

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Fungsi dari rumah sakit yaitu untuk memberikan pelayanan medis secara menyeluruh yang memenuhi standar pelayanan kesehatan yang berlaku.

Menurut WHO (2019), rumah sakit merupakan fasilitas yang menyediakan layanan kesehatan untuk perawatan rawat inap dan rawat jalan, serta memiliki kemampuan dalam memberikan penanganan medis sesuai dengan standar profesional. Rumah sakit tidak hanya bertugas untuk memberikan pelayanan medis, tetapi juga untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan aman, berkualitas, dan sesuai dengan etika medis (WHO, 2016).

2.1.2 Unit Kerja

Unit kerja di rumah sakit merupakan bagian dalam struktur organisasi rumah sakit yang memiliki tugas, fungsi, dan tanggung jawab tertentu untuk mendukung operasional pelayanan kesehatan. Setiap unit kerja dipimpin oleh seorang kepala unit dan terdiri dari tenaga kesehatan maupun nonkesehatan sesuai kebutuhan fungsional unit tersebut. Unit kerja dapat bersifat struktural (berdasarkan organisasi) maupun fungsional (berdasarkan jenis layanan atau tugas). Penetapan

unit kerja di rumah sakit berdasar pada struktur organisasi, uraian tugas pokok dan fungsi, serta kebutuhan pelayanan dan sumber daya manusia yang ada (Kurnia, 2024).

2.1.3 Jabatan

Jabatan adalah kedudukan seseorang dalam struktur organisasi yang mencakup tugas, wewenang, tanggung jawab, dan fungsi tertentu, baik jabatan struktural (manajerial) maupun jabatan fungsional (berbasis keahlian profesional). Jabatan struktural diantaranya kepala unit, kepala bidang, dan direktur, yang memimpin unit kerja sesuai jenjang organisasi, mengkoordinasi tim, serta bertanggung jawab terhadap pencapaian indikator kinerja dan keselamatan pasien. Sementara, jabatan fungsional meliputi dokter, perawat, apoteker, analis laboratorium, yang menjalankan tugas langsung pelayanan klinis maupun teknis. Penetapan jabatan didasarkan atas struktur organisasi, uraian tugas, kebutuhan layanan serta sumber daya manusia yang tersedia, agar pelayanan dapat berjalan efektif dan sesuai dengan standar keselamatan pasien (Fatonah & Yustiawan 2020).

2.2 Mutu

Mutu rumah sakit merupakan indikator utama dalam menilai kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Dalam lima tahun terakhir, berbagai penelitian menegaskan bahwa mutu pelayanan rumah sakit sangat dipengaruhi oleh sejumlah faktor, antara lain manajemen rumah sakit, akreditasi, serta budaya keselamatan pasien. Manajemen rumah sakit yang baik mampu meningkatkan mutu pelayanan hingga 2,61 kali lipat dibandingkan dengan manajemen yang buruk. Hal ini menegaskan pentingnya peran administrasi dan tata kelola rumah sakit dalam

menciptakan layanan yang berkualitas dan berorientasi pada pasien (Rokhmatun et al. 2023).

Mutu adalah tingkat kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Mutu pelayanan merupakan faktor yang membuat pasien datang kembali untuk berobat karena merasa puas maupun tidak puas sehingga tidak akan kembali lagi (Sesrianty, Machmud & Yeni 2019). Kesadaran dan kepedulian terhadap mutu semakin meningkat di kalangan masyarakat karena dianggap sebagai hal yang bersifat mahal (Karunia et al. 2022).

Untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan, rumah sakit membentuk Komite Mutu yang bertugas sebagaimana pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 80 Tahun 2020 yaitu membantu Kepala atau Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di rumah sakit. Mutu rumah sakit merupakan hasil dari keselarasan berbagai aspek, mulai dari kebijakan manajemen, implementasi standar akreditasi, hingga budaya keselamatan pasien yang kuat. Upaya peningkatan mutu harus dilakukan secara berkelanjutan dan terintegrasi untuk memastikan layanan kesehatan yang aman, efektif, dan memuaskan bagi pasien.

2.3 Keselamatan Pasien

2.3.1 Definisi Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakan suatu proses atau sistem pada rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang aman kepada pasien. Sistem tersebut terdiri dari asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden,

mengimplementasikan solusi untuk meminimalkan risiko dan mencegah terjadinya cedera (Toyo et al. 2022).

Risiko kecelakaan dan pelanggaran pelayanan di rumah sakit telah menjadi perhatian utama dalam literatur internasional. Prevalensi kejadian yang merugikan pasien (*preventable patient harm*) di berbagai rumah sakit secara umum mencapai 6%, dengan 12% di antaranya menyebabkan kematian. Insiden yang paling sering terjadi berkaitan dengan manajemen obat (25%) dan tindakan terapeutik lain (24%), diikuti oleh prosedur bedah (23%), infeksi terkait layanan kesehatan (16%), dan kesalahan diagnosis (16%). Temuan ini menunjukkan bahwa risiko kecelakaan dan pelanggaran pelayanan tidak hanya berdampak pada keselamatan pasien, tetapi juga dapat menyebabkan kecacatan hingga kematian, serta menambah beban biaya bagi rumah sakit (Panagioti et al. 2019).

2.3.2 Standar Keselamatan Pasien

Berdasarkan Permenkes No. 11 Tahun 2017, Standar Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud meliputi standar:

1. Hak pasien

Pasien memiliki hak untuk mendapatkan informasi secara jelas, akurat, dan lengkap mengenai rencana pelayanan kesehatan yang akan dijalani. Informasi dapat mencakup prosedur tindakan medis, manfaat, risiko yang mungkin terjadi, serta alternatif terapi yang tersedia. Selain itu, rumah sakit berkewajiban melakukan sosialisasi hak-hak pasien secara transparan untuk memastikan bahwa pasien dapat berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan terkait perawatan mereka. Pemberian informasi yang memadai ini merupakan bagian dari upaya perlindungan terhadap hak pasien sekaligus menjadi hal penting dalam membangun kepercayaan

dan meningkatkan keselamatan pelayanan kesehatan (Ramadhani, Lahdji & Faizin 2023).

2. Pendidikan bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga memiliki peran penting dalam proses perawatan, sehingga perlu diberi edukasi yang jelas mengenai kondisi kesehatan, rencana pengobatan, penggunaan obat, tanda-tanda peringatan, serta langkah-langkah pencegahan komplikasi. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan keterlibatan pasien serta keluarga dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan perawatan, baik selama perawatan di rumah sakit maupun setelah pasien dipulangkan. Edukasi yang diberikan harus disesuaikan dengan tingkat pengetahuan kesehatan dan kebutuhan masing-masing individu supaya dapat dipahami dengan baik (Ramadhani et al. 2023).

3. Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan

Kesinambungan pelayanan berarti bahwa proses perawatan berlangsung dengan terkoordinasi, dari satu unit layanan ke unit lainnya, tanpa gangguan informasi. Perpindahan pasien antar ruang rawat, jadwal jaga tenaga medis, atau saat rujukan ke fasilitas lain menjadi saat rawan terjadi kesalahan. Oleh karena itu, penting bagi tenaga kesehatan untuk memastikan adanya dokumentasi yang lengkap, komunikasi *hand-off* yang akurat, serta pemantauan lanjutan (Ramadhani et al. 2023).

4. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan Keselamatan Pasien

Evaluasi berkelanjutan terhadap proses pelayanan menjadi hal yang krusial dalam mengidentifikasi risiko dan peluang perbaikan. Rumah sakit wajib

menggunakan metode peningkatan mutu seperti audit klinis, indikator mutu, serta analisis akar masalah (*Root Cause Analysis*). Proses ini tidak sekadar mengidentifikasi kesalahan, tetapi juga memicu perubahan sistematis agar insiden serupa tidak terulang (Ramadhani et al. 2023).

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien

Pimpinan rumah sakit memiliki tanggung jawab besar dalam menciptakan budaya keselamatan pasien. Hal ini meliputi penyediaan kebijakan, alokasi sumber daya, pembentukan tim keselamatan pasien, dan pengawasan pelaksanaan program keselamatan. Kepemimpinan yang aktif, terbuka terhadap laporan insiden, dan responsif dalam menangani masalah dapat meningkatkan keterlibatan staf dalam menjaga mutu pelayanan (Ramadhani et al. 2023).

6. Pendidikan bagi staf tentang Keselamatan Pasien

Penanganan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan bidang dan kewenangannya. Hal ini penting untuk menjamin bahwa setiap tindakan medis atau keperawatan yang diberikan sesuai dengan standar profesi, standar operasional prosedur (SOP), dan prinsip keselamatan pasien. Kompetensi tenaga kesehatan mencakup pengetahuan, keterampilan klinis, komunikasi efektif, dan kemampuan mengambil keputusan yang tepat dalam situasi darurat maupun rutin (Ramadhani et al. 2023).

7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai Keselamatan Pasien

Komunikasi yang efektif antar tenaga kesehatan merupakan elemen krusial dalam menjamin keselamatan pasien. Kesalahan komunikasi, terutama pada saat serah terima pasien (*handover*), pemberian instruksi medis, maupun pelaporan

kondisi kritis, merupakan salah satu penyebab utama terjadinya kejadian tidak diinginkan di rumah sakit. Oleh karena itu, implementasi standar komunikasi yang terstruktur, seperti metode SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), menjadi kunci penting dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien (Ramadhani et al. 2023).

2.3.3 Sasaran Keselamatan Pasien

Berdasarkan Permenkes No. 11 Tahun 2017, sasaran keselamatan pasien terdiri atas:

a. Mengidentifikasi pasien dengan benar

Identifikasi pasien yang akurat merupakan langkah awal yang sangat penting dalam mencegah kesalahan medis. Kesalahan identifikasi dapat menyebabkan pemberian obat yang salah, prosedur pada pasien yang salah, atau pengambilan sampel laboratorium yang keliru. Oleh karena itu, rumah sakit wajib menggunakan minimal dua identitas pasien, seperti nama lengkap dan tanggal lahir, sebelum melakukan tindakan medis (Murtiningtyas & Dhamanti 2022).

b. Meningkatkan komunikasi yang efektif

Komunikasi antar tenaga kesehatan yang tidak efektif merupakan penyebab utama dari berbagai kejadian tidak diinginkan di rumah sakit. Untuk itu, diperlukan penggunaan metode komunikasi yang terstruktur dan konsisten, seperti SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*). Metode ini memfasilitasi penyampaian informasi yang jelas, lengkap, dan tepat waktu, terutama pada saat handover, konsultasi, maupun situasi gawat darurat (Elvi zuhriyatul wachidah, Cesario Tesa Priantoro & Sena Wahyu Purwanza, 2022).

- c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai

Obat-obatan tertentu, seperti obat dengan tampilan kemasan mirip (*look-alike*) dan bunyi nama serupa (*sound-alike*), memiliki risiko tinggi menimbulkan kesalahan dalam pemberian. Oleh karena itu, rumah sakit harus melakukan pelabelan yang jelas, pemisahan fisik, dan pemberian tanda khusus pada *high-alert medications*. Penerapan strategi seperti *Tall Man Lettering* dan sistem *double-check* pada pemberian obat terbukti menurunkan insiden kesalahan medikasi (Murtiningtyas & Dhamanti 2022).

- d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar

Kesalahan tindakan bedah, seperti salah pasien, salah prosedur, atau salah lokasi, dapat berakibat fatal. Oleh karena itu, prosedur *Time Out* harus dilakukan sebelum operasi dimulai untuk mengonfirmasi identitas pasien, lokasi tindakan, dan jenis prosedur. Proses verifikasi ini dilakukan oleh seluruh tim bedah sebagai bagian dari *Surgical Safety Checklist* (Klase, Pinzon & Meliala 2016).

- e. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

Infeksi nosokomial atau infeksi yang didapat di rumah sakit masih menjadi masalah besar dalam sistem pelayanan kesehatan. Upaya pencegahan meliputi kebersihan tangan, sterilisasi alat, penggunaan alat pelindung diri (APD), serta pengendalian lingkungan dan ventilasi ruang (Handayani & Marzali 2022).

- f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

Pasien yang lemah, lansia, atau sedang dalam pengobatan tertentu memiliki risiko tinggi mengalami jatuh saat dirawat. Untuk mencegah cedera akibat jatuh, rumah sakit perlu melakukan skrining risiko jatuh secara berkala (misalnya

menggunakan *Morse Fall Scale*), memberikan edukasi, serta menyesuaikan lingkungan ruang rawat agar lebih aman. Tindakan pencegahan lainnya termasuk pemasangan alarm tempat tidur, penggunaan alas kaki *anti-slip*, dan pengawasan langsung terhadap pasien berisiko tinggi (Widiasari, Handiyani & Novieastari 2019).

2.3.4 Tujuh Langkah menuju Budaya Keselamatan Pasien

Berdasarkan Permenkes No. 11 Tahun 2017, Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien terdiri atas:

1. Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien

Langkah awal menuju budaya keselamatan adalah menanamkan pemahaman bahwa keselamatan pasien merupakan nilai utama dalam pelayanan kesehatan. Semua tenaga kesehatan perlu menyadari bahwa setiap tindakan dapat berdampak pada keselamatan pasien (Nisrina, 2023).

2. Memimpin dan mendukung staf

Kepemimpinan memiliki peran penting dalam membangun dan menjaga budaya keselamatan. Pemimpin rumah sakit harus aktif memberikan dukungan, menyusun kebijakan yang jelas, menyediakan pelatihan keselamatan, dan menciptakan lingkungan kerja yang terbuka terhadap pelaporan kesalahan. Dukungan moral dan struktural dari pimpinan akan meningkatkan motivasi staf untuk menjaga standar keselamatan (Astriyani, Suryoputro & Budiyanti 2021).

3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko

Manajemen risiko tidak boleh berdiri sendiri, namun harus menjadi bagian dari semua proses pelayanan klinis. Rumah sakit perlu mengidentifikasi potensi risiko sejak awal melalui analisis proaktif, seperti *Failure Mode and Effect Analysis*

(FMEA), serta menganalisis insiden yang terjadi melalui *Root Cause Analysis* (RCA). Integrasi ini bertujuan menciptakan sistem yang mampu mencegah terjadinya kesalahan berulang dengan melakukan koreksi terhadap sistem, bukan menyalahkan individu. Dengan begitu, pendekatan keselamatan menjadi sistemik dan berkelanjutan (Astriyani et al. 2021).

4. Mengembangkan sistem pelaporan

Pelaporan insiden keselamatan pasien, baik insiden yang terjadi maupun near miss, adalah elemen penting dalam pembelajaran organisasi. Rumah sakit perlu memiliki sistem pelaporan yang mudah diakses, tidak menghukum, dan melindungi pelapor. Sistem pelaporan harus disosialisasikan ke seluruh staf, dan hasil pelaporan harus dianalisis untuk menentukan penyebab akar dan tindakan korektif (Astriyani et al. 2021).

5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien

Pelibatan pasien dilakukan dengan memberikan informasi yang jelas, menjawab pertanyaan, serta melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan. Komunikasi dua arah yang terbuka memungkinkan pasien memberi masukan atau mendeteksi kesalahan lebih awal (Astriyani et al. 2021).

6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien

Rumah sakit perlu mengembangkan budaya belajar dari pengalaman—baik keberhasilan maupun kegagalan. Evaluasi terhadap insiden harus dibagikan dalam forum profesional atau pelatihan internal supaya seluruh staf mendapatkan manfaat pembelajaran. Selain itu, studi kasus, audit klinis, dan pertemuan tim lintas disiplin menjadi sarana yang efektif untuk berbagi pengalaman dan solusi (Nisrina, 2023).

7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien

Langkah akhir dari seluruh proses ini adalah membangun sistem keselamatan pasien yang kuat, berkelanjutan, dan adaptif. Sistem ini mencakup pedoman prosedural, standar kerja, sistem pelaporan, audit mutu, serta evaluasi kinerja keselamatan. Penerapan teknologi informasi (seperti sistem rekam medis elektronik, *barcode* obat, dan alarm peringatan dini) juga menjadi bagian dari sistem keselamatan modern. Ketika semua komponen berjalan berdampingan, risiko cedera akibat pelayanan kesehatan dapat ditekan secara signifikan, baik di instalasi rawat inap, kamar operasi, maupun pelayanan gawat darurat (Nisrina, 2023).

2.4 Budaya Keselamatan Pasien

2.4.1 Definisi Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien adalah kumpulan nilai, kepercayaan, dan perilaku yang diterima dan diterapkan dalam organisasi untuk mengurangi risiko bahaya yang tidak perlu terkait dengan perawatan kesehatan ke tingkat minimum yang dapat diterima, dengan mempertimbangkan pengetahuan terkini, sumber daya yang tersedia, dan konteks di mana perawatan diberikan dan risiko tidak tertanganinya perawatan atau pengobatan alternatif (Slawomirski, Auraaen & Klazinga 2017). WHO mendefinisikan budaya keselamatan pasien sebagai “pendekatan sistematis untuk menciptakan lingkungan yang mendukung pencegahan kesalahan medis, mengurangi risiko terhadap pasien, dan memperbaiki kualitas layanan kesehatan melalui kolaborasi tim medis” (WHO, 2020).

Keselamatan pasien menjadi isu yang sangat penting dalam agenda kebijakan, pertama di Amerika Serikat dan kemudian di tingkat internasional, menyusul terbitnya Laporan *Institute of Medicine (IOM)* yang berjudul *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Kohn, et al., 2000). Budaya keselamatan pasien juga berfokus pada pelaporan insiden, pencegahan kesalahan, serta evaluasi terus-menerus untuk perbaikan sistem dalam proses perawatan pasien (Hewitt, Chreim & Forster 2017). Sistem yang mendukung pelaporan dan pembelajaran dari kesalahan sangat penting untuk meningkatkan keselamatan pasien secara keseluruhan (Alotaibi & Federico 2017).

2.4.2 Aspek Budaya Keselamatan Pasien

Aspek budaya keselamatan pasien mencakup beberapa elemen penting yang mempengaruhi bagaimana penerapannya di rumah sakit atau fasilitas kesehatan.

Aspek-aspek ini termasuk:

1. Komunikasi yang Efektif

Komunikasi yang jelas dan efektif antara tenaga medis, pasien, dan keluarga pasien merupakan kunci utama dalam mengurangi kesalahan medis (Khan et al. 2018). Komunikasi yang terbuka memungkinkan identifikasi dini masalah yang dapat mempengaruhi keselamatan pasien (Bekkink, Farrell & Takayesu 2018). Keterbukaan komunikasi sesama rekan kerja dapat menimbulkan dorongan semangat kerjasama pada setiap rekan kerja (Wulandari et al., 2023).

2. Kepemimpinan yang Mendukung Keselamatan Pasien

Kepemimpinan yang kuat dan mendukung keselamatan pasien akan menginspirasi dan membimbing seluruh staf medis untuk berkomitmen terhadap upaya menjaga keselamatan pasien (Ree & Wiig 2020). Kepemimpinan yang

transparan dan responsif terhadap masalah keselamatan juga meningkatkan budaya keselamatan (Huang et al. 2024).

3. Sistem Pelaporan Insiden yang Efektif

Dalam budaya keselamatan pasien, setiap insiden yang dapat membahayakan pasien harus dilaporkan untuk menganalisis penyebabnya dan mengambil tindakan preventif (Bates & Singh 2018). Sistem pelaporan yang tidak menghukum staf yang melaporkan insiden adalah salah satu kunci keberhasilan budaya keselamatan (Lestari et al., 2021). Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien adalah salah satu langkah dan syarat untuk membangun budaya keselamatan pasien yang bertujuan menurunkan Insiden Keselamatan Pasien dengan maksud akhir meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien (Jacobus, Setyaningsih & Arso 2022).

4. Peningkatan Kompetensi dan Pelatihan Berkelanjutan

Untuk mengurangi kesalahan medis, tenaga medis perlu dilatih secara berkelanjutan untuk memahami dan mematuhi standar keselamatan yang berlaku. Pelatihan ini harus mencakup pengetahuan baru, teknologi medis terkini, dan protokol keselamatan (Singh & Sittig 2016).

5. Prosedur dan Protokol yang Standar

Setiap rumah sakit harus memiliki standar operasional prosedur (SOP) yang jelas untuk semua tindakan medis. Penerapan SOP yang konsisten dan pembaruan rutin akan membantu mengurangi risiko kesalahan (Nugraheni, Yuliani & Veliana 2021).

2.5 Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)

Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) merupakan instrumen yang dikembangkan oleh *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) untuk mengukur budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Instrumen ini dirancang untuk mengevaluasi persepsi tenaga kesehatan mengenai berbagai aspek yang memengaruhi keselamatan pasien, seperti komunikasi, kerja sama tim, pelaporan insiden, dukungan manajemen, dan pembelajaran organisasi. HSOPSC telah digunakan secara luas di berbagai negara karena memiliki validitas dan reliabilitas yang baik dalam menilai budaya keselamatan pasien pada tingkat individu, unit kerja, maupun organisasi rumah sakit. HSOPSC juga digunakan untuk mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan dan memantau perubahan budaya keselamatan pasien dari waktu ke waktu (Ho et al., 2024). Penggunaan HSOPSC memungkinkan rumah sakit memperoleh gambaran yang komprehensif mengenai kekuatan dan kelemahan sistem keselamatan pasien sehingga dapat menjadi dasar dalam penyusunan strategi peningkatan mutu pelayanan (Sorra et al., 2021).

Versi pertama HSOPSC diperkenalkan oleh AHRQ pada tahun 2004 dan terdiri atas 42 item yang mengukur 12 dimensi budaya keselamatan pasien. Dimensi tersebut mencakup kerja sama dalam unit, harapan dan tindakan supervisor terkait keselamatan pasien, pembelajaran organisasi, dukungan manajemen rumah sakit terhadap keselamatan pasien, persepsi keseluruhan tentang keselamatan pasien, umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan, keterbukaan komunikasi, frekuensi pelaporan kejadian, kerja sama antar unit, kecukupan staf, serah terima pasien, serta respons yang tidak menyalahkan terhadap kesalahan. Instrumen ini

menjadi salah satu alat ukur yang paling banyak digunakan dalam penelitian budaya keselamatan pasien karena mampu menggambarkan kondisi budaya keselamatan pada berbagai tingkatan organisasi rumah sakit. Penelitian validasi terbaru menunjukkan bahwa HSOPSC tetap memiliki karakteristik psikometrik yang baik dan masih menjadi standar internasional dalam pengukuran budaya keselamatan pasien di rumah sakit (Ho et al., 2024). Oleh karena itu, HSOPSC banyak digunakan sebagai instrumen utama dalam penelitian maupun evaluasi program keselamatan pasien di berbagai fasilitas kesehatan.

Pada tahun 2019, AHRQ mengembangkan HSOPSC versi 2.0 sebagai penyempurnaan dari versi sebelumnya dengan melakukan penyederhanaan item, perbaikan redaksi pertanyaan, dan pengelompokan ulang dimensi budaya keselamatan pasien. HSOPSC 2.0 terdiri atas 40 item yang mencakup 10 dimensi utama, yaitu komunikasi tentang kesalahan, keterbukaan komunikasi, serah terima dan pertukaran informasi, dukungan manajemen rumah sakit terhadap keselamatan pasien, pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan, pelaporan kejadian keselamatan pasien, respons terhadap kesalahan, kecukupan staf dan beban kerja, dukungan supervisor terhadap keselamatan pasien, serta kerja sama tim. Revisi tersebut dilakukan untuk meningkatkan kejelasan instrumen dan memperkuat kemampuan pengukuran budaya keselamatan pasien di rumah sakit. AHRQ merekomendasikan penggunaan HSOPSC 2.0 karena menunjukkan konsistensi internal dan performa psikometrik yang lebih baik dibandingkan versi sebelumnya (Sorra et al., 2021). Baik HSOPSC versi 1.0 maupun versi 2.0 masih banyak digunakan dalam penelitian sesuai dengan tujuan dan konteks penelitian yang dilakukan.

Dalam penelitian ini digunakan kuesioner HSOPSC yang telah diadaptasi ke dalam Bahasa Indonesia dan difokuskan pada dimensi rumah sakit (*hospital dimension*). Dimensi rumah sakit dipilih karena mencerminkan faktor-faktor organisasi yang berperan dalam pembentukan budaya keselamatan pasien secara menyeluruh, seperti kepemimpinan, komunikasi, pelaporan insiden, pembelajaran organisasi, dan dukungan manajemen rumah sakit. Fokus pada dimensi rumah sakit memungkinkan peneliti menilai budaya keselamatan pasien dari perspektif organisasi sehingga hasil penelitian dapat digunakan sebagai dasar pengambilan kebijakan manajemen rumah sakit. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa faktor organisasi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap keberhasilan implementasi budaya keselamatan pasien dibandingkan faktor individual semata (Carvalho et al., 2023; Wahyuningsih et al., 2024). Oleh karena itu, penggunaan dimensi rumah sakit dalam penelitian ini dinilai sesuai untuk menggambarkan kondisi budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Bangkalan.