil dari besar koefisien jalur antar variabel, besar koefisien determinan, besar ukuran efek level struktural, serta relevansi dari prediksi variabel eksogen terhadap variabel endogen. Namun sebelumnya juga dilakukan uji kolineritas/ *Variance Inflation Factor (VIF)*.

Tabel 4. *Variance Inflation Factor (VIF)*

Konstruk eksogen	Budaya keselamatan	Iklim keselamatan	Perilaku keselamatan
Budaya keselamatan			
Iklim keselamatan	2,957		2,952
Perilaku keselamatan	2,383		
Sistem manajemen keselamatan	4,475	1,000	2,952

Sumber: Hasil pengolahan data

Tabel 4 yang memperlihatkan nilai uji kolineritas <5 pada semua konstruk, artinya bebas dari kolineritas sehingga evaluasi model struktur bisa dilanjutkan untuk dilakukan analisis.

Tabel 5. Nilai *Path coefficient*

Hipotesis	<i>Path Coefficient</i>	Keputusan
H ₁ Iklim keselamatan berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan	0,125	Didukung
H ₂ Iklim keselamatan berpengaruh positif terhadap perilaku keselamatan	-0,047	Tidak didukung

H ₃	Sistem manajemen keselamatan berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan	0,389	Didukung
H ₄	Sistem manajemen keselamatan berpengaruh positif terhadap iklim keselamatan	0,813	Didukung
H ₅	Sistem manajemen keselamatan berpengaruh positif terhadap perilaku keselamatan	0,800	Didukung
H ₆	Perilaku keselamatan berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan	0,280	Didukung

Sumber: Hasil pengolahan data

Tabel 5 menunjukkan bahwa hipotesis iklim keselamatan, sistem manajemen keselamatan, dan perilaku keselamatan berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan telah didukung. Penelitian ini juga mendukung hipotesis sistem manajemen keselamatan berpengaruh positif terhadap iklim keselamatan dan perilaku keselamatan. Sedangkan dari enam hipotesis yang diuji terdapat satu hipotesis yang tidak mendukung yaitu pengaruh iklim keselamatan terhadap perilaku keselamatan. Variabel yang paling berpengaruh terhadap variabel budaya keselamatan adalah variabel sistem manajemen keselamatan. Begitu juga untuk variabel perilaku keselamatan, dimana variabel yang paling berpengaruh adalah sistem manajemen keselamatan.

Tabel 6. Efek tidak langsung spesifik

Variabel	Path Coefficient
Sistem manajemen keselamatan → iklim keselamatan → perilaku keselamatan → budaya keselamatan	-0,011
Sistem manajemen keselamatan → iklim keselamatan → budaya keselamatan	0,102
Sistem manajemen keselamatan → perilaku keselamatan → budaya keselamatan	0,224
Sistem manajemen keselamatan → iklim keselamatan → perilaku keselamatan	-0,038
Iklim keselamatan → perilaku keselamatan → budaya keselamatan	-0,013

Sumber: Hasil pengolahan data

Dapat dilihat dari tabel 6, bahwa variabel iklim keselamatan yang sebelumnya berpengaruh positif langsung terhadap variabel budaya keselamatan, namun setelah dimediasi oleh variabel perilaku keselamatan menjadi tidak berpengaruh terhadap budaya keselamatan. Begitu juga dengan sistem manajemen keselamatan yang sebelumnya berpengaruh positif langsung terhadap budaya keselamatan, namun setelah dimediasi oleh variabel iklim keselamatan dan perilaku keselamatan menjadi tidak berpengaruh. Sama halnya dengan variabel sistem manajemen keselamatan yang sebelumnya berpengaruh positif langsung terhadap perilaku keselamatan, namun saat dimediasi oleh variabel iklim keselamatan menjadi tidak berpengaruh positif. Lain halnya dengan pengaruh variabel sistem manajemen keselamatan yang dimediasi variabel iklim keselamatan dan perilaku keselamatan secara terpisah terhadap variabel budaya keselamatan yang masih memberikan pengaruh positif.

Tabel 7. Nilai *f-square*

Variabel/ konstruk	Budaya keselamatan	Iklim keselamatan	Perilaku keselamatan
Budaya keselamatan			
Iklim keselamatan	0,011		0,002
Perilaku keselamatan	0,071		
Sistem manajemen keselamatan	0,073	1,952	0,516

Keterangan: Pedoman untuk menilai *f-square* (efek) adalah bahwa nilai 0,02 (=kecil), 0,15 (=sedang), dan 0,35 (=besar) (Hair *et al.*, 2017).

Sumber: Hasil pengolahan data

Variabel eksogen iklim keselamatan tidak memiliki pengaruh pada level struktural terhadap variabel endogen budaya keselamatan dan perilaku keselamatan dapat dilihat pada tabel 7. Selain itu, variabel eksogen perilaku keselamatan dan sistem manajemen keselamatan memiliki pengaruh level struktural kecil terhadap variabel endogen budaya keselamatan. Berbeda dengan variabel eksogen sistem manajemen keselamatan yang memiliki pengaruh level struktural yang tinggi terhadap variabel endogen iklim keselamatan dan perilaku keselamatan.

Berdasarkan tabel 8 didapatkan nilai *R-square* variabel eksogen iklim keselamatan, iklim keselamatan, dan perilaku keselamatan terhadap variabel endogen budaya keselamatan adalah 53,4%. Kemudian nilai *R square* variabel eksogen sistem manajemen keselamatan terhadap variabel endogen iklim keselamatan adalah 66,1%. Nilai *R square* variabel eksogen sistem manajemen keselamatan dan iklim keselamatan terhadap variabel endogen perilaku keselamatan adalah 58,0%. Dengan demikian nilai *R square* untuk masing-masing model termasuk dalam kategori moderat

Tabel 8. *Coefficient of determinant (R-square) dan predictive relevance (Q-square)*

Konstruk endogen	<i>R-square</i>	<i>Q-square</i>
Budaya keselamatan	0,534	0,479
Iklim keselamatan	0,661	0,659
Perilaku keselamatan	0,580	0,577

Keterangan: Sebagai ukuran relatif dari *R-square* konstruk endogen, nilai 0,25 (=lemah), 0,50 (=moderat), dan 0,75 (=kuat) sedangkan *Q-square* konstruk endogen, nilai 0,02 (=kecil), 0,25 (=sedang), dan 0,5 (=besar) (Hair *et al.*, 2017).

Sumber: Hasil pengolahan data

Nilai *Q square* untuk variabel endogen budaya keselamatan adalah 47,9% yang artinya memiliki validitas *predictive relevance* moderat. Sedangkan bahwa nilai *Q square* untuk variabel endogen iklim keselamatan adalah 65,9% dan variabel eksogen perilaku keselamatan adalah 57,7% yang artinya memiliki validitas *predictive relevance* besar.

Pembahasan

Berdasarkan karakteristik responden staf klinis rumah sakit Gunung Maria menunjukkan telah cukup mengenal operasional rumah sakit dengan baik. Hasil pengukuran budaya keselamatan di rumah sakit Gunung Maria memiliki kategori baik bahkan hampir mendekati sangat baik. Pelaporan insiden dan lingkungan kerja yang merupakan bagian dari iklim keselamatan juga dinilai dalam kategori baik. Sama halnya dengan sistem manajemen keselamatan yang diwakili oleh adanya regulasi, kepemimpinan, dan manajemen resiko dinilai baik. Sedangkan perilaku keselamatan seperti kepatuhan keselamatan dan partisipasi keselamatan dikategorikan sangat baik. Hal tersebut dikarenakan rumah sakit Gunung Maria sudah pernah terakreditasi paripurna. Adapun budaya keselamatan dipengaruhi oleh proses akreditasi (Hapsari & Syaaf, 2019).

Hasil uji hipotesis pertama menyebutkan bahwa iklim keselamatan memiliki pengaruh positif terhadap budaya keselamatan. Hal ini serupa dengan penelitian Kusumapradja (2017) dimana karyawan yang memiliki iklim kerja yang baik akan meningkatkan budaya keselamatan. Iklim keselamatan memiliki hubungan yang signifikan terhadap kematangan

budaya keselamatan di lima rumah sakit rujukan covid di Jakarta (Liana *et al*, 2021). Dalam penelitian ini ditemukan bahwa item pertanyaan yang berhubungan dengan indikator pelaporan insiden adalah 'Ketika ada suatu kejadian, maka saya melaporkan kejadian tersebut sesuai dengan prosedur' memiliki nilai mean tertinggi dalam variabel iklim keselamatan. Liana (2021) menyebutkan salah satu indikator iklim keselamatan yang mempengaruhi budaya keselamatan adalah pelaporan insiden.

Hasil uji hipotesis kedua menyebutkan bahwa iklim keselamatan tidak berpengaruh terhadap perilaku keselamatan. Hal ini berlawanan dengan penelitian yang dilakukan Septiawan *et al* (2018) bahwa iklim keselamatan berpengaruh positif terhadap perilaku keselamatan. Penelitian Agnew, Flin & Mearns (2013) dan Law *et al* (2013) menemukan bahwa iklim keselamatan mempengaruhi kepatuhan perkerja dalam berperilaku keselamatan. Iklim keselamatan yang baik berhubungan dengan performa keselamatan yang baik. Namun seperti penelitian ini, Cooper (2010) menjelaskan kritik khusus terhadap model budaya keselamatan ini, yaitu menganggap ada hubungan langsung dan searah antara asumsi dan sikap, serta antara sikap dan perilaku. Ini adalah kelemahan utama dalam model, yang merupakan salah satu alasan utama mengapa telah dikritik. Telah ditunjukkan bahwa paradigma sebab-akibat yang lugas ini sepenuhnya tidak cukup dengan kaitannya dengan penghindaran kecelakaan: Atas dasar 596 intervensi, dampak yang secara substansial lebih kuat diidentifikasi ketika situasi diubah untuk mempengaruhi perilaku, sementara upaya untuk mengubah sikap untuk mempengaruhi perilaku ditemukan memiliki hasil yang lebih lemah. Pada tingkat yang sama, tingkat perubahan sikap dan persepsi tidak selalu sesuai dengan besarnya perubahan nyata dalam perilaku keselamatan karyawan (Webb *et al*, 2006). Melalui perjalanan penelitian Cooper *et al* (2004), hubungan empiris telah ditempa antara subset tertentu dari persepsi iklim keselamatan dan perilaku aman yang nyata. Perubahan pandangan masyarakat tentang iklim keselamatan belum tentu mencerminkan pergeseran dalam cara orang berperilaku dalam hal keselamatan. Temuan ini menimbulkan keraguan pada sejumlah anggapan yang telah mengatur sebagian besar penelitian sebelumnya.

Hasil analisis berikutnya menyatakan bahwa sistem manajemen keselamatan berpengaruh secara langsung terhadap budaya keselamatan, iklim keselamatan dan perilaku keselamatan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Ree *et al* (2019) dimana kepemimpinan transformasional memiliki pengaruh yang luar biasa terhadap budaya keselamatan pasien dan tingkat keterlibatan karyawan dalam pelayanan. Penelitian Marshall *et al* (2017) menunjukkan bahwa sistem manajemen keselamatan seperti regulasi dan manajemen resiko yang kuat berpengaruh positif terhadap kematangan budaya keselamatan. Neal *et al* (2004) menemukan faktor-faktor yang mempengaruhi iklim keselamatan adalah faktor manajerial seperti kebijakan organisasi, sistem dan prosedur, manajemen dan gaya kepemimpinan, dan komitmen manajemen untuk keselamatan. Awaludin *et al* (2019) menemukan adanya pengaruh yang signifikan komitmen dan kebijakan keselamatan terhadap perilaku keselamatan karyawan. Penelitian ini menunjukkan bahwa sistem manajemen keselamatan merupakan faktor paling besar jika dibandingkan iklim keselamatan dan perilaku keselamatan dalam pengaruhnya budaya keselamatan di rumah sakit Gunung Maria. Selaras dengan penelitian Liana *et al* (2021) yang menemukan faktor situasional atau sistem manajemen keselamatan memiliki dampak paling signifikan pada budaya keselamatan dan indikator yang paling berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan adalah indikator kepatuhan dan manajemen risiko.

Hasil analisis yang terakhir didapatkan bahwa perilaku keselamatan berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan. Hal serupa didapatkan pada penelitian Liana (2021) menyebutkan bahwa perilaku keselamatan berpengaruh signifikan terhadap budaya keselamatan. Indikator-indikator dari perilaku keselamatan adalah kepatuhan keselamatan dan partisipasi keselamatan (Neal et al, 2004). Meta-analisis menunjukkan dampak yang sangat besar yang dapat dibuktikan pada perilaku keselamatan dan tingkat cedera (Cooper, 2009).

Penelitian ini juga menjelaskan bahwa *effect size* level struktural sistem manajemen keselamatan terhadap iklim keselamatan dan perilaku keselamatan adalah besar. Artinya bila ada kebijakan atau program-program tentang keselamatan terutama bila disertai kepemimpinan dan manajemen resiko yang baik maka akan mendorong peningkatan dari iklim keselamatan serta meningkatkan perilaku keselamatan termasuk kepatuhan dan partisipasi staf klinis terhadap keselamatan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa besar pengaruh iklim keselamatan, sistem manajemen keselamatan, perilaku keselamatan terhadap budaya keselamatan sebesar 53,4%, termasuk pengaruh moderat. Begitu juga besar pengaruh iklim keselamatan dan sistem manajemen keselamatan terhadap perilaku keselamatan sebesar 58%, termasuk kategori moderat. Sedangkan besar pengaruh sistem manajemen sendiri tanpa faktor lain sudah bisa memberikan pengaruh sebesar 66,1% apalagi jika ditambahkan dengan faktor-faktor lain.

Penelitian ini juga menemukan bahwa iklim keselamatan dan perilaku keselamatan memiliki nilai *predictive relevant* yang besar. Artinya setiap perubahan dari sistem manajemen keselamatan bisa memprediksi perubahan-perubahan pada iklim keselamatan. Begitu juga dengan perubahan-perubahan pada perilaku keselamatan dapat diprediksi oleh perubahan-perubahan yang terjadi pada sistem manajemen keselamatan dan iklim keselamatan.

KESIMPULAN

Implikasi manajerial

Temuan penelitian keselamatan dan pengalaman praktis telah menunjukkan bahwa regulasi yang baik, kepemimpinan yang efektif, serta manajemen resiko yang baik dapat berkontribusi baik terhadap keselamatan pasien dalam berbagai cara, seperti yang ditunjukkan oleh temuan penelitian yang disebutkan di atas. Selain itu, temuan penelitian dan pengalaman yang disebutkan di atas telah menunjukkan bahwa sistem manajemen keselamatan yang efektif dapat berkontribusi baik terhadap laba perusahaan melalui efektivitas dan efisiensi sumber daya. Jika semua strategi yang diuraikan dalam artikel ini diberlakukan, bisnis akan melihat pengurangan jumlah total insiden serta peningkatan dalam keseluruhan budaya keselamatan yang ada dalam rumah sakit. Jika semua teknik ini diterapkan, maka organisasi akan melihat efek *spillover* yang baik di bidang kualitas, produktivitas, integritas aset, dan penghematan biaya. Budaya keselamatan mengacu pada komitmen dari sebuah organisasi yang digambarkan dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku individu dari kelompok dalam mengelola kesehatan dan keselamatan.

Keyakinan, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang membentuk budaya keselamatan organisasi merupakan produk dari interaksi antara individu dan kelompok dalam organisasi. Interaksi ini dapat terjadi di setiap tingkat organisasi, dari individu hingga tingkat organisasi. Rumah sakit yang memiliki budaya keselamatan yang baik ditandai dengan memiliki komunikasi internal yang didasarkan pada rasa saling percaya, memiliki perspektif

yang sama tentang relevansi keselamatan, dan memiliki keyakinan pada efektivitas tindakan pencegahan. Sistem manajemen keselamatan yang kuat, kepemimpinan yang efektif, dan manajemen resiko yang baik adalah tiga karakteristik yang membentuk kematangan budaya keselamatan.

Keterbatasan dan saran penelitian berikutnya

Penelitian ini memiliki keterbatasan seperti terdapat banyak item yang mewakili iklim keselamatan tidak valid, sehingga ada beberapa indikator dari iklim kesehatan yang harus dihilangkan sehingga tidak dapat mengukur indikator-indikator tersebut seperti kerjasama tim, komunikasi, lingkungan kerja, dan pelatihan staf. Begitu juga dengan indikator perilaku mengganggu keselamatan pada variabel perilaku keselamatan dimana semua item yang mewakili tidak valid. Hal ini mungkin disebabkan oleh perbedaan persepsi dan pemahaman responden terhadap item-item pertanyaan dalam kuesioner, mengingat validitas dan reliabilitas instrumen untuk mengukur budaya keselamatan telah diverifikasi melalui pengujian ekstensif dan sudah digunakan oleh beberapa peneliti internasional. Untuk itu mungkin pemilihan kata dalam kalimat pertanyaan jangan memberikan arti lebih dari satu, jelas serta dapat dimengerti oleh responden.

Dengan melihat nilai R-square yang moderat, maka perlu dieksplorasi lagi variabel-variabel lain yang dapat mempengaruhi budaya keselamatan yang nantinya akan berguna untuk penentuan strategi rumah sakit dalam menurunkan insiden keselamatan dengan meningkatkan budaya keselamatan. Disamping itu penelitian model formatif dengan melibatkan dimensi-dimensi dari budaya keselamatan, serta mengeksplorasi pengaruh mutu dan manajemen resiko beserta dimensi-dimensinya mengingat luasnya ruang lingkup dari keselamatan itu sendiri.

REFERENSI

- Agnew, C., Flin, R., Mearns, K. (2013). Patient safety climate and worker safety behaviors in Acute Hospital Scotland. *J Safety Res*, 45: 95-101
- Al-Awa, B., Al Mazrooa, A., Rayes, O., El Hati, T., Devreux, I., Al-Noury, K., El-Deek, B. S. (2012). Benchmarking the post-accreditation patient safety culture at King Abdulaziz University Hospital. *Annals of Saudi Medicine*, 32(2), 143–150. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2012.143>
- Awaludin, Fachrin, S. A., Haerudin. (2019). Analisis pengaruh penerapan system manajemen keselamatan dan kesehatan kerja (SMK3) dan kondisi lingkungan kerja terhadap perilaku keselamatan karyawan PT. Maruki Internasional Indonesia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 13(6): 638-642
- Botwinick, L., Bisognano, M., Haraden, C. (2006). Leadership guide to patient safety. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. Retrieved from: www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/LeadershipGuidetoPatientSafetyWhitePaper.aspx
- Cheyne, A., Oliver, A., Tomás, J. M., Cox, S. (2002). The architecture of employee attitudes to safety in the manufacturing sector. *Personnel Review*, 31(6): 649–670. <https://doi.org/10.1108/00483480210445953>
- Cooper, M. D. (1998). Improving safety culture: a practical guide. J Wiley and sons, London.
- Copper, M. D. (2009). Behavior safety: process design configurations. *Professional safety*, 54(2): 36-45
- Cooper, M. D. (2016). Navigating the safety culture construct: a review of the evidence. *B-Safe Management Solutions Inc*, 1-30.
- Cooper, M. D., Farmery, K., Johnson, M., Harper, C., Clarke, F. L., Holton, P., Wilson, S.,

- Rayson, P., Bench, H. (2005). Changing personal behavior to promote quality care practice in an intensive care unit. *Therapeutic and clinical risk management*, 1(4): 321-332
- Cooper, M. D., Phillips, R. A. (2004). Exploratory analysis of the safety climate and safety behavior relationship. *Journal of Safety Research*, 35(2004): 497-512.
- Denning, M., Goh, E.T., Scott, A., (2020). What has been the impact of Covid-19 on safety culture? A case study from a large metropolitan teaching hospital. *BMJ Quality Safety*. <https://doi.org/10.1101/2020.06.15.20129080>
- Direktorat Jenderal Pelayanan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022. Standar akreditasi rumah sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. ISBN 978-623-301-344-4
- El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M., Hemadeh, N. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research*, 11(1): 45. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-45>
- Famolaro, T., Yount, N., Hare, R. (2018). Hospital survey on patient safety culture. *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Publication No. 18-0025-EF*
- Griffin, M., Curcuruto, M. (2016). Safety Climate in Organizations. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 3(1):191-212 DOI:10.1146/annurev-orgpsych-041015-062414
- Grindle, A. C., Dickinson, A. M., Boettcher, W. (2000). Critical review and discussion behavioral safety research in manufacturing settings: a review of the literature. *Journal of Organizational Behavior Management*, 20(1)
- Guldenmund, F. (2010). Understanding and exploring safety culture. Uitgeverij BOXPress.
- Hapsari, Y., Syaaf, A. C. (2019). Effect of hospital accreditation on patient safety culture and satisfaction: a systematic review. *The 6th International Conference on Public Health*, 547-55
- Kusumapradja, R. (2017). Analisis budaya keselamatan pasien di rumah sakit daerah khusus ibukota Jakarta. *Forum ilmiah*, 14(2): 211-229. Retrieved from: <https://ejurnal.esaunggul.ac.id/index.php/Formil/article/view/1844>
- Law, M., Zimmerman, R., Baker, G. (2006). Assessment of safety culture maturity in a hospital setting. *Health Q*, 13(sp): 110-5.
- Undang-undang Republik Indonesia, nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit.
- Liana, D., Lestari, D., Dwijayanti, F., Fauziah, N. (2021). Budaya keselamatan staf klinis rumah sakit terakreditasi yang menjadi rujukan covid-19. *Journal of Hospital Accreditation*, 3(2): 84-90.
- Marshall, M., Cruickshank, L., Shand, J. (2017). Assessing the safety culture of care homes: a multimethod evaluation of the adaptation, face validity and feasibility of The Manchester Patient Safety Framework. *BMJ Quality Safety*, 26(9):751-9
- Mearns, K. J., Whitaker, S., Flin, R. (2003). Safety climate, safety management practice and safety performance in offshore environments. *Safety Science*, 41, 641-680. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(02\)00011-5](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(02)00011-5)
- Morello, R. T., Lowthian, J. A., Baker, A. L. (2013). Strategies for improving patient safety culture in hospital: a systematic review. *BMJ Qual Saf*, 22(1): 11-8
- Neal, A., Griffin, M. A. (2004). Safety climate and safety at work. In J. Barling & M. R. Frone (Eds.), *The psychology of workplace safety* : 5–34) American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10662-002>
- Novrandy, R. A., & Tanuwijaya, J. (2022). Pengaruh Work-Family Conflict dan Work Engagement terhadap Task Performance dan Turnover Intention dengan mediasi Supervisor Support. *JMBI UNSRAT (Jurnal Ilmiah Manajemen Bisnis Dan Inovasi Universitas Sam Ratulangi)*, 9(1). <https://doi.org/10.35794/jmbi.v9i1.40908>
- Palendeng, F. O., & Bernarto, I. (2021). Pengaruh insentif finansial, insentif nonfinansial, dan

- motivasi kerja terhadap kepuasan kerja perawat di Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon. *JMBI UNSRAT (Jurnal Ilmiah Manajemen Bisnis Dan Inovasi Universitas Sam Ratulangi)*, 8(3). <https://doi.org/10.35794/jmbi.v8i3.35796>
- Peraturan pemerintah nomor 50 tahun 2012 tentang sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja (SMK3)
- Ree, E., Wiig, S. (2019). Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nurse Open*, 7(1): 256-64.
- Restuputri, D. P., Giraldi, M. S., Dewi, S. K., Masudin, I., Yuliati, U. (2021). Relationship between safety culture and the safety climate, safety behavior, and safety management. *M.I.P.I.*, 15(2): 105-114
- Central system consulting. (2012). Behavior –based safety. Jakarta
- Septiawan, A., Rosyadah, B. M., Rachman, F. (2018). *Proceeding 2nd Conference on Safety Engineering and Its Application*, 569-574
- Setiawan, M. A., Agustina, T. S. (2014). Pengaruh *safety climate* terhadap kecelakaan kerja dengan *safety behavior* sebagai variable inteveing pada karyawan PT. Panca Wana Indonesia di Krian. *Jurnal Manajemen Teori dan Terapan*, 7(2): 125-136
- Singer, S., Lin, S., Falwell, A. (2009). Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Serve Res*, 44(2): 399-421.
- Soeparto, W. H. (2021). Analisis Faktor Kapabilitas Dinamis Terhadap Firm Survive. *JMBI UNSRAT (Jurnal Ilmiah Manajemen Bisnis Dan Inovasi Universitas Sam Ratulangi)*, 8(3). <https://doi.org/10.35794/jmbi.v8i3.36183>
- Wagner, A., Hammer, A., Manser, T., Martus, P., Sturm, H., Rieger, M. A. (2018). Do Occupational and Patient Safety Culture in Hospitals Share Predictors in the Field of Psychosocial Working Conditions? Findings from a Cross-Sectional Study in German University Hospitals. *Int J Environ Res Public Health*, 5(10):2131. doi:10.3390/ijerph15102131.
- Webb, T. L., Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132(2): 249.