

Pengaruh Budaya Keselamatan terhadap Perilaku Tidak Aman (*Unsafe Action*) Pekerja di Rumah Sakit

Nurani, P.F. ^{*1}
Rahayu, D. S. ²
Yudhanto, S.B. ³

^{1,2} Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Sarjana, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta, Indonesia

³STIKES Dharma Landbouw Padang

*e-mail: promisetyaningrum@upnvj.ac.id¹, dindasrahayu@upnvj.ac.id², sbhagas@gmail.com³

Abstrak

Kecelakaan kerja di rumah sakit Indonesia meningkat 35,6%, dengan perilaku tidak aman pekerja sebagai faktor utama yang dipengaruhi oleh budaya keselamatan. Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh budaya keselamatan terhadap perilaku tidak aman pekerja di rumah sakit. Metode penelitian menggunakan desain cross-sectional dengan pendekatan kuantitatif pada 245 responden yang terdiri dari perawat, dokter, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya. Budaya keselamatan diukur menggunakan Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) 2.0 versi Indonesia, sedangkan perilaku tidak aman diukur dengan kuesioner tervalidasi. Analisis data menggunakan statistik deskriptif, korelasi Pearson, dan regresi linear berganda. Hasil penelitian menunjukkan skor budaya keselamatan sebesar $3,59 \pm 0,58$ (kategori baik) dan frekuensi perilaku tidak aman $2,48 \pm 0,68$ (kategori rendah-sedang). Ditemukan korelasi negatif yang kuat antara kedua variabel ($r = -0,683$, $p < 0,001$), dengan budaya keselamatan menjelaskan 56,6% variasi perilaku tidak aman. Prediktor terkuat adalah pelaporan insiden keselamatan, respons terhadap kesalahan, dan komunikasi tentang kesalahan. Rumah sakit perlu mengembangkan sistem pelaporan yang efektif, menerapkan just culture, memperbaiki rasio kepegawaian, dan mengimplementasikan pelatihan berbasis risiko.

Kata Kunci: budaya keselamatan, keselamatan dan kesehatan kerja, manajemen risiko, pekerja rumah sakit, perilaku tidak aman, rumah sakit

Abstract

Workplace accidents in Indonesian hospitals have increased by 35.6%, with unsafe worker behavior as a major factor influenced by safety culture. This study aims to analyze the influence of safety culture on workers' unsafe behavior in hospitals. The research method employed a cross-sectional design with a quantitative approach involving 245 respondents consisting of nurses, doctors, midwives, and other healthcare workers. Safety culture was measured using the Indonesian version of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) 2.0, while unsafe behavior was measured using a validated questionnaire. Data analysis utilized descriptive statistics, Pearson correlation, and multiple linear regression. Results showed a safety culture score of 3.59 ± 0.58 (good category) and unsafe behavior frequency of 2.48 ± 0.68 (low-moderate category). A strong negative correlation was found between the two variables ($r = -0.683$, $p < 0.001$), with safety culture explaining 56.6% of the variance in unsafe behavior. The strongest predictors were safety incident reporting, response to errors, and communication about errors. Hospitals need to develop effective reporting systems, implement just culture, improve staffing ratios, and implement risk-based training programs.

Keywords: hospital, hospital workers, occupational health and safety, risk management, safety culture, unsafe act

PENDAHULUAN

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) merupakan isu penting yang harus menjadi prioritas dalam pengelolaan rumah sakit. Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan memiliki lingkungan kerja yang kompleks dengan berbagai potensi bahaya, mulai dari paparan agen infeksius, bahan kimia berbahaya, radiasi, hingga risiko ergonomi dan psikososial. Data nasional Indonesia menunjukkan tren yang mengkhawatirkan, dimana terjadi peningkatan kasus kecelakaan kerja sebesar 35,6%, jauh lebih tinggi dibandingkan rata-rata global yang mencatat peningkatan 25% (Darmastuti, 2024). Kondisi ini mendorong pemerintah Indonesia meluncurkan Program Nasional Keselamatan dan Kesehatan Kerja 2024-2029 yang menargetkan

pengurangan angka kecelakaan kerja minimal 10% dari 298.137 kasus yang tercatat pada tahun 2022 (International Labour Organization, 2024). Tingginya angka kecelakaan kerja di rumah sakit tidak dapat dipisahkan dari masalah perilaku tidak aman yang masih sering terjadi dalam praktik sehari-hari pekerja kesehatan.

Perilaku tidak aman atau unsafe action merupakan salah satu faktor utama penyebab terjadinya kecelakaan kerja dan insiden keselamatan di rumah sakit. Perilaku ini mencakup berbagai tindakan yang menyimpang dari prosedur keselamatan standar, seperti ketidakpatuhan dalam penggunaan alat pelindung diri, pengabaian protokol isolasi dan pengendalian infeksi, kegagalan dalam komunikasi tim terkait keselamatan, hingga tidak melaporkan kejadian nyaris cedera atau insiden keselamatan. Penelitian terkini di Indonesia mengidentifikasi bahwa analisis identifikasi bahaya dan risiko serta implementasi Standar Operasional Prosedur merupakan faktor yang secara signifikan mempengaruhi efektivitas manajemen risiko di rumah sakit (Dihartawan et al., 2024). Temuan lain dari studi sistematis menunjukkan bahwa kepatuhan pekerja kesehatan dalam implementasi keselamatan pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain tingkat pengetahuan, kualitas supervisi, dukungan dari atasan dan rekan kerja, motivasi kerja, sikap individu, ketersediaan fasilitas, serta pengalaman kerja (Gani, 2023). Dampak dari perilaku tidak aman bersifat luas, tidak hanya mengancam keselamatan pekerja itu sendiri tetapi juga berpotensi menimbulkan kesalahan medis yang dapat membahayakan keselamatan pasien.

Budaya keselamatan organisasi telah diakui secara luas sebagai dasar utama dalam menciptakan lingkungan kerja yang aman di rumah sakit. Budaya keselamatan dapat didefinisikan sebagai seperangkat nilai, keyakinan, persepsi, dan norma bersama yang dianut oleh seluruh anggota organisasi kesehatan, yang kemudian membentuk pola pikir dan mempengaruhi tindakan serta perilaku mereka dalam aspek keselamatan (Patient Safety Network, 2024). Penelitian empiris telah membuktikan bahwa faktor organisasi, khususnya budaya keselamatan, merupakan prediktor yang paling kuat terhadap perilaku keselamatan pekerja (Occupational Safety and Health Administration, n.d.). Studi yang dilakukan di konteks Indonesia menemukan bahwa budaya K3 secara signifikan dibentuk oleh perilaku K3 pekerja, yang dipengaruhi secara positif oleh beberapa faktor kunci seperti komitmen manajemen, kejelasan regulasi dan prosedur kerja, tingkat pengetahuan pekerja, serta efektivitas komunikasi terkait K3 (Suryani et al., 2022). Budaya keselamatan yang kuat dicirikan oleh beberapa elemen penting, yaitu komitmen kepemimpinan dari level tertinggi hingga lini depan, penciptaan lingkungan kerja yang tidak menyalahkan individu ketika terjadi kesalahan, kolaborasi efektif lintas profesi dan unit kerja, serta alokasi sumber daya organisasi yang memadai untuk menangani masalah keselamatan. Meskipun pentingnya budaya keselamatan telah banyak dibahas dalam literatur, pemahaman yang mendalam dan berbasis bukti ilmiah tentang bagaimana budaya keselamatan secara spesifik mempengaruhi perilaku tidak aman pekerja di rumah sakit Indonesia masih terbatas. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis secara menyeluruh pengaruh budaya keselamatan terhadap perilaku tidak aman pekerja di rumah sakit, yang dapat memberikan dasar empiris yang kuat untuk pengembangan strategi intervensi pencegahan yang efektif, terukur, dan berkelanjutan.

METODE

Desain dan Waktu Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain cross-sectional dengan pendekatan kuantitatif untuk menganalisis pengaruh budaya keselamatan terhadap perilaku tidak aman pekerja di rumah sakit. Penelitian dilaksanakan pada bulan November 2025 di rumah sakit di Kota Padang.

Populasi dan Sampel

Populasi penelitian adalah pekerja kesehatan di rumah sakit yang terdiri dari dokter, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lain yang berinteraksi langsung dengan pasien atau bekerja di area pelayanan klinis. Teknik pengambilan sampel menggunakan stratified random sampling untuk

memastikan representasi dari berbagai profesi dan unit kerja. Perhitungan besar sampel menggunakan rumus penelitian korelasional dengan tingkat kepercayaan 95%, margin of error 5%, dan estimasi korelasi populasi 0,3. Total sampel yang memenuhi kriteria dan berpartisipasi dalam penelitian adalah 245 responden. Kriteria inklusi meliputi bekerja minimal 6 bulan dan bersedia berpartisipasi, sedangkan kriteria eksklusi meliputi sedang cuti atau memiliki keterbatasan kognitif.

Variabel Penelitian

Penelitian ini melibatkan tiga kategori variabel. Variabel independen adalah budaya keselamatan, yang didefinisikan sebagai seperangkat nilai, keyakinan, persepsi, dan norma bersama yang dianut oleh anggota organisasi rumah sakit yang membentuk pola pikir dan mempengaruhi perilaku terkait keselamatan. Budaya keselamatan diukur melalui 10 dimensi yang mencakup komitmen kepemimpinan terhadap keselamatan, lingkungan kerja yang tidak menyalahkan, kolaborasi lintas unit, alokasi sumber daya untuk keselamatan, komunikasi terkait keselamatan, pembelajaran organisasi, pelaporan insiden, respon terhadap kesalahan, staffing yang memadai, dan dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien. Variabel dependen adalah perilaku tidak aman, yang didefinisikan sebagai tindakan atau keputusan pekerja kesehatan yang menyimpang dari prosedur keselamatan standar dan berpotensi meningkatkan risiko terjadinya kecelakaan kerja atau insiden keselamatan. Perilaku tidak aman mencakup ketidakpatuhan dalam penggunaan alat pelindung diri, pengabaian protokol isolasi dan pengendalian infeksi, kegagalan dalam komunikasi tim terkait keselamatan, tidak melaporkan kejadian nyaris cedera, mengambil jalan pintas dalam prosedur, dan perilaku berisiko lainnya yang dapat membahayakan keselamatan pekerja maupun pasien. Variabel confounding yang dikontrol meliputi karakteristik demografis dan profesional responden yang berpotensi mempengaruhi hubungan antara budaya keselamatan dan perilaku tidak aman, terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama bekerja di rumah sakit, dan profesi atau kategori pekerjaan.

Instrumen Penelitian

Budaya keselamatan diukur menggunakan Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) 2.0 versi Indonesia yang telah divalidasi (Suryani et al., 2022). Instrumen ini terdiri dari 32 item yang mengukur 10 dimensi budaya keselamatan menggunakan skala Likert 5 poin. Perilaku tidak aman diukur menggunakan kuesioner yang diadaptasi dari berbagai instrumen perilaku keselamatan dan disesuaikan dengan konteks rumah sakit di Indonesia. Kuesioner terdiri dari 20 item dengan skala Likert 5 poin yang mengukur frekuensi perilaku tidak aman. Kedua instrumen telah diuji validitas dan reliabilitasnya melalui pilot study pada 30 responden.

Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan persetujuan etik dari komite etik penelitian kesehatan dan izin dari rumah sakit. Responden diberikan penjelasan tentang tujuan penelitian dan menandatangani informed consent sebelum mengisi kuesioner. Kuesioner diisi secara mandiri dengan jaminan kerahasiaan dan anonimitas.

Analisis Data

Data dianalisis menggunakan SPSS versi 26. Analisis deskriptif dilakukan untuk menggambarkan karakteristik responden, tingkat budaya keselamatan, dan frekuensi perilaku tidak aman yang disajikan dalam bentuk frekuensi, persentase, mean, dan standar deviasi. Analisis inferensial menggunakan uji korelasi Pearson untuk mengidentifikasi hubungan antara budaya keselamatan dengan perilaku tidak aman. Analisis regresi linear berganda digunakan untuk mengidentifikasi dimensi budaya keselamatan yang paling berpengaruh terhadap perilaku tidak aman setelah

mengontrol variabel confounding seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja, dan profesi. Tingkat signifikansi statistik ditetapkan pada $p < 0,05$.

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

Karakteristik Responden

Penelitian ini melibatkan 245 responden dari berbagai unit kerja di rumah sakit. Tabel 1 menunjukkan distribusi karakteristik responden berdasarkan faktor demografi dan karakteristik pekerjaan.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden (n=245)

Karakteristik	Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Usia	20-30 tahun	98	40,0
	31-40 tahun	87	35,5
	41-50 tahun	45	18,4
	>50 tahun	15	6,1
Jenis Kelamin	Perempuan	178	72,7
	Laki-laki	67	27,3
Tingkat Pendidikan	D3	82	33,5
	S1	128	52,2
	S2	35	14,3
Profesi	Perawat	142	58,0
	Dokter	38	15,5
	Bidan	28	11,4
	Tenaga Kesehatan Lain	37	15,1
Unit Kerja	Rawat Inap	89	36,3
	IGD	52	21,2
	Rawat Jalan	41	16,7
	ICU/ICCU	35	14,3
	Kamar Operasi	28	11,4
Lama Bekerja	<5 tahun	112	45,7
	5-10 tahun	78	31,8
	>10 tahun	55	22,4

Hasil analisis menunjukkan bahwa mayoritas responden berusia 20-30 tahun (40,0%), berjenis kelamin perempuan (72,7%), dengan tingkat pendidikan S1 (52,2%). Profesi terbanyak adalah perawat (58,0%), bekerja di unit rawat inap (36,3%), dengan masa kerja kurang dari 5 tahun (45,7%). Distribusi ini mencerminkan komposisi tenaga kesehatan di rumah sakit secara umum dimana perawat merupakan proporsi terbesar dan mayoritas pekerja kesehatan adalah perempuan.

Analisis Univariat

Tingkat Budaya Keselamatan

Pengukuran budaya keselamatan menggunakan HSOPSC 2.0 menunjukkan hasil sebagai berikut:

Tabel 2. Distribusi Skor Budaya Keselamatan Berdasarkan Dimensi (n=245)

Dimensi Budaya Keselamatan	Mean ± SD	Min-Max	Kategori
Kerja Tim	4,15 ± 0,62	2,20-5,00	Baik
Kepemimpinan yang Mendukung Keselamatan	3,78 ± 0,71	1,75-5,00	Baik
Komunikasi tentang Kesalahan	3,45 ± 0,83	1,50-5,00	Cukup
Respons terhadap Kesalahan	3,32 ± 0,88	1,25-5,00	Cukup
Pembelajaran Organisasi	3,92 ± 0,68	2,00-5,00	Baik
Kepegawaian dan Tempo Kerja	2,87 ± 0,95	1,00-4,75	Cukup
Handoffs dan Transisi	3,65 ± 0,76	1,50-5,00	Baik
Keterbukaan Komunikasi	3,58 ± 0,79	1,75-5,00	Baik
Manajemen Keseluruhan untuk Keselamatan	3,71 ± 0,74	1,50-5,00	Baik
Pelaporan Insiden Keselamatan	3,42 ± 0,85	1,25-5,00	Cukup
Skor Total Budaya Keselamatan	3,59 ± 0,58	2,15-4,85	Baik

Keterangan: Kategori berdasarkan mean skor - Kurang (<2,5), Cukup (2,5-3,5), Baik (>3,5-4,5), Sangat Baik (>4,5)

Hasil menunjukkan skor total budaya keselamatan berada pada kategori baik (3,59 ± 0,58). Dimensi dengan skor tertinggi adalah kerja tim (4,15 ± 0,62), sementara dimensi dengan skor terendah adalah kepegawaian dan tempo kerja (2,87 ± 0,95).

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Budaya Keselamatan (n=245)

Kategori Budaya Keselamatan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Kurang (<2,5)	12	4,9
Cukup (2,5-3,5)	89	36,3
Baik (>3,5-4,5)	132	53,9
Sangat Baik (>4,5)	12	4,9
Total	245	100,0

Mayoritas responden (53,9%) memiliki persepsi budaya keselamatan yang baik, diikuti kategori cukup (36,3%). Hanya 4,9% responden yang memiliki persepsi budaya keselamatan yang sangat baik, dan 4,9% lainnya memiliki persepsi yang kurang.

Frekuensi Perilaku Tidak Aman

Tabel 4. Distribusi Skor Perilaku Tidak Aman Berdasarkan Aspek (n=245)

Aspek Perilaku Tidak Aman	Mean ± SD	Min-Max
Ketidakpatuhan terhadap Prosedur Keselamatan	2,45 ± 0,82	1,00-4,60
Penggunaan APD yang Tidak Tepat	2,28 ± 0,76	1,00-4,40
Mengambil Jalan Pintas	2,67 ± 0,89	1,00-5,00
Kegagalan Komunikasi Keselamatan	2,38 ± 0,79	1,00-4,50
Tidak Melaporkan Insiden/Near Miss	2,92 ± 0,95	1,00-5,00
Pelanggaran Protokol Pengendalian Infeksi	2,18 ± 0,73	1,00-4,20
Skor Total Perilaku Tidak Aman	2,48 ± 0,68	1,15-4,35

Keterangan: Skala 1-5 (1=tidak pernah, 5=selalu). Skor yang lebih tinggi menunjukkan frekuensi perilaku tidak aman yang lebih tinggi

Skor rata-rata perilaku tidak aman adalah $2,48 \pm 0,68$, menunjukkan bahwa secara keseluruhan frekuensi perilaku tidak aman berada pada tingkat rendah hingga sedang. Aspek dengan frekuensi tertinggi adalah tidak melaporkan insiden/near miss ($2,92 \pm 0,95$) dan mengambil jalan pintas dalam prosedur kerja ($2,67 \pm 0,89$). Aspek dengan frekuensi terendah adalah pelanggaran protokol pengendalian infeksi ($2,18 \pm 0,73$).

Tabel 5. Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Perilaku Tidak Aman (n=245)

Kategori Perilaku Tidak Aman	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Rendah (<2,5)	128	52,2
Sedang (2,5-3,5)	102	41,6
Tinggi (>3,5)	15	6,1
Total	245	100,0

Mayoritas responden (52,2%) memiliki frekuensi perilaku tidak aman yang rendah, 41,6% berada pada kategori sedang, dan 6,1% pada kategori tinggi. Data ini menunjukkan bahwa meskipun mayoritas pekerja memiliki perilaku keselamatan yang relatif baik, masih terdapat proporsi signifikan yang perlu mendapat perhatian khusus.

Analisis Bivariat

Hubungan Karakteristik Responden dengan Perilaku Tidak Aman

Tabel 6. Hubungan Karakteristik Responden dengan Perilaku Tidak Aman (n=245)

Karakteristik	Kategori	Mean Perilaku Tidak Aman \pm SD	p-value	Uji Statistik
Usia	20-30 tahun	2,67 \pm 0,71	0,003*	ANOVA
	31-40 tahun	2,45 \pm 0,65		
	41-50 tahun	2,28 \pm 0,58		
	>50 tahun	2,15 \pm 0,52		
Jenis Kelamin	Perempuan	2,43 \pm 0,67	0,082	t-test
	Laki-laki	2,60 \pm 0,70		
Tingkat Pendidikan	D3	2,63 \pm 0,72	0,012*	ANOVA
	S1	2,44 \pm 0,65		
	S2	2,28 \pm 0,61		
Profesi	Perawat	2,52 \pm 0,69	0,156	ANOVA
	Dokter	2,35 \pm 0,64		
	Bidan	2,48 \pm 0,71		
	Tenaga Kesehatan Lain	2,51 \pm 0,67		
Unit Kerja	Rawat Inap	2,38 \pm 0,63	0,024*	ANOVA
	IGD	2,68 \pm 0,75		
	Rawat Jalan	2,42 \pm 0,65		
	ICU/ICCU	2,51 \pm 0,68		

Karakteristik	Kategori	Mean Perilaku Tidak Aman ± SD	p-value	Uji Statistik
Lama Bekerja	Kamar Operasi	2,45 ± 0,62	0,001*	ANOVA
	<5 tahun	2,65 ± 0,73		
	5-10 tahun	2,45 ± 0,64		
	>10 tahun	2,22 ± 0,55		

Keterangan: * = signifikan pada $\alpha = 0,05$

Hasil analisis bivariat menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara usia ($p=0,003$), tingkat pendidikan ($p=0,012$), unit kerja ($p=0,024$), dan lama bekerja ($p=0,001$) dengan perilaku tidak aman. Pekerja yang lebih muda, dengan tingkat pendidikan lebih rendah, bekerja di unit IGD, dan memiliki masa kerja lebih pendek cenderung memiliki frekuensi perilaku tidak aman yang lebih tinggi. Tidak terdapat hubungan signifikan antara jenis kelamin dan profesi dengan perilaku tidak aman.

Hubungan Dimensi Budaya Keselamatan dengan Perilaku Tidak Aman

Tabel 7. Korelasi Dimensi Budaya Keselamatan dengan Perilaku Tidak Aman (n=245)

Dimensi Budaya Keselamatan	r	p-value	Interpretasi
Kerja Tim	-0,542	<0,001*	Korelasi negatif sedang
Kepemimpinan yang Mendukung Keselamatan	-0,487	<0,001*	Korelasi negatif sedang
Komunikasi tentang Kesalahan	-0,628	<0,001*	Korelasi negatif kuat
Respons terhadap Kesalahan	-0,615	<0,001*	Korelasi negatif kuat
Pembelajaran Organisasi	-0,521	<0,001*	Korelasi negatif sedang
Kepegawaian dan Tempo Kerja	-0,458	<0,001*	Korelasi negatif sedang
Handoffs dan Transisi	-0,573	<0,001*	Korelasi negatif sedang
Keterbukaan Komunikasi	-0,591	<0,001*	Korelasi negatif sedang
Manajemen Keseluruhan untuk Keselamatan	-0,505	<0,001*	Korelasi negatif sedang
Pelaporan Insiden Keselamatan	-0,636	<0,001*	Korelasi negatif kuat
Skor Total Budaya Keselamatan	-0,683	<0,001*	Korelasi negatif kuat

Keterangan: r = koefisien korelasi Pearson; * = signifikan pada $\alpha = 0,05$

Interpretasi kekuatan korelasi: 0,00-0,19 (sangat lemah), 0,20-0,39 (lemah), 0,40-0,59 (sedang), 0,60-0,79 (kuat), 0,80-1,00 (sangat kuat)

Hasil analisis korelasi menunjukkan bahwa semua dimensi budaya keselamatan memiliki korelasi negatif yang signifikan dengan perilaku tidak aman ($p<0,001$). Korelasi negatif menunjukkan bahwa semakin tinggi skor budaya keselamatan, semakin rendah frekuensi perilaku tidak aman. Skor total budaya keselamatan memiliki korelasi negatif yang kuat dengan perilaku tidak aman ($r=-0,683$, $p<0,001$).

Dimensi dengan korelasi terkuat adalah pelaporan insiden keselamatan ($r=-0,636$), komunikasi tentang kesalahan ($r=-0,628$), dan respons terhadap kesalahan ($r=-0,615$). Temuan ini sejalan dengan penelitian Keller et al. (2019) yang menemukan bahwa paparan terhadap faktor kontributor perilaku negatif berkorelasi dengan respons manajemen terhadap kesalahan dan persepsi kerja tim.

Analisis Multivariat

Analisis regresi linear berganda dilakukan untuk mengidentifikasi prediktor independen terhadap perilaku tidak aman setelah mengontrol variabel confounding.

Tabel 8. Analisis Regresi Linear Berganda: Prediktor Perilaku Tidak Aman (n=245)

Variabel	B	SE	β	t	p-value	95% CI
Konstanta	5,124	0,315	-	16,267	<0,001	4,503-5,745
Karakteristik Responden:						
Usia	-0,008	0,006	-0,082	-1,333	0,184	-0,020-0,004
Jenis Kelamin (Ref: Perempuan)	0,045	0,068	0,032	0,662	0,509	-0,089-0,179
Tingkat Pendidikan	-0,112	0,055	-0,098	-2,036	0,043*	-0,220-(-0,004)
Lama Bekerja	-0,015	0,007	-0,125	-2,143	0,033*	-0,029-(-0,001)
Unit Kerja: IGD (Ref: Rawat Inap)	0,142	0,078	0,095	1,821	0,070	-0,012-0,296
Dimensi Budaya Keselamatan:						
Kerja Tim	-0,085	0,052	-0,078	-1,635	0,103	-0,187-0,017
Kepemimpinan yang Mendukung Keselamatan	-0,068	0,045	-0,071	-1,511	0,132	-0,157-0,021
Komunikasi tentang Kesalahan	-0,142	0,041	-0,173	-3,463	0,001*	-0,223-(-0,061)
Respons terhadap Kesalahan	-0,135	0,038	-0,175	-3,553	<0,001*	-0,210-(-0,060)
Pembelajaran Organisasi	-0,095	0,048	-0,095	-1,979	0,049*	-0,190-(-0,000)
Kepegawaian dan Tempo Kerja	-0,072	0,033	-0,101	-2,182	0,030*	-0,137-(-0,007)
Handoffs dan Transisi	-0,098	0,043	-0,110	-2,279	0,024*	-0,183-(-0,013)
Keterbukaan Komunikasi	-0,108	0,041	-0,125	-2,634	0,009*	-0,189-(-0,027)
Manajemen Keseluruhan untuk Keselamatan	-0,061	0,044	-0,066	-1,386	0,167	-0,148-0,026
Pelaporan Insiden Keselamatan	-0,156	0,039	-0,195	-4,000	<0,001*	-0,233-(-0,079)

Keterangan: B = koefisien regresi tidak terstandarisasi; SE = standard error; β = koefisien regresi terstandarisasi; CI = confidence interval; * = signifikan pada $\alpha = 0,05$

Hasil analisis regresi linear berganda menunjukkan model secara keseluruhan signifikan ($F=20,347$, $p<0,001$) dengan nilai $R^2=0,566$ dan Adjusted $R^2=0,538$, yang berarti 56,6% variasi perilaku tidak aman dapat dijelaskan oleh budaya keselamatan dan karakteristik responden. Dimensi budaya keselamatan yang menjadi prediktor signifikan terhadap perilaku tidak aman adalah pelaporan insiden keselamatan ($\beta=-0,195$, $p<0,001$), respons terhadap kesalahan ($\beta=-0,175$, $p<0,001$), komunikasi tentang kesalahan ($\beta=-0,173$, $p=0,001$), keterbukaan komunikasi ($\beta=-0,125$, $p=0,009$), handoffs dan transisi ($\beta=-0,110$, $p=0,024$), kepegawaian dan tempo kerja ($\beta=-0,101$, $p=0,030$), dan pembelajaran organisasi ($\beta=-0,095$, $p=0,049$). Pelaporan insiden keselamatan merupakan prediktor terkuat dengan setiap peningkatan 1 unit menurunkan skor perilaku tidak aman sebesar 0,156 unit. Dari karakteristik responden, tingkat pendidikan ($\beta=-0,098$, $p=0,043$) dan lama bekerja ($\beta=-0,125$, $p=0,033$) juga merupakan prediktor signifikan.

PEMBAHASAN

Budaya Keselamatan dan Perilaku Tidak Aman di Rumah Sakit

Penelitian ini menemukan tingkat budaya keselamatan yang baik ($3,59\pm 0,58$) dengan dimensi kerja tim tertinggi ($4,15\pm 0,62$) dan kepegawaian serta tempo kerja terendah ($2,87\pm 0,95$). Temuan ini lebih tinggi dibanding penelitian *Abdelaliem & Alsenany (2022)* yang mengindikasikan perbedaan komitmen manajemen dan program keselamatan yang diimplementasikan. Tingginya skor kerja tim konsisten dengan budaya kolektif Indonesia yang menekankan harmoni dan kolaborasi. Namun, rendahnya skor kepegawaian mencerminkan masalah kekurangan staf dan beban kerja berlebihan yang perlu mendapat perhatian serius. Dimensi komunikasi tentang kesalahan, respons terhadap kesalahan, dan pelaporan insiden juga memiliki skor relatif rendah,

mengindikasikan masih terdapat hambatan dalam menciptakan lingkungan terbuka untuk melaporkan kesalahan (Suryani et al., 2022). Implementasi prinsip just culture perlu diperkuat untuk membedakan kesalahan manusia dengan perilaku sembrono (Patient Safety Network, 2025).

Frekuensi perilaku tidak aman berada pada kategori rendah-sedang ($2,48 \pm 0,68$), dengan tidak melaporkan insiden ($2,92 \pm 0,95$) dan mengambil jalan pintas ($2,67 \pm 0,89$) sebagai aspek tertinggi. Temuan ini konsisten dengan literatur yang menunjukkan underreporting sebagai masalah umum di fasilitas kesehatan (U.S. Bureau of Labor Statistics, n.d.). Perilaku mengambil jalan pintas dikategorikan sebagai at-risk behavior yang terjadi karena tekanan waktu dan persepsi bahwa risiko tidak signifikan (Patient Safety Network, 2025). Rendahnya pelanggaran protokol pengendalian infeksi ($2,18 \pm 0,73$) kemungkinan dipengaruhi oleh kesadaran yang meningkat pasca pandemi COVID-19.

Karakteristik responden menunjukkan bahwa usia, tingkat pendidikan, lama bekerja, dan unit kerja berhubungan signifikan dengan perilaku tidak aman. Pekerja muda, pendidikan rendah, dan pengalaman kerja sedikit memiliki risiko lebih tinggi, sejalan dengan Gani, (2023) yang menemukan pengetahuan sebagai faktor predisposisi kepatuhan keselamatan. Tingginya perilaku tidak aman di IGD mencerminkan karakteristik unit dengan tempo tinggi, kasus tidak terprediksi, dan tekanan waktu yang intens (Abdelaliem & Alsenany, 2022).

Pengaruh Budaya Keselamatan terhadap Perilaku Tidak Aman

Analisis menemukan korelasi negatif kuat ($r = -0,683$, $p < 0,001$) antara budaya keselamatan dan perilaku tidak aman, mengkonfirmasi bahwa semakin baik budaya keselamatan, semakin rendah perilaku tidak aman. Temuan ini sejalan dengan U.S. Bureau of Labor Statistics, n.d.) yang menemukan faktor organisasi sebagai prediktor paling signifikan terhadap perilaku aman, dan Kim et al., (2023) yang menunjukkan budaya keselamatan tinggi dikaitkan dengan kekerasan di tempat kerja yang lebih sedikit.

Analisis regresi linear berganda menunjukkan budaya keselamatan dan karakteristik responden menjelaskan 56,6% variasi perilaku tidak aman ($R^2 = 0,566$, $p < 0,001$), menunjukkan budaya keselamatan sebagai prediktor kuat. Namun, 43,4% variasi dijelaskan faktor lain seperti kepribadian, motivasi, kondisi situasional, dan faktor sistem. Pelaporan insiden keselamatan ($\beta = -0,195$, $p < 0,001$) merupakan prediktor terkuat, diikuti respons terhadap kesalahan ($\beta = -0,175$, $p < 0,001$) dan komunikasi tentang kesalahan ($\beta = -0,173$, $p = 0,001$). Dimensi lain yang signifikan adalah keterbukaan komunikasi, handoffs dan transisi, kepegawaian dan tempo kerja, serta pembelajaran organisasi.

Pelaporan insiden sebagai prediktor terkuat menunjukkan pentingnya blame-free environment (Patient Safety Network, 2024). Ketika pekerja merasa aman melaporkan kesalahan, organisasi dapat mengidentifikasi dan memperbaiki kondisi tidak aman sebelum menyebabkan cedera serius. Respons terhadap kesalahan yang konstruktif dan fokus pada pembelajaran mendorong pekerja lebih berhati-hati dan terbuka mengakui kesalahan. Layne et al., (2019) menemukan bahwa agresi dan ketakutan akan pembalasan berkorelasi dengan respons manajemen terhadap kesalahan. Komunikasi terbuka tentang kesalahan membantu menormalisasi diskusi keselamatan dan mengurangi stigma sementara keterbukaan komunikasi antara staf dan manajemen memungkinkan identifikasi masalah lebih awal (Guo et al., 2022; Kim et al., 2023b; Layne et al., 2019)

Menariknya, beberapa dimensi dengan korelasi bivariat signifikan seperti kerja tim dan kepemimpinan tidak menjadi prediktor signifikan dalam model multivariat, menunjukkan pengaruhnya dimediasi oleh dimensi lain. Kerja tim yang baik, misalnya, mungkin mempengaruhi perilaku tidak aman melalui peningkatan komunikasi dan pelaporan insiden.

Implikasi Teoretis dan Praktis

Temuan penelitian ini memberikan dukungan empiris terhadap kerangka teori high reliability organizations yang menekankan pentingnya budaya organisasi dalam mencapai keselamatan tingkat tinggi (Patient Safety Network, 2024). Penelitian ini juga mendukung teori Reason tentang kesalahan manusia, dimana budaya keselamatan organisasi merupakan latent condition yang mempengaruhi probabilitas terjadinya active failures berupa perilaku tidak aman. Model Heinrich tentang kecelakaan kerja mendapat validasi namun diperluas dengan menunjukkan bahwa tindakan tidak aman sangat dipengaruhi budaya organisasi, bukan semata-mata kesalahan individual (Ghimire et al., 2025; Layne et al., 2019).

Secara praktis, manajemen rumah sakit perlu memprioritaskan pengembangan sistem pelaporan yang efektif dan implementasi just culture secara konsisten. Masalah kepegawaian dan beban kerja yang merupakan prediktor signifikan menunjukkan urgensi untuk melakukan analisis beban kerja dan perbaikan alokasi sumber daya manusia (Ghimire et al., 2025). Program orientasi dan pelatihan khusus perlu diperkuat untuk pekerja muda dan berpengalaman sedikit, sementara unit berisiko tinggi seperti IGD memerlukan intervensi khusus. Pengukuran budaya keselamatan perlu dilakukan berkala untuk memantau perkembangan dan mengevaluasi efektivitas intervensi.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, desain cross-sectional tidak dapat menetapkan hubungan kausal definitif. Kedua, penggunaan self-report untuk mengukur perilaku tidak aman dapat menghasilkan bias respons sosial. Ketiga, penelitian dilakukan di rumah sakit Kota Padang sehingga generalisasi hasil perlu dilakukan dengan hati-hati. Keempat, beberapa faktor potensial seperti beban kerja dan kelelahan mungkin tidak sepenuhnya terkontrol dalam analisis. Penelitian mendatang perlu menggunakan desain longitudinal, metode observasi langsung, replikasi di berbagai rumah sakit, dan mempertimbangkan variabel mediator dan moderator yang lebih komprehensif.

KESIMPULAN

Penelitian ini menemukan bahwa budaya keselamatan memiliki pengaruh signifikan terhadap perilaku tidak aman pekerja di rumah sakit. Tingkat budaya keselamatan berada pada kategori baik dengan skor rata-rata $3,59 \pm 0,58$, dimana dimensi kerja tim memiliki skor tertinggi dan kepegawaian serta tempo kerja terendah. Frekuensi perilaku tidak aman berada pada kategori rendah-sedang dengan skor rata-rata $2,48 \pm 0,68$, dengan tidak melaporkan insiden dan mengambil jalan pintas sebagai aspek yang paling sering terjadi. Terdapat korelasi negatif yang kuat dan signifikan antara budaya keselamatan dengan perilaku tidak aman ($r = -0,683$, $p < 0,001$), dimana budaya keselamatan dapat menjelaskan 56,6% variasi perilaku tidak aman. Dimensi pelaporan insiden keselamatan, respons terhadap kesalahan, dan komunikasi tentang kesalahan merupakan prediktor terkuat, sementara karakteristik responden seperti usia, pendidikan, dan lama bekerja juga berpengaruh signifikan. Penelitian ini mengonfirmasi pentingnya budaya organisasi dalam membentuk perilaku keselamatan pekerja dan memberikan arah bagi manajemen rumah sakit untuk mengembangkan intervensi yang efektif dalam mengurangi perilaku tidak aman.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdelaliem, S. M. F., & Alsenany, S. A. (2022). Factors affecting patient safety culture from nurses' perspectives for sustainable nursing practice. *Healthcare*, 10(10), 1889. <https://doi.org/10.3390/healthcare10101889>
- Darmastuti, B. (2024). Analysis of hospital management's commitment to the implementation of the occupational safety and health management system at Cileungsi Hospital. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*, 7(7), 1827–1833. <https://doi.org/10.56338/mppki.v7i7.5020>

- Dihartawan, D., Lestari, F., Widanarko, B., & Besral. (2024). Analysis of factors affecting hospital risk management in Indonesia: The SEM-PLS approach. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 19(2), 135–143. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v19i2.1106>
- Gani, M. S. (2023). Factors influencing health worker compliance in implementing patient safety goals in Indonesia: Systematic review. *Indonesian Journal of Multidisciplinary Science*, 3(1), 64–71. <https://doi.org/10.55324/ijoms.v3i1.680>
- Ghimire, S., Mishra, A. K., & Bhaumik, A. (2025). Enhancing safety climate through occupational safety and health practices mediating by management commitment in the hospital setting. *International Journal of Occupational Safety and Health*, 15(1), 15–26. <https://doi.org/10.3126/ijosh.v15i1.70114>
- Guo, L., Ryan, B., Leditschke, I. A., Haines, K. J., Cook, K., Eriksson, L., Olusanya, O., Selak, T., Shekar, K., & Ramanan, M. (2022). Impact of unacceptable behaviour between healthcare workers on clinical performance and patient outcomes: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 31(9), 679–687. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-013955>
- International Labour Organization. (2024, April 25). *Indonesia launches its five-year national occupational safety and health programme 2024-2029*. ILO. <https://www.ilo.org/resource/news/indonesia-launches-its-five-year-national-occupational-safety-and-health>
- Kim, S., Kitzmiller, R., Baernholdt, M., Lynn, M. R., & Jones, C. B. (2023a). Patient safety culture: The impact on workplace violence and health worker burnout. *Workplace Health & Safety*, 71(2), 78–88. <https://doi.org/10.1177/21650799221126364>
- Layne, D. M., Nemeth, L. S., Mueller, M., & Martin, M. (2019). Negative behaviors among healthcare professionals: Relationship with patient safety culture. *Healthcare (Switzerland)*, 7(1), 1–11. <https://doi.org/10.3390/healthcare7010023>
- Occupational Safety and Health Administration. (n.d.). *Worker Safety in Hospitals: Understanding the Problem*. U.S. Department of Labor. Retrieved January 2, 2026, from <https://www.osha.gov/hospitals/understanding-problem>
- Patient Safety Network. (2024, September 15). *Culture of Safety*. UC Davis PSNet Editorial Team. <https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety>
- Patient Safety Network. (2025, March 15). *Disruptive and Unprofessional Behavior*. UC Davis PSNet Editorial Team. <https://psnet.ahrq.gov/primer/disruptive-and-unprofessional-behavior>
- Suryani, L., Letchmi, S., & Binti Moch Said, F. (2022). Cross-culture adaptation and validation of the Indonesian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC 2.0). *Belitung Nursing Journal*, 8(2), 169–175. <https://doi.org/10.33546/bnj.1928>
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (n.d.). *Fact Sheet -Workplace Violence in Healthcare, 2018*. Retrieved January 2, 2026, from <https://www.bls.gov/iif/factsheets/workplace-violence-healthcare-2018.htm>