





UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN PADA
LAYANAN KEDOKTERAN GIGI DI INDONESIA**

DISERTASI

MITA JULIAWATI

1906340571

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI

PROGRAM DOKTOR

JAKARTA

2022



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN PADA
LAYANAN KEDOKTERAN GIGI DI INDONESIA**

DISERTASI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Doktor**

MITA JULIAWATI

1906340571

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI

PROGRAM DOKTOR

JAKARTA

2022

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Disertasi ini adalah hasil karya Saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah Saya nyatakan dengan benar**

Nama : Mita Juliawati

NPM : 1906340571

Tanda Tangan :

HALAMAN PENGESAHAN

Proposal Disertasi ini diajukan oleh

Nama : Mita Juliawati

NPM : 1906340571

Program Studi : Doktor Ilmu Kedokteran Gigi

Judul Disertasi: Analisis Budaya Keselamatan Pasien Pada Layanan Kedokteran Gigi di Indonesia.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Pengaji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk Ujian Tahap Terbuka Disertasi pada Program Studi Ilmu Kedokteran Gigi, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Promotor : Prof.drg.Risqa Rina Darwita,PhD

Ko-Promotor 1: drg.Melissa Adiatman,PhD

Ko-Promotor 2: Prof. Dra.Fatma Lestari,MSi,PhD

Tim Pengaji

Ketua : Prof drg.Diah Ayu Maharani,PhD

Anggota : Prof.drg.Anton Raharjo,MKM,PhD

: Prof.Dr.drg.Tri Erri Astoeti,Mkes

: Dr. Adang Bachtiar, MPH,DSc

: Dr. drg.Hananto Seno,Sp BM(K),MM

KATA PENGANTAR

Bismillahir-rahmanir-rahim

Assalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Segala puji bagi Allah Zat Yang Maha Rahman dan Maha Rahim, Zat Pencipta dan Pemilik alam semesta. Segala puji bagi Nya, serta sholawat dan salam tercurah pada Rasulullah SAW. Insya allah kita termasuk golongan yang senantiasa mencintai dan memuliakannya. *Aamiin Ya Robbal Alamiin.*

Alhamdulillahi Robbil'Alamin atas berkat ridho dan rahmat-Nya , saya dapat menyelesaikan disertasi ini. Penulisan disertasi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Doktor di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan, bimbingan, dukungan serta nasehat dari berbagai pihak, maka tidak mudah dalam menyelesaikan penelitian dan penulisan disertasi ini. Oleh karena itu perkenankan pada kesempatan ini dengan rendah hati, ikhlas dan penuh rasa hormat menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Rektor Universitas Indonesia periode 2014 – 2019 Prof.Dr.Ir.Muhammad Anis,Mmet dan periode 2019 – 2024 Prof.Ari Kuncoro,SE,MA,PhD beserta Wakil Rektor Universitas Indonesia yang mendukung terlaksananya Pendidikan S3 saya
2. Rektor Universitas Trisakti Periode 2018-2021 Prof. Dr. Ali Ghufron Mukti, M.Sc dan Periode 2018-2021 Prof. Dr. Ir. Kadarsah Suryadi, DEA dan para Wakil Rektor Universitas Trisakti yang telah memberikan izin dan kesempatan untuk mengikuti Program Doktor di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia
3. Dr. drg. Nia Ayu Ismaniati, MDSc., Sp.Ort(K) sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia beserta Wakil Dekan Bidang Pendidikan Dr. drg. Ria Puspitawati,PBO dan Wakil Dekan Bidang Sumber

Daya, Ventura dan Administrasi Umum FKG UI periode 2022-2026 atas kesempatan, bantuan dan fasilitas yang diberikan kepada saya selama menempuh Pendidikan Doktor

4. Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Trisakti, Prof.Dr.drg. Tn Erri Astoeti,MKes beserta Wakil Dekan I, drg. Wiwick Poedjiastuti,MKes,SpBM,PhD; Wakil Dekan II drg. Rosalina Tjandrawinata,MSi,PhD; Wakil Dekan III drg. Abdul Gani Soulissa,MPH; Wakil Dekan IV Dr.drg. Wita Anggraini,MBiomed.SpPerio atas kesempatan dan izin yang diberikan serta dukungan penuh untuk mengikuti Program Pendidikan ini hingga selesai.
5. Pihak Universitas Indonesia serta Universitas Trisakti yang telah memberi kesempatan saya untuk mendapatkan bantuan biaya penelitian Ta Dok Universitas Indonesia serta bantuan biaya Pendidikan Program Doktor Universitas Trisakti
6. Prof.drg.Risqa Rina Darwita,PhD dari Departemen IKGMP FKG UI selaku Promotor dan Pembimbing Akademik yang sangat sabar, penuh perhatian dalam membimbing, memberi nasehat dan arahan, memotivasi, memberi dukungan dan semangat selama saya menempuh Pendidikan Doktor sehingga alhamdulillah tanpa terasa telah selesai.
7. Drg.Melissa Adiatman,PhD dari Departemen IKGMP FKG UI selaku Ko-Promotor 1 yang selain membimbing juga selalu bersedia menjadi teman diskusi, teman curhat bila ada kesulitan dalam proses penelitian, menemani submit jurnal hingga tengah malam, memotivasi, memberi arahan dan dukungan penuh dalam masa studi, sehingga proses penelitian yang panjang dan penuh warna alhamdulillah terasa mudah dilalui.
8. Prof.dra.Fatma Lestari,MSi,PhD dari Departemen K3 FKM UI yang dengan lemah lembut serta penuh perhatian selalu bersedia meluangkan waktu ditengah kesibukan beliau yang padat, memotivasi saya untuk mendalami *Patient Safety Culture* yang masih langka di bidang Kedokteran Gigi, menyampaikan ilmu-ilmu baru di bidang Keselamatan Pasien yang sangat bermanfaat sebagai bekal selama masa pendidikan hingga saat akan datang

9. Prof.drg.Diah Ayu Maharani,PhD sebagai Ketua Penguji yang dari awal studi dengan penuh perhatian sangat membantu saya untuk memulai penelitian dengan mempelajari hal-hal baru sesuai kaidah penelitian yang sempurna, sangat hebat dalam ilmu statistik, dengan masukan-masukan positif yang sangat membantu, sehingga memotivasi saya untuk dapat menerapkan ilmu tersebut selama penelitian.
10. Prof. drg. Anton Rahardjo,MKM,PhD sebagai anggota penguji yang senantiasa menyemangati, memberi masukan-masukan yang sangat berguna dalam diskusi penelitian. Teori-teori beliau sangat bermanfaat dalam penelitian saya.
11. Prof.Dr. drg.Tri Erri Astoeti,MKes, sebagai anggota penguji yang sangat luar biasa dalam menyemangati agar studi saya cepat selesai, sebagai kakak, sahabat, bu Dekan, teman kantor, teman seperjuangan di organisasi profesi, pembimbing handal di bidang kesehatan masyarakat serta sebagai panutan. Barokallahu.
12. Dr. Adang Bachtiar, MPH,DSc, sebagai anggota penguji, Guru yang bijak dari mulai saya studi S2 hingga S3, sangat menguasai konsep manajemen Kesehatan Masyarakat, motivator saya untuk mengembangkan ilmu di bidang Budaya Keselamatan Pasien, prinsip beliau yang selalu menyampaikan bahwa tidak ada hal yang tidak bisa dilaksanakan asal dengan niat ikhlas, insya allah akan menjadi bekal ke depan saya.
13. Dr.drg.Hananto Seno,SpBM(K),MM sebagai anggota penguji yang selalu membantu mulai awal hingga selesaiya penelitian ini khususnya dengan ijin dan masukan beliau sebagai Ketua PB PDGI periode 2017-2022 sehingga sejauh anggota PDGI se-Indonesia berkenan mendukung penelitian saya dengan menjadi responden selama studi.
14. Ketua Program Studi Pendidikan Doktor S3 FKG Universitas Indonesia, Prof. drg. Ratna Meidyawati, SpKG(K) dan dilanjutkan oleh Prof.drg.Dewi Fatma,MS,PhD yang selalu memberi motivasi dan semangat agar dapat menyelesaikan program Doktor ini dengan tepat waktu
15. Drg.Usman Sumantri,MSc sebagai Ketua Umum PB PDGI periode 2022 – 2025 serta drg.Tari Tritarayati,SH,MHkes sebagai Sekjen PB PDGI yang

- dengan penuh pengertian mendukung penuh di akhir masa studi saya menyelesaikan program Doktor
16. Seluruh staf pengajar Program Doktor Ilmu Kedokteran Gigi Universitas Indonesia yang telah membagikan ilmunya sehingga dapat memperluas wawasan pengetahuan
 17. Seluruh staf pengajar dan akademik Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat Pencegahan FKG UI yang telah memberikan dukungan moril selama saya mengikuti Pendidikan program Doktor ini
 18. Sejawat dan sahabat di Bagian Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat Pencegahan (IKGMP) FKG Usakti, drg.Widijanto,MKes sebagai Kepala Bagian sekaligus guru dan teman berdiskusi khususnya di bidang Statistik saat saya mengalami kesulitan dalam menganalisis hasil penelitian saya, Prof.Dr.drg. Tri Erri Astoeti,MKes, sahabat di bagian yang sangat perhatian dalam kemajuan perkembangan studi saya, drg.Sri Lestari,MKes, mbak ku sekaligus PJ Modul yang penuh perhatian kepada adiknya selama studi S3, drg. Marta Juslily,MBA MKG,sahabat dan temen curhat kala suka dan duka, my BFF dan soulmate mulai dari RSGM dan bagian IKGMP yang selalu penuh pengertian khususnya dalam saling membagi beban tugas selama saya studi, Dr.drg.Assyurati A,MKes adik ku sesama alumni FKG UI yang selalu memberi semangat, drg. Abdul Gani Soulisa,MPH yang selalu memotivasi mbaknya, adik-adik ku tersayang di bagian, drg.Theresia,MEpid, drg. Goalbertus Gunawan, MM,MKG, drg.Caesaria Claudia P,MKG, drg. Lia Hapsari A, MEpid yang selalu setia memberi semangat dan membantu selama masa penyelesaian program studi.
 19. Teman sejawat Direksi RSGM FKG Usakti, drg.Marta Julslily,MBA,MKG, drg.Anges Sabarudin, drg Orliendo,MBiomed PhD dan drg. Johan E.Marpaung,SpBM yang selalu memberi dukungan kepada saya selama studi
 20. Rekan-rekan tim penelitian saya mbak Is, mas Wibi, Danya, pak Hendy dan mas Eko yang luar biasa mendampingi selama proses penelitian khususnya saat penelitian eksperimen dengan 1111 responden dokter gigi seluruh Indonesia dan intervensi melalui daring via zoom hingga pembuatan aplikasi penilaian mandiri SafeDental.ID

21. Sahabat-sahabat S3 ku Angkatan 2019, drg.Nada Ismah,SpOrt(K), drg. Wenni Yulfie,SpBM, drg Jetty Erawati,Sp Perio yang bersama sama dalam suka dan duka saling menyemangati melewati masa masa perjuangan menempuh S3 di FKG UI, insya allah menjadi kenangan manis yang tak terlupakan.
22. Tim Penelitian di PB PDGI yang membantu penuh perihal responden penelitian, Dr.drg.Hananto Seno, SpBM(K),MM, drg.Iwan Dewanto,MMR,PhD dan Dr.drg.Arneliasari, MBiomed terima kasih atas ijin dan dukungannya serta drg. Freddy W, yang selalu direpoti untuk distribusi kuesioner ke responden PDGI via online, juga mbak Rina dan mbak Suri yang selalu siap sedia bila diminta informasi tentang PDGI dan dokter gigi se Indonesia.
23. Sejawat dan sahabat-sahabat tercinta dari anggota PDGI Pengwil dan Cabang se-Indonesia yang telah bersedia menjadi responden saya. 1111 dokter gigi yang telah meluangkan waktunya untuk penelitian saya, insya allah Allah SWT akan membalas budi baik sejawat semua
24. Staf administrasi FKG UI yang banyak membantu antara lain Ibu Emmy Yunara AMD, Bpk Asep Rachmat Hidayat,SIP MIKom, Mbak Nesia, Bp.M.Noh, Mbak Nia Kurniawani, Mbak Sri Wahyuni, mas Doni dan staf BAP lainnya yang selalu membantu dalam memberi informasi bidang Pendidikan selama sekolah
25. Sahabat-sahabat sesama peserta program S3 baik yang sudah lulus maupun yang masih studi, Dr.drg.Susi Puspitawati,SpProst, Dr.drg. Meiny F.Amin,SpKG(K), Dr.drg. Pitu Wulandari,Sp Perio, Dr.drg Yuanita,MKes , Dr.drg.Fatimah, Sp Perio, Dr. drg. Ihsan Rizal,MBiomed, Dr. drg. Arneliasari,MBiomed, Dr.drg. Ananda Irmagita,SpPM, drg. Enrita Dian,SpKGA, drg. Tri Putriany,SpKGA, drg. Anggraeni Putri, SpBM yang selalu saling memberi motivasi dan semangat selama proses Pendidikan.
26. Ayahanda tercinta alm. Bp.H.Ir Soeratman yang selalu memotivasi dan menanamkan dari kecil bahwa warisan terpenting adalah ilmu, sehingga pendidikan adalah hal utama dalam keluarga kami. Mama tercinta, Ibu

Adriati Soeratman yang selalu mendukung, mendampingi saat-saat ujian, memberi motivasi untuk menuntut ilmu setinggi mungkin, serta selalu mendoakan saya dan insya allah doa ibu lah yang alhamdulillah membuat keberhasilan saya hingga saat ini, insya allah Allah SWT membala budi baik kedua orang tua saya dengan amalan berlipat ganda Aamiin aamiin Yaa Robbal Alamiin.

27. Rasa syukur dan terima kasih tak terhingga dari hati terdalam kepada suami tercinta Ir.Hendrowibowo,MM yang telah memberi izin, penuh pengertian, mendampingi, mendoakan serta mendukung penuh kegiatan selama masa pendidikan hingga selesai. Semoga dengan selesainya studi ini bisa kembali lebih banyak waktu tercurah untuk keluarga tercinta
28. Anak-anakku tercinta , M.Reza Akbar,ST dengan drg.Messya Rachmani Tanjung,SpKGA beserta si kecil Umar zain Al Ghazy dan M.Rizky Firmansyah, ST,MIB dengan Amanda Perbowani,SPsi, terima kasih doa, semangat, perhatian dan dukungan kalian kepada mama. Kalian semua adalah sumber inspirasi mama. Walau Rizky dan Amanda jauh dari sini tetapi doa kalian menyemangati mama untuk segera menyelesaikan pendidikan ini. Mas Reza, Messya dan Ghazy adalah pelita dan pelipur hati mama kala rindu keluarga tercinta.
29. Ungkapan rasa syukur juga kepada keluarga besar yang mendukung penuh selama saya studi, motivasi, doa dan kasih sayang adik-adik tersayang, Kel Dwi Wahyudi,SE, MBA, Kel Ir. Herianto Pribadi,MBA dan kel. Donny Nugroho,SE, MBA, memotivasi hingga mencapai tahap ini.
30. Bapak Mertua alm.Bp.Hendrosutopo dan ibu Sumijati yang selalu membantu dalam doa serta kakak dan adik-adik ipar Kel. Ir.Taurina , Kel Ir. Arishinta , Kel Ony, SE, Kel Rosita SSos dan menyemangati selama saya studi
31. Tim hore di rumah maupun di klinik Dokter Gigi-ku yang selalu setia mendukung proses penelitian saya, dik Reni dan Messya yang selalu setia menjadi seksi konsumsi dadakan, Lia dan Nur yang selalu siap sedia menjadi asisten penelitian saya juga mbak Yani dari RSGM yang membantu seksi konsumsi . Luv U all terima kasih bantuanmu selama ini.

32. Masih banyak para pihak yang telah membantu saya, yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu. Semoga Allah SWT membalas dengan pahala yang berlipat ganda dan memberikan keberkahan atas segala bantuan Aamiin YRA. Saya sadar bahwa Disertasi ini masih belum sempurna, karena kesempurnaan hanya milik Allah SWT, tetapi setidaknya sudah menghasilkan sesuatu yang insya allah akan bermanfaat untuk berbagai pihak. Akhir kata perkenankan saya mohon maaf lahir batin bila ada salah dan khilaf yang mungkin terjadi selama penelitian saya . Wassalamu alaikum
Wr.Wb

Jakarta, Agustus 2022

Mita Juliawati

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mita Juliawati
NPM : 1906340571
Program Studi : Doktor Ilmu Kedokteran Gigi
Fakultas : Kedokteran Gigi
Jenis karya : Disertasi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**ANALISIS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN PADA LAYANAN
KEDOKTERAN GIGI DI INDONESIA**

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta
Pada tanggal : Agustus 2022
Yang menyatakan

(Mita Juliawati)

ABSTRAK

Nama : Mita Juliawati
Program Studi : Doktor Ilmu Kedokteran Gigi
Judul : ANALISIS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN PADA LAYANAN KEDOKTERAN GIGI DI INDONESIA

Keselamatan pasien (*Patient Safety*) penting sebagai dasar untuk memberikan layanan kedokteran gigi yang berkualitas. Budaya keselamatan pasien (*Patient Safety Culture/BKP*) penting untuk dokter gigi. BKP yang positif akan meningkatkan keselamatan pasien. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis perbedaan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap BKP di bidang layanan kedokteran gigi di Indonesia.

Desain penelitian adalah *Mixed Method* dengan pendekatan kuantitatif menggunakan metode analitik yaitu *Cross Sectional*¹² dan *Pre and Post design* serta pendekatan kualitatif menggunakan *Thematic analysis* melalui *Focus Group Discussion* (FGD). Populasi dan sampel penelitian ini adalah dokter gigi di fasilitas kesehatan primer dan sekunder di Indonesia. Penelitian terdiri dari beberapa tahap yaitu tahap pertama dengan 250 responden di DKI Jakarta, merupakan proses adaptasi lintas budaya serta uji validitas dan reliabilitas kuesioner SAQ menjadi SAQ versi Bahasa Indonesia. Penelitian tahap kedua adalah uji kuantitatif dengan 1111 responden dokter gigi di Indonesia untuk mengetahui nilai BKP dokter gigi serta mengetahui faktor-faktor yang berkontribusi terhadap BKP, kemudian dibuat model BKP. Penelitian tahap ketiga adalah uji kualitatif pada 51 responden perwakilan kluster wilayah Indonesia Barat, Tengah dan Timur untuk menggali lebih dalam faktor-faktor dari hasil uji kuantitatif dilakukan dengan FGD. Penelitian tahap 4 adalah dilakukan intervensi terhadap 81 responden perwakilan nilai BKP Positif dan Negatif. Penelitian tahap akhir adalah membuat modul aplikasi BKP berbasis web. Hasil Penelitian adalah **Penelitian tahap 1** menghasilkan alat ukur nilai Budaya Keselamatan Pasien *Safety Attitude Questionnaire* dalam versi Bahasa Indonesia (SAQ-Indo) yang valid dan reliabel melalui proses adaptasi lintas budaya. **Penelitian tahap 2** menghasilkan nilai BKP dari responden dengan pengkategoriannya Nilai Budaya Positif dan Negatif, faktor-faktor yang berkontribusi pada BKP di Indonesia yaitu Jenis Kelamin, Pendidikan, Pengalaman Praktik, Lokasi Fasilitas kesehatan dan Pernah mengikuti seminar atau pelatihan BKP, serta menghasilkan Model Prediksi BKP dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya yaitu Jenis Kelamin, Pendidikan, Lokasi Faskes dan Pernah Mengikuti Seminar/Pelatihan BKP. Model adalah Nilai Budaya Keselamatan Pasien = $-0.442 + (0.706 * \text{gender}) + (0.427 * \text{lokasi faskes}) + (-0.343 * \text{pendidikan}) + (0.450 * \text{training BKP})$. **Penelitian tahap 3** menghasilkan gambaran persepsi Budaya Keselamatan Pasien dari responden khususnya dari enam domain BKP, serta menjawab salah satu hasil uji kuantitatif dimana gambaran domain stress yang tidak sebagus lima domain lain. Responden mengakui adanya kondisi stress karena berbagai sebab, tetapi mereka juga memberikan alasan dan solusinya. **Penelitian tahap 4** setelah intervensi menghasilkan kondisi perbaikan dan peningkatan Nilai BKP₁₀ dari responden. **Penelitian tahap akhir** menghasilkan modul aplikasi berbasis web dan *mobile apps* BKP untuk penilaian mandiri (*self assessment*) dengan nama SafeDental ID.

Kata Kunci : Dokter Gigi, Keselamatan Pasien (*Patient Safety*), Budaya Keselamatan Pasien (*Patient Safety Culture*), Indonesia, SafeDental ID

ABSTRACT

Name : Mita Juliawati
Study Program : Doctoral of Dentistry
Title : THE ANALYSIS OF PATIENT SAFETY CULTURE IN DENTISTRY IN INDONESIA

Patient safety is a crucial issue in providing quality dental care. Patient Safety Culture (PSC) is important for dentist as a positive PSC will improve patient safety. This study aims to analyze the differences in factors contributing to PSC in dentistry in Indonesia. This is a mixed method study using both quantitative and qualitative approaches. The quantitative part uses the analytical method using the cross-sectional and pre- and post-design, while the qualitative part includes data collection through focus group discussions (FGDs) followed by thematic analysis. The population of this study are dentists who work in primary and secondary healthcare facilities in Indonesia. Sampling was performed according to the five stages of this study. The first stage involves 250 respondents from the Special Capital region of Jakarta and includes the cross-cultural adaptation process of the SAQ questionnaire and the validity and reliability tests for the Indonesian Version of SAQ. The second stage is a quantitative test involving 1,111 Indonesian dentists as respondents. The aim of this stage is to calculate the PSC score of dentists in Indonesia and to identify contributing factors of PSC to be used for the basis of the PSC model development. The third stage is a qualitative study on 51 respondents who represent the area clusters in Indonesia of West, Central, and East Indonesia. This stage aims to gain more in-depth information on the factors identified during the second stage of this study through FGDs. The fourth stage of this study involves interventions on 81 respondents representing the Positive and Negative PSC scores. The fifth and final stage involves the development of a web-based PSC application module. This study presents several results. The first stage produces a measurement tool for patient safety culture in Indonesia in the form of the Indonesian Version of the Safety Attitude Questionnaire (SAQ-Indo) that is valid and reliable. The second stage of this study presents the PSC scores of the respondents using the Positive and Negative score for patient safety culture. This stage also identifies the factors that influence the PSC score: Gender, Education, Practice Experience, Healthcare Facility Location, and Participation in PSC seminar or training. A predictive model for PSC is also created based on the identified contributing factors with a formula of 'Patient Safety Culture = -0.442 + (0.706*gender)+(0.427 *healthcare facility locations)+(-0.343*education) + (0.450*PSC training)'. The third stage of the study demonstrated an overview on the perception of Patient Safety Culture among respondents that represent dentists in Indonesia, especially in the six domains of PSC, with the stress domain receives the lowest score. Further exploration reveals that there are indeed various stress conditions due to various reasons that are experienced by the respondents. Respondents also provide reasons and solutions to these stress condition. The fourth stage of the study shows an improvement and increase in the PSC score after intervention, while the fifth or final stage of the study produces a web-based PSC application module and mobile apps for self-assessment under the name of SafeDental.ID

Keywords: Dentist, Indonesia, Patient Safety, Patient Safety Culture, SafeDental.ID

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
DEWAN PENGUJI	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	xiii
ABSTRACT	xiv
DAFTAR ISI.....	xv
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR TABEL	xxi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxiii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah Penelitian :	5
1.3. Pertanyaan Penelitian	5
1.4. Tujuan Penelitian	6
1.4.1. Tujuan Penelitian Umum	6
1.4.2. Tujuan Penelitian Khusus	6
1.5. Manfaat Penelitian	7
1.5.1. Manfaat Teoritis	7
1.5.2. Manfaat Metodologis	7
1.5.3. Manfaat Aplikatif	7
1.6. Orisinalitas Penelitian	8
BAB 2. PUSTAKA	10
2.1 Keselamatan Pasien	10
2.1.1 Insiden Keselamatan Pasien.....	10
2.2 Budaya Keselamatan (<i>Safety Culture</i>)	12
2.2.1 Pengertian Budaya	12
2.2.2 Pengertian budaya keselamatan	13
2.3 Iklim Keselamatan (<i>Safety Climate</i>)	13
2.4 Budaya Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety Culture</i>)	14
2.5 Hubungan Budaya Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety Culture</i>) dengan Iklim Keselamatan (<i>Safety Climate</i>)	15
2.6 Mengukur Budaya Keselamatan Pasien.....	15
2.6.1 <i>Safety Attitudes Questionnaire</i>	16
2.7 Model Insiden Keselamatan Pasien di bidang Kesehatan Gigi dan Mulut	18
2.7.1 Model <i>Swiss Cheese</i>	18
2.7.2 Model Tingkatan Budaya Keselamatan Pasien.....	20
2.8 Strategi Untuk Mengembangkan Layanan Kesehatan yang Aman sesuai Budaya Keselamatan Pasien ¹¹	21
2.9 Gambaran umum Layanan Kedokteran Gigi di Indonesia	22
2.9.1 Sumber Daya Manusia Pada Layanan kedokteran Gigi	22
BAB 3. KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS.....	25
3.1 Kerangka Konsep	25
3.1.1 Kerangka Konsep Tahap 1 – Adaptasi Lintas Budaya (<i>Crossadaptation</i>)	25
3.1.2 Kerangka Konsep Tahap 2 : Model Prediksi Kuantitatif Budaya Keselamatan Pasien dan Uji Coba Model Budaya Keselamatan Pasien ..	25
3.1.3 Kerangka Konsep Tahap 3 : Tahap Kualitatif	26
3.1.4 Kerangka Konsep Tahap 4 : Tahap Intervensi	26

3.2	Hipotesis	27
3.2.1	Hipotesis Mayor.....	27
3.2.2	Hipotesis Minor	27
BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN .		28
4.1	Desain Penelitian	28
4.2	Tahap Penelitian	28
4.2.1	Tahap 1 : Pengembangan alat ukur	28
4.2.1.1	Uji Validitas:.....	28
4.2.1.2	Uji Reliabilitas	29
4.2.2	Tahap 2 : Uji Kuantitatif	31
4.2.2.1	Tahap 2a : Uji Eksperimen kuantitatif menghasilkan Model Budaya Keselamatan Pasien (BKP).....	31
4.2.2.2	Tahap 2b. Uji Coba Model Budaya Keselamatan Pasien	32
4.2.3	Tahap 3: Uji Kualitatif.....	32
4.2.4	Tahap 4 : Intervensi	32
4.2.5	Tahap 5 : Pembuatan Modul Aplikasi Budaya Keselamatan Pasien berupa mobile apps berbasis web	33
4.3	Lokasi dan Waktu Penelitian	34
4.3.1	Lokasi Penelitian	34
4.3.1.1	Lokasi Tahap 1 (Studi Pendahuluan).....	34
4.3.1.2	Lokasi Penelitian Tahap 2 Kuantitatif	34
4.3.1.3	Lokasi Penelitian Tahap 3 Kualitatif	34
4.3.1.4	Lokasi Penelitian Tahap 4 Intervensi.....	35
4.3.2	Waktu Penelitian :	35
4.4	Populasi Penelitian	35
4.4.1	Populasi : dokter gigi	35
4.4.2	Sampel Penelitian	36
4.4.2.1	Tahap 1. Studi Pendahuluan - Perhitungan asumsi besar sampel untuk DKI	36
4.4.2.2	Tahap 2 Kuantitatif	37
4.4.2.3	Tahap 3 Sampel Penelitian Kualitatif dan Tahap Intervensi ,	37
4.5	Kriteria Inklusi dan Eksklusi	37
4.5.1	Kriteria Inklusi	37
4.5.1.1	Dokter gigi di Faskes Primer dan Sekunder	37
4.5.2	Kriteria Eksklusi	38
4.5.2.1	Dokter gigi	38
4.6	Variabel Penelitian ⁶⁴	38
4.6.1	Variabel Independen /Bebas	38
4.6.2	Variabel Dependental/Terikat	38
4.7	Definisi Operasional	39
4.7.1	Variabel Independen	39
4.7.2	Dependen Variabel	45
4.8	Instrumen Penelitian	46
4.8.1	Alat Pengumpul Data Kuantitatif dan Kualitatif Dalam Penelitian Ini Adalah	46
4.9	Prosedur dan Metode Penelitian	46
4.9.1	Tahap Persiapan	46
4.9.2	Tahap Pelaksanaan	47

4.9.2.1	Tahap 1 : Studi Pendahuluan	47
4.9.2.2	Tahap 2 : Tahap Eksperimen Nasional – kuantitatif.....	48
4.9.2.3	Tahap 3 : Tahap Eksperimen Nasional – kualitatif.....	48
4.9.2.4	Tahap 4 : Intervensi	49
4.9.2.5	Tahap 5 : Pembuatan modul aplikasi digital Budaya Keselamatan Pasien SafeDental.ID.....	50
4.9.3	Metode Pengumpulan Data.....	52
4.9.4	Analisis Data.....	53
4.9.4.1	Proses Analisis Data Kuantitatif	54
4.9.4.2	Proses Analisis Data Kualitatif	54
4.9.4.3	Potensi Bias.....	55
4.10	Alir Penelitian	56
4.11	Jadwal Penelitian	57
BAB 5. HASIL PENELITIAN	60
5.1	Proses Penelitian Tahap 1	60
5.2	Proses Penelitian Tahap 2	63
5.3	Hasil Penelitian Tahap 1	65
5.3.1	Karakteristik Demografik, Uji Validitas dan Reliabilitas	65
5.3.1.1	Data Demografi	65
5.3.1.2	Uji Reliabilitas	67
5.3.1.3	Uji Validitas	71
5.4	Hasil Penelitian Tahap 2	80
5.4.1	Karakteristik Demografik Responden di Indonesia	80
5.4.2	Tahap 2a : Uji Eksperimen kuantitatif menghasilkan Nilai Budaya Keselamatan Pasien , Model Budaya Keselamatan Pasien (BKP) dan dilakukan Uji Coba Model BKP	84
5.4.2.1	Nilai Budaya Keselamatan Pasien (Konversi dan Katagorisasi)	84
5.4.2.1	<i>Floor dan Ceiling Effect</i>	86
5.4.2.2	Analisis Bivariat	86
5.4.2.3	Analisis Multivariat	92
5.4.2.3.1	Menentukan Kandidat Model	93
5.4.2.3.2	Menentukan Metode Analisis multivariat	94
5.4.2.3.3	Menentukan Asesmen Interaksi	96
5.4.2.3.4	Melakukan Uji Performance Model	96
5.4.2.3.5	Menentukan Model Matematika yang <i>Best Performance</i> dari Hasil Uji Tahap di Atas	98
5.4.2.3.6	Melakukan Uji Coba Model Budaya Keselamatan Pasien dengan Bootstrapping	98
5.5	Tahap 3 : Uji Kualitatif	100
5.5.1	Karakteristik Informan (Responden)	101
5.5.2	Alir Penelitian Tahap 3 Kualitatif <i>Focus Group Discussion</i> (FGD)	101
5.5.2.1	Persiapan FGD	101
5.6	Tahap 4 : Uji Intervensi	138
5.6.1	Tahapan dalam Uji Intervensi	139
5.7	Tahap 4 : Pembuatan Aplikasi Budaya Keselamatan Pasien berbasis Web dan Mobile Apps	146
5.7.1	Contoh Tahapan Masuk Aplikasi SafeDental.ID	147
5.7.2	Hak Akses Responden	147

5.8	Membuat program aplikasi	148
BAB 6. PEMBAHASAN.....		150
6.1	Tahap Adaptasi Lintas Budaya Alat Ukur SAQ ke Versi Indonesia	150
6.2	Tahap Uji Kuantitatif	152
6.3	Analisis Multivariat untuk memperoleh pemodelan Budaya Keselamatan Pasien.....	155
6.4	Tahap Kualitatif dengan <i>Focus Group Discussion (FGD)</i>	157
6.5	Tahap Intervensi	162
6.6	Tahap Pembuatan Modul Aplikasi Budaya Keselamatan Pasien berbasis Web dan Mobile Apps – Safe.Dental.Id.....	164
6.7	Rekapitulasi Pembahasan penelitian.....	168
6.8	Keterbatasan Penelitian.....	172
BAB 7. KESIMPULAN dan SARAN		173
DAFTAR PUSTAKA.....		178

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Contoh Model Penyebab Masalah Kecelakaan Swiss Cheese untuk terjadinya Insiden Keselamatan Pasien di bidang Gigi Mulut ^{4,56 4,54}	19
Gambar 2. 2 'The culture-behaviour-patient outcome continuum in patientsafety'. HCP = healthcare professional ^{17,57}	20
Gambar 3. 1 Kerangka Konsep Tahap 1 – Adaptasi lintas budaya (Crossadaptation)	25
Gambar 3. 2 Kerangka Konsep Tahap 2 – Model Prediksi Kuantitatif Budaya Keselamatan Pasien dan Uji coba dengan Validasi Internal	25
Gambar 3. 3 Kerangka Konsep Tahap 3 – Tahap Kualitatif dengan Focus Grup Discussion	26
Gambar 3. 4 Kerangka Konsep Tahap 4 : Tahap Intervensi dan analisis before – after	26
Gambar 4. 1 Tahapan Proses Face Validity : Cross Adaptasi SAQ Indonesia	30
Gambar 4. 2 Diagram Hak Akses Admin	51
Gambar 4. 3 Diagram Hak Akses Responden	51
Gambar 4. 4 Gambar Rancangan Database	52
Gambar 5. 1 Diagram alur jumlah sampel pada tahapan analisis penelitian	64
Gambar 5. 2 Diagram ROC Curve	97
Gambar 5. 3 Alur Pelaksanaan Focus Group Discussion (FGD) Penelitian Analisis Budaya Keselamatan Pasien Pada Dokter Gigi di Indonesia	104
Gambar 5. 4 Dokumentasi <i>Focus Group Discussion</i> via Daring – Zoom untuk Cluster Indonesia Barat tanggal 13 Desember 2021	104
Gambar 5. 5 Dokumentasi <i>Focus Group Discussion</i> melalui Daring – Zoom untuk Cluster Indonesia Barat tanggal 28 Desember 2021	105
Gambar 5. 6 Dokumentasi Focus Group Discussion (FGD) melalui Daring – Zoom untuk Cluster Indonesia Tengah tanggal 23 Desember 2021 shift 1	105
Gambar 5. 7 Dokumentasi Focus Group Discussion via Daring – Zoom untuk Cluster Indonesia Tengah tanggal 23 Desember 2021 shift 2	105
Gambar 5. 8 Dokumentasi Focus Group Discussion via Daring – Zoom untuk Cluster Indonesia Timur tanggal 19 Desember 2021	106
Gambar 5. 9 Dokumentasi Focus Group Discussion via Daring – Zoom untuk Cluster Indonesia Timur tanggal 19 Desember 2021	106
Gambar 5. 10 Dokumentasi Focus Group Discussion via Daring – Zoom untuk Cluster Indonesia Timur tanggal 17 Desember 2021	107
Gambar 5. 11 Hasil Analisis Word Cloud dari seluruh kata dalam Transkrip Wawancara	124
Gambar 5. 12 Hasil Analisis Word Cloud dari tema alasan BKP Penting	124
Gambar 5. 13 Hasil Analisis Word Cloud dari tema iklim kerja tim (teamwork)	126
Gambar 5. 14 Hasil Analisis Word Cloud dari tema iklim keselamatan pasien (Safety Climate).	128
Gambar 5. 15 Hasil Analisis Word Cloud dari tema Kepuasan Kerja (Job Satisfaction)	130
Gambar 5. 16 Hasil Analisis Word Cloud dari tema Pengakuan Stress (Stress Recognition)	131

Gambar 5. 17 Hasil Analisis Word Cloud dari tema Persepsi Manajemen	134
Gambar 5. 18 Hasil Analisis Word Cloud dari tema Kondisi Kerja (Working Condition).....	135
Gambar 5. 19 Hasil Analisis Word Cloud dari tema Kondisi Kerja (Working Condition).....	136
Gambar 5. 20 Hasil Analisis Word Cloud dari Tema Pria lebih tinggi nilai BKP nya daripada Wanita.....	137
Gambar 5. 21 Dokumentasi Penerapan BKP tahap Intervensi Indonesia Timur (Papua, Maluku)	145
Gambar 5. 22 Dokumentasi Penerapan BKP tahap Intervensi Indonesia Tengah (Palu, Makassar, Mataram, Poso).....	145
Gambar 5. 23 Dokumentasi Penerapan BKP Indonesia Barat (Aceh, Batam, Bogor, DKI Jakarta)	146
Gambar 5. 24 Tampilan Depan Safe.Dental.ID	147
Gambar 5. 25 Tampilan halaman Login guna pengisian Username dan Password.....	148
Gambar 5. 26 Tampilan versi mobile.....	149
Gambar 5. 27 Tampilan versi mobile dan logo SafeDental.ID.....	149

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Definisi domain pada SAQ serta contohnya di Rumah sakit ²¹	17
Tabel 4. 1 Variabel Independen Faktor Budaya Keselamatan Pasien	39
Tabel 4. 2 Definisi Operasional Dependen Variabel	45
Tabel 5. 1 Karakteristik demografi responden di Provinsi Jakarta (N = 250) ...	66
Tabel 5. 2 Hasil analisis Cronbach Alpha total antar item dan CITC data responden di Provinsi DKI Jakarta.....	68
Tabel 5. 3 Hasil analisis Cronbach Alpha total dan 6 domain dan CITC data responden. di Provinsi DKI Jakarta	70
Tabel 5. 4. Analisis validitas konstruk antara Domain dan Item Budaya Keselamatan Pasien pada Dokter Gigi di DKI Jakarta (n=250)	73
Tabel 5. 5 Gambaran korelasi antara domain dengan total skor dan domain dengan domain: hasil analisis validitas konstruk.....	76
Tabel 5. 6 Analisis Validitas Diskriminan dengan uji Kruskal Wallis terhadap 30 item dengan Nilai Budaya Keselamatan Pasien Dokter Gigi di DKI Jakarta (n=250).....	77
Tabel 5. 7 Karakteristik demografi responden di Indonesia (N = 1111).....	82
Tabel 5. 8 Karakteristik demografi responden berdasar asal propinsi sesuai PDGI Cabang di Indonesia (N = 1111).....	83
Tabel 5. 9. Konversi Skala Likert ke persentil (skala 0-100).....	84
Tabel 5. 10. Nilai Budaya Keselamatan Pasien dengan pengkategorian Kuartil BKP	85
Tabel 5. 11 Nilai Budaya Keselamatan Pasien dengan pengkategorian Positif Negatif.....	85
Tabel 5. 12 Floor Effect dan Ceiling Effect Kuesioner Budaya Keselamatan Pasien pada Dokter Gigi di Indonesia	86
Tabel 5. 13 Faktor karakteristik yang berhubungan dengan Budaya Keselamatan Pasien	87
Tabel 5. 14 Hasil analisis penentuan variabel kandidat untuk model yang akan menjadi potensial predictor/faktor potensial	93
Tabel 5. 15 Tabel Full model	94
Tabel 5. 16 Hasil reduksi model metode stepwise.....	95
Tabel 5. 17 Hasil Uji Hosmer dan Lemeshow dengan SPSS.....	96
Tabel 5. 18 Uji Bootstrap dengan N=200	99
Tabel 5. 19 Bootstrap dengan N=1000	100
Tabel 5. 20 Matriks Daftar Pertanyaan FGD Kualitatif berdasar domain SAQ dan Nilai Rerata Skor Total per Domain	108
Tabel 5. 21 Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 1. Pentingnya Budaya Keselamatan Pasien	109
Tabel 5. 22 Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 2 Iklim Kerja Tim (Teamwork)	111
Tabel 5. 23 Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 3. Iklim Keselamatan (Safety Climate).....	112
Tabel 5. 24 Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 4. Kepuasan Kerja (Job Satisfaction).....	114

Tabel 5. 25 Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 5. Pengakuan Stress (Stress Recognition)	115
Tabel 5. 26 Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 6. Persepsi Manajemen (Perception of Management).....	118
Tabel 5. 27. Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 7. Kondisi Kerja (Working Condition).....	119
Tabel 5. 28 Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 8. Korelasi dengan penelitian sebelumnya.....	120
Tabel 5. 29 Uji normalitas dengan uji Kolmogorov-Smirnov domain, total skor dan rerata skor dalam kuesioner SAQ Indo (n=81)	140
Tabel 5. 30. Uji Wilcoxon signed rank masing-masing item, domain, total score dan rerata skor dalam kuesioner SAQ Indo (n=81) * $p<0,05$	141
Tabel 5. 31 Perubahan status BKP dari sebelum dan sesudah intervensi	143
Tabel 5. 32 Perubahan kuartil BKP dari sebelum dan sesudah intervensi	144

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. PERSETUJUAN ETIK.....	186
Lampiran 2. Surat Rekomendasi dari PB PDGI.....	187
Lampiran 3. SURAT IJIN DARI SAQ – TEXAS FOUNDATION 18 Mar 2021	188
Lampiran 4. Bukti Acceptance pada Journal Of Patient Safety – Scopus Q2190	
Lampiran 5. Journal Of Patient Safety Volume 00 March 2022 – Q2.....	191
Lampiran 6. Bukti Presentasi pada AAPD Daegu Korea October 2021.....	194
Lampiran 7. Bukti Jawaban Submit Manusrip pada JIDMR 2022 (Q3)	195
Lampiran 8. Dokumentasi Penelitian kuantitatif Penyebaran kuesioner via PB PDGI , PDGI Cabang	198
Lampiran 9. Dokumentasi Tahap Kualitatif - Bukti Undangan Responden FGD via Whatsapp	199
Lampiran 10. Bukti Undangan Tahap Intervensi	201
Lampiran 11. Contoh Materi Intervensi – Bagian dari Video Edukasi 1.....	202
Lampiran 12. Panduan Focus Group Discussion (FGD)	205
Lampiran 13. Kuesioner Budaya Keselamatan Pasien SAQ - Indonesia.....	206
Lampiran 14. Lembar Persetujuan/ Informed Consent.....	207

DAFTAR SINGKATAN

AFDOKGI	: Asosiasi Fakultas Kedokteran Gigi Indonesia
ARSGMPI	: Asosiasi Rumah Sakit Gigi Mulut Pendidikan Indonesia
ARSPI	: Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan Indonesia
BKP	: Budaya Keselamatan Pasien
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CITC	: <i>Corrected Item-Total Correlation</i>
Faskes	: Fasilitas Kesehatan
Faskes Primer	: Fasilitas Kesehatan Primer
Faskes Sekunder	: Fasilitas Kesehatan Sekunder
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
ICC	: <i>Interclass Correlation Coefficient</i>
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
PB PDGI	: Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia
PDGI	: Persatuan Dokter Gigi Indonesia
PERSI	: Persatuan Rumah Sakit Indonesia
P3KGB	: Pendidikan dan Pelatihan Profesionalisme Kedokteran Gigi Berkelanjutan
PSC	: <i>Patient Safety Culture</i>
SAQ	: <i>Safety Attitude Questionnaire</i>
SPO	: Standar Prosedur Operasional

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu yang mendunia, khususnya dalam pelayanan kesehatan.² Data kejadian tidak diharapkan (KTD) atau *Adverse Event* di berbagai negara di dunia seperti Amerika, Eropa, Asia Tenggara, Afrika, Mediterania Timur, Pasifik Barat, menjadi cikal bakal urgensi dalam mengembangkan sistem keselamatan pasien (*Patient Safety System*).^{3,4} Keselamatan pasien menjadi pembicaraan global hingga WHO pun mencanangkan “*Global Aliance For Patient Safety*” yang mengangkat fatwa Hipocrates yaitu *Primum, non nocere (First, do no harm)*. Dengan semakin berkembangnya ilmu dan teknologi di pelayanan kesehatan risiko pasien cedera meningkat.

Beberapa telaah menggambarkan bahwa insiden keselamatan pasien, disebabkan oleh unsur perilaku sumber daya manusia yang dapat berakibat kerusakan permanen³ dan konsekuensi yang ditimbulkan juga berbiaya tinggi.^{4,5}

Kondisi ini dihadapkan pada Pandemi Global dengan adanya virus Covid-19, dimana data WHO menunjukkan bahwa virus ini telah menyebabkan banyak korban, bahkan dokter dan tenaga medis yang merupakan profesi berisiko tinggi.⁶ Pada medio Juli 2022, kasus Virus Covid-19 telah menginfeksi lebih dari 200 negara di dunia dengan data 554.290.112 kasus terkonfirmasi dengan 6.351.801 kematian termasuk di Indonesia terdapat 6.116.347 kasus dengan 156.806 orang meninggal dunia. Walaupun kondisi saat ini sudah dilakukan vaksinasi kepada masyarakat dunia sebanyak 12.037.259.035 dosis dan di Indonesia 418.977.695 dosis.

Dalam bidang kedokteran gigi, dokter gigi dan terapis gigi mulut berisiko tinggi mengalami infeksi silang dan dapat menjadi pihak yang kontak pertama karena dekat dengan pasien yang berpotensi menjadi sumber infeksi.⁷ Kondisi ini memaksa semua pihak untuk melakukan kewaspadaan standar khususnya

penerapan *Universal Precaution* dari WHO, termasuk dalam menangani virus Covid-19.⁸ Hal ini membuka wawasan dunia tentang pentingnya faktor budaya keselamatan pasien, khususnya bagi tenaga medis.⁶

Keselamatan pasien merupakan hal mendasar untuk memberikan perawatan gigi berkualitas tinggi.^{3,9} Dokter gigi dan institusi kesehatan gigi mulut sama-sama berkomitmen untuk memberikan perawatan yang terbaik dimana salah satu faktor terpenting adalah keamanan. Beberapa literatur^{2,3} menyatakan bahwa kesalahan (*error*) juga dapat terjadi di bidang kedokteran gigi.^{3,10} Menurut Obadan mekanisme dari kesalahan (*error*) serta kegagalan perawatan yang dapat menyebabkan cedera antara lain faktor kelelahan, kurangnya pengalaman, pengawasan yang buruk, salah prosedur serta budaya keselamatan yang rendah.³

Untuk mencegah kesalahan perlu diterapkan budaya keselamatan. Meningkatkan budaya keselamatan pasien pada fasilitas kesehatan primer dan sekunder membangun kepercayaan masyarakat.^{11,12} Penelitian terdahulu tentang budaya keselamatan pasien banyak berfokus pada pelayanan kesehatan sekunder yaitu rumah sakit, perlu dilakukan penelitian budaya keselamatan pasien di pelayanan kesehatan primer, karena 85% tenaga kesehatan profesional di bidang kedokteran gigi , dalam hal ini dokter gigi dan perawat gigi yang di Indonesia dikenal dengan istilah terapis gigi dan mulut,¹³ bekerja pada fasilitas pelayanan primer.¹⁴⁻¹⁶ Perawatan pada faskes primer lebih beragam, memiliki cakupan yang lebih luas dan bervariasi dalam struktur dan infrastrukturnya yang membuatnya lebih rentan terhadap kesalahan daripada lingkungan rumah sakit yang lebih teratur dan sudah memiliki regulasi.

Pada era ini dalam meningkatkan nilai perspektif budaya keselamatan pasien, maka perlu pendekatan kolaboratif antara layanan primer dan sekunder, hal ini untuk mengembangkan konsep terpadu perbaikan dari kondisi keselamatan pasien. Cheng HC dkk dalam penelitiannya tentang budaya keselamatan pasien di Taiwan tahun 2019 menyampaikan bahwa sangat sedikit informasi yang didapat tentang budaya dan iklim keselamatan pasien khususnya untuk ‘*dental healthcare workers*’ atau tenaga medis di bidang kesehatan gigi dan mulut.¹⁷

Dari uraian di atas tergambar pentingnya faktor budaya keselamatan pasien bagi

tenaga medis bidang kedokteran gigi (*dental healthcare workers*), serta belum adanya pengukuran budaya keselamatan pasien dalam pelayanan kedokteran gigi di Indonesia khususnya pada pelayanan kesehatan primer dan sekunder dengan fokus responden adalah dokter gigi.

Sehubungan dengan hal tersebut maka akan dilakukan analisis budaya keselamatan pasien pada dokter gigi di fasilitas kesehatan primer antara lain praktik mandiri, klinik gigi, puskesmas dan fasilitas kesehatan sekunder yaitu rumah sakit di Indonesia.

Analisis dilakukan dengan menggunakan alat ukur yang dapat menilai gambaran persepsi responden dengan memadukan unsur berbagai dimensi dari budaya keselamatan pasien yaitu *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ).^{18–21} SAQ dikembangkan oleh Sexton dan kolega lebih dari dua dekade lalu di University of Texas, Amerika Serikat (AS)²¹ dan dimodifikasi oleh peneliti dari AS, Eropa, Asia seperti Texas, Swedia, Norwegia, Jerman, Denmark, Albania, Cina, Taiwan, Oman, Georgia.^{17,19,28,20–27}

Kuesioner diadaptasi dari versi singkat SAQ asli, yang terdiri dari 30 item dan enam dimensi budaya keselamatan yaitu iklim kerja tim (*team work climate*), iklim keselamatan (*safety climate*), kepuasan kerja (*job satisfaction*), pengakuan stress (*stress recognition*), persepsi manajemen (*perception of management*), dan kondisi kerja (*working condition*).^{19–21,29} Dipilih SAQ karena termasuk diantara sembilan alat ukur yang dianggap paling sesuai untuk mengevaluasi budaya keselamatan dalam organisasi layanan kesehatan, dengan potensi untuk implementasi skala besar, dapat dipilih serta sesuai untuk penelitian kuantitatif.^{25,29}

SAQ asli dalam versi bahasa Inggris diperoleh dari publikasi sebelumnya.²¹ Setelah mempelajari berbagai versi, Kombinasi SAQ asli dan SAQ versi *Chinese* (SAQ-C) dipilih karena sesuai dengan template SAQ asli – *short form / generik* dan sesama budaya Asia diharapkan mendapatkan hasil yang sama baiknya.¹⁹ SAQ versi Bahasa Indonesia³⁰ diterapkan pada layanan kedokteran gigi pada fasilitas kesehatan primer yang merupakan pelayanan rawat jalan, hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya untuk SAQ -*Ambulatory Version*.^{17,31,32}

Hingga saat ini belum ada instrumen untuk mengukur budaya keselamatan pasien bidang kedokteran gigi bagi tenaga kesehatan gigi khususnya pada dokter gigi di fasilitas kesehatan primer dan sekunder di Indonesia. Tahap awal dilakukan penelitian pendahuluan di DKI Jakarta yang bertujuan untuk adaptasi lintas budaya *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ) versi bahasa Indonesia,³⁰ serta menilai validitas dan reliabilitasnya dengan responden awal adalah dokter gigi yang berpraktik di fasilitas kesehatan primer dan sekunder, baik fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta di DKI Jakarta sebelum dilakukan pada skala nasional sesuai tujuan dari penelitian ini.

Hasil penelitian, merupakan kontribusi kebaruan dalam penelitian dibidang kedokteran gigi yang diharapkan dapat menghasilkan suatu model tentang analisis budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi khususnya di layanan primer dan sekunder dengan responden penelitian adalah dokter gigi. Selain itu diharapkan tercipta suatu modul aplikasi budaya keselamatan pasien yang dapat digunakan oleh para dokter gigi untuk melakukan penilaian mandiri (*self assessment*) sehingga dapat mengetahui secara dini nilai Budaya Keselamatan Pasien masing-masing.

Analisis tersebut dapat digunakan sebagai informasi mendasar dalam mendorong perubahan, memperbaiki sikap dan perilaku, merumuskan strategi-strategi intervensi perbaikan program budaya Keselamatan Pasien pada layanan kedokteran gigi di seluruh Indonesia. Informasi tersebut akan dapat membantu pihak manajemen layanan kesehatan baik pada fasilitas kesehatan primer maupun sekunder dalam mencapai efektifitas dan efisiensi pelaksanaan program keselamatan pasien yang akan direncanakan melalui peningkatan budaya keselamatan pasien, serta sebagai evaluasi terhadap program Keselamatan Pasien yang telah dilakukan selama ini.

1.2. Rumusan Masalah Penelitian :

Belum adanya informasi tentang analisis budaya keselamatan pasien di bidang layanan kedokteran gigi di Indonesia serta faktor-faktor yang berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien pada layanan kesehatan gigi dan mulut sehingga perlu digali dan diteliti lebih dalam tentang hal tersebut.

1.3. Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1. Bagaimana gambaran budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia?
- 1.3.2. Bagaimana gambaran budaya keselamatan pasien terhadap dokter gigi pada layanan kedokteran gigi di Indonesia ?
- 1.3.3. Faktor apa saja yang berkontribusi terhadap budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia ?
- 1.3.4. Bagaimana gambaran persepsi dokter gigi pada layanan kedokteran gigi terhadap budaya keselamatan pasien di Indonesia dilihat dari dimensi alat ukur *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)
- 1.3.5. Bagaimana model prediksi budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia ?
- 1.3.6. Bagaimana pengaruh uji kualitatif dengan metode *Focus Group Discussion* terhadap budaya keselamatan pasien pada dokter gigi ?
- 1.3.7. Bagaimana pengaruh intervensi terhadap nilai budaya keselamatan pasien yang dilakukan kepada dokter gigi ?
- 1.3.8. Bagaimana pengaruh modul aplikasi berbasis web terhadap budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia ?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Penelitian Umum

Menganalisis perbedaan faktor-faktor budaya keselamatan pasien di bidang layanan kedokteran gigi di Indonesia

1.4.2. Tujuan Penelitian Khusus

1. Menganalisis gambaran persepsi budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia
2. Menganalisis perbedaan budaya keselamatan pasien pada dokter gigi pada layanan kedokteran gigi di Indonesia
3. Menganalisis faktor-faktor yang berkontribusi terhadap budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia
4. Menganalisis gambaran persepsi dokter gigi pada layanan kedokteran gigi terhadap budaya keselamatan pasien di Indonesia dilihat dari dimensi alat ukur *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)
5. Membuat model prediksi budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia
6. Menganalisis pengaruh uji kualitatif dengan metode *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap nilai budaya keselamatan pasien kepada dokter gigi di Indonesia
7. Menganalisis pengaruh intervensi terhadap nilai budaya keselamatan pasien kepada dokter gigi
8. Membuat Modul aplikasi budaya keselamatan pasien di bidang kedokteran gigi berupa *mobile apps* berbasis web

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Manfaat Teoritis

1. Penelitian ini diharapkan menjadi model analisis budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia
2. Kontribusi *novelty* (kebaruan) dalam penelitian dibidang kedokteran gigi khususnya bidang kesehatan gigi masyarakat tentang analisis budaya keselamatan pasien di bidang layanan kedokteran gigi di Indonesia khususnya layanan kesehatan gigi dan mulut di fasilitas kesehatan primer dan sekunder pada dokter gigi

1.5.2. Manfaat Metodologis

1. Penelitian ini memperkenalkan gambaran budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia
2. Menambah pengetahuan perihal faktor-faktor yang berkontribusi pada budaya keselamatan pasien di Indonesia sehingga dapat dilakukan deteksi dini faktor risiko terhadap budaya keselamatan pasien pada bidang kedokteran gigi
3. Mendapatkan metode penilaian mandiri atau *self assessment* berupa aplikasi mobile berbasis web dengan nama SafeDental.ID

1.5.3. Manfaat Aplikatif

Manfaat aplikatif penelitian ini dapat diperoleh oleh

1.5.3.1. Kelompok Pembuat Kebijakan di tingkat

1. Nasional

1.1. Diharapkan model gambaran budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia dapat diterapkan pada layanan kesehatan gigi mulut lain di Indonesia serta dapat

bermanfaat menjadi kebijakan nasional

1.2. Diharapkan aplikasi modul Budaya Keselamatan Pasien melalui *Mobile Apps* dapat diimplementasikan dalam Kebijakan Nasional bagi para dokter gigi (*Policy Brief*)

2. Regional dimana fasilitas layanan kesehatan gigi dan mulut berada Dapat mengetahui gambaran persepsi budaya keselamatan pasien di faskes melalui dimensi alat ukur dari *Safety Attitudes Questionnaire* versi Indonesia (SAQ-Indo)^{19-21,30}

1.5.3.2. Perguruan Tinggi

1. Menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya
2. Menjadi hak kekayaan intelektual

1.5.3.3. Praktisi bidang kedokteran gigi

Menjadi rekomendasi bagi dokter gigi untuk dapat mengetahui nilai budaya keselamatan dengan alat ukur SAQ - Indonesia

1.5.3.4. Masyarakat

1. Mendapat informasi perihal faktor-faktor yang berkontribusi pada layanan kedokteran gigi terhadap budaya keselamatan pasien di Indonesia
2. Masyarakat pengguna jasa layanan kedokteran gigi merasa puas waktu berobat di fasilitas kesehatan karena dokter gigi di faskes tersebut dalam melakukan layanannya mengutamakan prinsip keselamatan pasien

1.6. Orisinalitas Penelitian

Orisinalitas dalam penelitian ini adalah (1) Diperoleh kuesioner untuk mengukur nilai budaya keselamatan pasien *Safety Attitude Questionnaire* untuk dokter gigi dalam versi Bahasa Indonesia yang valid dan reliabel.(2) Penelitian tentang budaya keselamatan pasien di bidang kedokteran gigi belum pernah dilakukan di Indonesia, sehingga dengan penelitian ini akan diperoleh suatu model tentang analisis budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi khususnya di

layanan primer dan sekunder dengan responden penelitian adalah dokter gigi (3) Diperoleh aplikasi *Mobile Apps* tentang modul Budaya keselamatan Pasien pada Dokter Gigi

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keselamatan Pasien

Bailey menyitir *The National Advisory Group on the Safety of Patients in England* pada tahun 2013 menjelaskan bahwa definisi keselamatan pasien adalah *Avoiding harm from the care that is intended to help* atau menghindari bahaya dari perawatan yang dimaksudkan. Kementerian Kesehatan dalam Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit, menjelaskan pengertian Keselamatan Pasien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.^{33,34}

Definisi Keselamatan pasien sesuai Penjelasan Undang-Undang RI No.44/2009 tentang Rumah Sakit adalah Pasien terbebas dari *harm* atau cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari *harm* yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian dan lain lain) terkait dengan pelayanan pasien.^{35,36} Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) adalah proses dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan pasien lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen risiko, identifikasi, dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko.

2.1.1 Insiden Keselamatan Pasien

Insiden Keselamatan Pasien (IKP) adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan *harm* (seperti penyakit, cedera, cacat , kematian) yang tidak seharusnya terjadi.³⁷ Jenis IKP antara lain

1. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) /*Adverse Event*¹⁰

Suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan, atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil bukan karena : *underlying disease* atau kondisi pasien

2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / *Near Miss*

Suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien

3. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena faktor keberuntungan atau peringangan

4. Kejadian Potensial Cedera (KPC)

Kondisi yang sangat berpotensial menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

5. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)

Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan.

6. *Error* atau Kesalahan

Kegagalan tindakan yang direncanakan untuk diselesaikan misal kesalahan pelaksanaan atau penggunaan rencana yang salah untuk mencapai suatu tujuan (mis. kesalahan perencanaan dalam perawatan).

Pelaporan kesalahan, apakah ada cedera atau tidak, perlu dilakukan dalam suatu layanan kesehatan. Jenis pelaporan biasanya ditetapkan seperti kesalahan serius atau yang berpotensi menyebabkan bahaya (juga disebut *near miss* atau nyaris meleset) Oleh karena itu perlu sistem pelaporan kesalahan pada peristiwa *adverse events* (KTD) atau *error*.¹⁰

Chang dan Mark menemukan bahwa iklim belajar yang lebih positif menyebabkan lebih sedikit kesalahan medis.³⁸ Kajian kasus adverse events di bidang kedokteran gigi di Amerika disampaikan bahwa 24,4% kasus mengalami kerusakan permanen serta 11,1% atau satu dari setiap sepuluh laporan kasus yang ditinjau dapat berakibat kematian.³² Terdapat Hipotesa insiden keselamatan pasien pada dokter

gigi di Inggris yang membuktikan terjadinya kesalahan pencabutan gigi pada pasien. Hipotesa tersebut dikenal dengan sebutan *Swiss Cheese Model*.⁴ Faktor miskomunikasi turut andil dalam terjadinya insiden keselamatan pasien khususnya malpraktek bidang kedokteran gigi seperti halnya terjadi di Israel dan Korea, bahkan di Inggris klaim pada insiden keselamatan pasien menimbulkan kerugian berupa tuntutan biaya kerugian. Yang menarik adalah lima insiden terjadi antara 2010 dan 2011 di ruang operasi walau pada prosedur pelaksanaannya sudah menggunakan form cek lis dari WHO.³⁹ Kondisi ini menggambarkan bahwa insiden keselamatan pasien, juga memiliki faktor penyebab dari unsur perilaku sumber daya manusia serta akibat yang ditimbulkan juga berbiaya tinggi. Bailey E dkk menyampaikan bahwa banyak penelitian perihal data epidemiologis tentang ‘*medical error*’ pada faskes sekunder atau Rumah Sakit.^{5,40,41}

Budaya manajemen kesalahan (*Error management culture*) menekankan bahwa kesalahan merupakan sumber pembelajaran yang penting. Namun, pendekatan ini tampaknya tidak cocok untuk lingkungan berisiko tinggi seperti layanan kesehatan di mana kesalahan dapat menimbulkan konsekuensi yang mengancam jiwa. Para peneliti sangat menyadari betapa berlawanannya intuisi ini. Mereka akan berargumen bahwa meskipun sebuah organisasi harus melakukan apa saja untuk mencegah kesalahan, mereka tidak akan pernah bisa dihindari sepenuhnya. Jadi, jika kesalahan akan terjadi, kesalahan harus ditangani dengan cara yang sesuai dan memungkinkan organisasi meningkatkan kinerja keselamatannya daripada hanya menghukum individu yang akan berdampak kecil pada kinerja keselamatan.³⁸

2.2 Budaya Keselamatan (*Safety Culture*)

2.2.1 Pengertian Budaya

Budaya menurut arti kata adalah pikiran, akal budi, adat istiadat serta sesuatu yang sudah menjadi kebiasaan yang sudah sukar diubah.⁴² Hal tersebut dalam konteks organisasi cenderung menekankan pada nilai, atau praktik.⁴³

2.2.2 Pengertian budaya keselamatan

WHO menjelaskan bahwa budaya keselamatan berkaitan dengan manajemen risiko dan keselamatan.⁴⁴ Manajemen risiko merupakan proses mengelola risiko yang terdiri dari identifikasi bahaya, penilaian risiko, identifikasi pengendalian risiko dan evaluasi serta pemantauan dan peninjauan risiko di tempat kerja. Manajemen risiko kesehatan dan keselamatan mengelola risiko yang berhubungan dengan interaksi antara lingkungan kerja, peralatan, sistem, prosedur dan pekerja.⁴⁵ *European Agency for Safety and Health at Work* menyampaikan bahwa budaya keselamatan suatu organisasi adalah produk dari nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, kompetensi, dan pola perilaku yang menentukan komitmen terhadap, program kesehatan dan keselamatan organisasi. Organisasi dengan budaya keselamatan positif ditandai dengan memiliki komunikasi yang dibangun atas dasar saling percaya, dengan berbagi persepsi tentang pentingnya keselamatan, dan keyakinan akan manfaat langkah-langkah pencegahan.⁴⁶

2.3 Iklim Keselamatan (*Safety Climate*)

Istilah iklim keselamatan berasal dari pendekatan psikologis terhadap budaya keselamatan. Iklim keselamatan dapat dianggap sebagai cerminan yang lebih superfisial dan refleksi sesaat dari budaya keselamatan suatu organisasi.⁴⁶ Iklim keselamatan, yaitu persepsi bersama pekerja dalam hal ini tenaga medis tentang keselamatan dan lingkungan kerja mereka.⁴⁷ Sebagai metafora budaya keselamatan organisasi (*organisational safety culture*) dapat dilihat sebagai kepribadian organisasi, sedangkan iklim keselamatan (*safety climate*) sebagai suasana hati organisasi (*the organisation's mood*).

Zohar menekankan tiga target khusus persepsi iklim keselamatan, yang membedakan mereka dari konsep berbasis persepsi atau iklim lainnya, antara lain

1. Prioritas utama : cara pandang iklim keselamatan bagaimana cara pekerja dalam hal ini tenaga medis memprioritaskan keselamatan dibandingkan dengan tugas-tugas yang lainnya misal keselamatan dengan produktivitas atau efisiensi.

2. Kesenjangan atau gap antara kata-kata dan tindakan: iklim keselamatan juga harus berkonsentrasi pada kesenjangan antara bagaimana manajer memprioritaskan keselamatan (menyatakan betapa pentingnya keselamatan) dan bagaimana dalam praktiknya, keselamatan dikompromikan di bawah tuntutan operasional.
3. Konsistensi internal di antara kebijakan dan prosedur: iklim keselamatan juga harus fokus pada potensi inkonsistensi antara bagaimana pengusaha dan tim manajer menyusun kebijakan dan prosedur, dan bagaimana hal ini diperlakukan oleh pengawas di tingkat organisasi yang lebih rendah atau penyesuaian lokal.⁴⁸

2.4 Budaya Keselamatan Pasien (*Patient Safety Culture*)

Budaya Keselamatan adalah nilai-nilai yang dibagikan kepada seluruh anggota di dalam sebuah organisasi tentang hal yang dianggap penting, keyakinan mereka tentang bagaimana hal-hal terjadi dan beroperasional di sebuah organisasi, serta interaksi dari hal-hal tersebut dengan unit kerja dan struktur serta sistem organisasi yang mempromosikan keselamatan pasien.⁴⁹

Definisi budaya keselamatan menurut *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dari *Health and Safety Commission of Great Britain* adalah produk dari nilai, perilaku, persepsi, kompetensi dan pola perilaku dari individual dan kelompok yang menentukan komitmen dan gaya serta kecakapan dari manajemen kesehatan dan keselamatan dari sebuah organisasi. Organisasi dengan budaya keselamatan yang positif mempunyai karakteristik ditemukannya komunikasi yang mutual, dengan persepsi yang sama mengenai pentingnya keselamatan serta kepercayaan diri terhadap pencegahan.⁵⁰

Budaya Keselamatan Pasien berhubungan dengan Keselamatan Pasien. Pada Disertasi Ciccone,2015, dituliskan mengenai studi yang telah dilakukan oleh Colla et al.⁵ menyimpulkan bahwa rumah sakit dengan angka budaya keselamatan yang lebih tinggi mempunyai rata-rata Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD) lebih rendah dan persepsi mengenai budaya keselamatan lebih tinggi dan berhubungan dengan lebih rendahnya angka infeksi, komplikasi postoperatif, kejadian jatuh,

kesalahan obat dan mortalitas. Mardon menemukan bahwa terdapat perbedaan kurang lebih 20% lebih kecil mengalami kejadian tidak diharapkan pada rumah sakit dengan skor budaya keselamatan yang lebih tinggi.⁵¹

2.5 Hubungan Budaya Keselamatan Pasien (*Patient Safety Culture*) dengan Iklim Keselamatan (*Safety Climate*)

Menurut Healthcare Foundation perihal hubungan iklim Keselamatan dan Budaya Keselamatan dimulai dari Iklim keselamatan yang muncul melalui proses sosial, di mana staf memaknai kebijakan dan praktik yang mereka alami serta perilaku yang mereka amati. Sedangkan budaya menyangkut nilai, keyakinan, dan asumsi yang disimpulkan staf melalui cerita, mitos dan sosialisasi, serta perilaku yang mereka amati yang mendorong kesuksesan. Dengan kata lain, budaya keselamatan lebih bersifat interpretative.⁵²

Dari sudut pandang akademis, budaya adalah konsep bebas nilai (variabel nominal) sedangkan keselamatan bukan. Tujuan yang diperlukan dari pengkajian budaya keselamatan bukanlah deskripsi tetapi evaluasi, lebih disukai dengan rekomendasi tentang bagaimana budaya yang mendasari dapat ditingkatkan untuk mendukung keselamatan.³⁸

2.6 Mengukur Budaya Keselamatan Pasien

Guna melakukan evaluasi dan pengukuran budaya keselamatan, terdapat beberapa alat ukur, yang dapat digunakan pada penelitian kuantitatif yaitu^{29,53}

1. *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)
2. *Hospital Survey on Patient Safety Culture Survey* (HSOPSC)
3. *Victorian Safety Climate Survey* (VSCS)
4. *Safety Climate Survey* (SCSu)
5. *Safety Climate Scale* (SCSc)
6. *Patient Safety Climate in Healthcare Organisations Survey* (PSCHO)

7. *Modified Stanford Instrument (MSI)*
8. *Safety, Communication, Operational Reliability and Engagement survey (SCORE)*

Serta yang dapat digunakan untuk penelitian kualitatif adalah⁹ *Manchester Patient Safety Framework* (MaPSaF).

Pada penelitian ini digunakan alat ukur yang dinilai paling sesuai untuk bidang layanan kesehatan, dapat digunakan dalam skala besar serta jenis penelitian kuantitatif yaitu *Safety Attitudes Questionnaire*.^{21,25,27,29} SAQ dianggap paling sesuai dengan rencana penelitian yang akan dilakukan pada dokter gigi di faskes primer dan sekunder di wilayah Indonesia.

Setelah menentukan alat ukur yang paling sesuai , dalam hal ini adalah *SAQ*, maka dalam penentuan nilai Budaya Keselamatan Pasien (BKP) di level organisasi juga mengacu pada standar *best practice* yg berlaku dengan standar lima (5) level yaitu patologis, reaktif, birokratif, proaktif dan generatif, yang menggambarkan kondisi nilai Budaya Keselamatan Pasien. Dalam hal ini pada kategori baik hingga kurang yang pada penelitian ini digambarkan pada penelitian kuantitatif dan kualitatif yang akan dibagi menjadi empat kategori yaitu baik sekali, baik, sedang dan kurang.⁵⁴

2.6.1 Safety Attitudes Questionnaire

Safety Attitudes Questionnaire dibuat berdasarkan enam faktor model dari perilaku organisasi yaitu: **iklim kerjasama tim (teamwork)** merupakan kualitas dari kolaborasi antara personel, **iklim keselamatan (safety climate)** adalah persepsi dari komitmen yang kuat dan proaktif dari organisasi terhadap keselamatan, **persepsi manajemen (perception of management)** merupakan persetujuan dari tindakan yang diambil manajemen, **kepuasan dalam bekerja (Job Satisfaction)** adalah sikap positif terhadap pengalaman bekerja, **kondisi pekerjaan (Working Condition)** untuk mengetahui kualitas dari dukungan lingkungan kerja dan logistik, dan **pengakuan Stres (Stress recognition)** adalah mengetahui bagaimana

performa dipengaruhi oleh stresor. Pada versi awal kuesioner tersebut mempunyai dua versi yaitu versi lengkap dengan 60 buah pertanyaan dan versi singkat dengan 30 item kuesioner (*Short form atau generik*) Skala realibilitas dari SAQ adalah 0,90.^{19,21,51,55}.

SAQ yang beberapa dekade lalu bermula dari temuan Sexton, et al di Houston Amerika Serikat²¹ dengan enam dimensi yaitu Iklim Kerja Tim, Iklim Keamanan, Kepuasan kerja, Persepsi Manajemen, Kondisi kerja dan Pengakuan Stres^{21,29} dan enam puluh jenis pertanyaan dalam kuesioner kemudian dalam perjalanan sejarahnya dimodifikasi oleh beberapa peneliti dari Jerman²⁴, Australia²⁹, Albania²⁰, China Taiwan¹⁷, Georgia²⁷ antara lain, menjadi 36 jenis pertanyaan dan terakhir menjadi 30 jenis pertanyaan dengan pertimbangan modifikasi jenis pertanyaan yang lebih sesuai dengan kultur tiap negara peneliti serta lebih singkat guna efektifitas dan efisiensi dalam menjawab kuesioner oleh responden, Alsalem dan Morrison juga berpendapat bahwa kuesioner yang lebih pendek berpotensi meningkatkan tingkat respons dan mengurangi bias non-respons yang terkait dengan survei yang lebih panjang dan memakan waktu lama.⁵¹

Sexton, et al menjelaskan tentang pengertian enam dimensi dalam SAQ²¹ sebagai berikut

Tabel 2. 1 Definisi domain pada SAQ serta contohnya di Rumah sakit²⁸

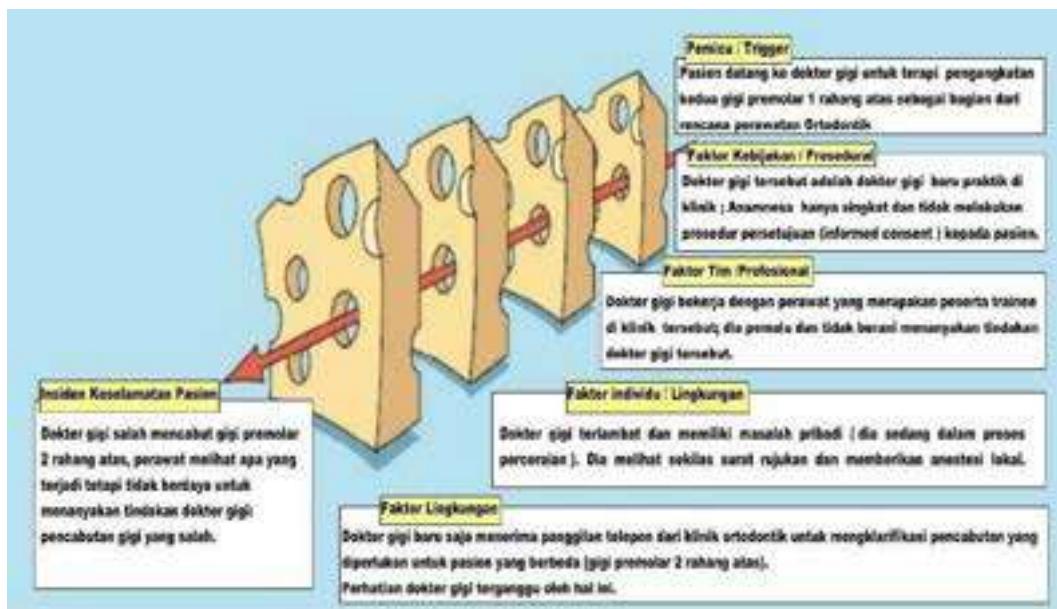
Scale: Definition	Example items
<i>Teamwork climate:</i> perceived quality of collaboration between personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Disagreements are appropriately resolved (i.e., not who is right, but what is best for the patient) - Our doctors and nurses work together as a well coordinated team
<i>Job satisfaction:</i> positivity about the work experience	<ul style="list-style-type: none"> - I like my job - This ICU is a good place to work
<i>Perceptions of management:</i> approval of managerial action	<ul style="list-style-type: none"> - Management supports my daily efforts in this ICU - Management is doing a good job
<i>Safety climate:</i> perceptions of a strong and proactive organizational commitment to safety	<ul style="list-style-type: none"> - I would feel perfectly safe being treated here - ICU personnel frequently disregard rules or guidelines
<i>Working conditions:</i> perceived quality of the work environment and logistical support (staffing, equipment etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Our levels of staffing are sufficient to handle the number of patients - The equipment in this ICU is adequate
<i>Stress recognition:</i> Acknowledgement of how performance is influenced by	<ul style="list-style-type: none"> - I am less effective at work when fatigued - When my workload becomes excessive, my performance is impaired

Dalam suatu telaah sistematik perihal beberapa alat ukur budaya dan iklim keselamatan SAQ merupakan suatu alat ukur yang memiliki dasar teori dari *Vincent's framework for analyzing risk and safety*, konsep model Donabedian untuk penilaian kualitas budaya keselamatan serta memiliki sejarah awal dari kuesioner budaya keselamatan bidang penerbangan (*Aviation safety culture questionnaire*).⁵¹ SAQ juga telah diuji pada sampel besar di rumah sakit dan memiliki hasil *quality appraisal* baik. Mengapa dipilih SAQ karena telah terbukti valid dan reliabel pada beberapa negara antara lain Amerika Serikat, Eropa , Inggris, Norwegia dan Asia.^{19-21,26,31,56}

2.7 Model Insiden Keselamatan Pasien di bidang Kesehatan Gigi dan Mulut

2.7.1 Model *Swiss Cheese*

Dengan makin kompleks dan beragamnya perawatan dan intervensi yang ditawarkan kepada pasien, maka pendekatan sistematis untuk mengelola keselamatan pasien oleh pihak fasilitas layanan kesehatan menjadi sangat penting. Beberapa organisasi yang mempunyai *hazard* yang tinggi, termasuk fasilitas layanan kesehatan (faskes) baik primer maupun sekunder, menyadari bahwa faktor penyebab terjadinya kecelakaan dapat terjadi karena faktor manusia , bukan hanya mereka yang mengoperasikan sistem saja, tetapi juga mereka yang mengelola organisasi. Banyak sistem yang ada di faskes termasuk Rumah Sakit dirancang berdasar pada kinerja yang bebas kesalahan individu padahal jelas bahwa kesalahan manusia/human *error* itu tidak dapat dicegah, dan sistem bisa gagal karena kombinasi kegagalan aktif dan kondisi laten. Hal ini dapat digambarkan oleh model penyebab masalah kecelakaan *Swiss Cheese* kombinasi dari Cook *et al* dan dari Bailey,^{5,57} yang dapat dijelaskan pada gambar berikut:

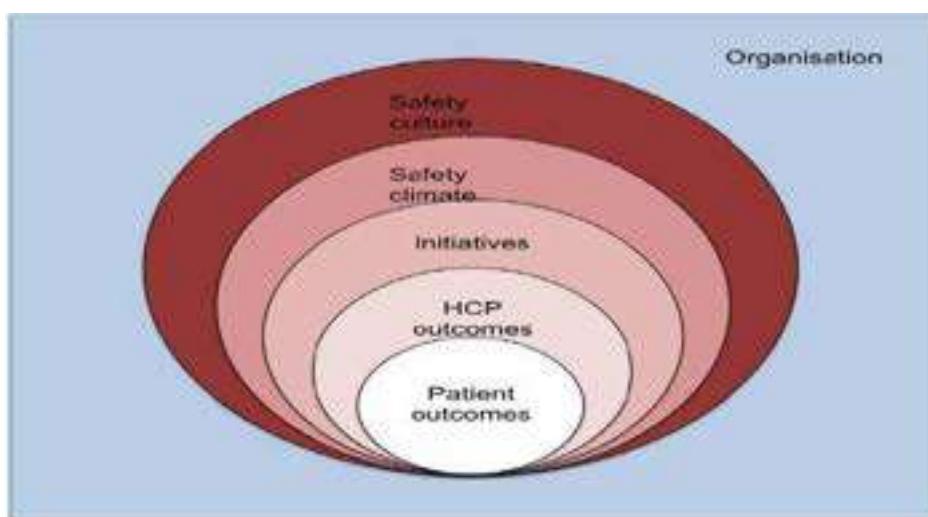


Gambar 2. 1 Contoh Model Penyebab Masalah Kecelakaan Swiss Cheese untuk terjadinya Insiden Keselamatan Pasien di bidang Gigi mulut.^{5,57 4,54}

Model ilustrasi di atas adalah model *Swiss Cheese* untuk terjadinya Insiden Keselamatan Pasien di bidang Kesehatan gigi mulut yaitu kesalahan pencabutan gigi pasien yang akan melakukan perawatan Ortodonti. Hal tersebut memberi gambaran sejumlah kondisi yang seharusnya dapat dicegah. Setiap lembaran keju, dimulai dari paling kanan, menyatakan rintangan atau pertahanan untuk perkembangan insiden keselamatan pasien pada seorang pasien yang terdaftar di Rumah Sakit yang akan melakukan pencabutan gigi, tetapi lubang-lubang pada lembaran keju menggambarkan sesuatu yang berbeda karena suatu kesalahan laten atau kegagalan sistem sedang menunggu untuk terjadi, antara lain faktor kebijakan/prosedural: Dokter Gigi yang mencabut gigi pasien, masih baru sehingga belum terinform bahwa pasien harus menandatangani *inform consent*, Faktor sumber daya manusia/tim kerja: Dokter gigi bekerja dengan perawat yang masih *trainee*, sehingga tidak berani menanyakan prosedur pencabutan oleh dokter gigi yang ternyata salah melakukan pencabutan. Faktor lingkungan /individu dokter gigi: kondisi psikis dokter gigi yang sedang ada masalah di rumah membuat konsentrasi dokter gigi terpecah sehingga tidak fokus pada pasien. Akibatnya adalah keluhan dari dokter gigi perujuk awal bahwa telah

terjadi salah cabut gigi pada pasien. Kondisi model *Swiss Cheese* diatas bisa dianalisis merupakan tahapan kesalahan yang bertingkat, dapat berupa kesalahan manusia, kegagalan alat, lingkungan, sarana prasarana dan sebagainya yang sebenarnya dapat diatasi dan dicegah dengan pelatihan yang tepat, pengawasan, perawatan dan seterusnya. Tetapi jika hal ini tidak dilakukan, maka kemungkinan terjadinya suatu kejadian serius akan berpotensi meningkat.⁴

2.7.2 Model Tingkatan Budaya Keselamatan Pasien



Gambar 2. 2 '*The culture-behaviour-patient outcome continuum in patientsafety*'. HCP = healthcare professional^{18,58}

Gambar 2.2 menjelaskan tentang 'budaya-perilaku-hasil' seperti yang disajikan oleh *Health Foundation*. Kontinum ini mencakup berbagai jenis hasil keselamatan: budaya keselamatan, iklim, inisiatif dan hasil. Budaya keselamatan adalah istilah luas yang mewakili nilai-nilai dan tindakan organisasi terkait dengan keselamatan, sedangkan iklim keselamatan berfokus pada persepsi para profesional tentang cara dimana keselamatan dikelola dalam organisasi. Inisiatif adalah perbaikan secara aktual di faskes misal rumah sakit yang dikembangkan dan diimplementasikan untuk meningkatkan keselamatan pasien.

Luaran (*Outcome*) lebih lanjut ditentukan dan mencakup *Health care Professional* (HCP) dan pasien. Hasil HCP terdiri dari perilaku staf dan pelaporan insiden

keselamatan pasien transisi (Gambar 2.2). Semua level seharusnya berinteraksi satu sama lain.¹⁸⁵⁹

2.8 Strategi Untuk Mengembangkan Layanan Kesehatan yang Aman sesuai Budaya Keselamatan Pasien¹¹

Budaya Keselamatan Pasien pada tenaga kesehatan di bidang kedokteran gigi khususnya pada dokter gigi perlu diimplementasikan sehingga tujuan tercapai, hal tersebut perlu strategi untuk mengembangkan layanan Kesehatan yang aman yaitu

- 2.8.1 Identifikasi ancaman terhadap keselamatan pasien dengan pelaporan insiden Identifikasi kesalahan dan penyebab cedera pasien yang terkait dengan perawatan kesehatan dalam hal ini kesehatan gigi dan mulut
- 2.8.2 Mengevaluasi insiden dan mengidentifikasi layanan praktik terbaik
- 2.8.3 Rumah sakit telah berada di garis depan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien, mendorong semua staf untuk berkontribusi
- 2.8.4 Komunikasi dan edukasi tentang keselamatan pasien
- 2.8.5 Guna keselamatan pasien perlu identifikasi untuk mengurangi risiko dengan komunikasi efektif, pendidikan, pelatihan dan audit praktik. Selama pendidikan dokter gigi, dokter gigi sudah menyadari hal apa yang seharusnya dihindari dalam melakukan praktik, misal penggunaan rubber dam untuk menghindari tertelannya jarum endodontik saat melakukan perawatan, atau pemberian penisilin kepada pasien alergi penisilin adalah dua contoh '*'never events'*'.
- 2.8.6 Membangun suatu budaya keselamatan

Prioritas diberikan untuk keselamatan pasien dan komitmen untuk perbaikan berkelanjutan secara keseluruhan di tempat praktik. Dibutuhkan budaya terbuka di mana insiden atau kegagalan layanan tidak dipandang sebagai sumber kesalahan tetapi sebagai peluang untuk meningkatkan layanan kepada pasien. Dibutuhkan komitmen untuk menyampaikan data walau baik maupun buruk, sehingga kita semua bisa belajar dari kejadian tersebut

2.9 Gambaran umum Layanan Kedokteran Gigi di Indonesia

Kedokteran gigi adalah ilmu mengenai pencegahan dan perawatan penyakit atau kelainan pada gigi dan mulut melalui tindakan tanpa atau dengan pembedahan.

Seseorang yang mempraktikkan ilmu kedokteran gigi disebut sebagai dokter gigi.⁶⁰

Layanan di bidang kedokteran gigi disini diartikan bahwa layanan di bidang kesehatan gigi dan mulut kepada masyarakat. Layanan terdiri dari layanan yang dilaksanakan di fasilitas layanan kesehatan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) disini adalah layanan kesehatan semisal klinik pratama, klinik swasta, puskesmas dan dokter praktik mandiri atau perseorangan, kemudian fasilitas layanan tingkat lanjut atau rujukan (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut)⁶¹

Di era jaminan kesehatan nasional (JKN) pelayanan kesehatan tidak lagi terpusat di rumah sakit atau fasilitas kesehatan (faskes) tingkat lanjutan, namun pelayanan kesehatan harus dilakukan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medisnya.

Hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Dalam implementasi sistem kesehatan nasional prinsip *managed care* diberlakukan, dimana terdapat empat pilar yaitu Promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif. Prinsip ini akan memberlakukan pelayanan kesehatan akan difokuskan di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)/Faskes Primer seperti di Puskesmas, klinik atau dokter praktik perseorangan yang akan menjadi gerbang utama khususnya peserta BPJS Kesehatan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Untuk itu kualitas faskes primer ini harus kita jaga, mengingat efek dari implementasi Jaminan Kesehatan nasional ke depan, akan mengakibatkan naiknya permintaan (*demand*) masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.⁶¹

2.9.1 Sumber Daya Manusia Pada Layanan kedokteran Gigi

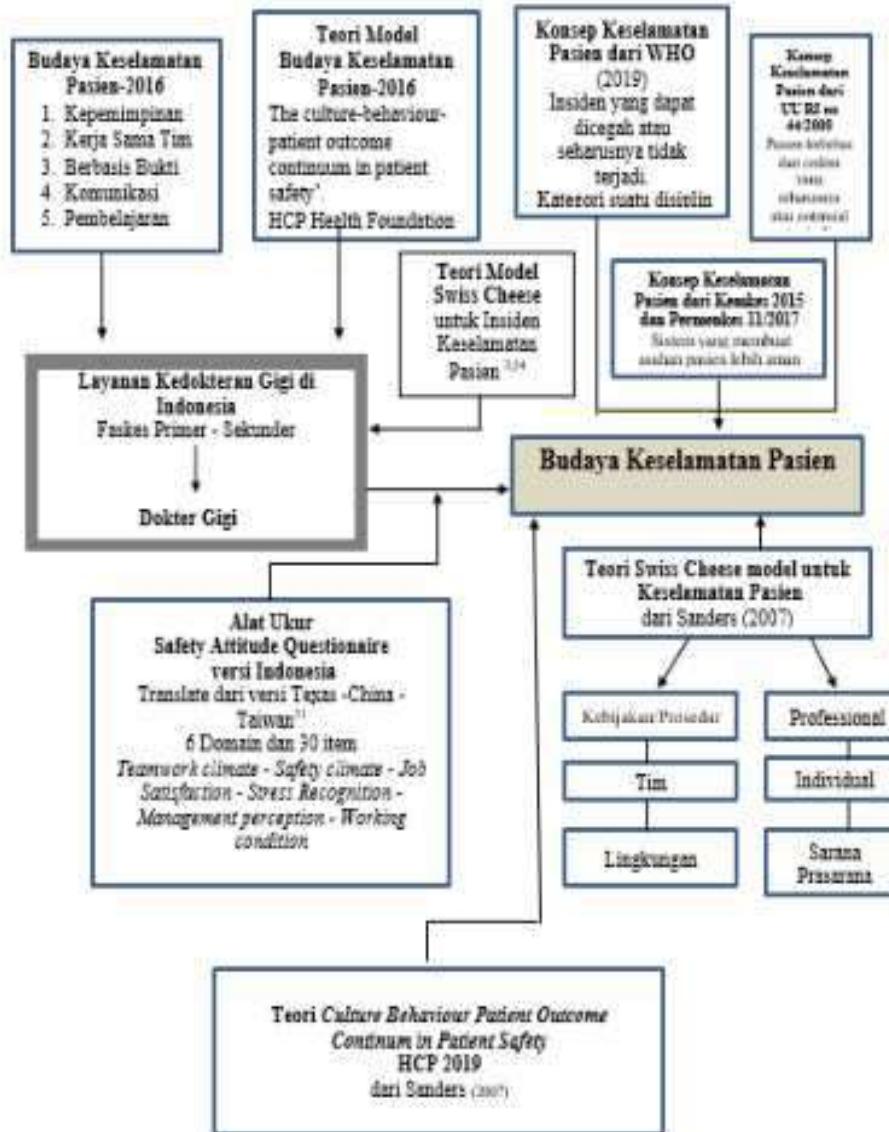
Kajian tentang “Pentingnya Dokter Gigi masuk dalam pelayanan primer” Ditinjau dari jenjang tenaga profesional menurut *World Health Organization* (WHO) dan *FDI World Dental Federation*, Dokter Gigi sebagai *first professional degree* yang bekerja pada tingkat pelayanan primer. Dokter Gigi Spesialis sebagai *second professional degree* yang bekerja pada tingkat pelayanan sekunder, dan Dokter Gigi Spesialis Konsultan bekerja pada tingkat pelayanan tersier. Demikian pula tatanan

pelayanan kedokteran profesional adalah berjenjang mulai dari primer, sekunder, tersier, yang menjadi dasar dari sistem rujukan kedokteran gigi.

Sedangkan pelayanan Kesehatan gigi dan mulut termasuk dalam layanan primer dapat dilihat dari hasil Risnakes dan Rifsakes dimana distribusi dokter gigi yang belum merata sehingga beban kerja lebih berat khususnya di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yaitu layanan primer atau *Gate Keeper*³⁵ dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), sehingga faktor sumber daya manusia khususnya dokter gigi perlu diperhatikan, disini akan terlihat bahwa Keselamatan atau *Safety* itu memegang peran penting, karena berisiko membahayakan Keselamatan Pasien.⁶²

Kerangka Teori

2.10 Kerangka Teori



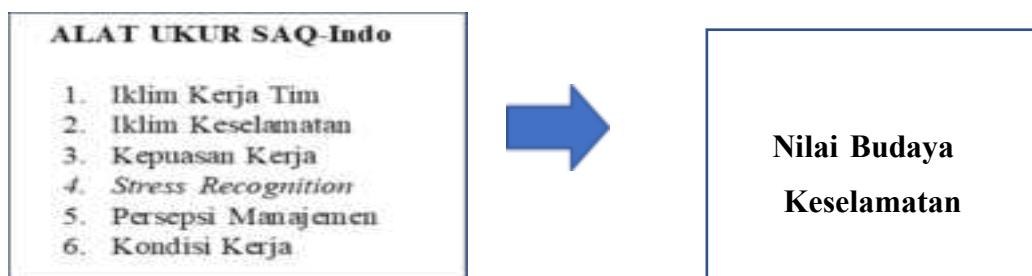
Gambar 2.3 Kerangka Teori

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

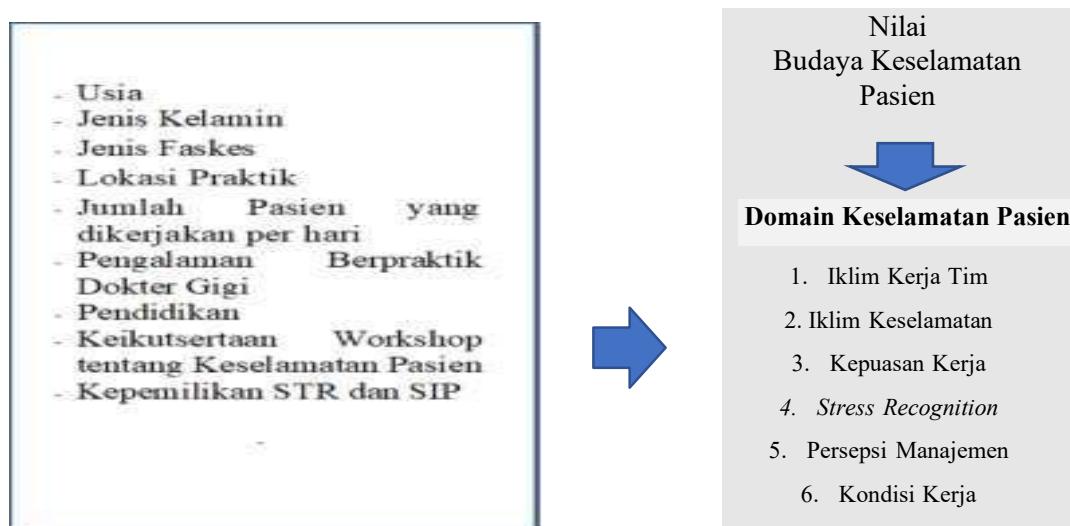
3.1 Kerangka Konsep

3.1.1 Kerangka Konsep Tahap 1 – Adaptasi Lintas Budaya (*Crossadaptation*)



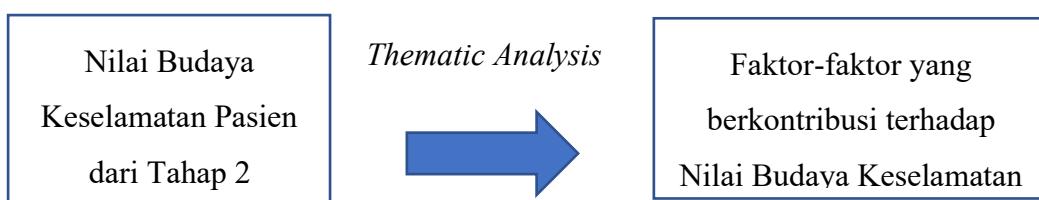
Gambar 3. 1 Kerangka Konsep Tahap 1 – Adaptasi lintas budaya (*Crossadaptation*)

3.1.2 Kerangka Konsep Tahap 2 : Model Prediksi Kuantitatif Budaya Keselamatan Pasien dan Uji Coba Model Budaya Keselamatan Pasien



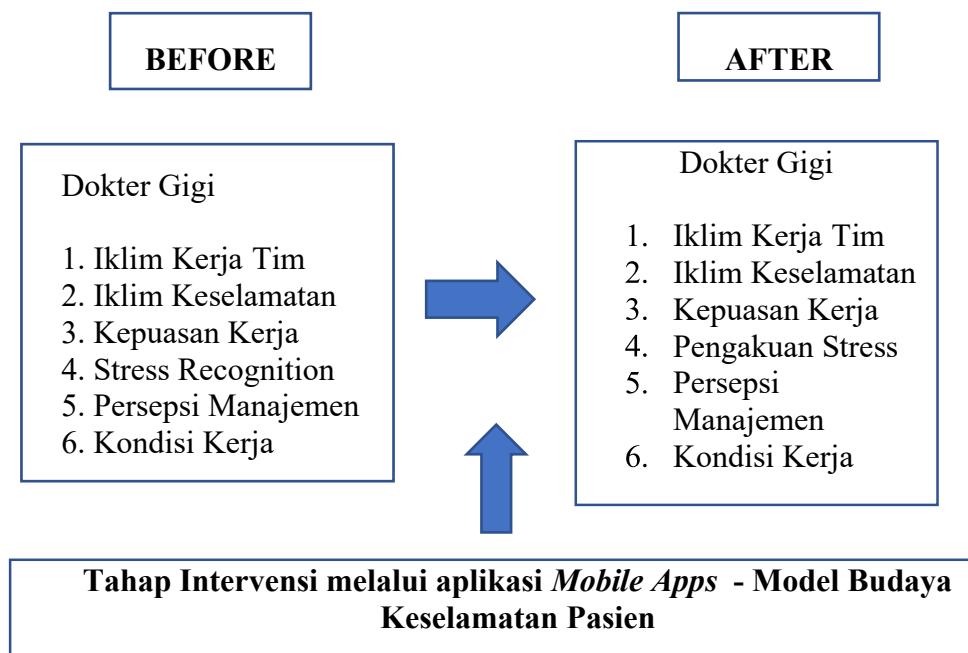
Gambar 3. 2 Kerangka Konsep Tahap 2 – Model Prediksi Kuantitatif Budaya Keselamatan Pasien dan Uji coba dengan Validasi Internal

3.1.3 Kerangka Konsep Tahap 3 : Tahap Kualitatif



Gambar 3. 3 Kerangka Konsep Tahap 3 – Tahap Kualitatif dengan Focus Grup Discussion

3.1.4 Kerangka Konsep Tahap 4 : Tahap Intervensi



Gambar 3. 4 Kerangka Konsep Tahap 4 : Tahap Intervensi dan analisis *Pre-Post design*

3.2 Hipotesis

3.2.1 Hipotesis Mayor

Terdapat perbedaan pada analisis faktor-faktor budaya keselamatan pasien di bidang layanan kedokteran gigi di Indonesia

3.2.2 Hipotesis Minor

- 3.2.1.1 Alat Ukur gambaran budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia yaitu *Safety Attitudes Questionnaire* valid dan reliabel
- 3.2.1.2 Terdapat perbedaan budaya keselamatan pasien terhadap dokter gigi pada layanan kedokteran gigi di Indonesia
- 3.2.1.3 Terdapat faktor-faktor yang berkontribusi pada budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia
- 3.2.1.4 Terdapat gambaran persepsi dokter gigi pada layanan kedokteran gigi terhadap budaya keselamatan pasien di Indonesia dilihat dari dimensi alat ukur *Safety Attitude Questionnaire (SAQ)*
- 3.2.1.5 Penerapan model prediksi budaya keselamatan pasien pada dokter gigi berpengaruh terhadap nilai budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia
- 3.2.1.6 Terdapat pengaruh uji kualitatif dengan metode FGD terhadap budaya keselamatan pasien pada dokter gigi di Indonesia
- 3.2.1.7 Faktor Intervensi mempengaruhi nilai budaya keselamatan pasien pada dokter gigi di Indonesia
- 3.2.1.8 Modul aplikasi budaya keselamatan pasien berupa *mobile apps* berbasis web berkontribusi pada budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah *Mixed Method* dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif.^{63,64} Pendekatan kuantitatif menggunakan metode analitik yaitu *Cross Sectional*¹ atau studi potong lintang dan *Before - After*. Pendekatan kualitatif merupakan metode pendekatan penelitian yang bersifat deskriptif dan menggunakan *Focus Group Discussion* (FGD).^{65,66}

4.2 Tahap Penelitian

4.2.1 Tahap 1 : Pengembangan alat ukur

Dilakukan proses adaptasi lintas budaya (*cross adaptation*) pada kuesioner asli SAQ menjadi kuesioner yang dialihbahasakan oleh peneliti menjadi versi Bahasa Indonesia, sehingga perlu dilakukan uji Validitas dan Reliabilitas

4.2.1.1 Uji Validitas:

Uji Validitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan bahwa alat ukur tersebut benar-benar mengukur apa yang diukur. Suatu kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut. Dalam hal ini digunakan beberapa item pertanyaan yang dapat secara tepat mengungkapkan variabel yang diukur tersebut. Uji ini dilakukan dengan menghitung korelasi antara masing-masing skor item pertanyaan dari setiap variabel dengan total skor variabel.

Uji Validitas pada penelitian ini terdiri dari :

1. Validitas muka / *Face Validity*, tahapan dapat dilihat pada gambar 4.1 dengan melakukan adaptasi lintas budaya
2. Validitas Konstruk

Menggunakan Uji Korelasi. Pada penelitian ini digunakan uji korelasi Spearman⁶⁷

3. Validitas Diskriminan

Uji beda rerata pada lebih dari dua kategori, disini adalah kategori Nilai BKP yang terdiri dari empat item yaitu Baik Sekali,Baik,Sedang dan Kurang.Uji yang dapat digunakan adalah Uji ANOVA dan Kruskal Wallis. Uji ANOVA bila ke-30 item BKP normal dan Uji Kruskal Wallis bila variabel tidak normal.^{67,68}

4.2.1.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama. Pengukuran reliabilitas dengan melihat hasil Cronbach Alfa , CITC (*Corrected Item Total Correlation*) dan ICC (*Interclass Correlation Coefficient*).

Uji validitas dan uji reliabilitas ini perlu dilakukan karena kuesioner tersebut dialihbahasakan oleh peneliti, sehingga perlu dilihat apakah kuesioner hasil terjemahan tersebut sudah sesuai dan dimengerti oleh responden. Tahapan setelah itu adalah *test re-test* yaitu dengan mengambil data 40 dokter gigi di Faskes Primer DKI Jakarta.



Gambar 4. 1 Tahapan Proses *Face Validity* : Adaptasi lintas budaya SAQ Indonesia

4.2.2 Tahap 2 : Uji Kuantitatif

4.2.2.1 Tahap 2a : Uji Eksperimen kuantitatif menghasilkan Model Budaya Keselamatan Pasien (BKP)

1. Penghitungan nilai BKP dengan skala Likert menggunakan skala konversi 0-100, dengan cara mengubah skala Likert 1-5 menjadi 0-100 ($1=0,2=25,3=50,4=75,5=100$). Kemudian nilai total skor dibagi dalam kuartil untuk sampel berjumlah 250 responden yaitu **Baik sekali** : Total Skor ≥ 2325 , **Baik** : Total Skor 2150-2324, **Sedang** : Total Skor 2025-2149 dan **Kurang** : Total Skor <2025 . Selanjutnya dibuat dua kategori yaitu BKP Positif dan Negatif. Disebut BKP Positif jika Total Skor sama atau lebih besar dari median (Baik, Baik Sekali), sedangkan BKP Negatif jika Total Skor kurang dari median (Sedang, Kurang)
2. Dilakukan analisis dengan univariat, bivariat, multivariat
 - a. Univariat adalah analisis deskriptif untuk melihat distribusi frekuensi variabel.
 - b. Bivariat adalah analisis menghubungkan 2 variabel yaitu variabel dependen dan satu variabel independen. Dikatakan berhubungan jika *p value* kurang dari 0.05. Dihitung juga Odd Ratio dan 95% CI dan Odd Ratio yang menunjukkan kekuatan hubungan.
 - c. Setelah diperoleh data hasil uji bivariat, maka dilakukan tahapan analisis multivariat untuk menentukan variabel yang paling berperan terhadap variabel budaya keselamatan pasien. Variabel yang disertakan di dalam pemodelan multivariat adalah yang memiliki nilai $p < 0,20^{69,70}$
 - d. Regresi logistik ganda (*Multiple Logistic Regression*) pada tahap ini adalah analisis multivariat guna melihat faktor-faktor yang berpengaruh secara bersamaan pada Budaya Keselamatan Pasien (BKP).
 - e. Luaran dari hasil Analisis kuantitatif tersebut adalah suatu Model Prediksi Budaya Keselamatan Pasien pada dokter gigi di faskes primer dan sekunder di Indonesia. Model Prediksi tersebut berupa persamaan matematika yang terdiri dari variabel yang signifikan hasil dari analisis regresi logistik.

4.2.2.2 Tahap 2b. Uji Coba Model Budaya Keselamatan Pasien

Dilakukan Uji Coba Model (Validasi Internal) menggunakan metode *Bootstrapping* yaitu metode analisis yang melihat kelayakan sebuah model terhadap sebuah model hipotesis, yaitu dengan melakukan pengulangan model berkali-kali sesuai teori dengan data kuantitatif yang telah ada, untuk melihat apakah model yang dihasilkan sesuai dengan tujuan.^{71,72}

4.2.3 Tahap 3: Uji Kualitatif

Analisis kualitatif adalah penelitian yang memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian misal perilaku, persepsi, tindakan dengan cara deskripsi dalam kata-kata dan bahasa dengan metode alamiah⁷³

Dilakukan dengan *Content analysis / Thematic analysis* dengan membuat tema dan subtema. Dilakukan metode pengumpulan data melalui *Focus Group Discussion (FGD)*. Hasil dari FGD untuk menentukan materi intervensi. Selain analisis manual dilakukan pula analisis menggunakan software N Vivo 12. Hasil analisis digunakan untuk bahan merancang konten intervensi yang disampaikan melalui *mobile apps*.

4.2.4 Tahap 4 : Intervensi

Tahap intervensi meliputi dua uji yaitu *before* dan *after*. Nilai *before* diperoleh dari studi kuantitatif tahap 2, kemudian dilakukan intervensi dengan media video edukasi Budaya Keselamatan Pasien yang dibuat berdasar analisis materi hasil FGD. Selanjutnya dilakukan evaluasi ulang pada responden tersebut melalui distribusi kembali kuesioner SAQ dengan *googleform*, sehingga akan didapat skor *after*. Nilai *before after* didapat dan dapat dianalisis dengan melihat efek intervensi dengan uji beda rerata pada 2 grup atau lebih. Dengan asumsi hasil distribusi normal maka digunakan uji T berpasangan/berpadanan, bila tidak normal maka dapat digunakan uji Wilcoxon.⁶⁷

4.2.5 Tahap 5 : Pembuatan Modul Aplikasi Budaya Keselamatan Pasien berupa *mobile apps* berbasis web

1. Hasil dari Uji Kualitatif FGD dan Intervensi dianalisis dan dibuat suatu modul aplikasi penilaian mandiri atau *self assessment* beserta video edukasi Budaya Keselamatan Pasien berupa *mobile apps* berbasis web
2. Pembuatan modul tersebut dilakukan bertahap dengan uji coba pada 20 orang responden yang diambil dari responden tahap kualitatif yang memberi masukan pada peneliti.
3. Aplikasi ini diberi nama **SafeDental.ID** dengan makna sebagai berikut.

Safe diambil dari *Patient Safety Culture* yang berarti *Safety* atau keselamatan dan keamanan. Dental artinya aplikasi ini penelitian awal adalah pada bidang layanan kedokteran gigi. ID adalah menunjukkan identitas negara asal ciptaan aplikasi ini yaitu Indonesia. Modul aplikasi SafeDental.ID ini sedang dalam proses pengajuan HAKI

4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.3.1 Lokasi Penelitian

4.3.1.1 Lokasi Tahap 1 (Studi Pendahuluan)

1. Penentuan lokasi yang meliputi area perwakilan layanan kedokteran gigi pada faskes primer (dokter gigi praktik mandiri, klinik pratama) dan sekunder (rumah sakit) di DKI Jakarta , dengan membagi sampel menjadi area Jakarta Barat, Timur, Utara, Pusat dan Selatan
2. Pengambilan data kuesioner untuk penelitian pada faskes primer dan sekunder kepada dokter gigi di DKI Jakarta melalui aplikasi *google form* dengan data dari PDGI cabang dan dipetakan sesuai area

4.3.1.2 Lokasi Penelitian Tahap 2 Kuantitatif

1. Penentuan lokasi yang meliputi area perwakilan layanan kedokteran gigi pada faskes primer antara lain dokter gigi praktik mandiri, klinik pratama dan sekunder yaitu rumah sakit di Indonesia dengan membagi sampel menjadi area Indonesia Barat, Indonesia Bagian Tengah dan Indonesia Bagian Timur dan dikhkususkan pembagian menurut propinsi di Indonesia.
2. Pengambilan data kuesioner untuk penelitian pada faskes primer dan sekunder kepada dokter gigi di Indonesia melalui aplikasi *google form* dengan data dari PDGI cabang dan dipetakan sesuai area

4.3.1.3 Lokasi Penelitian Tahap 3 Kualitatif

Lokasi Penelitian Kualitatif, ditentukan setelah hasil dari penelitian kuantitatif terpetakan dan diambil sub sampel lokasi yang mewakili area nasional. Lokasi dibagi dengan 3 *Cluster* untuk memudahkan pengelompokan lokasi responden yang berasal dari perwakilan seluruh Indonesia, yaitu *Cluster* Indonesia Barat, Tengah dan Timur

4.3.1.4 Lokasi Penelitian Tahap 4 Intervensi

Lokasi Penelitian tahap Intervensi ditentukan setelah hasil dari penelitian kuantitatif terpetakan dan sejalan dengan proses penelitian kualitatif yaitu diambil sub sampel lokasi yang mewakili area nasional

4.3.2 Waktu Penelitian :

1. Penelitian Tahap awal (Pilot Studi - Uji Kuantitatif di DKI Jakarta) : 3 September 2020 – 1 Desember 2020
2. Penelitian Tahap kedua (Uji Kuantitatif di seluruh Indonesia) : 3 Agustus 2021 – 5 Oktober 2021
3. Penelitian Tahap ketiga (Uji Kualitatif) : November 2021 - Desember 2021
4. Penelitian Tahap keempat (Tahap Intervensi) : 11 Maret 2022 – 14 April 2022
5. Pembuatan Modul Aplikasi SafeDental.ID : April – Juli 2022

4.4 Populasi Penelitian

Populasi adalah dokter gigi yang berpraktik pada faskes primer dan sekunder. Populasi Target sebagai berikut :

4.4.1 Populasi : dokter gigi

Dokter gigi yang berpraktik pada faskes layanan primer dan sekunder

4.4.2 Sampel Penelitian

Teknik pengambilan Sampel penelitian dengan simple random sampling.⁷⁴ Untuk mengukur budaya keselamatan pasien populasi penelitian ini ditentukan berdasarkan Rumus dengan Deskriptif Katagorik . signifikansi statistik($P < 0,05$) dengan kekuatan 80 %, asumsi Effect Size 0.03.

$$Z\alpha^2 PQ =$$

$$d^2$$

$$Z\alpha = 1.96$$

$$P = \text{berbudaya} \rightarrow \text{asumsi } 0.5 \text{ yang berbudaya}$$

$$Q = 1-P (\text{tidak berbudaya}) \rightarrow 0.5$$

$$d = \text{asumsi effect size } 0.03$$

$$\frac{Z\alpha^2 PQ}{d^2} = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.03^2} = 1066.67 = 1067$$

Perhitungan asumsinya adalah dengan estimasi besar sampel 1067.Jumlah sampel dibuat proporsi.

4.4.2.1 Tahap 1. Studi Pendahuluan - Perhitungan asumsi besar sampel untuk DKI

Teknik pengambilan Sampel penelitian dengan simple random sampling.⁷⁴ Untuk mengukur budaya keselamatan pasien populasi penelitian ini ditentukan berdasarkan Rumus dengan Deskriptif Katagorik. Asumsi Effect Size 0.03. Estimasi besar sampel pada studi pendahuluan pada dokter gigi di wilayah propinsi DKI Jakarta dengan menggunakan nilai rujukan asumsi besar sampel nasional sebesar 1067 , serta data jumlah dokter gigi dari PB PDGI dan KKI⁷⁵ pada bulan Agustus 2020, maka didapatkan estimasi besar sampel responden di DKI adalah

$$\frac{\text{jumlah dokter gigi di DKI Jakarta}}{\text{jumlah dokter gigi di Indonesia}} \times 100\% = \frac{6078}{30591} \times 100\% = 19,86\%$$

Kemudian persentase ini dikalikan estimasi besar sampel nasional yaitu $19.86\% \times 1067 = 212$ minimal sampel dokter gigi. Dengan menambahkan 15% dari minimal sampel maka jumlah responden adalah 250 dokter gigi.⁷⁶

4.4.2.2 Tahap 2 Kuantitatif

Perhitungan asumsi besar sampel secara nasional pada faskes primer dan faskes sekunder secara *multi stage cluster sampling*⁷⁴ dengan perhitungan proporsi cluster area mengikuti data pada PDGI Wilayah dan Cabang di seluruh propinsi di Indonesia sehingga didapatkan estimasi besar sampel untuk responden dokter gigi adalah 1067. Pengelompokan berdasar sub sampel faskes primer dan sekunder yang berada di wilayah Indonesia Barat, Indonesia Tengah dan Indonesia Timur.

4.4.2.3 Tahap 3 Sampel Penelitian Kualitatif dan Tahap Intervensi ,

Metode pengambilan sampel dengan *Purposive sampling*

1. Sampel Penelitian Kualitatif untuk *Focus Grup Discussion* , prinsipnya tidak mutlak pada jumlah sampel seperti pada kuantitatif , tetapi ditentukan oleh persyaratan konseptual dan bukan oleh keterwakilan dimana jumlah sampel terbatas dan tidak banyak. Jumlah sampel dan kelompok FGD disesuaikan dengan tujuan dan area penelitian dalam hal ini faskes primer dan sekunder, lokasi area di Indonesia bagian Barat, Tengah dan Timur, sehingga diperlukan enam (6) kelompok FGD dengan masing-masing grup terdiri dari 6 -12 responden.⁷⁷ Pada penelitian Kualitatif ini didapatkan 51 sampel untuk mengikuti FGD dengan jumlah 6 kelompok FGD dibagi menurut Cluster Barat, Tengah dan Timur dengan peserta FGD per kelompok berjumlah 6 hingga 10 dokter gigi
2. Sampel Penelitian tahap Intervensi ditentukan setelah hasil dari penelitian kuantitatif terpetakan dan setelah penelitian kualitatif selesai, kemudian diambil sub sampel dengan lokasi yang mewakili area nasional. Jumlah sampel yang didapatkan adalah 81 dokter gigi.

4.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

4.5.1 Kriteria Inklusi

4.5.1.1 Dokter gigi di Faskes Primer dan Sekunder

1. Dokter gigi yang memiliki STR (Surat Tanda Registrasi) dan SIP (Surat Ijin

- Praktik) yang masih berlaku
2. Dokter gigi yang berpraktik di faskes primer dan faskes sekunder
 3. Bersedia menjadi responden penelitian

4.5.2 Kriteria Eksklusi

4.5.2.1 Dokter gigi

1. Dokter Gigi Spesialis
2. Dokter gigi yang tidak berpraktik

4.6 Variabel Penelitian¹

4.6.1 Variabel Independen /Bebas

Faktor Demografik antara lain Usia, jenis kelamin, Pendidikan, lokasi faskes, pengalaman praktik, jumlah pasien yang dikerjakan per hari, Pernah mengikuti seminar/training KP, Memiliki STR dan SIP.

4.6.2 Variabel Dependental/Terikat

Nilai Budaya Keselamatan Pasien dilihat pada dimensi Iklim Kerja Tim, Iklim Keselamatan, Kepuasan Kerja, *Stress Recognition*, Persepsi Manajemen,Kondisi Kerja

4.7 Definisi Operasional

4.7.1 Variabel Independen

Tabel 4. 1 *Variabel Independen Faktor Budaya Keselamatan Pasien*

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur
1	Dokter Gigi	Dokter gigi adalah seorang dokter, lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan, ³⁵ yang khusus mempelajari ilmu kesehatan dan penyakit pada gigi dan mulut. Seorang dokter gigi memiliki kompetensi atau keahlian dalam mendiagnosis, mengobati, dan memberikan edukasi tentang pencegahan berbagai masalah kesehatan gigi, gusi, dan mulut ⁷⁸	Katagorik	kuesioner	Nilai Budaya Keselamatan Pasien

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Cara dan Alat	Hasil Ukur
Faktor Demografik					
1	Usia	Selisih tahun saat dilakukan pengambilan data dengan tahun kelahiran	Numerik	Kuesioner	Tahun
2	Jenis Kelamin	Status kelahiran laki-laki atau perempuan	Kategorik	Kuesioner	Laki-laki Perempuan
3	Jenis Fasilitas Kesehatan	<p>1. Fasilitas Kesehatan Primer</p> <p>Fasilitas Kesehatan tingkat satu, merupakan <i>gatekeeper</i> dalam pelayanan kesehatan di era JKN, dalam artian wewenang untuk memutuskan pasien mana yang dapat ditangani secara paripurna. contoh faskes primer : klinik pratama, klinik pribadi , puskesmas.</p> <p>2. Fasilitas Kesehatan Sekunder Faskes tingkat dua yang dapat menerima rujukan merupakan pelayanan kesehatan spesialistik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik yaitu Rumah Sakit</p>	Kategorik	Kuesioner	Primer Sekunder

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Cara dan Alat	Hasil Ukur
4	Pendidikan	Ijazah formal terakhir yang dimiliki oleh responden dokter gigi	Katagorik	Kuesioner	S1 dan diatas S1
5	Jumlah pasien yang dikerjakan per hari	Jumlah pasien yang dikerjakan per hari oleh dokter gigi	Katagorik	Kuesioner	Tidak ada 1-10 >10
6	Pengalaman Berpraktik Dokter Gigi	Pengalaman dokter gigi berpraktik	Katagorik	Kuesioner	1-10 tahun 11-20 tahun >20 tahun
7	Keikutsertaan pada Workshop Budaya Keselamatan Pasien	Keikutsertaan dokter gigi pada seminar atau workshop tentang keselamatan pasien	Katagorik	Kuesioner	Pernah Tidak Pernah
8	Kepemilikan Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku	Dokter Gigi memiliki STR yang diterbitkan Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku	Katagorik	Kuesioner	Ya Tidak
9	Kepemilikan Surat Ijin Praktik (SIP) yang masih berlaku	Dokter Gigi memiliki SIP yang diterbitkan Dinas Kesehatan yang masih berlaku	Katagorik	Kuesioner	Ya Tidak

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Cara dan Alat	Hasil Ukur
Dimensi Faktor Budaya Keselamatan Pasien					
1	<i>Teamwork Climate</i> Iklim Kerjasama Tim	menghargai dan bekerja antar staf di dalam tim/unit kerja mereka	Katagorik	Kuesioner SAQ	<ul style="list-style-type: none"> - Baik sekali : jika persepsi positif $\geq 75\%$ - Baik : jika persepsi positif antara $>50\%$ dan $<75\%$ - Sedang: jika persepsi positif antara $>25\%$ dan $<50\%$ - Kurang: jika persepsi positif $<25\%$
2	<i>Safety Climate</i> Iklim Keselamatan	Persepsi responden terhadap prosedur dan sistem dalam mencegah terjadinya kesalahan dan mengurangi masalah keselamatan pasien	Katagorik	Kuesioner SAQ	<ul style="list-style-type: none"> - Baik sekali : jika persepsi positif $\geq 75\%$ - Baik : jika persepsi positif antara $>50\%$ dan $<75\%$ - Sedang: jika persepsi positif antara $>25\%$ dan $<50\%$ - Kurang: jika persepsi positif $<25\%$

No	Variabel	Definisi Operasional	SkalaUkur	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur
3	<i>Job Satisfaction</i> Kepuasan dalam bekerja	Kepuasan drg /terapis gigi bekerja pada faskes primer /sekunder	Katagorik	Kuesioner SAQ	<ul style="list-style-type: none"> - Baik sekali : jika persepsi positif $\geq 75\%$ - Baik : jika persepsi positif antara $>50\%$ dan $<75\%$ - Sedang: jika persepsi positif antara $>25\%$ dan $<50\%$ - Kurang: jika persepsi positif $<25\%$
4	<i>Stress Recognition</i> Pengakuan stress	Stres adalah suatu respon adaptif individu pada berbagai tekanan atau tuntutan eksternal dan menghasilkan berbagai gangguan meliputi : gangguan fisik, emosional, dan perilaku. ⁴⁰ Stres merupakan suatu kondisi jiwa dan raga, fisik dan psikis seseorang yang tidak dapat berfungsi secara normal	Katagorik	Kuesioner SAQ	<ul style="list-style-type: none"> - Baik sekali : jika persepsi positif $\geq 75\%$ - Baik : jika persepsi positif antara $>50\%$ dan $<75\%$ - Sedang: jika persepsi positif antara $>25\%$ dan $<50\%$ - Kurang: jika persepsi positif $<25\%$

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur
5	<i>Perception of Management</i>	Manajemen faskes primer/sekunder menyediakan iklim kerja yang menjamin keselamatan pasien dan Dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama	Katagorik	Kuesioner SAQ	<ul style="list-style-type: none"> - Baik sekali : jika persepsi positif $\geq 75\%$ - Baik : jika persepsi positif antara $>50\%$ dan $<75\%$ - Sedang: jika persepsi positif antara $>25\%$ dan $<50\%$ - Kurang: jika persepsi positif $<25\%$
6	<i>Working Condition</i>	Kondisi suasana di tempat kerja yang mendukung atmosfer budaya keselamatan kerja terhadap pasien keselamatan pasien	Katagorik	Kuesioner SAQ	<ul style="list-style-type: none"> - Baik sekali : jika persepsi positif $\geq 75\%$ - Baik : jika persepsi positif antara $>50\%$ dan $<75\%$ - Sedang: jika persepsi positif antara $>25\%$ dan $<50\%$ - Kurang: jika persepsi positif $<25\%$

4.7.2 Dependen Variabel

Tabel 4. 2 Definisi Operasional Dependen Variabel

N	Variabel	Definisi Operasional	Skala	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur
1	Budaya Keselamatan Pasien	<p>suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi assessment risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan</p>	Katagorik	<p>Kuesioner Survey</p>	<p>Nilai Budaya Keselamatan Pasien menggunakan skala konversi 0-100 dari skala Likert 1-5 (1=0,2=25,3=50,4=75,5=100)</p> <p>Kemudian nilai total skor dikonversi dalam kuartil (n=1111)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baik sekali : Total Skor ≥ 2325 - Baik : Total Skor 2175-2324 - Sedang : Total Skor 2025-2174 - Rendah : Total Skor <2025 <p>- Nilai BKP Positif $>$ Median (Baik, Baik Sekali)</p> <p>- Nilai BKP Negatif $<$ Median (Sedang, Kurang)</p>

4.8 Instrumen Penelitian

4.8.1 Alat Pengumpul Data Kuantitatif dan Kualitatif Dalam Penelitian Ini Adalah

1. Kuesioner yang dibuat sesuai dengan tujuan penelitian yaitu tentang budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi. Kuesioner dalam bentuk *Google Form* yang di share dalam link/tautan melalui media daring
2. Lembar persetujuan (*Informed Consent*) bagi responden
3. Data responden yang didapat dari PB PDGI melalui sistem Informasi untuk database dokter gigi,
4. Alat Tulis
5. Perangkat elektronik untuk menyebarluaskan kuesioner melalui *google form*, yaitu *gadget*, handphone dan laptop
6. Perangkat elektronik untuk media daring melalui Zoom dengan responden saat tahap penelitian kualitatif dan intervensi

4.9 Prosedur dan Metode Penelitian

4.9.1 Tahap Persiapan

1. Pengajuan proposal

2. Etika Penelitian

Penelitian dilakukan setelah mendapat persetujuan dari Komisi Etik Penelitian FKG UI dan responden telah menandatangani atau menyetujui *informed consent* yang berisi tentang tujuan, manfaat serta prosedur penelitian termasuk apabila terjadi ketidaksetujuan maka responden berhak untuk menunda, mengundurkan diri serta mengakhiri studi. Pada era pandemik ini persetujuan tidak harus dengan tanda tangan tetapi dengan input setuju pada form via link *google form*

3. Memperoleh perijinan untuk melakukan penelitian dari institusi yang akan dijadikan responden

Responden di Faskes primer : data dari PB PDGI untuk sebaran anggota PDGI di wilayah nasional

4. Responden di Faskes sekunder : Rumah sakit dan RSGM yang dijadikan responden yang mewakili area nasional yaitu Indonesia, dengan pembagian area Indonesia Bagian Barat, Tengah dan Timur
5. Persiapan alat dan bahan
6. Melakukan tahap studi pendahuluan

4.9.2 Tahap Pelaksanaan

4.9.2.1 Tahap 1 : Studi Pendahuluan

Responden dokter gigi yang berpraktik di wilayah propinsi DKI Jakarta

1. Melakukan tahap *Cross adaptasi*, setelah memperoleh ijin dari pihak Alat Ukur SAQ
 - Tahap 1: investigasi konsep, penyetaraan item kuesioner, penyesuaian dengan tinjauan literatur
 - Tahap 2 : SAQ versi asli bahasa Inggris diterjemahkan oleh dokter gigi dan professional dwibahasa ke dalam bahasa Indonesia
 - Tahap 3 : *Panel Expert*
 - Tahap 4 : *Back Translations*
 - Tahap 5 : Proses adaptasi lintas budaya
 - Tahap Akhir : Instrumen diuji Validitas dan Reliabilitas nya
2. Melakukan pengambilan data melalui kuesioner tentang budaya keselamatan kepada responden faskes primer dan sekunder dengan sasaran responden dokter gigi yang berpraktik di wilayah DKI Jakarta
3. Pengisian data awal yang nantinya untuk melihat faktor sosiodemografis responden (meliputi nama, tanggal lahir/ umur, alamat, jenis kelamin, telepon, email , pekerjaan, pendidikan) bersama dengan *Informed Consent* dan Kuesioner SAQ versi Indonesia dilakukan melalui media online/ daring

yaitu dengan whatsapp dan email melalui link *google form*

4. Peneliti menyiapkan link melalui *google form* dan penyampaian kepada responden dokter gigi dengan sistem penyebaran melalui admin PB PDGI lewat mekanisme whatsapp group PDGI Pengwil dan PDGI Cabang
5. Penyebaran melalui media jaringan PDGI Pengwil dan Cabang masing-masing antara lain dengan whatsapp group dan email walau beberapa PDGI cabang juga melakukan distribusi melalui akun resmi mereka di Telegram, Face Book atau Instagram, tetapi terbukti yang efektif adalah yang melalui jalur whatsapp group.

4.9.2.2 Tahap 2 : Tahap Eksperimen Nasional – kuantitatif

1. Responden dokter gigi yang berpraktik di seluruh propinsi Indonesia
2. Dilakukan pengambilan data responden dengan pemetaan sesuai lokasi di seluruh propinsi di Indonesia terdiri dari Indonesia Barat, Tengah dan Timur
3. Didapatkan data nilai budaya keselamatan pasien dari responden di Indonesia
4. Dilakukan pemetaan Nilai Budaya Keselamatan Pasien dengan empat kriteria yaitu Baik sekali, Baik, Sedang,Kurang.
5. Dilakukan uji tahap lanjut pada responden dengan sampel terbatas yaitu Uji Kualitatif dan Intervensi

4.9.2.3 Tahap 3 : Tahap Eksperimen Nasional – kualitatif

- 1 Dari hasil pemetaan nilai Budaya Keselamatan Pasien di ambil sub sampel lalu responden dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD)^{65,66} melalui media zoom secara daring.
- 2 Metode uji Kualitatif dengan *Focus Group Discussion* (FGD)^{65,66}

Focus Group Discussion adalah metode yang dilakukan pada penelitian kualitatif yang merupakan bagian dari Analisis *Mixed Method* . Tujuannya adalah memperoleh gambaran lebih detil dan mendalam tentang hasil pemetaan dari Analisa kuantitatif. Responden untuk FGD diambil dari sub

sampel dari hasil nilai budaya keselamatan pasien dari semua katagori yaitu baik sekali, baik, sedang dan kurang. Pada FGD diskusi menggunakan pertanyaan terbuka dengan materi diambil dari 6 domain.

- 3 Hasil FGD sebagai dasar materi untuk Tahap Intervensi

4.9.2.4 Tahap 4 : Intervensi

1. Dilakukan intervensi pada sub sampel responden dokter gigi pada faskes primer dan sekunder dengan hasil pemetaan nilai Budaya Keselamatan Pasien baik,sedang dan kurang, serta baik sekali pada kelompok kontrol. Responden pada tahap intervensi mengikutsertakan seluruh responden pada tahap 3 kualitatif ditambah dengan responden lain pada data tahap kuantitatif.
2. Intervensi dilakukan dengan membuat modul edukasi Budaya Keselamatan Pasien untuk Dokter Gigi (PSC /*Patient Safety Culture Modul for dentist*) pada fasker primer dan sekunder yaitu berupa sosialisasi dan edukasi tentang budaya keselamatan pasien. Materi berupa video edukasi dan disampaikan ke responden secara daring melalui whatsapp. Materi video edukasi tersebut kemudian direncanakan untuk dapat digunakan pada aplikasi berbasis web dan ‘*mobile apps*’ yang dapat diakses melalui *gadget* misal handphone, tablet ataupun laptop^{79,80} sehingga dapat dimanfaatkan untuk para dokter gigi non responden pasca penelitian ini.
3. Setelah dilakukan intervensi, maka dilakukan Analisis *Before – After* dengan alat ukur SAQ.⁶⁷ *Before* dengan menggunakan hasil nilai BKP pada penelitian kuantitatif tahap 2 dan *After* dengan menggunakan hasil nilai BKP setelah mengisi kuesioner SAQ sesudah mendapat materi video edukasi hasil FGD.
4. Hasil gambaran nilai budaya keselamatan pasien responden pasca intervensi diharapkan memperoleh peningkatan hasil lebih baik, yaitu dari nilai BKP kurang sampai sedang menjadi baik hingga baik sekali.
5. Setelah dilakukan intervensi melalui sosialisasi budaya keselamatan pasien diharapkan akan terjadi perubahan perilaku dari dokter gigi dan dapat meningkatkan nilai budaya keselamatan pasiennya.

4.9.2.5 Tahap 5 : Pembuatan modul aplikasi digital Budaya Keselamatan Pasien SafeDental.ID

Penelitian ini menghasilkan modul aplikasi digital berbasis web berupa mobile apps yang diberi nama SafeDental.ID. Prosedur Pembuatan Aplikasi SafeDental.ID adalah sebagai berikut

1. Menentukan Hak Akses

Hak akses dalam aplikasi ini dibagi menjadi 2 yaitu admin dan responden (*user*).

Adapun fitur-fitur dari masing-masing hak akses adalah sebagai berikut:

a. Hak akses admin

- Masuk ke aplikasi
- Ubah data profil
- Ubah kata sandi
- Kelola data pengguna
- Kelola file edukasi
- Melihat histori data
- Melihat distribusi data pengguna berdasarkan demografinya
- Keluar dari aplikasi

b. Hak akses responden

- Masuk ke aplikasi
- Ubah data profil
- Ubah kata sandi
- Mengisi data untuk penilaian mandiri
- Menerima informasi hasil penilaian mandiri
- Melihat video edukasi
- Melihat hasil penilaian mandiri
- Keluar dari aplikasi

Berdasarkan hak akses di atas, maka dapat digambarkan pada gambar berikut:



Gambar 4. 2 Diagram Hak Akses Admin



Gambar 4. 3 Diagram Hak Akses Responden

2. Merancang modul aplikasi berupa UI dan UX aplikasi

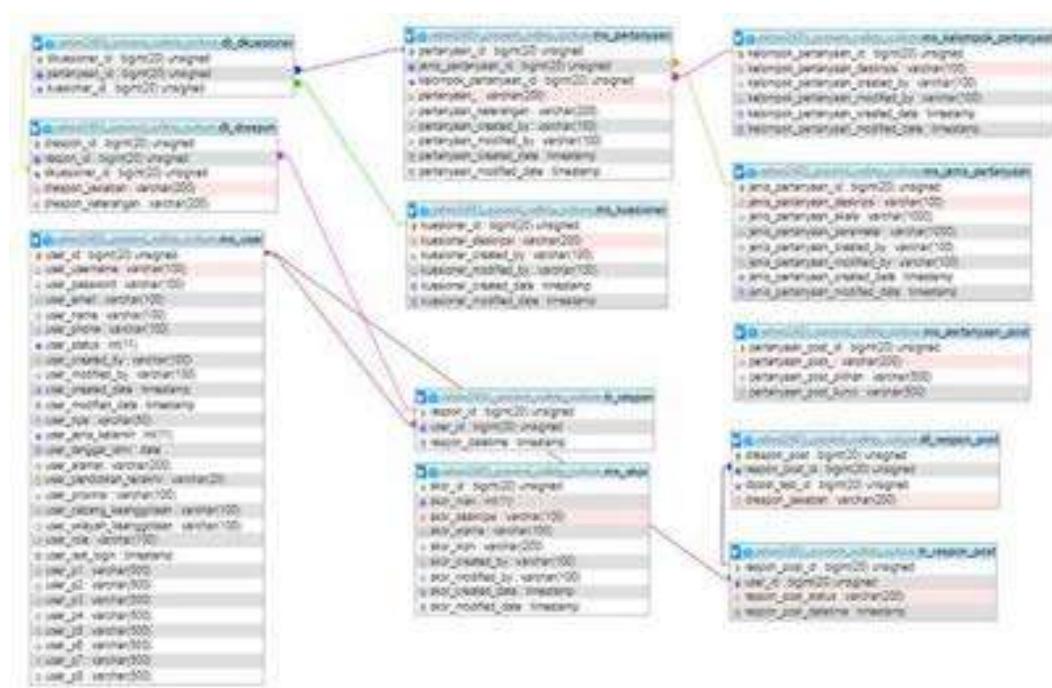
UI dan UX dirancang berdasarkan kebutuhan pengguna agar mudah dan nyaman saat digunakan. Dalam rancangan UI dan UX ini, merujuk kepada fitur-fitur yang ada di masing-masing hak akses. Adapun rancangan dari UI dan UX nya adalah sebagai berikut:

- Hak akses admin
- Hak Akses Pengguna

Petunjuk Lengkap di bagian Hasil

3. Merancang Database

Database ini digunakan untuk tempat menyimpan data dari aplikasi. Adapun rancangan yang dibuat adalah sebagai berikut:



Gambar 4. 4 Gambar Rancangan Database BKP

4. Membuat program aplikasi

Langkah berikutnya adalah menuliskan program, sehingga apa yang diinputkan oleh pengguna akan dapat diproses oleh program tersebut dan data akan disimpan di database. Pada tahap ini juga juga, dibuat versi *mobile* agar pengguna dapat melakukan akses aplikasi melalui *device mobile*.

4.9.3 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data kuantitatif dilakukan untuk mengukur budaya keselamatan adalah melalui teknik survei (observasi) dengan mendistribusikan kuesioner yang diadaptasi dari *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ) kepada seluruh

dokter gigi yang bekerja di faskes primer dan sekunder dengan bantuan *google form*.

Proses adaptasi dimulai dengan menerjemahkan kuesioner asli ke dalam bahasa Indonesia. Kemudian dilakukan pengecekan ulang terhadap masing-masing *item* pertanyaan dari segi ketepatan bahasa apakah sudah sesuai dengan maksud pertanyaan. Selanjutnya dilakukan uji coba kuesioner pada sejumlah responden untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun dapat dimengerti responden sehingga layak untuk dijadikan alat ukur. Jika terdapat *item* pertanyaan yang sulit dipahami oleh responden, maka dilakukan perbaikan tata bahasa sehingga menjadi lebih mudah dipahami. Setelah itu dianalisis nilai validitas dan reliabilitasnya.

Kuesioner disebarluaskan kepada individu sesuai kriteria inklusi yakni dokter gigi yang bekerja di faskes primer dan sekunder. Distribusi kuesioner tersebut akan disertai dengan surat pemberitahuan yang sudah disetujui oleh Pimpinan faskes . Pada saat pengisian kuesioner jika ada yang tidak mengerti mengenai pengisian kuesioner tersebut, maka bisa ditanyakan kepada peneliti.

Kuesioner terdiri dari pertanyaan positif (*positively worded*) dan negatif (*negatively worded*). Adapun pertanyaan positif merupakan pertanyaan yang mendukung terhadap penerapan budaya keselamatan pasien di faskes primer dan sekunder. Sedangkan pertanyaan negatif adalah yang dinilai tidak mendukung atau menghambat terciptanya budaya keselamatan pasien yang baik di faskes primer dan sekunder .

Jawaban pertanyaan pada kuesioner tersebut terdiri dari skala jawaban yaitu: “Sangat tidak setuju”, “Tidak Setuju”, “Netral / Ragu-ragu”, “Setuju” dan “Sangat Setuju. Setiap jawaban pertanyaan akan diberikan kode 1 sampai 5, namun akan dikode terbalik pada jawaban pertanyaan negatif (*negatively worded*).

Berdasarkan dimensi budaya keselamatan pasien menurut SAQ maka pertanyaan tersebut diberi kode dan dikelompokkan sesuai dimensinya.

4.9.4 Analisis Data

Analisis Data Penelitian menggunakan Analisis Univariat, Bivariat dan Multivariat menggunakan software computer *Special Package for Social and Science (SPSS)*

untuk menganalisis korelasi antar tiap variabel dan software N-Vivo 12 untuk menganalisis hasil uji Kualitatif *Focus Group Discussion* (FGD)

4.9.4.1 Proses Analisis Data Kuantitatif

Pengolahan data pada penelitian kali ini meliputi *editing, coding, processing* dan *cleaning*. Data yang didapatkan dari pengisian kuesioner akan dimasukkan ke dalam komputer menggunakan program SPSS dan dilakukan pengecekan kembali kebenaran data yang sudah di-*entry*. Setelah itu dilakukan *cleaning data*, yaitu proses pengecekan konsistensi meliputi pemeriksaan data yang *out of range*, tidak konsisten secara logika, ada nilai-nilai ekstrim dan data dengan nilai yang tidak terdefinisi.

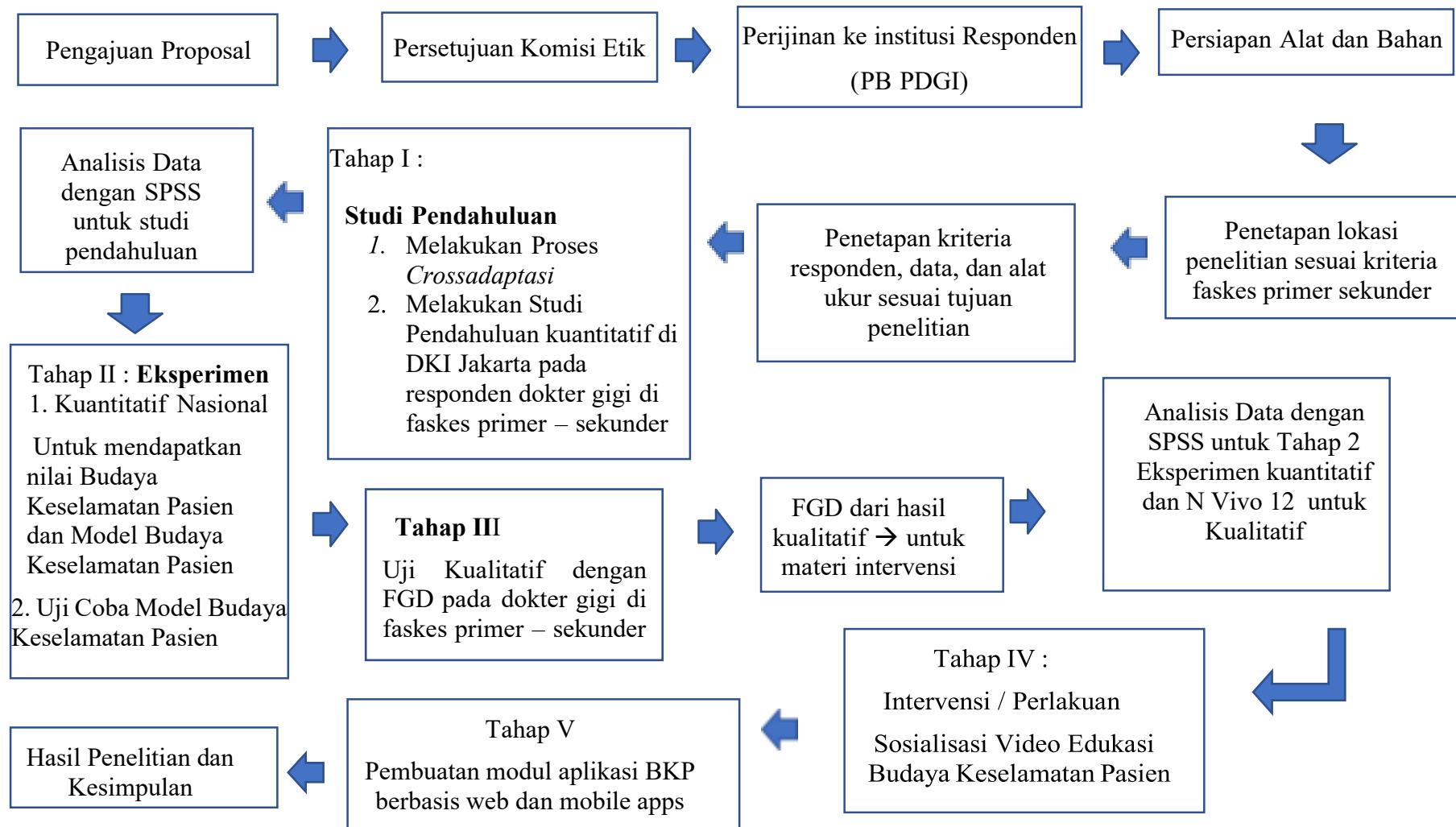
4.9.4.2 Proses Analisis Data Kualitatif

Analisis data kualitatif adalah upaya yang dilakukan dengan mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesis, mencari dan menemukan pola, menemukan faktor penting sesuai tujuan penelitian dan memutuskan apa yang dapat disampaikan untuk mendukung suatu kesimpulan. Dalam prosesnya juga dilakukan prosedur Triangulasi, yaitu suatu prosedur yang digunakan untuk meningkatkan hasil penelitian yang kredibel untuk menunjukkan kebenaran. Terdapat 4 (empat) jenis Triangulasi yaitu Triangulasi sumber data (menggunakan beberapa sumber data kualitatif berbeda , misal wawancara dan observasi), Triangulasi metode (membandingkan metode kualitatif dan kuantitatif), Triangulasi peneliti (menggunakan beberapa peneliti dalam proses analisis dan interpretasi data) serta Triangulasi Teori (menggunakan beberapa teori dalam proses analisisnya).⁸¹ Pada penelitian ini digunakan Triangulasi metode dan teori Analisis Data Kualitatif dilakukan setelah proses *Focus Group Discussion* dimana didapatkan data responden yang bersifat terbuka dari kuesioner dan dilakukan analisis tematik. Terdapat software yang mendukung yaitu International's NVivo 12 Pro Qualitative Data Analysis.^{63,64}

4.9.4.3 Potensi Bias

Potensi Bias yang mungkin timbul pada penelitian ini adalah apabila responden tidak mengisi sesuai kondisi sebenarnya, maka hasil akan berpotensi bias. Penelitian melalui daring juga berpotensi bias mengingat tidak semua responden dapat menggunakan fitur yang digunakan dalam kuesioner online melalui whats app.

4.10 Alir Penelitian



4.11 Jadwal Penelitian

	Kegiatan	Tahun 2020												Tahun 2021												Tahun 2022											
		Bulan ke-	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6							
1	Pengajuan Proposal	+																																			
2	Ethical Clearance FKG UI			+																																	
3	Perizinan PB PDGI				+	+																															
4	Tahap Persiapan				+	+	+																														
5	Tahap Pelaksanaan						+	+	+																												
	a.Pilot Studi									+	+	+	+																								
6	Analisa Data tahap 1												+	+																							
7	Hasil Tahap 1														+																						
8	Ujian Proposal															+	+																				
9	b.Eksperimen																	+	+																		
10	Persiapan Pnltin Kuantitatif																			+																	
11	- Hubungi PB PDGI - ARSGMPI																			+	+																
12	- Re-blast utk responden Nas																			+	+	+															
13	-Analisa Data - Hasil Kuantitatif																						+	+													
14	- Model BKP																							+	+												
15	- Uji Coba Model																								+	+											

	Kegiatan	Tahun 2020						Tahun 2021						Tahun 2022					
16	Persiapan Uji Kualitatif													+					
17	- Diskusi materi kualitatif													+	+				
18	- persiapan sampel untuk FGD													+	+				
19	- Pelaksanaan FGD													+	+				
20	Analisis Hasil Kualitatif													+	+				
21	c.Persiapan Intervensi													+	+				
22	- Materi mixed dgn kualitatif													+	+				
23	- Persiapan modul aplikasi													+	+				
24	- hasil modul apps dilakukan intervensi pada sampel terpilih													+	+				
25	- intervensi pada cluster ttt													+	+				
26	-Analisis hasil intervensi														+	+			
27	- hasil akhir dengan kombinasi														+	+			
28	Analisa Data tahap 2													+	+	+			
29	Hasil Tahap 2														+				
30	Laporan															+	+		
31	Seminar Hasil															+	+	+	
32	Ujian Akhir																+	+	+

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini memiliki 2 tahap yaitu tahap pengembangan alat ukur dan eksperimen

5.1 Proses Penelitian Tahap 1

Pengembangan alat ukur berupa kuesioner diawali dengan meminta ijin kepada Lembaga pembuat kuesioner SAQ di Texas²¹ Dr.Sexton yaitu melalui Center for Healthcare Quality and Safety The University of Texas melalui e-mail (Lampiran 4) . Tahap selanjutnya adalah melakukan proses adaptasi dari SAQ asli ke versi Indonesia. Kuesioner SAQ versi asli yang sama dengan versi SAQ-C diterjemahkan mengikuti prinsip-prinsip adaptasi lintas budaya yang dimodifikasi dari literatur sebelumnya.^{31,82}Tahap awal setelah investigasi konsep dan penyetaraan item kuesioner serta penyesuaian dengan tinjauan literatur, kemudian tahap kedua adalah SAQ versi asli bahasa Inggris diterjemahkan oleh dokter gigi dan professional dwibahasa ke dalam bahasa Indonesia. Terjemahan dinilai dan direvisi oleh tim panel ahli yang memiliki kemampuan dwi bahasa mengenai konsep domain dan item kesetaraan dengan versi aslinya. yang terdiri dari seorang dokter gigi dan seorang peneliti bidang kesehatan masyarakat yang paham dengan kuesioner keselamatan pasien .

Tahap berikutnya adalah dilakukan *back translations* oleh penerjemah profesional tersumpah yang berlatar belakang kedokteran gigi serta dokter gigi lulusan mancanegara yang memiliki kemampuan dwi bahasa. kemudian dilakukan *synthesized back-translated version.*^{82,83} Selanjutnya dilakukan peninjauan versi terjemahan dan versi terjemahan-balik yang disintesis oleh komite pakar /ahli^{82,84} yang terdiri dari para pakar di bidang kedokteran gigi dan kesehatan masyarakat yang memiliki kemampuan dwi bahasa serta paham tentang budaya keselamatan pasien. Kemudian dilakukan penilaian apakah item kuesioner hasil adaptasi tersebut setara dengan versi asli. Penilaian ini memastikan bahwa item diterjemahkan dengan benar dan relevan.^{82,83} Versi konsensus dalam bahasa Indonesia telah diujicobakan kepada responden untuk mendeteksi apakah item

kuesioner dapat dimengerti.^{76,82} Proses Adaptasi transkultural ini terjadi pada masa pandemik, sehingga semua kegiatan dilakukan secara online melalui media *google form*, zoom dan whatts app. Kesetaraan operasional instrumen perlu dievaluasi setelah penyesuaian semantik dan penggunaan format kuesioner serupa dapat dilakukan. Tahap akhir setelah konsensus akhir, instrumen diberikan pada responden dan berdasarkan hasil penelitian ini, sifat psikometri instrumen diuji validitas dan reliabilitasnya dengan menggunakan metode yang diadaptasi dari publikasi sebelumnya.^{25,82}

Penelitian ini telah mendapat ijin Etik dari Komite Etik FKG UI nomor 13/*Ethical Approval*/FKG UI/VII/2020 dengan No Protokol 070080620 serta mendapat ijin dan rekomendasi dari Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PB PDGI) dengan nomor 2697/PB PDGI/Rekomendasi/II-5/2020 Perihal : Surat Rekomendasi Penelitian. Rekomendasi dari PB PDGI perlu karena responden penelitian adalah dokter gigi anggota PDGI. Mengingat kondisi Indonesia sedang pada masa Pandemik Covid 19, maka penelitian dilakukan secara online dengan media *google form* dan link disebarluaskan melalui jaringan online dari PB PDGI yaitu grup Whatts App, Facebook, website serta Instagram PDGI Cabang. Penelitian pada wilayah DKI Jakarta dilakukan selama 4 minggu pada bulan September dan Oktober 2020 diperoleh 250 sampel dokter gigi. Tingkat respon 16.4% (perhitungan terlampir di bab 5.2 proses penelitian tahap 2 hal 61) Seluruh responden yang menerima link mengisi *informed consent* sebelum melanjutkan pengisian kuesioner. Kelemahan dari penyebaran kuesioner melalui **daring (online)** adalah tidak semua target responden akan tercapai sesuai tujuan, karena keterbatasan responden membaca pesan tersebut, misal dokter gigi yang jarang membaca pesan melalui whatts app group, dokter gigi senior yang kurang paham terhadap sosial media, serta dokter gigi yang tidak menggunakan sosial media. Tetapi penelitian online demikian mengurangi bias karena peneliti tidak dapat terlibat langsung dengan responden. Hal ini berbeda dengan bila dilakukan melalui Jalur pribadi atau pemberian kuesioner *offline* atau tatap muka. Sehingga tingkat respons untuk penelitian melalui daring (*online*) akan lebih rendah daripada via *offline*.^{85,86} -

SAQ versi inti-short form terdiri dari 6 domain dan 30 item kuesioner yaitu

Iklim Kerja Tim (*Team Work Climate*), Iklim Keselamatan (*Safety Climate*), Kepuasan Kerja (*Job satisfaction*), Pengakuan Stress (*Stress Recognition*), Persepsi Manajemen (*Management Perception*), dan Kondisi Kerja (*Working conditions*).^{21,25,29} Penilaian menggunakan skala Likert seperti 1 Sangat Tidak Setuju (*disagree strongly*) , 2. Tidak Setuju (*disagree slightly*) , 3. Ragu-ragu (*neutral*),4. Setuju (*agree slightly*) dan 5. Sangat Setuju (*agree strongly*). Item kuesioner nomor 2 dan 11 adalah kalimat negatif.^{21,25,87} . Makin tinggi skor menunjukkan nilai budaya keselamatan yang lebih baik. Ada penambahan pertanyaan untuk menilai informasi demografis dan mengetahui karakteristik responden (misal jenis kelamin, usia, profesi, lama berpraktik,dsb).

Estimasi besar sampel pada studi pendahuluan menunjukkan bahwa total 212 responden dari hasil persentase hitung sampel DKI dibanding nasional yaitu dari 19,86% dari 1067, yang mengisi kuesioner penelitian akan cukup untuk mendeteksi signifikansi statistik ($P <0,05$) dengan kekuatan 80 %, dengan asumsi *effect size* 0.03.Total sampel penelitian ini adalah sebanyak 250 dokter gigi yang memenuhi kriteria inklusi , menambahkan 15% dari total ukuran sampel yang dibutuhkan.⁷⁶ Kriteria inklusi adalah dokter gigi yang berpraktik di fasilitas kesehatan primer dan sekunder di wilayah DKI Jakarta.

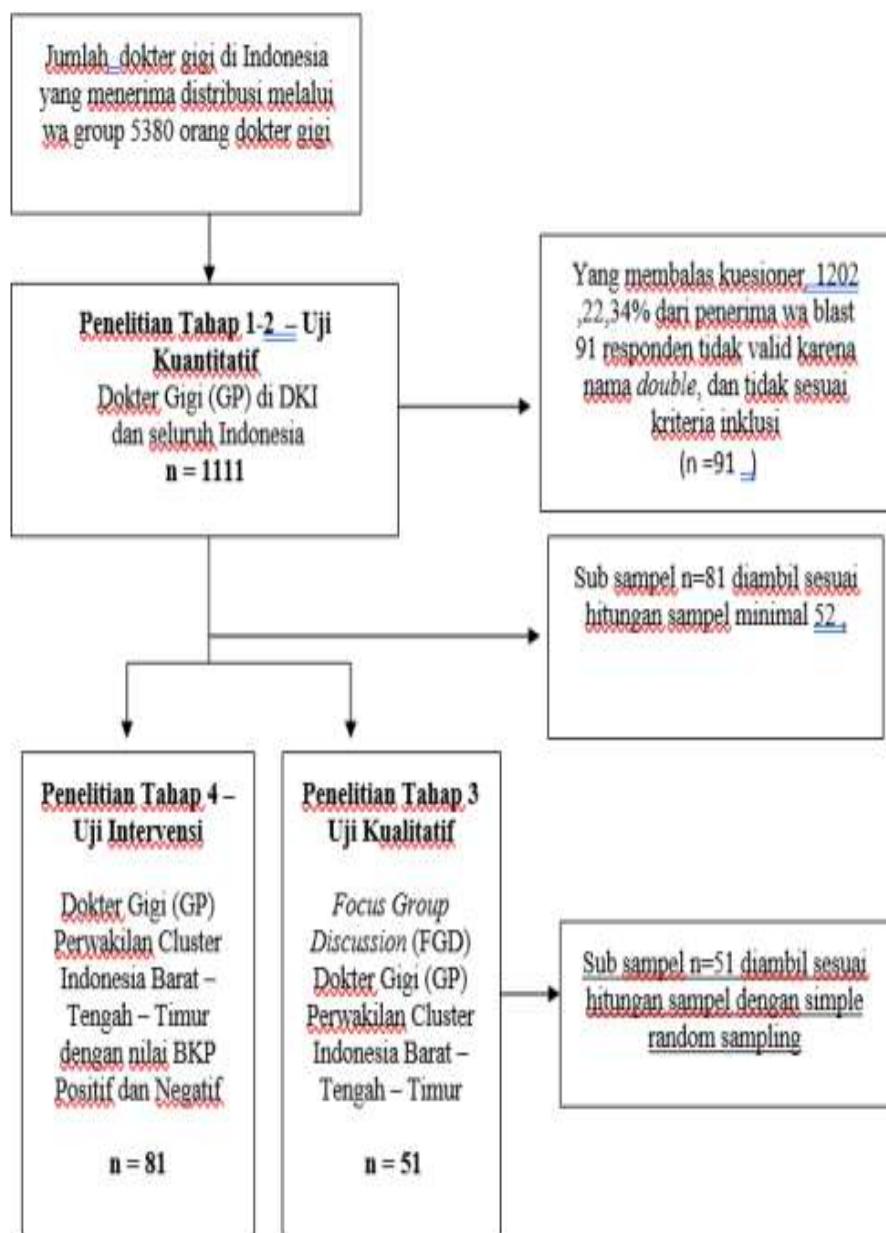
Data dianalisis menggunakan SPSS. Statistik Deskriptif yaitu *means* dan SD /median – min-maks untuk data kuantitatif, serta frekwensi dan persentase untuk data kualitatif digunakan untuk menjelaskan karakteristik demografik, item kuesioner dan faktor atau domain. Skor pada item dengan kata-kata negatif nomor 2 dan 11 (misalnya 'Di area klinis ini, sulit untuk berbicara jika saya melihat masalah dengan perawatan pasien', 'Di area klinis ini, sulit untuk mendiskusikan kesalahan') dibalik sebelum analisis. ^{21,25}

Analisis data dilakukan dengan uji validitas dan reliabilitas. Uji reliabilitas menggunakan Cronbach's alpha , *Corrected Item Total Correlation* (CITC) dan *Interclass Correlation Coefficient* (ICC).⁸⁸ Validitas kuesioner diuji menggunakan analisis korelasi Spearman untuk validitas konstruk dan Uji Kruskal Wallis untuk validitas diskriminan .

5.2 Proses Penelitian Tahap 2

Penelitian pada wilayah Indonesia dari Aceh sampai Papua dilakukan selama tiga bulan pada bulan Agustus hingga Oktober 2021. Total sampel yang mengisi kuesioner adalah 1202 responden, dari hasil persentase hitung sampel nasional yaitu 1067, jumlah tersebut sesuai untuk mendekripsi signifikansi statistik ($P < 0,05$) dengan kekuatan 80 %, dengan asumsi effect size 0.03. Dari 1202 sampel tersebut yang valid adalah 1111 responden (92.4%) dengan 91 responden (7.57%) gugur karena tidak valid, seperti nama *double*, tidak bersedia dan tidak sesuai kriteria inklusi. 1111 sampel dokter gigi tersebut berasal dari 829 faskes primer dan 282 faskes sekunder. Tingkat respons 22.34 % dari jumlah responden seluruh Indonesia yang mengisi kuesioner dibagi jumlah yang menerima distribusi whatsapp melalui grup dari admin PB PDGI dikali 100 % = $1202/5380 * 100\% = 22.34\%$. Seluruh responden yang menerima link mengisi *informed consent* sebelum melanjutkan pengisian kuesioner.

Hasil Penelitian ini dilaporkan secara rinci menggunakan Panduan *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) guna melihat kekuatan dan kelemahan hasil observasi. STROBE memberikan rekomendasi pelaporan studi observasional deskriptif serta salah satu metode yang diterapkan dalam studi *cross sectional* adalah dengan melaporkan jumlah sampel yang digunakan pada setiap tahapan penelitian. Gambar berikut menunjukkan diagram alur berdasarkan jumlah sampel yang dianalisis.⁸⁹



Gambar 5. 1 Diagram alur jumlah sampel pada tahapan analisis penelitian

Penelitian tahap berikutnya adalah sebagai berikut

5.2.1 Tahap 2 : Uji Kuantitatif

5.2.1.1 Tahap 2a : Uji Eksperimen kuantitatif menghasilkan Model Budaya Keselamatan Pasien (BKP)

5.2.1.2 Tahap 2b. Uji Coba Model Budaya Keselamatan Pasien

5.2.2 Tahap 3 : Uji Kualitatif

5.2.3 Tahap 4 : Intervensi

5.2.4 Tahap Pembuatan Modul Aplikasi Budaya Keselamatan Pasien berbasis web melalui Mobile Apps

5.3 Hasil Penelitian Tahap 1

5.3.1 Karakteristik Demografik, Uji Validitas dan Reliabilitas

5.3.1.1 Data Demografi

Data demografi pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa 82,4 % responden adalah dokter gigi wanita, usia responden mayoritas 25-39 tahun, 77.2 % berpraktik di faskes primer yaitu klinik, puskesmas atau praktik pribadi dan 22.8 % responden berpraktik di rumah sakit. Sebanyak 94.4 % dokter gigi tersebut berpraktik di wilayah perkotaan dan hanya 5.6 % yang praktik di rural area. Jumlah pasien yang dikerjakan per hari 82.8% maksimal 10 pasien. Hanya 13.6% yang mengerjakan pasien lebih dari 30 pasien per hari. 50 % Responden telah berpraktik maksimal 10 tahun , 26.8 % lebih dari 20 tahun dan yang paling sedikit 23.2 % adalah yang telah berpraktik >20 tahun. Jumlah responden paling sedikit (5%) adalah dari Jakarta Utara dan wilayah lain hampir sama persentasenya. Mayoritas responden 75.2 % berlatar belakang Pendidikan S1, kemudian 24.8% di atas S1. 73.6% responden di DKI pernah mengikuti seminar tentang keselamatan pasien, sisanya belum pernah. Mayoritas responden memiliki STR (98.8%) dan SIP (94 %) yang masih berlaku dan sisanya sedang dalam proses registrasi ulang.

Tabel 5. 1 Karakteristik demografi responden di Provinsi Jakarta (N = 250)

Variabel	Kategori	Frekwensi	Persentase
Usia	25–39	140	56
	40–59	88	35.2
	60–70	22	8.8
Jenis kelamin	Pria	44	17.6
	Wanita	206	82.4
Fasilitas Kesehatan	Fasilitas Kesehatan Primer	193	77.2
	Fasilitas Kesehatan Sekunder	57	22.8
Lokasi Praktik	Perkotaan	236	94.4
	Rural Area (Bukan Perkotaan)	14	5.6
Jumlah pasien yang dikerjakan per hari	Tidak ada	9	3.6
	1-10	207	82.8
	>10	34	13.6
Pengalaman praktik	1- 10 tahun	125	50
	11 - 20 tahun	67	26.8
	> 20 tahun	58	23.2
Propinsi	PDGI Cab Jakarta Barat	71	28.4
	PDGI Cab Jakarta Pusat	70	28.0
	PDGI Cab Jakarta Selatan	52	20.8
	PDGI Cabang Jakarta Timur	44	17.6
	PDGI Cabang Jakarta Utara	13	5.2
	S1	188	75.2
Pendidikan terakhir	Di atas S1	62	24.8
	Pernah	184	73.6
Pernah mengikuti seminar/training tentang Keselamatan Pasien	Tidak Pernah	66	26.4
	Ya	247	98.8
Kepemilikan STR* yang masih berlaku	Tidak	3	1.2
	Ya	235	94.0
	Tidak	15	6.0

5.3.1.2 Uji Reliabilitas

Sejumlah 281 dokter gigi di wilayah DKI Jakarta telah melengkapi kuesioner dan terdapat 250 responden yang valid, 31 responden tidak valid karena ditemukan *double* dengan nama sama. Tingkat respons 16.4% dari jumlah responden studi pendahuluan di DKI yang mengisi kuesioner dibagi jumlah yang menerima distribusi whatsapp melalui grup dari admin PB PDGI dikali 100 % = $281/1719 * 100\% = 16.35\%$.

Penilaian reliabilitas pada studi ini menggunakan Nilai Cronbach Alpha (*Cronbach Alpha Item Deleted*), Nilai *Corrected Item-Total Correlation* (CITC) dan Nilai *Interclass Correlation Coefficient* (ICC).^{21,25} pada tabel 5.2 Cronbach Alpha per item bernilai antara 0.89 hingga 0.91. Cronbach Alpha total dan 30 item adalah = 0.89 (0.9) dan Cronbach Alpha total dan 6 domain pada tabel 5.2 adalah diatas 0.7 (0.73). Hasil tersebut diatas menggambarkan bahwa katagori konsistensi internalnya *acceptable* atau dapat diterima ($0.7 \leq \alpha \leq 0.8$), baik ($0.8 \leq \alpha \leq 0.9$) hingga *excellent /sangat baik* ($\alpha \geq 0.9$). Kondisi ini menyatakan bahwa kuesioner reliabel. Nilai CITC dari 30 item bervariasi dengan mayoritas item diatas 0.3 kecuali pada item tertentu dan domain tertentu (*stress*) terlihat dibawah batas minimal (Lihat Tabel 5.2 dan 5.3) ini sesuai dengan referensi terdahulu.^{21,25,87}

Tabel 5.2 dan 5.3 menunjukkan bahwa Nilai ICC responden hasilnya bervariasi dari 0.9 sampai 1.0 yang berarti sesuai kriteria ICC adalah *almost perfect agreement* (0.81 – 1.00). Pada penelitian ini artinya 90 % lebih hasilnya berkorelasi hampir sempurna, sehingga kuesioner adalah reliabel dan stabil. Dari parameter tersebut diatas menunjukkan bahwa kuesioner adalah reliabel.

Tabel 5. 2 Hasil analisis Cronbach Alpha total antar item dan CITC data responden di Provinsi DKI Jakarta

Domain	Item	Alfa Cronbach if item deleted (n = 250)	Alfa Cronbach Total (n = 250)	CITC ^a (n = 250)	ICC ^b (n = 40)
Iklim Tim Kerja (Teamwork climate)	1. Masukan perawat gigi (asisten drg) dapat diterima dengan baik di klinik gigi	0.893	0.897	0.521	0.990
	2. Di klinik gigi ini , sulit untuk menyampaikan pendapat jika saya merasa ada masalah dengan perawatan pasien	0.897		0.297	0.953
	3. Perbedaan pendapat di klinik gigi dapat diselesaikan dengan tepat	0.891		0.674	0.900
	4. Saya mendapat dukungan yang saya butuhkan dari personil lain untuk merawat pasien	0.890		0.677	1.000
	5. Sangat mudah bagi personil di area klinik gigi ini untuk mengajukan pertanyaan ketika ada sesuatu yang tidak mereka pahami	0.891		0.609	1.000
	6. Para dokter gigi dan perawat gigi (asisten drg) di sini bekerja bersama sebagai tim yang berkoordinasi dengan baik	0.890		0.638	0.968
Iklim Kesekamanan (Safety climate)	7. Saya merasa aman jika dirawat disini sebagai pasien	0.890		0.691	0.980
	8. Kesalahan medis ditangani dengan tepat di klinik gigi ini	0.893		0.533	0.957
	9. Saya tahu kemana saya harus bertanya mengenai keselamatan pasien di klinik gigi ini	0.891		0.603	0.985
	10. Saya mendapatkan umpan balik yang sesuai tentang performa pekerjaan saya	0.890		0.630	0.955
	11. Pada klinik gigi ini sulit untuk membahas tentang kesalahan	0.895		0.369	1.000
	12. Saya didukung oleh rekan-rekan saya untuk melaporkan hal-hal yang perlu menjadi perhatian terkait keselamatan pasien	0.891		0.585	0.978
	13. Budaya di klinik gigi ini menjadikan mudah belajar dari kesalahan orang lain	0.890		0.628	0.981

Domain	Item	Alfa Cronbach if item deleted (n = 250)	Alfa Cronbach Total (n = 250)	CITC ^a (n = 250)	ICC ^b (n = 40)
Kepuasan kerja (<i>Job Satisfaction</i>)	14. Saya suka pekerjaan saya	0.893		0.496	0.980
	15. Bekerja di klinik gigi ini seperti menjadi bagian dari keluarga besar	0.891		0.606	1.000
	16. Klinik gigi ini adalah tempat yang baik untuk bekerja	0.889		0.709	0.989
	17. Saya bangga bekerja di klinik gigi ini	0.890		0.674	0.992
Pengakuan Stress (<i>Stress Recognition</i>)	18. Moral dijunjung tinggi di klinik gigi ini	0.891		0.644	0.990
	19. Ketika beban kerja saya berlebihan performa saya menjadi menurun	0.903		0.046	0.849
	20. Saya kurang efektif di tempat kerja ketika lelah	0.904		0.025	0.840
	21. Saya lebih cenderung membuat kesalahan dalam situasi tegang atau saat ada pertentangan	0.905		-0.021	0.846
Persepsi Manajemen (<i>Management Perception</i>)	22. Kelelahan menurunkan performa saya selama situasi darurat	0.905		-0.025	0.849
	23. Pihak Manajemen mendukung upaya saya sehari-hari	0.891		0.640	0.990
	24. Pihak Manajemen tidak mengenal kompromi dalam hal keselamatan pasien	0.902		0.187	0.979
	25. Saya mendapat informasi yang memadai dan tepat waktu dari unit manajemen tentang berbagai kejadian di klinik gigi yang mungkin dapat memengaruhi pekerjaan saya	0.892		0.536	0.986
Kondisi kerja (<i>Working Condition</i>)	26. Jumlah personil di klinik gigi ini cukup untuk menangani jumlah pasien	0.892		0.533	0.992
	27. Klinik gigi memberikan pelatihan yang baik untuk personil baru	0.891		0.563	0.992
	28. Semua informasi yang diperlukan dalam pengambilan keputusan tentang diagnosa dan terapi secara rutin tersedia untuk saya	0.891		0.606	0.982
	29. Personil baru dalam disiplin kedokteran gigi di klinik gigi ini disupervisi secara memadai.	0.891		0.569	1.000
	30. Masalah personil di klinik gigi ditangani secara konstruktif oleh pihak manajemen	0.891		0.568	0.987

^aCITC = Corrected Item-Total Correlation; ^bICC = Interclass Correlation Coefficient (ICC) , n = 40 dari sampel DKI Jakarta (sub sample)

Tabel 5. 3 Hasil analisis Cronbach Alpha total dan 6 domain dan CITC data responden. di Provinsi DKI Jakarta

Domain	Alfa Cronbach if item deleted (n = 250)	Alfa Cronbach Total (n=250)	CITC ^a (n = 250)	ICC ^b (n =40)
<i>Iklim Tim Kerja</i>	0.620	0.727	0.679	0.991
<i>Iklim Keselamatan</i>	0.597		0.715	0.990
<i>Kepuasan kerja</i>	0.644		0.620	0.993
<i>Pengakuan Stress</i>	0.863		-0.169	0.845
<i>Persepsi Manajemen</i>	0.658		0.621	0.993
<i>Kondisi kerja</i>	0.659		0.586	0.998

^aCITC=Corrected Item-Total Correlation; ^bICC=Interclass Correlation Coefficient (ICC), ICCn = 40 dari sampel DKI Jakarta (sub sample).

5.3.1.3 Uji Validitas

Pada studi ini Uji Validitas dilakukan uji Validitas muka (*face Validity*), Validitas konstruk dan Validitas Diskriminan. Validitas muka dilakukan pada 20 orang responden dokter gigi di DKI untuk kuesioner SAQ . (*diamambil secara acak dari 40 responden*)

Uji Validitas Konstruk dengan korelasi Spearman. Uji Normalitas yang digunakan adalah One Sample Kolmogorov Smirnov dengan nilai $p < 0.05$ distribusi data tidak normal, digunakan statistik non parametrik.

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa tiap Item berkorelasi kuat dengan total skor. Hasil uji validitas konstruk menunjukkan bahwa mayoritas variabel item berkorelasi sedang hingga kuat ($r 0.4 - 0.7$). Tiap item juga berkorelasi kuat dengan domainnya, misal Domain Iklim kerja tim (*Teamwork climate*) dengan variabel 6 item iklim kerja tim berkorelasi kuat hingga sangat kuat (0.6 – 0.8) . Domain *Safety Climate* (Iklim Keselamatan) dengan item kolom *safety Climate* (Iklim Keselamatan) climate terlihat 7 item berkorelasi kuat hingga sangat kuat (0.7 - 0.8). Domain Kepuasan Kerja (*Job Satisfaction*) dengan item kolom Kepuasan Kerja (*Job Satisfaction*) terlihat 5 item berkorelasi sangat kuat (0.80 – 0.92). Domain *Stress Recognition* dengan item kolom *Stress Recognition*, terlihat 4 item berkorelasi kuat hingga sangat kuat (0.7 – 0.8). Domain Persepsi Manajemen dengan item kolom Persepsi Manajemen terlihat 4 item berkorelasi kuat (0.6-0.7). Domain Kondisi kerja (*Working condition*) dg item kolom Kondisi kerja terlihat 4 item berkorelasi kuat - sangat kuat (0.7 – 0.9). Hal tersebut menunjukkan bahwa semua domain berhubungan kuat hingga sangat kuat dengan itemnya sehingga validitasnya baik. Tabel 5.5 menunjukkan korelasi yang menghubungkan domain dengan total skor dan domain dengan domain dimana antara domain dengan total skor terlihat korelasi kuat. Contoh pada tabel diatas total skor dengan semua domain sangat kuat kecuali domain stress sesuai mayoritas referensi dari SAQ.^{21,25,87} Antar domain terlihat tidak berhubungan satu sama lain, untuk menunjukkan tidak adanya korelasi antar domain. dari analisis diatas dilihat dari item kuesioner, domain dan total skor , maka kuesioner ini adalah baik dan valid.

Uji Validitas Diskriminan dengan uji Kruskal Wallis yaitu uji non parametrik

dimana dilakukan uji beda mean pada kelompok lebih dari dua kategori. Disini nilai total skor budaya keselamatan pasien dibagi per kuartil yang menghasilkan nilai budaya Baik sekali, Baik, Sedang dan Kurang. Pada tabel 5.6 hasil p value mayoritas semua signifikan pada signifikansi level 5% kecuali item no 19 yaitu stress dengan p value 0.068 artinya rerata skala likert pada item 19 pada grup budaya keselamatan pasien tidak berbeda signifikan. Interpretasi terhadap 250 responden di DKI Jakarta, validitas diskrimian signifikan artinya valid dan instrumen ini dapat membedakan antara 4 grup budaya keselamatan pasien positif dari nilai Baik sekali, Baik, Sedang dan Kurang. .

Tabel 5. 4. Analisis validitas konstruk antara Domain dan Item Budaya Keselamatan Pasien pada Dokter Gigi di DKI Jakarta (n=250)

Domain	Item	Total skor	Iklim Tim Kerja	Iklim Keselamatan	Kepuasan Kerja	Pengakuan Stress	Persepsi manajemen	Kondisi kerja
Iklim Tim Kerja (Teamwork Climate)	1. Masukan perawat gigi (asisten drg) dapat diterima dengan baik di klinik gigi	0.422*	0.607*	0.385*	0.333*	-0.051	0.210**	0.280*
	2. Di klinik gigi ini , sulit untuk menyampaikan pendapat jika saya merasa ada masalah dengan perawatan pasien	0.439*	0.680*	0.460*	0.352*	-0.250*	0.269*	0.380*
	3. Perbedaan pendapat di klinik gigi dapat diselesaikan dengan tepat	0.599*	0.730*	0.579*	0.454*	-0.110	0.362*	0.44**
	4. Saya mendapat dukungan yang saya butuhkan dari personil lain untuk merawat pasien	0.678*	0.759*	0.560*	0.494*	-0.021	0.369*	0.398*
	5. Sangat mudah bagi personil di area klinik gigi ini untuk mengajukan pertanyaan ketika ada sesuatu yang tidak mereka pahami	0.606*	0.727*	0.500*	0.451*	0.021	0.294*	0.372*
	6. Para dokter gigi dan perawat gigi (asisten drg) di sini bekerja bersama sebagai tim yang berkoordinasi dengan baik	0.612*	0.717*	0.481*	0.453*	0.026	0.360*	0.363*
Iklim Keselamatan (Safety climate)	7. Saya merasa aman jika dirawat disini sebagai pasien	0.660*	0.576*	0.669*	0.516*	-0.095	0.436*	0.474*
	8. Kesalahan medis ditangani dengan tepat di klinik gigi ini	0.611*	0.530*	0.683*	0.415*	-0.028	0.394*	0.411*
	9. Saya tahu kemana saya harus bertanya mengenai keselamatan pasien di klinik gigi ini	0.601*	0.492*	0.752*	0.451*	-0.125*	0.349*	0.508*

Domain	Item	Total skor	Iklim Tim Kerja	Iklim Keselamatan	Kepuasan Kerja	Pengakuan Stress	Persepsi manajemen	Kondisi kerja
Kepuasan kerja (Job Satisfaction)	10. Saya mendapatkan umpan balik yang sesuai tentang performa pekerjaan saya	0.606*	0.509*	0.730*	0.471*	-0.169*	0.444*	0.527*
	11. Pada klinik gigi ini sulit untuk membahas tentang kesalahan	0.501*	0.488*	0.660*	0.431*	-0.259*	0.312*	0.486*
	12. Saya didukung oleh rekan-rekan saya untuk melaporkan hal-hal yang perlu menjadi perhatian terkait keselamatan pasien	0.536*	0.429*	0.677*	0.405*	-0.091	0.303*	0.365*
	13. Budaya di klinik gigi ini menjadikan mudah belajar dari kesalahan orang lain	0.602*	0.466*	0.705*	0.446*	-0.106	0.341*	0.513*
	14. Saya suka pekerjaan saya	0.489*	0.388*	0.359*	0.798*	-0.149*	0.375*	0.315*
	15. Bekerja di klinik gigi ini seperti menjadi bagian dari keluarga besar	0.615*	0.451*	0.448*	0.863*	-0.104	0.385*	0.385*
	16. Klinik gigi ini adalah tempat yang baik untuk bekerja	0.699*	0.523*	0.601*	0.866*	-0.121	0.451*	0.528*
	17. Saya bangga bekerja di klinik gigi ini	0.679*	0.517*	0.547*	0.895*	-0.106	0.455*	0.440*
	18. Moral dijunjung tinggi di klinik gigi ini	0.636*	0.531*	0.546*	0.835*	-0.128*	0.352*	0.405*
Pengakuan Stress (Stress Recognition)	19. Ketika beban kerja saya berlebihan performa saya menjadi menurun	0.172*	-0.067	-0.119	-0.102	0.783*	-0.030	-0.134*
	20. Saya kurang efektif di tempat kerja ketika lelah	0.200*	-0.037	-0.085	-0.085	0.836*	-0.075	-0.188*
	21. Saya lebih cenderung membuat kesalahan dalam situasi tegang atau saat ada pertentangan	0.121	-0.110	-0.165*	-0.138*	0.801*	-0.048	-0.185*

Domain	Item	Total skor	Iklim Tim Kerja	Iklim Keselamatan	Kepuasan Kerja	Pengakuan Stress	Persepsi manajemen	Kondisi kerja
Persepsi Manajemen <i>(Perception of Management)</i>	22. Kelelahan menurunkan performa saya selama situasi darurat	0.131*	-0.144*	-0.142*	-0.140*	0.813**	-0.094	-0.181*
	23. Pihak Manajemen mendukung upaya saya sehari-hari	0.604*	0.458*	0.483*	0.576*	-0.146*	0.645**	0.520*
	24. Pihak Manajemen tidak mengenal kompromi dalam hal keselamatan pasien	0.304*	0.154*	0.151*	0.202*	-0.054	0.697*	0.190*
	25. Saya mendapat informasi yang memadai dan tepat waktu dari unit manajemen tentang berbagai kejadian di klinik gigi yang mungkin dapat memengaruhi pekerjaan saya	0.571*	0.393*	0.488*	0.446**	-0.109	0.662*	0.532*
Kondisi kerja <i>(Working Condition)</i>	26. Jumlah personil di klinik gigi ini cukup untuk menangani jumlah pasien	0.556*	0.433*	0.450*	0.360*	-0.025	0.624*	0.478*
	27. Klinik gigi memberikan pelatihan yang baik untuk personil baru	0.554*	0.355*	0.517*	0.380*	-0.175*	0.453*	0.847*
	28. Semua informasi yang diperlukan dalam pengambilan keputusan tentang diagnosa dan terapi secara rutin tersedia untuk saya	0.573*	0.394*	0.512*	0.395*	-0.120	0.486*	0.728*
	29. Personil baru dalam disiplin kedokteran gigi di klinik gigi ini disupervisi secara memadai.	0.535*	0.386*	0.506*	0.377**	-0.195*	0.391*	0.802*
	30. Masalah personil di klinik gigi ditangani secara konstruktif oleh pihak manajemen	0.573*	0.444*	0.456*	0.430**	-0.162*	0.487**	0.824*

*p<0,05 _ Spearman Correlation

Tabel 5. 5 Gambaran korelasi antara domain dengan total skor dan domain dengan domain: hasil analisis validitas konstruk (n = 250)

	Total Skor	Iklim Tim Kerja	Iklim keselamatan	Kepuasan Kerja	Pengakuan Stress	Persepsi Manajemen	Kondisi Kerja
Total skor	1						
Iklim Tim Kerja	0.720*	1					
Iklim Keselamatan	0.772*	0.623*	1				
Kepuasan Kerja	0.711*	0.551*	0.580*	1			
Pengakuan Stress	0.174*	-0.124	-0.172*	-0.162*	1		
Persepsi Manajemen	0.648*	0.404*	0.430*	0.459*	-0.077	1	
Kondisi Kerja	0.657*	0.477*	0.611*	0.481*	-0.225*	0.510*	1

*p<0,05

Tabel 5. 6 Analisis Validitas Diskriminan dengan uji Kruskal Wallis terhadap 30 item dengan Nilai Budaya Keselamatan Pasien Dokter Gigi di DKI Jakarta (n=250)

Domain (Konstruk)	Item (Faktor)	RENDAH		SEDANG		BAIK		BAIK SEKALI		P value
		Rerata	SD	Rerata	SD	Rerata	SD	Rerata	SD	
Iklim tim kerja <i>(Teamwork climate)</i>	1. Masukan perawat gigi (asisten drg) dapat diterima dengan baik di klinik gigi	65.9	23.7	75.0	9.5	75.0	8.5	84.6	14.5	0.000*
	2. Di klinik gigi ini , sulit untuk menyampaikan pendapat jika saya merasa ada masalah dengan perawatan pasien	62.5	22.6	71.0	17.0	70.4	19.0	85.4	18.7	0.000*
	3. Perbedaan pendapat di klinik gigi dapat diselesaikan dengan tepat	66.8	22.2	76.3	10.0	81.0	10.7	95.4	9.8	0.000*
	4. Saya mendapat dukungan yang saya butuhkan dari personil lain untuk merawat pasien	68.5	21.2	74.6	12.1	76.8	14.8	93.8	10.9	0.000*
	5. Sangat mudah bagi personil di area klinik gigi ini untuk mengajukan pertanyaan ketika ada sesuatu yang tidak mereka pahami	69.0	23.1	79.5	10.8	82.0	12.1	96.2	9.1	0.000*
	6. Para dokter gigi dan perawat gigi (asisten drg) di sini bekerja bersama sebagai tim yang berkoordinasi dengan baik	64.2	19.9	74.1	8.2	75.7	9.4	92.7	13.1	0.000*
Iklim Keselamatan <i>(Safety climate)</i>	7. Saya merasa aman jika dirawat disini sebagai pasien	67.7	15.5	73.7	11.1	76.4	7.2	88.8	17.1	0.000*
	8. Kesalahan medis ditangani dengan tepat di klinik gigi ini	62.5	20.0	71.0	14.1	73.2	14.2	88.8	14.0	0.000*
	9. Saya tahu kemana saya harus bertanya mengenai keselamatan pasien di klinik gigi ini	59.1	19.7	72.8	9.9	73.2	12.2	86.9	16.6	0.000*
	10. Saya mendapatkan umpan balik yang sesuai tentang performa pekerjaan saya	66.4	21.7	76.8	9.4	74.3	14.0	90.8	14.4	0.000*
	11. Pada klinik gigi ini sulit untuk membahas tentang kesalahan	55.2	21.8	67.4	15.0	71.1	20.1	82.3	22.8	0.000*
	12. Saya didukung oleh rekan-rekan saya untuk melaporkan hal-hal yang perlu menjadi perhatian terkait keselamatan pasien	75.0	19.3	78.6	15.4	87.7	12.6	92.7	11.5	0.000*

Domain (Konstruk)	Item (Faktor)	RENDAH		SEDANG		BAIK		BAIK SEKALI		P value
		Rerata	SD	Rerata	SD	Rerata	SD	Rerata	SD	
Kepuasan kerja (Job Satisfaction)	13. Budaya di klinik gigi ini menjadikan mudah belajar dari kesalahan orang lain	69.4	20.4	77.7	12.3	86.3	13.2	94.2	11.5	0.000*
	14. Saya suka pekerjaan saya	64.2	19.9	75.4	7.5	82.4	12.2	93.8	10.9	0.000*
	15. Bekerja di klinik gigi ini seperti menjadi bagian dari keluarga besar	66.8	17.8	76.3	12.1	82.7	12.4	94.6	11.3	0.000*
	16. Klinik gigi ini adalah tempat yang baik untuk bekerja	69.8	16.1	78.6	10.0	83.5	11.9	93.8	11.7	0.000*
	17. Saya bangga bekerja di klinik gigi ini	56.5	24.1	51.3	25.0	64.8	22.2	65.4	25.3	0.003*
	18. Moral dijunjung tinggi di klinik gigi ini	57.3	24.3	54.0	25.6	67.3	19.2	65.4	27.5	0.006*
Identifikasi Stress (Stress Recognition)	19. Ketika beban kerja saya berlebihan performa saya menjadi menurun	44.0	24.9	43.8	23.0	52.8	24.8	48.8	30.1	0.149
	20. Saya kurang efektif di tempat kerja ketika lelah	50.0	25.2	54.9	23.6	62.3	22.3	56.9	28.8	0.049*
	21. Saya lebih cenderung membuat kesalahan dalam situasi tegang atau saat ada pertentangan	61.6	19.4	70.5	10.8	77.5	12.1	86.2	12.5	0.000*
	22. Kelelahan menurunkan performa saya selama situasi darurat	53.4	25.0	48.2	26.5	60.2	28.2	70.0	33.1	0.000*
Persepsi Manajemen (Perception of Management)	23. Pihak Manajemen mendukung upaya saya sehari-hari	55.6	22.5	69.2	13.5	71.5	13.6	84.2	13.7	0.000*
	24. Pihak Manajemen tidak mengenal kompromi dalam hal keselamatan pasien	61.6	24.4	69.6	14.9	74.3	15.2	90.4	13.0	0.000*
	25. Saya mendapat informasi yang memadai dan tepat waktu dari unit manajemen tentang berbagai kejadian di klinik gigi yang mungkin dapat memengaruhi pekerjaan saya	52.6	24.2	67.9	13.2	71.1	13.1	83.1	14.7	0.000*
	26. Jumlah personil di klinik gigi ini cukup untuk menangani jumlah pasien	60.3	23.9	71.9	11.7	75.0	9.4	87.3	13.3	0.000*

Domain (Konstruk)	Item (Faktor)	RENDAH		SEDANG		BAIK		BAIK SEKALI		P value
		Rerata	SD	Rerata	SD	Rerata	SD	Rerata	SD	
Kondisi kerja	27. Klinik gigi memberikan pelatihan yang baik untuk personil baru	54.7	22.7	70.1	13.0	73.2	10.6	82.3	14.5	0.000*
	28. Semua informasi yang diperlukan dalam pengambilan keputusan tentang diagnosa dan terapi secara rutin tersedia untuk saya	54.7	22.2	67.0	17.9	72.5	12.8	85.8	13.2	0.000*
	29. Personil baru dalam disiplin kedokteran gigi di klinik gigi ini disupervisi secara memadai.	54.7	22.7	70.1	13.0	73.2	10.6	82.3	14.5	0.000*
	30. Masalah personil di klinik gigi ditangani secara konstruktif oleh pihak manajemen	54.3	22.0	67.0	17.9	72.5	12.8	85.8	13.2	0.000*

*p<0,05

5.4 Hasil Penelitian Tahap 2

5.4.1 Karakteristik Demografik Responden di Indonesia

Data demografi pada tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 1111 responden dari seluruh Indonesia 79,2% responden adalah dokter gigi wanita, usia responden mayoritas 25-42.4 tahun, 74.6 % berpraktik di faskes primer yaitu klinik, puskesmas atau praktik pribadi dan 25.4 % responden berpraktik di rumah sakit. Sebanyak 72.2% dokter gigi tersebut berpraktik di wilayah perkotaan dan 27.8% yang praktik di rural area. Jumlah pasien yang dikerjakan per hari 84.3% maksimal 10 pasien. Hanya 13.4% yang mengerjakan pasien lebih dari 10 pasien per hari. 51.1 %. Responden telah berpraktik maksimal 10 tahun, 29.9 % lebih dari 10 tahun dan kurang dari 20 tahun dan yang paling sedikit 19% adalah yang telah berpraktik >20 tahun. Mayoritas responden 77% berlatar belakang pendidikan S1, kemudian 23% di atas S1. 71.9% responden yang berasal dari perwakilan wilayah Indonesia pernah mengikuti seminar tentang keselamatan pasien, sisanya belum pernah. Mayoritas responden memiliki STR (99.5%) dan SIP (96.7 %) yang masih berlaku dan sisanya sedang dalam proses registrasi ulang.

Pada tahap kedua ini responden berasal dari seluruh wilayah Indonesia, kemudian dilakukan penggolongan menurut cluster 3 wilayah Indonesia, yaitu Indonesia Barat , Tengah dan Timur. Penggolongan, disesuaikan dengan proporsi data jumlah dokter gigi di PB PDGI yang berada di 3 cluster tersebut

Tabel 5.8 menunjukkan asal responden, mayoritas sebanyak 294 dokter gigi dari DKI Jakarta,diikuti 146 dari Jawa Barat dan 132 dari Jawa Timur, yang paling sedikit adalah responden dari Sulawesi Barat dan Sulawesi Tenggara yaitu masing-masing 2 orang dokter gigi.

Dari Rasio Populasi dibanding sampel, menunjukkan bahwa responden yang berkontribusi justru dominan dari sampel Cluster Indonesia Tengah dan Indonesia Timur, dimana misal dari Kalimantan Barat Rasio sampel per populasinya 10.95% artinya dari 283 dokter gigi di KalBar 31 dokter gigi bersedia menjadi responden penelitian, Demikian pula Kalimantan Utara 10.89%, lalu Papua 10.65% serta Sulawesi Tengah 9.69 % .

Untuk rekapitulasi Cluster Indonesia Barat , Tengah dan Timur, maka 943 responden dari Barat menjadi responden dengan populasi dokter gigi di Indonesia Bagian Barat yang 30.043, maka rasio sampel terhadap populasinya adalah 3.1 %. Bagi Cluster Indonesia Tengah, 143 responden disbanding populasi sebesar 5319, dengan rasio sampel terhadap populasi adalah 2.7 %. Untuk cluster Indonesia Timur jumlah responden adalah 22 dokter gigi, tetapi dengan jumlah populasi sebesar 253 maka rasionya adalah 8.7%.

Tabel 5. 7 Karakteristik demografi responden berdasar di Indonesia (N = 1111)

Variabel	Kategori	Jumlah	%
Usia	25-42,4 tahun	708	63.7%
	42,5-60 tahun	354	31.9%
	Lebih dari 60 tahun	49	4.4%
Jenis kelamin	Pria	231	20.8%
	Wanita	880	79.2%
Pendidikan terakhir	S1	855	77.0%
	>S1	256	23.0%
Lokasi Faskes	Perkotaan	802	72.2%
	Rural Area (Bukan Perkotaan	309	27.8%
Fasilitas Kesehatan	Fasilitas Kesehatan Sekunder	282	25.4%
	Fasilitas Kesehatan Primer	829	74.6%
Jumlah pasien yang dikerjakan per hari	Tidak ada	25	2.3%
	1-10	937	84.3%
	>10	149	13.4%
Lama praktek	1-10 tahun	568	51.1%
	11-20 tahun	332	29.9%
	>20 tahun	211	19.0%
Pernah mengikuti seminar/training	Tidak Pernah	312	28.1%
	Pernah	799	71.9%
Kepemilikan STR* yang masih berlaku	Tidak	6	0.5%
	Ya	1105	99.5%
Kepemilikan SIP** yang masih berlaku	Tidak	37	3.3%
	Ya	1074	96.7%
Kluster propinsi Area PDGI cabang	Barat	914	82.3%
	Tengah	175	15.8%
	Timur	22	2.0%

Tabel 5. 8 Karakteristik demografi responden berdasar asal propinsi serta rasio sampel per propinsi sesuai data PDGI di Indonesia (Agustus 2021) (N = 1111)

Variabel	Kategori	Sampel		Populasi		Ratio sampel per propinisi
		n	%	n	%	
Propinsi Berdasar PDGI Cabang	Banten	35	3.20%	1725	4.84%	2.03%
	Bengkulu	8	0.70%	155	0.44%	5.16%
	DI Yogyakarta	23	2.10%	1189	3.34%	1.93%
	DKI Jakarta	294	26.50%	6078	17.07%	4.84%
	Jambi	10	0.90%	331	0.93%	3.02%
	Jawa Barat	146	13.10%	5116	14.36%	2.85%
	Jawa Tengah	99	8.90%	2497	7.01%	3.96%
	Jawa Timur	132	11.90%	4843	13.60%	2.73%
	Nanggroe Aceh Darussalam	26	2.30%	655	1.84%	3.97%
	Kepulauan Riau	15	1.40%	362	1.02%	4.14%
	Kep Bangka Belitung	6	0.50%	155	0.44%	3.87%
	Sumatera Barat	38	3.40%	803	2.25%	4.73%
	Sumatera Selatan	29	2.60%	628	1.76%	4.62%
	Sumatera Utara	17	1.50%	3968	11.14%	0.43%
	Lampung	21	1.90%	354	0.99%	5.93%
	Kalimantan Barat	31	2.80%	283	0.79%	10.95%
	Kalimantan Selatan	16	1.40%	447	1.26%	3.58%
	Bali	15	1.40%	1148	3.22%	1.31%
	Kalimantan Tengah	5	0.50%	183	0.51%	2.73%
	Kalimantan Timur	25	2.30%	628	1.76%	3.98%
	Kalimantan Utara	11	1.00%	101	0.28%	10.89%
	Nusa Tenggara Barat	16	1.40%	250	0.70%	6.40%
	Nusa Tenggara Timur	5	0.50%	252	0.71%	1.98%
	Sulawesi Barat	2	0.20%	118	0.33%	1.69%
	Sulawesi Selatan	15	1.40%	1470	4.13%	1.02%
	Sulawesi Tengah	19	1.70%	196	0.55%	9.69%
	Sulawesi Tenggara	2	0.20%	271	0.76%	0.74%
	Sulawesi Utara	15	1.40%	255	0.72%	5.88%
	Papua	18	1.60%	169	0.47%	10.65%
	Maluku Utara	4	0.40%	84	0.24%	4.76%
		1111	100.00%	35615	100.00%	3.12%

5.4.2 Tahap 2a : Uji Eksperimen kuantitatif menghasilkan Nilai Budaya Keselamatan Pasien , Model Budaya Keselamatan Pasien (BKP) dan dilakukan Uji Coba Model BKP

5.4.2.1 Nilai Budaya Keselamatan Pasien (Konversi dan Katagorisasi)

Tahap selanjutnya adalah penentuan Nilai Budaya Keselamatan Pasien dengan tahapan Konversi dan Katagorisasi.

1. Konversi

Diperoleh dari menghitung total skor yaitu penjumlahan hasil pengisian kuesioner 30 item pada skala likert 1-5, kemudian dilakukan konversi ke persentil skala 0-100 dari skala Likert 1-5 yaitu 1 = 0, 2 = 25, 3 = 50, 4 = 75, 5 = 100.^{17,25} . Lihat tabel 5.9

Tabel 5. 9. Panduan Konversi Skala Likert ke persentil (skala 0-100)

Skala Likert	Keterangan	Konversi skala 0-100
1	Sangat Tidak Setuju	0
2	Tidak Setuju	25
3	Ragu-ragu	50
4	Setuju	75
5	Sangat Setuju	100

2. Katagorisasi

Sebelum proses katagorisasi dilakukan uji normalitas untuk n=1111. Hasil uji normalitas dengan Kolmogorof Smirnov adalah tidak normal. Berdasarkan panduan konversi tersebut maka dihitung total skor dari responden dan nilai tengahnya adalah median 2175, min-max, 200-2975.

Setelah konversi, maka pada hasil nilai Budaya Keselamatan Pasien dilakukan proses katagorisasi, . Hasil konversi dibuat pengkatagorian menjadi empat katgori dengan jumlah responden 1111 dokter gigi yaitu rendah (<2025), sedang (2025-

2174), baik (2175-2324) dan baik sekali (≥ 2325). Kemudian dari empat katagori tersebut dibuat lagi menjadi dua katagori Nilai BKP Positif dan Negatif. (lihat tabel 5.10 dan 5.11)

Tabel 5. 10. Nilai Budaya Keselamatan Pasien dengan pengkatagorian Kuartil BKP

Kode	Definisi	Kategori	Jumlah.	Persen
1	<2025	Rendah	266	23.9%
2	2025-2174	Sedang	271	24.4%
3	2175-2324	Baik	286	25.7%
4	≥ 2325	Baik sekali	288	25.9%
Total			1,111	100.0%

Tabel 5. 11 Nilai Budaya Keselamatan Pasien dengan pengkatagorian Positif Negatif

Kode	Definisi	Kategori	Jumlah	Persen
0	<2175	Negatif	537	48.3%
1	≥ 2175	Positif	574	51.7%
Total			1,111	100.0%

5.4.2.1 Floor dan Ceiling Effect

Penghitungan *Floor* dan *Ceiling Effect* berdasar metode Total Skor atau perolehan Skor terendah dan tertinggi.

Tabel 5. 12 Floor Effect dan Ceiling Effect Kuesioner Budaya Keselamatan Pasien pada Dokter Gigi di Indonesia

Kuesioner BKP (n=1111)	<i>Floor Effect</i>	<i>Ceiling Effect</i>
	Jumlah (%)	Jumlah (%)
Berkaitan dengan Nilai Budaya Keselamatan Pasien (Total Skor dari 30 item dengan skala Likert 1-5)	1 (0,1)	1 (0,1)

Responden dengan total jawaban minimum dengan nilai 38 berjumlah 1 orang (0.1%) dan dengan total jawaban maksimum dengan nilai 149 berjumlah 1 orang (0.1%), hal ini berarti tidak ada *floor* dan *ceiling effect* pada kuesioner ini karena nilai minimal dan maksimal di bawah 15%.⁸⁸ (Tabel 5.12)

5.4.2.2 Analisis Bivariat

Pada tahap analisis bivariat , dilakukan analisis faktor karakteristik yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien. Analisis dilakukan dengan Regresi Logistik menggunakan Chi Square.

Nilai dari 574 responden adalah termasuk dalam kelompok kategori positif yaitu nilai baik hingga baik sekali, sedangkan pada 537 responden termasuk dalam kelompok kategori negatif yaitu dari nilai kurang sampai sedang. Kemudian masing-masing kelompok dihubungkan dengan Budaya Keselamatan Pasien Tabel 5.13 menjelaskan analisis tersebut.

Tabel 5. 13 Faktor karakteristik yang berhubungan dengan Budaya Keselamatan Pasien (N = 1111)

Variabel	Kategori	BKP Negatif (n=537)		BKP positif (n=574)		total	pvalue	OR	95% CI OR	
		n	%	n	%				Lower	Upper
Usia	25-42,4 tahun	359	66.9%	349	60.8%	708	0.102	1.00		
	42,5-60 tahun	155	28.9%	199	34.7%	354		1.32	1.02	1.71
	Lebih dari 60 tahun	23	4.3%	26	4.5%	49		1.16	0.65	2.08
Jenis kelamin	Wanita	457	85.1%	423	73.7%	880	0.000*	1.00		
	Pria	80	14.9%	151	26.3%	231		2.04	1.51	2.76
Pendidikan terakhir	>S1	100	18.6%	156	27.2%	256	0.001*	1.00		
	S1	437	81.4%	418	72.8%	855		0.61	0.46	0.82
Lokasi faskes	Rural Area (Bukan Perkotaan)	174	32.4%	135	23.5%	309	0.001*	1.00		
	Perkotaan	363	67.6%	439	76.5%	802		1.56	1.20	2.03
Jenis Fasilitas Kesehatan	Fasilitas Kesehatan Sekunder	139	25.9%	143	24.9%	282	0.710	1.00		
	Fasilitas Kesehatan Primer	398	74.1%	431	75.1%	829		1.05	0.80	1.38
Jumlah pasien yang dikerjakan per hari	Tidak ada	11	2.0%	14	2.4%	25	0.182	1.00		
	1-10	464	86.4%	473	82.4%	937		0.80	0.36	1.78
	>10	62	11.5%	87	15.2%	149		1.10	0.47	2.59

Variabel	Kategori	BKP Negatif (n=537)		BKP positif (n=574)		total	pvalue	OR	95% CI OR	
		n	%	n	%				Lower	Upper
Pengalaman praktik	1-10 tahun	297	55.3%	271	47.2%	568	0.014*	1.00		
	11-20 tahun	153	28.5%	179	31.2%	332		1.28	0.98	1.68
	>20 tahun	87	16.2%	124	21.6%	211		1.56	1.13	2.15
Pernah mengikuti seminar/training	Tidak Pernah	175	32.6%	137	23.9%	312	0.001*	1.00		
	Pernah	362	67.4%	437	76.1%	799		1.54	1.18	2.01
Kepemilikan STR yang masih berlaku	Tidak	4	0.7%	2	0.3%	6	0.368	1.00		
	Ya	533	99.3%	572	99.7%	1105		2.15	0.39	11.77
Kepemilikan SIP yang masih berlaku	Tidak	14	2.6%	23	4.0%	37	0.194	1.00		
	Ya	523	97.4%	551	96.0%	1074		1.56	0.79	3.06
Kluster propinsi letak PDGI cabang	Barat	446	83.1%	468	81.5%	914	0.747	1.00		
	Tengah	80	14.9%	95	16.6%	175		1.13	0.82	1.57
	Timur	11	2.0%	11	1.9%	22		0.95	0.41	2.22

*p<0.05 Ket: OR=1,00 adalah reference group/grup pembanding

Hasilnya adalah sebagai berikut

a. **Usia**

Usia **tidak berhubungan** dengan BKP Positif ($p=0,102$). Perbedaan prosentase BKP pada berbagai kategori usia tidak berbeda signifikan. Hal ini berarti usia 42,5-60 tahun mempunyai skor BKP Positif sebesar 1.32 kali dibanding grup rujukan. Usia paling tua mempunyai skor BKP 1.16 kali dibanding yang paling muda.

b. **Jenis Kelamin**

Jenis kelamin **berhubungan** dengan BKP Positif ($p=0.000$). Prosentase BKP pada wanita berbeda signifikan dengan laki-laki. Prosentase BKP positif wanita lebih rendah signifikan dibanding laki-laki

c. **Pendidikan Terakhir**

Pendidikan **berhubungan** dengan BKP positif ($p=0.001$). Prosentase BKP positif pada berpendidikan S1 berbeda signifikan dengan Pendidikan lebih dari S1. Prosentase BKP positif pada responden pendidikan S1 lebih rendah signifikan dibanding pendidikan lebih dari S1. OR 0.61 menunjukkan responden pendidikan S1 mempunyai skor BKP Positif 0.61 kali (95% CI 0.46-0.82) dibanding pendidikan lebih dari S1

d. **Lokasi Faskes**

Lokasi Faskes **berhubungan** dengan BKP Positif ($p=0.001$). Prosentase BKP positif pada responden tinggal di rural berbeda signifikan dengan tinggal di urban. Prosentase BKP positif pada responden tinggal di rural lebih rendah signifikan dibanding di urban. OR 1.56 menunjukkan responden tinggal di perkotaan mempunyai skor BKP Positif 1.56 kali (95% CI 1.20-2.03) dibanding yang tinggal di rural

e. **Jenis Faskes**

Jenis faskes **tidak berhubungan** dengan BKP Positif ($p=0.710$). Prosentase BKP positif pada responden bekerja di faskes primer tidak berbeda signifikan dibanding responden bekerja di faskes sekunder. OR 1.05

menunjukkan faskes primer mempunyai skor BKP Positif 1.05 kali (95% CI 0.80-1.38) dibanding faskes sekunder

f. Jumlah pasien yang dikerjakan per hari

Jumlah pasien **tidak berhubungan** dengan BKP Positif ($p=0.182$). prosentase BKP positif pada jumlah pasien yang tidak ada, 1-10 orang atau lebih dari 10 orang tidak berbeda signifikan. Dengan menggunakan rujukan/pembanding tidak ada pasien, OR menunjukkan nilai 0.80 dan 1.10 namun tidak signifikan. Yang berarti responden yang mengerjakan pasien 1-10 orang mempunyai skor BKP Positif sebesar 0.80 kali dibanding tidak ada pasien. Sedangkan responden yang mengerjakan pasien >10 orang mempunyai skor BKP 1.10 kali dibanding yang tidak ada pasien

g. Pengalaman Praktik

Pengalaman Praktik **berhubungan** dengan BKP Positif ($p=0.014$). Prosentase BKP Positif pada responden dengan pengalaman praktik lebih dari 20 tahun .BKP positif lebih besar dan berbeda signifikan dengan responden yang pengalaman praktiknya di bawah itu. (OR 1,56)

h. Pernah mengikuti seminar/training

Pernah mengikuti seminar/training **berhubungan** dengan BKP Positif ($p=0.001$). Prosentase BKP positif pada responden yang pernah mengikuti seminar/training berbeda signifikan dengan responden yang tidak pernah mengikuti seminar/training OR 1.54 menunjukkan pernah mengikuti seminar/training mempunyai skor BKP Positif 1.54 kali (95% CI 1.18-2.01) dibanding yang tidak pernah mengikuti.

i. Kepemilikan STR yang masih berlaku

Kepemilikan STR **tidak berhubungan** dengan BKP Positif ($p=0.368$). Prosentase BKP positif pada responden memiliki STR tidak berbeda signifikan dengan responden yang tidak memiliki STR. Dengan

menggunakan rujukan/pembanding yang tidak memiliki STR, OR menunjukkan nilai 2.15 namun tidak signifikan. OR 2.15 menunjukkan responden yang memiliki STR mempunyai skor BKP Positif 2.15 kali (95% CI 0.39-11.77) dibanding yang tidak memiliki STR.

j. Kepemilikan SIP yang masih berlaku

Kepemilikan SIP **tidak berhubungan** dengan BKP Positif ($p=0.194$). Prosentase BKP positif pada responden memiliki SIP tidak berbeda signifikan dengan responden yang tidak memiliki STR Dengan menggunakan rujukan/pembanding yang tidak memiliki SIP, OR menunjukkan nilai 1.56 namun tidak signifikan. OR 1.56 menunjukkan responden yang memiliki SIP mempunyai skor BKP Positif 1.56 kali (95% CI 0.79-3.06) dibanding yang tidak memiliki SIP.

k. Kluster propinsi

Kluster propinsi **tidak berhubungan** dengan BKP Positif ($p=0.747$). Posentase BKP positif pada berbagai kategori kluster tidak berbeda signifikan. Dengan menggunakan rujukan/pembanding Indonesia Barat, OR menunjukkan nilai 1.32 dan 1.16 namun tidak signifikan. Yang artinya responden di Indonesia Tengah mempunyai skor BKP Positif sebesar 1.32 kali dibanding responden di Barat. Sementara responden di Indonesia Timur mempunyai skor BKP tinggi sebesar 1.16 kali dibanding responden di Barat.

Analisis Bivariat menunjukkan faktor-faktor yang berhubungan dengan Budaya Keselamatan Pasien pada dokter gigi di Indonesia adalah jenis kelamin, pendidikan terakhir, lokasi faskes, pengalaman praktik dan pernah mengikuti seminar/training tentang Budaya Keselamatan Pasien.

Hasil ini menjawab hipotesis 3.2.1.3 yang menyatakan terdapat faktor-faktor yang berkontribusi pada budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia yaitu jenis kelamin, pendidikan terakhir, lokasi faskes, pengalaman praktik dan pernah mengikuti seminar/training tentang Budaya Keselamatan Pasien.

Setelah diperoleh data hasil uji bivariat, maka dilakukan tahapan analisis multivariat untuk menentukan variabel mana dari variabel-variabel tersebut yang paling berperan terhadap variabel budaya keselamatan pasien. Variabel yang disertakan di dalam pemodelan multivariat adalah variabel yang memiliki nilai $p<0,20$.^{69,70}

5.4.2.3 Analisis Multivariat

Analisis Multivariat dengan regresi logistik dengan metode *stepwise* dan validasi internal dengan *bootstrapping*. Cara ini dilakukan dengan SPSS IBM versi 23. Analisis ini terdiri dari beberapa tahap. Tujuan Multivariat akan menghasilkan model prediksi yang merupakan sebuah persamaan matematik.⁶⁸

$$y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + \dots + b_n x_n$$

Catatan

Y adalah Budaya Keselamatan Pasien (BKP)

a = konstanta model (a didapat dari hasil statistik)

b₁x₁ artinya b₁ adalah koefisien regresi dr variabel x₁

b₁ didapat dari hasil statistik

b₁ adalah angka yang dimasukkan pada rumus tersebut diatas

Tahapan Analisis Multivariat adalah sebagai berikut⁹⁰

1. Menetukan Kandidat Model
2. Menentukan Metode Analisis Multivariat
3. Menentukan Asesmen interaksi
4. Melakukan Uji Performance Model
5. Menentukan Model Matematika yang *Best Performance* dari hasil uji tahap diatas
6. Melakukan Bootstrapping⁹¹

5.4.2.3.1 Menentukan Kandidat Model

1. Menentukan variable kandidat yang akan menjadi potensial *predictor/faktor* potensial. dengan SPSS
2. Variabel kandidat adalah variabel hasil analisis bivariat yang mempunyai p value tertentu sesuai referensi.⁷⁰ Dari hasil bivariat terlihat bahwa yang merupakan kandidat ada di Tabel 5.14

Tabel 5. 14 Hasil analisis penentuan variabel kandidat untuk model yang akan menjadi potensial predictor/faktor potensial

No	Variabel	Kategori baru	pvalue	Keterangan
1	Usia	25-42,4 tahun 42,5-60 tahun Lebih dari 60 tahun	0.102	kandidat
2	Jenis kelamin	Wanita Pria	0.000	Kandidat
3	Pendidikan terakhir	>S1 S1	0.001	Kandidat
4	Lokasi Faskes	Rural Area (Bukan Perkotaan) Perkotaan	0.001	Kandidat
5	Jumlah pasien yang dikerjakan per hari	Tidak ada 1-10 >10	0.182	Kandidat
6	Lama praktek	1-10 tahun 11-20 tahun >20 tahun	0.014	Kandidat
7	Pernah mengikuti seminar/training	Tidak Pernah Pernah	0.001	Kandidat
8	Kepemilikan SIP yang masih berlaku	Tidak Ya	0.194	Kandidat

5.4.2.3.2 Menentukan Metode Analisis multivariat

Melakukan simulasi permodelan menggunakan SPSS dengan metode *Stepwise*⁹² untuk menentukan model final

Tabel 5. 15 Tabel Full model

Variabel	Kategori	Koefisien beta (B)	Standar error koefisien beta (SEB)	P value	OR	95% Ci OR	
						Lower	Upper
Usia	25-42,4 tahun				1.00		
	42,5-60 tahun	-0.008	0.194	0.967	0.99	0.68	1.45
	Lebih dari 60 tahun	-0.366	0.362	0.313	0.69	0.34	1.41
Jenis kelamin	Wanita				1.00		
	Pria	0.716	0.158	0.000	2.05	1.50	2.79
Pendidikan terakhir	>S1				1.00		
	S1	-0.292	0.155	0.059	0.75	0.55	1.01
	Rural Area (Bukan Perkotaan)				1.00		
Lokasi Faskes	Perkotaan	0.403	0.141	0.004	1.50	1.14	1.97
	Jumlah pasien yang dikerjakan per hari				1.00		
Lama praktek	Tidak ada			0.462			
	1-10	-0.047	0.425	0.911	0.95	0.41	2.19
	>10	0.183	0.453	0.687	1.20	0.49	2.92
Pernah mengikuti seminar/training BKP	1-10 tahun			0.368	1.00		
	11-20 tahun	0.209	0.166	0.209	1.23	0.89	1.71
	>20 tahun	0.316	0.255	0.215	1.37	0.83	2.26
Kepemilikan SIP** yang masih berlaku	Tidak pernah				1.00		
	Pernah	0.434	0.138	0.002	1.54	1.18	2.02
	Tidak				1.00		
Konstanta	Ya	-0.446	0.354	0.207	0.64	0.32	1.28
		-0.111	0.561	0.844			

Ket: R² Cox and Snell 0.051 atau 5.1%;. OR=1,00 adalah reference group/grup pembanding

Hasil analisis metode *Stepwise* pada tabel 5.15 adalah meliputi proses simulasi pemodelan dengan tabel full model uji terhadap 8 kandidat model yaitu variabel Usia, Jenis kelamin, Pendidikan terakhir,Lama Praktik, Lokasi Faskes dan Pernah mengikuti

Seminar/Training BKP, dan Kepemilikan SIP yang masih berlaku. Kemudian dilakukan reduksi dengan proses *Stepwise*.

Tabel 5. 16 Hasil reduksi model metode stepwise

Variabel	Kategori baru	Koefisien beta (B)	Standar error koefisien beta (SEB)	P value	OR	95% Ci OR	
						Lower	Upper
Jenis kelamin	Wanita				1.00		
	Pria	0.706	0.157	0.000	2.03	1.49	2.75
Pendidikan terakhir	>S1				1.00		
	S1	-0.343	0.150	0.022	0.71	0.53	0.95
Lokasi Faskes	Rural Area (Bukan Perkotaan)				1.00		
	Perkotaan	0.427	0.139	0.002	1.53	1.17	2.01
Pernah mengikuti seminar/training	Pernah				1.00		
	Tidak Pernah	0.450	0.137	0.001	1.57	1.20	2.05
Konstanta		-0.442	0.211	0.036			

² Ket: R Cox and Snell 0.045 atau 4.5%. OR=1,00 adalah reference group/grup pembanding - # Snell dan Nagelkerke...adalah part dari multivariat

Hasil reduksi metode Stepwise terlihat pada tabel 5.16 sebagai berikut : Faktor dominan adalah **jenis kelamin pria** dimana pria mempunyai skor BKP Positif 2.03 kali dibanding perempuan (95% CI 1.49-2.75) . **Pendidikan S1** mempunyai skor BKP Positif 0.71 kali dibandingkan Pendidikan lebih dari S1 (95% CI 0.53-0.95). **Lokasi fasilitas Kesehatan** dimana yang tinggal diperkotaan akan memiliki BKP Positif 1.53 kali dibanding di pedesaan (*rural*) (95% cI 1.17-2.01). Faktor **pernah mengikuti training** memiliki BKP Positif 1.57 kali dibandingkan yang belum mengikuti training (95% CI 1.20-2.05).

5.4.2.3.3 Menentukan Asesmen Interaksi

Hasil dari uji penentuan asesmen interaksi adalah melakukan uji satu persatu terhadap variabel interaksi yang mungkin terjadi antara gender dengan pendidikan, $p = 0.563 > 0.1$, gender dengan Perkotaan, $p = 0.727 > 0.1$, gender dengan training, $p = 0.545 > 0.1$, pendidikan dengan perkotaan, $p = 0.131 > 0.1$, Interaksi pendidikan dengan training, $p = 0.846 > 0.1$, Interaksi perkotaan dengan training, $p = 0.933 > 0.1$. Hasil menunjukkan tidak ada interaksi yang signifikan, sehingga proses model dapat dilanjutkan ke tahap berikutnya.⁹¹

5.4.2.3.4 Melakukan Uji Performance Model

Melakukan uji performance model dengan metode reduksi melalui tes sebagai berikut

1. Model *Calibration dengan goodness of fit* (Hosmer and Lemeshow goodness of fit)⁹¹

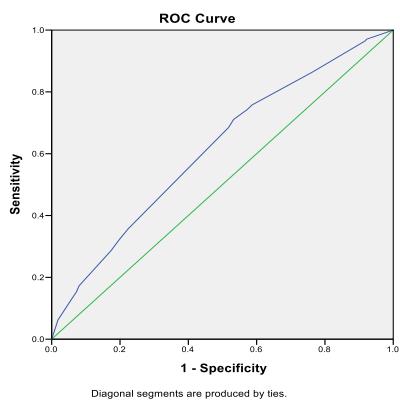
Tabel 5.17 menunjukkan Uji Hosmer and Lemeshow goodness of fit test di SPSS hasilnya adalah 0.877 berarti tidak signifikan. Hasil observasi dan prediksi sama dengan kata lain nilai *observed* (positif dan negatif dari data) tidak beda dengan hasil prediksi. Model artinya FIT, kesimpulan model adalah valid

Tabel 5. 17 Hasil Uji Hosmer dan Lemeshow dengan SPSS

Uji Chi - Square	df	p value
2.425	6	0.877

2. Uji Discrimination analysis dengan ROC curve dengan SPSS

Hasilnya menunjukkan area under the curve (AUC) atau C-statistik adalah 0.6 yang bisa digolongkan dalam fair discrimination ($0.5 < \text{AUC} \leq 0.7$)⁹³ berarti cukup. (gambar 5.2)



Gambar 5. 2 Diagram ROC Curve

5.4.2.3.5 Menentukan Model Matematika yang *Best Performance* dari Hasil Uji Tahap di Atas.

Model akhir berupa model matematikanya adalah sebagai berikut

$$y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + b_n x_n$$

Nilai Budaya Keselamatan Pasien =
= -0.442 + (0.706*gender) + (0.427 *lokasi faskes) + (-0.343* pendidikan) +
(0.450*training BKP)

Persamaan regresi logistik menunjukkan skoring BKP merupakan fungsi dari beberapa prediktor: berikut gender, lokasi faskes, pendidikan dan training BKP. Konstanta model adalah -0,442 yang berarti bila semua variabel prediktor bernilai nol maka logit BKP bernilai -0,442

Persamaan tersebut merupakan nilai prediksi BKP yang bisa memprediksi nilai Budaya Keselamatan Pasien seorang dokter gigi. Untuk memprediksinya diperlukan informasi variabel gender, lokasi fasker, pendidikan dan training BKP

Hasil dari uji pemodelan diatas menjawab hipotesis 3.2.1.5 yaitu Penerapan model prediksi budaya keselamatan pasien pada dokter gigi berpengaruh terhadap nilai budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia

5.4.2.3.6 Melakukan Uji Coba Model Budaya Keselamatan Pasien dengan Bootstrapping

Bootstrapping adalah prosedur statistik yang membuat sampel ulang satu set data untuk membuat banyak sampel simulasi.

Tujuan : mengecek konsistensi model, yang dilihat dari BCA atau *bias corrected accelerated* dalam SPSS dan membandingkan hasil bootstrapping

dengan sebelum bootstrapping (derivative=data sebelum bootstrapping dan validation=hasil bootstrapping)^{68,91}

Bootstrap dengan N=200 dapat dilihat pada tabel 5.18 terlihat standar errornya mendekati nol. Artinya bahwa dari resample 200 kali, maka hasil estimasi koefisien regresi tiap variabel independent (atau B dalam tabel) mempunyai bias mendekati nol dengan kata lain nilai *observed* an *predicted* dari model adalah mendekati nol atau tidak ada perbedaan antara predicted dengan observed atau dengan kata lain Validitas Internal Baik.

Tabel 5. 18 Uji Validitas Eksternal dengan Bootstrap dengan N=200

95% Confidence Interval							
		Bias	Std. Error	P value	Lower	Upper	
Step 1	gender(1)	0.706	-0.020	0.168	0.005	0.377	1.017
	Perkotaan (1)	0.427	0.012	0.133	0.005	0.186	0.682
	pendidikan (1)	-0.343	-0.002	0.139	0.010	-0.608	-0.038
	training(1)	0.450	0.002	0.145	0.005	0.131	0.744
	Constant	-0.442	0.000	0.206	0.040	-0.874	-0.073

Tabel 5. 19 Validitas Eksternal dengan Bootstrap dengan N=1000

		Bias	Std. Error	P value	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Step 1	gender(1)	0.706	0.007	0.155	0.001	0.410
	perkotaan(1)	0.427	0.002	0.142	0.002	0.137
	pendidikan(1)	-0.343	-0.002	0.151	0.025	-0.632
	training(1)	0.450	0.001	0.134	0.001	0.192
	Constant	-0.442	-0.004	0.215	0.043	-0.886

Tabel 5.19 dengan Bootstrap dengan N=1000 menunjukkan standar error yang mendekati nol artinya dengan resample 1000 kali maka hasil koefisien regresi tiap variabel independen (prediktor) mendekati nol dengan kata lain nilai *observed* dan *predicted* model mendekati nol. Artinya tidak ada perbedaan *observed* dan *predicted* atau validitas internal baik

5.5 Tahap 3 : Uji Kualitatif

Tahap Penelitian berikutnya adalah uji kualitatif. Metode yang digunakan : Mixed Method dengan *Explanatory Sequential Research Design* , yaitu Penelitian Kuantitatif kemudian dilanjutkan dengan Kualitatif dilakukan dengan cara *Focus Grup Discussion* (FGD). Fokus Diskusi melihat fenomena kelompok Disain studi : *Semistructured Interview* untuk menggali kedalaman topik yang akan diteliti. Analisis uji kualitatif dengan *Thematic Analysis* menggunakan manual dan software NVivo 12.

Prosedur *mixed method* ini adalah setelah Nilai BKP diketahui, dilanjutkan *Focus Group Discussion* (FGD). Kuesioner disiapkan sesuai SAQ versi Indonesia³⁰ dimodifikasi dengan pertanyaan terbuka (*open answered*). Sampel diambil dari responden yang telah mengikuti tahap uji kuantitatif sebelumnya, Jumlah peserta kualitatif adalah 51 responden diambil perwakilan sampel dari kelompok positif dan negatif. Kemudian dibuat 6 kelompok sesuai kluster yaitu Cluster Indonesia Barat, Tengah dan Timur.

5.5.1 Karakteristik Informan (Responden)

Penelitian Budaya Keselamatan Pasien pada layanan Kedokteran Gigi di Indonesia menggunakan responden dokter gigi (*general practitioner*) anggota Persatuan Dokter Gigi Indonesia yang berasal dari wilayah PDGI cabang seluruh Indonesia dari Propinsi Nangroe Aceh Darussalam hingga Papua dan untuk memudahkan dibuat pengelompokan berdasar Kluster yaitu **Kluster Indonesia Barat** terdiri dari dokter gigi yang berpraktik di Aceh (NAD), Batam, Pakanbaru (Riau), Lampung, DKI Jakarta, Garut, Purwakarta . Semarang, Surabaya, Lumajang dan Madura. **Kluster Indonesia Tengah** terdiri dari para dokter gigi yang berpraktik di Mataram Lombok (NTB),Kupang (NTT), Denpasar (Bali), Malinau Kaltara, Bontang (Kalteng), Pontianak (Kalbar), Balikpapan (Kaltim), Manado (Sulut), Poso dan Palu (Sulteng), dan Makassar (Sulsel). **Kluster Indonesia Timur** terdiri dari para dokter gigi yang berpraktik di Ternate, Tobelo, Halmahera (Maluku) dan di Wamena, Jayapura serta Keerom (Papua)

Informan atau responden adalah yang sesuai dengan kriteria inklusi yaitu dokter gigi yang telah memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP) serta memiliki pengalaman praktik di Fasilitas Kesehatan Primer seperti praktik mandiri, Klinik Swasta, Klinik Pratama, Puskesmas,dan sejenisnya serta Fasilitas Kesehatan Sekunder seperti Rumah Sakit dan Rumah Sakit Gigi dan Mulut dengan lokasi berpraktik bervariasi ada yang di daerah perkotaan maupun di daerah rural atau pedesaan.

Responden juga rata rata telah berpengalaman praktik di fasilitas Kesehatan masing-masing dan sebagian responden juga tidak hanya praktisi tetapi juga memiliki jabatan struktural di faskesnya seperti Kepala Puskesmas, Kepala Klinik, Manajer Klinik, Manajer Rumah Sakit, Direktur serta Wakil Direktur Rumah Sakit

5.5.2 Alir Penelitian Tahap 3 Kualitatif *Focus Group Discussion (FGD)*

Alir penelitian tahap 3 Kualitatif adalah sebagai berikut

5.5.2.1 Persiapan FGD

1. **Pemetaan Hasil Kuantitatif** dengan Matriks Nilai Budaya Keselamatan

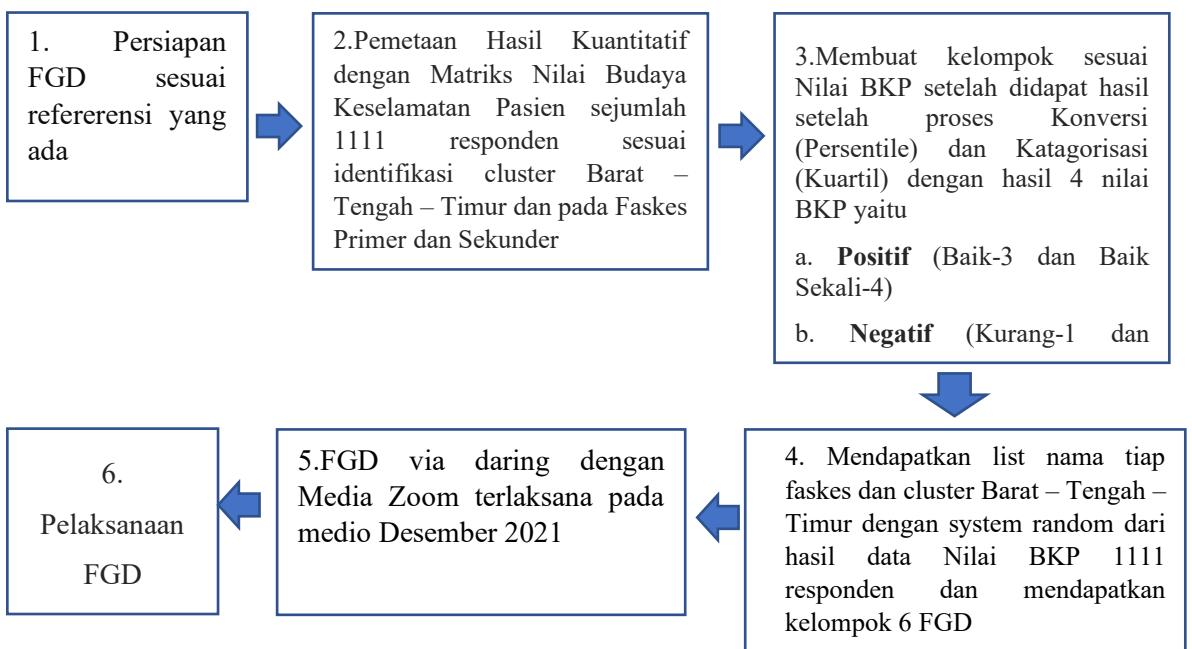
Pasien sejumlah 1111 responden sesuai identifikasi Cluster Barat – Tengah – Timur dan pada Faskes Primer dan Sekunder

2. Membuat kelompok sesuai Nilai BKP setelah didapat hasil setelah dilakukan **Konversi** (persentile) dan **Katagorisasi** (kuartil) dengan hasil 4 nilai BKP yaitu Positif (Baik-3 dan Baik Sekali-4) dan Negatif (Kurang-1 dan Sedang-2)
3. Mendapatkan list nama tiap faskes dan cluster Barat – Tengah – Timur dengan sistem random dari hasil data Nilai BKP 1111 responden dan mendapatkan kelompok 6 FGD dan 1 Uji coba dengan jumlah responden 51 , dengan rata-rata peserta FGD per kelompok adalah 6-8 dokter gigi
4. FGD melalui daring dengan Media Zoom terlaksana pada medio Desember 2021
5. Pelaksanaan :
 - a. Menghubungi responden sesuai list FGD melalui **Whatts App** dan **Telepon**
 - b. Menyampaikan maksud peneliti untuk meminta kesediaan responden berpartisipasi pada penelitian tahap 3 yaitu FGD dengan mengundang mengikuti FGD via Daring melalui media Zoom dan Whatsapp call
 - c. Responden yang bersedia , akan dikirim link melalui Whatsapp, sebagai berikut :
 1. Surat pemberitahuan dan undangan penelitian ,
 2. Link *informed consent*
 3. Materi tahap awal tentang *Patient Safety Culture* (BKP)
 4. Daftar pertanyaan FGD,
 5. Penentuan jadwal FGD per cluster
 6. Pada Hari H ,membuat Whatsapp grup sementara yang tujuannya untuk koordinasi antar responden peserta grup FGD serta mengirimkan link Zoom dan link absensi hari itu

7. Pelaksanaan FGD dengan Moderator adalah peneliti dibantu tim admin yang akan membantu dalam record Zoom dan menjadi Notulen. Tiap FGD berjumlah 6-10 peserta dengan rata-rata 8 responden
8. Moderator berbekal Panduan dalam melaksanakan FGD serta daftar pertanyaan sesuai analisis Hasil Kuantitatif dalam SAQ versi Indonesia
9. Waktu FGD berkisar 60-90 menit
10. Hasil dari FGD direkam dan dilakukan pengelompokan dalam matriks dengan cluster Indonesia Barat - Tengah – Timur
11. Hasil dianalisis dan dibuat matriks dalam tabel untuk mengetahui hasilnya

Panduan Lengkap Pelaksanaan FGD

Berikut adalah ringkasan gambar alur pelaksanaan *Focus Group Discussion* (FGD) pada gambar 5.3 serta dokumentasi pelaksanaan FGD dengan responden dokter gigi di Indonesia Barat , Tengah dan Timur (gambar 5.4 sampai 5.10)



Gambar 5.3 Alir Pelaksanaan Focus Group Discussion (FGD) Penelitian Analisis Budaya Keselamatan Pasien Pada Dokter Gigi di Indonesia



Gambar 5.4 Dokumentasi Focus Group Discussion via Daring – Zoom untuk Cluster Indonesia Barat tanggal 13 Desember 2021



Gambar 5. 5 Dokumentasi Focus Group Discussion melalui Daring – Zoom untuk Cluster Indonesia Barat tanggal 28 Desember 2021



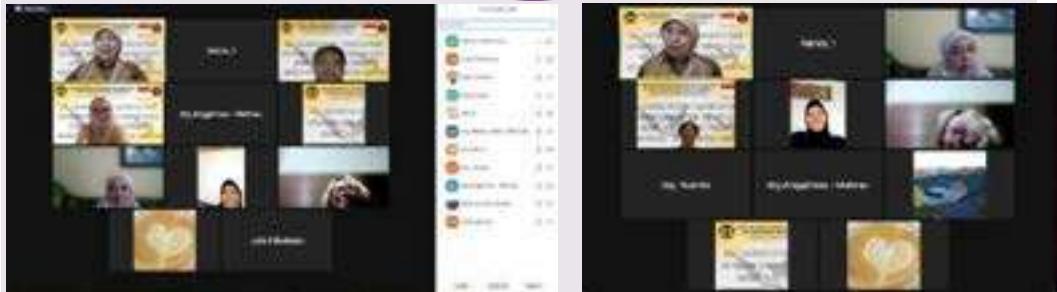
Gambar 5. 6 Dokumentasi Focus Group Discussion (FGD) melalui Daring – Zoom untuk Cluster Indonesia Tengah tanggal 23 Desember 2021 shift 1



Gambar 5. 7 Dokumentasi Focus Group Discussion via Daring – Zoom untuk Cluster Indonesia Tengah tanggal 23 Desember 2021 shift 2

Dokumentasi FGD Cluster Ind Tengah

23 Des
2021 (2)



NTB – NTT – Bali – Kaltara – Pontianak – Palu – Poso - Manado – Balikpapan – Makassar - Bontang

Gambar 5. 8 Dokumentasi *Focus Group Discussion* via Daring – Zoom untuk Cluster Indonesia Timur tanggal 19 Desember 2021

Dokumentasi FGD Cluster Ind Timur

19 Des 2021

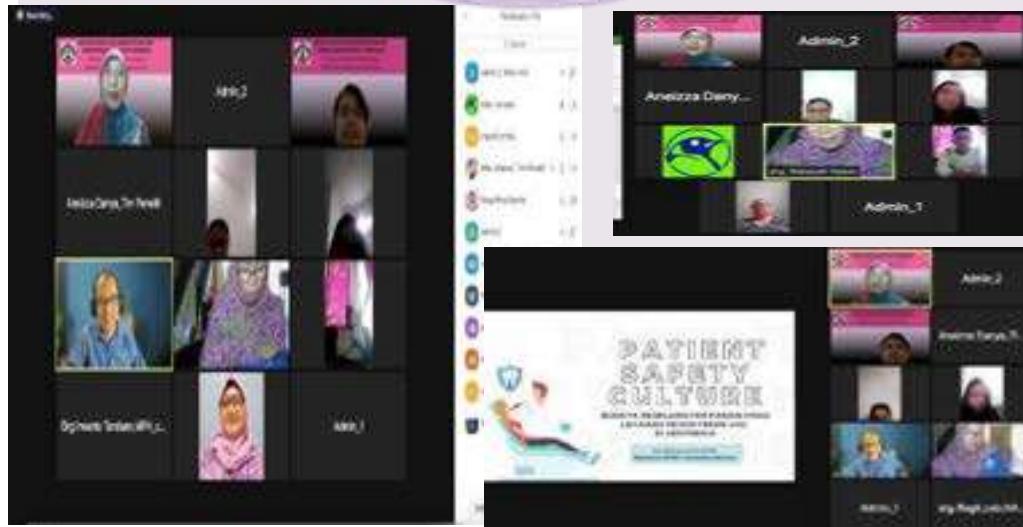
Papua
Wamena
Jayapura
Keerom
Maluku
Halmahera
Ternate
Tobelo



Gambar 5. 9 Dokumentasi *Focus Group Discussion* via Daring – Zoom untuk Cluster Indonesia Timur tanggal 19 Desember 2021

Dokumentasi FGD Cluster Ind Timur

17 Des 2021



Gambar 5. 10 Dokumentasi *Focus Group Discussion* via Daring – Zoom untuk Cluster Indonesia Timur tanggal 17 Desember 2021

Hasil dari Penelitian tahap kualitatif FGD dengan melakukan rekapitulasi dari kuesioner SAQ versi Indonesia menjadi 8 pertanyaan terbuka yang kemudian dijadikan bahan pertanyaan kepada para responden. (Tabel 5.20). Dalam tabel tertera nilai rerata skor total per domain hasil analisis kuantitatif , dari sini tergambar domain yang ingin diperdalam analisisnya dengan kualitatif, misal domain stress dengan nilai terendah, dan didapatkan gambaran setelah dilakukan analisis hasil FGD.

Tabel 5. 20 Matriks Daftar Pertanyaan FGD Kualitatif berdasar domain SAQ dan Nilai Rerata Skor Total per Domain dengan skala 0-100 (N=1111)

No	Domain pada <i>Safety Attitude Questionnaire (SAQ) – versi Indonesia</i>	Nilai Rerata Skor Total Per Domain	Pertanyaan Kualitatif
1	Pengantar Budaya Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety Culture</i>)	-	1.a. Pentingkah budaya keselamatan pasien di tempat praktik dokter? 1.b Dari 6 domain yg disebutkan diatas manakah yang paling berpengaruh terhadap nilai budaya keselamatan pasien?
2	Iklim Kerja tim (<i>Teamwork climate</i>) – 6 item	77.2	2.a. Pentingkah teamwork menurut sejauh ? alasannya ? 2.b Bagaimana kondisi iklim teamwork di fasilitas kesehatan dokter (dengan sdm lain misal perawat gigi, perawat umum, drg Spesialis, dokter umum, staf admin dsb) khususnya tentang budaya keselamatan pasien ?
3	Iklim Keselamatan (<i>Safety Climate</i>) – 7 item	74.3	3. Bagaimana iklim keselamatan pasien di tempat praktik dokter? Apabila ada kesalahan yang terjadi antar sejawat bagaimana tim dan manajemen apakah mendukung dokter?
4	Kepuasan kerja (<i>Job Satisfaction</i>) - - 5 item	82.8	4.a. Puaskah dokter bekerja di faskes dokter saat ini? 4.b. Bersediakah dokter dirawat ditempat praktik dokter saat ini?
5	Stress Recognition – 4 item	54.6	5.a. Stress Recognition _ Pengakuan stress b. Penyebab stress c..Apakah bila lelah masih lanjut bekerja? d.Apa solusi bila terjadi kondisi seperti itu? e. Bagaimana dokter gigi mengelola stress di tempat praktik.
6	Persepsi manajemen (<i>Perception of Management</i>) - 4 item	68.2	6. Apakah Manajemen di faskes dokter mendukung atau kompromi dalam hal keselamatan pasien ?
7	Kondisi kerja (<i>Working condition</i>) – 4 item	69.4	7.a. Bagaimana Kondisi kerja di klinik dokter ?

Korelasi dengan Penelitian sebelumnya

8

- 7.b. Apakah faskes dokter memberikan pelatihan yang memadai untuk personil baru ? Bagaimana pengawasan terhadap kondisi kerja tersebut ?
- 8.a. Dari hasil penelitian lalu terdapat hasil sebagaimana berikut : Bahwa pria lebih tinggi nilai Budaya Keselamatan Pasiennya (BKP) daripada wanita
- 8.b. Bahwa dokter gigi dengan pendidikan lebih tinggi, klinik/RS di perkotaan, pengalaman praktik dan pernah mengikuti training keselamatan pasien ternyata hasil nilai BKP nya lebih positif daripada yang sebaliknya. Bagaimana pendapat dokter terhadap hal tersebut?

Hasil analisis Kualitatif *Focus Group Discussion* (FGD) dari pertanyaan tersebut kepada responden adalah sebagai berikut seperti tertera pada tabel 5.21 sampai tabel 5.28

Tabel 5. 21.Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 1. Pentingnya Budaya Keselamatan Pasien

No	Pertanyaan	Hasil FGD
1a	Pentingkah budaya keselamatan pasien di tempat praktik dokter?	51 responden (100%) menjawab penting
b	Dari 6 domain yg disebutkan diatas manakah yang paling berpengaruh terhadap nilai budaya keselamatan pasien?	Mayoritas (29) responden mengatakan semua domain berpengaruh, selebihnya menjawab teamwork, iklim keselamatan, kepuasan dan stres, ada juga yang tidak menjawab
c	Alasan Pentingnya Budaya Keselamatan Pasien	<ol style="list-style-type: none">1. Keselamatan pasien adalah keselamatan dokter gigi, perawat dan petugas faskes juga2. Perlu dukungan manajemen dan semua pihak3. Tidak ada kompromi untuk keselamatan pasien dan dokter gigi4. Membangun persepsi manajemen untuk <i>all out</i> di Budaya Keselamatan Pasien5. Bekerja sesuai Standar , terapkan dan patuhi SOP/SPM

No	Pertanyaan	Hasil FGD
----	------------	-----------

6. Hindari Stres
 7. Komunikasi dan *Speak Up* - sampaikan bila ada yang tidak sesuai
 8. Terapkan 6 SKP , teknik TBAK SBAR, asesmen harus lengkap
 9. Team work penting dan selalu libatkan tim untuk mendukung keselamatan pasien dan meningkatkan nilai BKP
 10. Mencegah kecelakaan kerja
 11. Nilai dan Disiplin yang wajib diterapkan di klinik
 12. Tingkatkan supervisi
 13. Nilai BKP untuk menjaga Mutu dan Keselamatan Pasien
 14. Akreditasi adalah salah satu solusi
 15. Edukasi pasien merupakan faktor menaikkan BKP
 16. 6 Domain harus dipahami dan diterapkan
 17. BKP atau PSC penting diterapkan karena pasien saat ini kritis pada layanan praktik drg
 - 18.. BKP untuk Kepuasan pasien
-

Tabel 5.21 menunjukkan hasil rekapitulasi dari diskusi dengan responden didapatkan bahwa seluruh responden, 51 dokter gigi menjawab budaya keselamatan pasien adalah penting. Mayoritas responden (29 dokter gigi) mengatakan semua domain berpengaruh, selebihnya menjawab yang berpengaruh adalah iklim kerja tim (*teamwork*), iklim keselamatan, kepuasan dan stres, ada juga yang tidak menjawab. Hal yang dominan pada jawaban responden tentang alasan pentingnya budaya Keselamatan Pasien adalah

“Keselamatan pasien adalah keselamatan dokter gigi, perawat dan petugas faskes juga.”

“Tidak ada kompromi untuk keselamatan pasien dan dokter gigi”.

“Nilai BKP Positif akan mencegah kecelakaan kerja serta menjaga mutu keselamatan pasien”

Para Responden juga menekankan pentingnya iklim kerja tim (*teamwork*) serta dukungan manajemen untuk menunjang budaya keselamatan pasien. Berikut adalah

beberapa pendapat mereka.

“Team work penting untuk mendukung keselamatan Pasien”.

“Perlu dukungan manajemen dan semua pihak”.

“Membangun persepsi manajemen untuk all out di Budaya Keselamatan Pasien”.

Responden juga berpendapat bahwa hal-hal yang mendukung pentingnya BKP antara lain adalah bekerja sesuai SOP, komunikasi dan *speak up* serta edukasi,hindari stress, tingkatkan supervisi demi kepuasan pasien, serta akreditasi dapat menjadi salah satu solusi.

“Bekerja sesuai Standar dan terapkan SOP/SPM” .

“Komunikasi dan Speak Up - sampaikan bila ada yang tidak sesuai”.

“Edukasi pasien merupakan faktor menaikkan BKP”.

“BKP penting diterapkan karena pasien saat ini kritis pada layanan praktik dokter gigi” .

“BKP untuk Kepuasan pasien” . “Hindari stres, Tingkatkan supervisi dan akreditasi dapat menjadi salah satu solusi meningkatkan Budaya Keselamatan Pasien”.

Tabel 5. 22 Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 2 Iklim Kerja Tim (Teamwork)

No	Pertanyaan	Hasil FGD
2	Pentingkah <i>teamwork</i> menurut sejawat? Sebutkan alasan pentingnya teamwork serta bagaimana kondisi iklim teamwork di fasilitas kesehatan dokter (dengan sdm lain misal perawat gigi, perawat umum, drg Spesialis, dokter umum, staf admin dsb) khususnya tentang budaya keselamatan pasien ?	Mayoritas (49) responden menjawab penting , 2 tidak menyebutkan 1. Untuk mencapai tujuan keberhasilan praktik 2. Mitra dokter gigi dalam bekerja

No	Pertanyaan	Hasil FGD
----	------------	-----------

	<p>3. Sebagai tim untuk sharing , khususnya perawat senior</p> <p>4. Tanpa tim kerja yang baik layanan tidak optimal</p> <p>5. Pengalaman tim akan membantu dokter gigi dalam berpraktik</p> <p>6. dukungan manajemen akan membangun <i>teamwork</i></p> <p><i>7. Teamwork mendukung keselamatan kerja</i></p>
--	--

Tabel 5.22 menjelaskan bahwa hasil analisis pertanyaan tentang iklim kerja tim (*teamwork*), 49 orang menyatakan penting , mengapa penting, menurut pendapat sebagian responden adalah sebagai berikut

- “*Teamwork untuk mencapai tujuan keberhasilan praktik*”,
- “*Mendukung keselamatan kerja*”,
- “*Mendukung mitra dokter gigi dalam bekerja, sebagai tim sharing, guna mencapai layanan optimal*”.

Tabel 5. 23 Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 3. Iklim Keselamatan (*Safety Climate*)

No	Pertanyaan	Hasil FGD
3	<p>a. Bagaimana iklim keselamatan pasien di tempat praktik dokter?</p> <p>b.Apabila ada kesalahan yang terjadi antar sejawat bagaimana tim dan manajemen apakah mendukung dokter?</p>	<p>Seluruh responden (100%)menyatakan bahwa iklim keselamatan sangat perlu dan mayoritas mengatakan manajemen mendukung</p>
	<p>Iklim keselamatan di tempat Praktik</p>	<p>1.Perlu Standar Operasional Prosedur (SOP)</p> <p>2.Perlu kesadaran diri sendiri atau dokter gigi</p> <p>3. Pihak manajemen wajib membuat dan sosialisasi regulasi keselamatan pasien</p> <p>4.Perlu budayakan <i>speak up</i> (melaporkan) dan <i>no blaming</i> (tidak menyalahkan) bila terjadi insiden keselamatan pasien</p> <p>5. Perlu tim untuk meningkatkan keselamatan</p>

No	Pertanyaan	Hasil FGD
----	------------	-----------

-
- 6. Budaya keselamatan pasien adalah budaya yg harus dipupuk sedini mungkin agar semuanya saling mengerjakan dengan sinergis. Yang diutamakan adalah keselamatan pasien
 - 7. Tidak ada kompromi untuk keselamatan pasien, harus diutamakan
 - 8. Hindari Kelelahan
 - 9. Terapkan Clinical Pathway khususnya di RS
 - 10. Sangat Wajib diterapkan untuk tujuan kepuasan pasien
-

Tabel 5.23 menunjukkan bahwa seluruh responden (51 dokter gigi) menyatakan bahwa iklim keselamatan sangat perlu dan mayoritas mengatakan manajemen mendukung. Hasil analisis tentang iklim keselamatan di tempat praktik sejauh ini adalah sebagai berikut

"Budaya keselamatan pasien adalah budaya yang harus dipupuk sedini mungkin agar semuanya saling mengerjakan dengan sinergis."

"Tidak ada kompromi, utamakan keselamatan pasien".

Ada budaya baru yang perlu disosialisasikan kepada para dokter gigi Indonesia yaitu berani menyatakan pendapat demi keselamatan dokter dan pasien, seperti

"Perlu budayakan speak up (melaporkan) dan no blaming (tidak menyalahkan) bila terjadi insiden keselamatan pasien"

Faktor lain yang mendukung iklim keselamatan adalah terapkan SOP, Clinical Pathway (khususnya di Rumah Sakit) tentang regulasi keselamatan pasien, hindari kelelahan dan kuatkan di kerjasama tim.

"Perlu Standar Operasional Prosedur (SOP)," "Terapkan Clinical Pathway khususnya di RS". "Perlu tim untuk meningkatkan keselamatan dan hindari kelelahan"

Tabel 5. 24 Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 4. Kepuasan Kerja (Job Satisfaction)

No	Pertanyaan	Hasil FGD
4	<p>a.Puaskan dokter bekerja di faskes dokter saat ini?</p> <p>b. Bersediakah dokter dirawat ditempat praktik dokter saat ini?</p> <p>c.Pendapat tentang kepuasan pasien</p>	<p>seluruh responden 51 dokter gigi menyatakan puas bekerja di faskes masing-masing</p> <p>Mayoritas bersedia khususnya bila di praktik pribadi mereka, tetapi ada beberapa responden yang tidak bersedia di rawat di poli umum karena</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepuasan dokter pasien tercapai, maka tujuan keselamatan pasien tercapai 2. Buat kondisi aman & nyaman sehingga kepuasan tercapai 3. Mencintai pekerjaan serta komunikasi efektif antar sdm di faskes membuat kepuasan tercapai

Tabel 5.24 menunjukkan bahwa seluruh responden (100%) puas bekerja di faskes masing-masing dengan tujuan keselamatan pasien. Alasan yang mendukung para responden puas bekerja antara lain

"Kepuasan dokter pasien tercapai, maka tujuan keselamatan pasien tercapai."

"Buat kondisi aman & nyaman sehingga kepuasan tercapai".

"Mencintai pekerjaan dan melakukan komunikasi efektif antar sdm di faskes akan membuat kepuasan dokter gigi".

**Tabel 5. 25 Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 5. Pengakuan Stres
(*Stress Recognition*)**

No	Pertanyaan	Hasil FGD
5	<p>a. Pengakuan Stres -</p> <p>b. Apakah bila lelah masih lanjut bekerja?</p> <p>c. Penyebab stres?</p> <p>d. Lalu apa solusi bila terjadi kondisi seperti Itu?</p>	<p>Pengakuan Stress :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jujur dan terus terang bila lelah , 2. Tidak memaksakan diri dan tunda perawatan bila lelah 3. Lelah dan stres tidak boleh ditunjukkan pada pasien <p>Penyebab Stress</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lelah 2. Double Job : Struktural dan Fungsional juga bagi staf dosen ditambah mengajar dan praktik 3. Beban kerja berlebihan 4. Pasien anak 5. Komplain pasien 6. Pasien sekarang lebih kritis 7. Penggunaan APD 8. Penulisan Rekam Medis yang bertumpuk 9. Faskes Pemerintah lebih lelah dan stress, remunerasi juga kecil dibanding swasta lebih nyaman dan tidak stress <p>Solusi Stres karena lelah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relaksasi, pijat refleksi dan massage 2. Musik di tempat praktek 3. Refreshing misal liburan rutin, buat acara keluarga dengan tim klinik/RS, 4. Pembatasan dan pengaturan pasien kecuali pasien emergency perlu Libatkan manajemen faskes 5. Ada sesi rehat dan recharge untuk hasil lebih baik 6. Positif thinking 7. Lakukan Premedikasi dulu 8. Bila lelah tukar jadwal antar sejawat 9. Beri pengertian pasien

No	Pertanyaan	Hasil FGD
e. Bagaimana dokter gigi mengelola stress di tempat praktik.		<p>10. Optimalkan Telemedicine</p> <p>Teknik mengelola stres :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Teamwork yang baik akan eliminir stress 2. Libatkan manajemen untuk hasil manajemen layanan yang baik 3. pendelegasian sesuai kompetensi 4. Komunikasi efektif dokter gigi-sdm-pasien 5. Niat awal praktik untuk Ibadah dengan hati senang 6. Sabar 7. Kompromi dengan tim kerja dan pasien 8. Biarkan pasien bercerita

Tabel 5.25 menunjukkan analisis pengakuan stress atau *Stress Recognition* dimana dari jawaban responden hal ini paling dominan daripada jawaban pertanyaan item lain. dengan jawaban yang menunjukkan kelompok Pengakuan Stress, Penyebab Stress, Solusi stress karena Lelah serta Teknik Mengelola Stress. Beberapa responden menyampaikan bahwa **pengakuan stres** antara lain adalah para dokter gigi harus mengutarakan sebagaimana berikut

“Jujur dan terus terang bila Lelah.” “Lelah dan stres tidak boleh ditunjukkan pada pasien”

“Tidak memaksakan diri dan tunda perawatan bila Lelah”.

Penyebab stress pun bermacam-macam, antara lain

“Lelah”, “Double Job”,

“Dokter gigi menjabat Struktural dan Fungsional juga bagi staf dosen ditambah mengajar dan praktik serta Beban kerja berlebihan”

Terdapat faktor lain yang menjadi penyebab stress bagi para dokter gigi yang berhubungan dengan pasien yaitu

“Pasien anak yang rewel menyebabkan stres bagi dokter”,

“Komplain pasien” serta “Pasien sekarang lebih kritis”

Penyebab stress lain yang berhubungan dengan fasilitas di faskes antara lain

*“Penggunaan APD menyebabkan stress”,
“Penulisan Rekam Medis yang bertumpu”k,
“Bila bekerja di Faskes Pemerintah lebih lelah dan stress, remunerasi juga kecil dibanding swasta lebih nyaman dan tidak stress”*

Para responden menyampaikan solusi stress bila lelah adalah

*“Relaksasi, pijat refleksi dan massage”.
“Positif thinking”
“Beri musik di tempat praktik sehingga dokter gigi nyaman dan stress berkurang”
“Refreshing misal liburan rutin, buat acara keluarga dengan tim klinik/RS”*

Solusi stress yang berhubungan dengan pelayanan pasien dan faskes adalah sebagai berikut

*“Pembatasan dan pengaturan pasien kecuali pasien emergency perlu melibatkan manajemen faskes”
“Perlu ada sesi rehat dan recharge untuk hasil lebih baik”
“Beri pengertian pasien bila perlu lakukan Premedikasi dulu”
“Bila lelah tukar jadwal antar sejawat”
“Optimalkan Telemedicine”*

Para responden juga menyampaikan dengan kondisi stress yang mungkin terjadi selama praktik perlu ada Teknik mengelola stres , yaitu

*“Teamwork yang baik akan eliminir stres, khususnya dengan pendeklasian sesuai kompetensi serta perlu melibatkan manajemen untuk hasil manajemen layanan yang baik”
“Kompromi dengan tim kerja dan pasien”
“Pentingnya Komunikasi efektif antara dokter gigi, sdm faskes dan pasien, antara lain saat praktik biarkan pasien bercerita”.*

Beberapa responden melakukan Tindakan positif yaitu

“Sabar dan niat awal praktik untuk Ibadah dengan hati senang”

Tabel 5. 26 Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 6. Persepsi Manajemen (Perception of Management)

No	Pertanyaan	Hasil FGD
6	Apakah Manajemen di faskes dokter mendukung atau kompromi dalam hal keselamatan pasien ?	<p>Rekap Manajemen sangat mendukung dalam keselamatan pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meningkatkan mutu layanan 2. Perlu fasilitas dan dana manajemen guna menciptakan suatu budaya 3. Penting agar tercipta regulasi, prosedur kerja sehingga tim di bawahnya mengikuti tatanan dari manajemen 4. Manajemen harus merangkul pelayanan terdepan. 5. Komunikasi manajemen dengan sdm faskes 6. Manajemen mendukung walau dengan prioritas untuk masing-masing unit agar tujuan tercapai 7. Sosialisasi semua regulasi keselamatan pasien sehingga sdm paham dan menerapkan Budaya Keselamatan Pasien

Tabel 5.26 menjelaskan tentang persepsi manajemen yaitu dukungan pihak manajemen faskes terhadap keselamatan pasien. Responden menyampaikan hal sebagai berikut

"Penting agar tercipta regulasi, prosedur kerja sehingga tim di bawahnya mengikuti tatanan dari manajemen".

"Perlu fasilitas dan dana manajemen guna menciptakan suatu budaya"

"Manajemen harus merangkul pelayanan terdepan khususnya untuk meningkatkan mutu layanan".

"Komunikasi manajemen dengan sdm faskes diutamakan khususnya sosialisasi semua regulasi keselamatan pasien sehingga sdm paham dan menerapkan Budaya Keselamatan Pasien"

**Tabel 5. 27. Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 7. Kondisi Kerja
(Working Condition)**

No	Pertanyaan	Hasil FGD
7	<p>a. Bagaimana Kondisi kerja di klinik dokter ?</p> <p>b. Apakah faskes dokter memberikan pelatihan yang memadai untuk personil baru ? Bagaimana pengawasan terhadap kondisi kerja tersebut ?</p>	<p>Rekap Kondisi Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Memuaskan dan sangat nyaman 2. Ciptakan lingkungan nyaman di tempat kerja 3. Ciptakan suasana aman,nyaman dan kondusif sehingga betah di tempat kerja 4. Kondisi kerja kondusif dan menyenangkan 5. Tim solid, kerja semangat <p>Rekap Pengawasan dan Pelatihan sdm</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengawasan oleh manajemen klinik 2. Pengawasan sesuai standar SOP di RS 3. Pengawasan sesuai standar akreditasi RS, 4. SDM selalu diberikan pelatihan khususnya internal maupun ikut kursus-kursus misal untuk perawat gigi 5. SDM baru selalu orientasi ke semua bagian klinik/RS untuk adaptasi dan pengenalan lingkungan baru baru spesifik ke area kerja 6. Selalu ada training di RS, Pelatihan bisa juga mengikutkan sdm seminar2 rutin

Tabel 5.27 menjelaskan tentang pendapat responden perihal kondisi kerja di faskes masing-masing. Pendapat responden adalah mayoritas puas dengan suasana kondisi kerjanya yaitu

“Memuaskan dan sangat nyaman” ,

“Ciptakan lingkungan nyaman dan mendukung di tempat kerja”.

“Ciptakan suasana aman,nyaman dan kondusif sehingga betah di tempat kerja ”

“Tim solid kerja semangat”

Selain itu dalam rangka mendukung kondisi kerja diulas juga tentang pelatihan untuk personil baru, pendapat para responden adalah

"SDM selalu diberikan pelatihan khususnya internal maupun ikut kursus-kursus misal untuk perawat gigi".

"SDM baru selalu orientasi ke semua bagian klinik/RS untuk adaptasi dan pengenalan lingkungan baru kemudian spesifik ke area kerja"

"Selalu ada training di RS, Pelatihan bisa juga mengikutkan sdm seminar-seminar rutin".

Untuk pengawasan mayoritas responden juga setuju bahwa telah dilakukan hal tersebut, tergambar dalam pendapat berikut

"Pengawasan sesuai standar akreditasi dan SOP di Rumah Sakit"

"Pengawasan dilakukan oleh manajemen klinik"

Tabel 5. 28 Rekapitulasi Hasil Analisis Kualitatif FGD Pertanyaan no 8. Korelasi dengan penelitian sebelumnya

No	Pertanyaan	Hasil FGD
8	Korelasi dengan pertanyaan sebelumnya a.Dari hasil penelitian lalu terdapat hasil sebagai berikut : Bawa pria lebih tinggi nilai Budaya Keselamatan Pasiennya drpd wanita Bagaimana pendapat dokter ?	30 responden menyatakan setuju , 19 responden tidak setuju dan 2 responden tidak berpendapat Rekap yang Setuju Pria lebih tinggi Nilai BKP 1.Pria lebih strict & jiwa pemimpin pada pria lebih strict. Sedangkan ibu-ibu terlalu banyak kompromi 2. Perempuan banyak melibatkan emosi dalam pengambilan keputusan 3. Wanita dipengaruhi kondisi hormonal 4. Masih perlu pertimbangan, karena pada praktek kadang perempuan lebih waspada. 5. Wanita mood-mood-an dan punya banyak tanggung jawab. Pria lebih bisa kontrol emosi. 6. Pria lebih fokus dan lebih banyak kognitif daripada afektif 7.Wanita dipengaruhi PMS, komunikasi kurang baik, kurang fokus. 8. Perempuan lebih membawa perasaan dan lebih was was

No	Pertanyaan	Hasil FGD
		9. Pria lebih fokus, perempuan lebih banyak ngobrol dengan pasien.
		10. Secara psikologis pria lebih fokus pada pekerjaan dan mudah mengendalikan emosi
		11. Wanita walau bekerja tetap memikirkan hal lain seperti rumah & keluarga misal anak
		12. Dokter gigi Laki-laki lebih berbudaya. Kita harus introspeksi, karena kita ada kekurangan. Kemungkinan adalah karena perempuan bukan penghasil utama sedang Laki-laki harus menghidupi keluarga dan sebagai tulang punggung,
		13. Saya senang dengan hasilnya .mungkin pria lebih fokus ke 1 pekerjaan Sejauh pengalaman saya, berpartner dengan dokter Wanita, saya rasa hampir sama
		14. Wanita dipengaruhi emosi, pria lebih tenang
		Rekap yang Tidak Setuju Gender berpengaruh terhadap Nilai BKP
		1.Tergantung orangnya bagaimana, .tidak tergantung gender
		2. Perlu tracing lagi mengapa pria lebih baik, mungkin pengalamannya, mungkin pendidikannya, bisa bias
		3. Tidak Setuju, Perempuan lebih detil dan teliti
		4. Wanita lebih perfeksionis, Wanita lebih detil dan rapi serta hati-hati
		5. Wanita jauh lebih apik, teliti dan nalurinya lebih sensitive juga lebih perhatian terhadap BKP
		6 Jumlah dokter gigi wanita lebih banyak, logikanya wanita lebih aware terhadap patient safety
		7. Laki-laki dan perempuan punya kelebihan masing2
		8. Biasanya perempuan lebih apik, lebih detail. tidak bisa digeneralisir, pekerjaan2 yang membutuhkan kerapuhan, bagus perempuan
		9. Pria cenderung kurang memperhatikan safety, pengalaman di klinik, pria datang langsung bekerja, beda dengan wanita
		10. Masalah gender bukan hanya profesi dokter, prinsipnya pasien harus merasa aman

No	Pertanyaan	Hasil FGD
b.	Bahwa dokter gigi dengan pendidikan lebih tinggi, klinik/RS di perkotaan, pengalaman praktik dan pernah mengikuti training keselamatan pasien ternyata hasil nilai BKP nya lebih positif drpd yg sebaliknya. Bagaimana pendapat dokter ?	<p>11. Perempuan lebih sabar, telaten, apik. sehingga secara Budaya Keselamatan harusnya lebih baik</p> <p>Mayoritas responden 46 orang menjawab setuju, hanya 3 responden yang tidak merespon karena kendala komunikasi dan sinyal internet dan 2 responden menjawab via telepon</p>

Tabel 5.28 menjelaskan hasil korelasi dengan penelitian sebelumnya, antara lain Bahwa pria lebih tinggi nilai Budaya Keselamatan Pasiennya daripada wanita, hasilnya adalah 30 responden menyatakan setuju , 19 responden tidak setuju dan 2 responden tidak berpendapat.

Pendapat yang setuju menyampaikan bahwa berhubungan dengan sifat pria yang lebih memiliki jiwa memimpin, fokus ke satu pekerjaan, bisa mengontrol emosi, sementara Wanita bekerja banyak dipengaruhi emosi, faktor hormonal serta memiliki berbagai tanggung jawab misal urusan rumah tangga, kantor, serta praktik di faskes. Berikut contoh pendapat yang setuju pria lebih tinggi nilai BKP nya

“ Jiwa pemimpin pada pria lebih strict. Sedangkan ibu-ibu terlalu banyak kompromi ” .

Pria lebih fokus dan lebih banyak kognitif daripada afektif

Pria lebih tenang , wanita lebih dipengaruhi emosi dan faktor hormonal

Perempuan banyak melibatkan emosi dalam pengambilan keputusan

Wanita dipengaruhi PMS, komunikasi kurang baik, kurang fokus

Dokter gigi Laki-laki lebih berbudaya. Kita harus introspeksi, karena kita ada kekurangan. Kemungkinan adalah karena perempuan bukan penghasil utama sedang Laki-laki harus menghidupi keluarga dan sebagai tulang punggung,

Sebaliknya ada yang tidak setuju dengan pendapat tersebut, yaitu pendapat nya

sebagai berikut

"Tidak Setuju, Perempuan lebih detil dan teliti"

"Wanita lebih sabar, perfeksionis, lebih detil, rapi serta hati-hati jauh lebih apik, teliti dan nalurinya lebih sensitif, lebih perhatian terhadap BKP"

"Masalah gender bukan hanya profesi dokter, prinsipnya pasien harus merasa aman"

"Perlu tracing lagi mengapa pria lebih baik, mungkin pengalamannya, mungkin pendidikannya, bisa bias"

5.3.3.2 Hasil analisis Kualitatif menggunakan Software N Vivo 12

Pada tahapan uji kualitatif ini selain analisis menggunakan tematik secara rekapitulasi manual juga dilakukan menggunakan software N Vivo 12 . Tujuannya adalah mendapatkan hasil yang lebih bervariasi dan memudahkan dalam analisis Kualitatif.Pada penelitian ini yang digunakan dalam aplikasi N Vivo adalah *Quote* dan *Word Cloud* . Tujuannya untuk memberi pengayaan hasil dan variasi dalam penyajian hasil uji kualitatif serta mendukung hasil analisis tematik yang sudah disajikan secara manual diatas. Hasil N Vivo ini juga diharapkan memberi nilai lebih dalam analisis serta publikasi pada jurnal bereputasi.

Metode input dalam N Vivo didasarkan transkrip wawancara pada FGD dengan responden. Setelah dilakukan analisis pada 8 pertanyaan terbuka kepada responden Analisis *Word Cloud* pada gambar 5.11 menyimpulkan kata-kata yang paling sering disampaikan responden dalam simpulannya adalah Pasien, Keselamatan, Iklim Kerja Tim (*Teamwork Climate*), Klinik, Manajemen, Stres, Budaya, Dokter, Perawat, *Patient Safety*, Praktik, Budaya, Kepuasan, Pengawasan, Kondusif, Insiden



Gambar 5.11 Hasil Analisis *Word Cloud* dari seluruh kata dalam Transkrip Wawancara

Berikut adalah hasil analisis dari 8 pertanyaan terbuka FGD dengan N Vivo

1. Pertanyaan pertama yaitu Pentingkah budaya keselamatan pasien di tempat praktik dokter? (gambar 5.12)

100 % responden menjawab penting

- a. Tema yang muncul pada Alasan BKP Penting adalah



Gambar 5. 12 Hasil Analisis Word Cloud dari tema alasan BKP Penting

Kata-kata yang sering diucapkan responden saat FGD pada pertanyaan nomor satu adalah Pasien, Penting, Keselamatan, Dokter, Praktik, *Safety*, Stres, Budaya,

Domain, Manajemen, Kepuasan. Dari gambar tersebut maka muncul *Quotation* kalimat dari responden

b. *Quotationnya* pada pertanyaan nomor 1 adalah:

1. “*Budaya keselamatan pasien di tempat praktek sangat penting, karena saat ini keselamatan pasien bagian penting dari peningkatan mutu, dokter gigi sebagai tenaga medis yang melayani pasien tidak hanya menjaga keselamatan dirinya tetapi juga wajib menjaga keselamatan pasien*”
2. “*Seiring dengan perkembangan zaman pasien juga semakin kritis sehingga kita sebagai dokter gigi dituntut untuk dapat meningkatkan kualitas pelayanannya salah satunya budaya keselamatan pasien ini*”
3. “*Jujur dok 6 domain keselamatan pasien saya baru tahu dari materi penelitian dokter, karena selama ini yang saya tahu adalah 6 sasaran keselamatan pasien seperti yang tertulis di permenkes no 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien di fasyankes*”
4. “*Kita sekarang hanya bicara tentang patient safety, kita lupa dari diri kita sendiri harus ada budaya keamanan untuk pasien, baru tahu patient safety culture atau PSC/BKP*”
5. “*Pasien sekarang lebih kritis. Saya mengalami di klinik selalu ditanya, gelasnya sudah bersih?. Pasien bawa botol sendiri*”.
6. “*Sangat penting karena penggunaan alat harus steril, bagaimana cara sterilisasi, yang penting sebagai dokter gigi kita punya praktek pribadi, bagaimana melakukan patient safety. Penting sekali patient safety. Penelitian ini sangat bagus untuk rekomendasi ke Kemkes.*”
7. “*Untuk pasien sendiri, jika semua domain berjalan dengan baik, pasti pasien akan dapat output lebih baik. Memenuhi harapan pasien*”
8. “*... jika pasien dan dokter puas, maka tidak perlu promosi lagi*”

2. Pertanyaan Kedua

- a. Bagaimana kondisi **iklim teamwork** di faskes Dokter (dengan SDM lain misal perawat gigi, perawat umum, dokter gigi Spesialis, dokter umum, dsb) khususnya tentang budaya keselamatan pasien?



Gambar 5. 13 Hasil Analisis Word Cloud dari tema iklim kerja tim (*teamwork*)

Pada analisis gambar 5.13 Kata-kata yang sering diucapkan responden saat FGD pada pertanyaan nomor dua adalah Perawat, Pasien, Penting, Keselamatan, Pengalaman, Praktik, Puskesmas, Budaya, Bekerja

b. *Quotation* nya adalah

1. “*Teamwork sangat penting untuk praktik kolektif, peran perawat gigi sangat perlu sebagai tim*”
2. “*Sangat penting tim kerja misal dengan perawat gigi*”
3. “*Perawat adalah mitra kerja*”
4. “*Perawat sangat membantu dan bagi tim kami perawat selalu back-up*”
5. “*Rata2 perawat juga tak mau istirahat padahal kita suruh istirahat*”.
6. “*Kadang perawat minta dirawat. Setelah layani pasien cape*”.
7. “*Terkait teamwork budaya keselamatan pasien di poli gigi puskesmas, kami dokter gigi dan perawat gigi saling memberikan masukan misalnya ada prosedur yang lupa tidak dilakukan atau yang lain, dan tentunya dengan bahasa yang sopan apalagi jika sedang didepan pasien*”.
8. “*Team work dengan perawat penting bagi keselamatan praktik, misal saya lupa pakai google, perawat ingatkan*”.

3. Pertanyaan ketiga

Bagaimana iklim keselamatan pasien di tempat praktik dokter? Apabila ada kesalahan yang terjadi antar sejawat bagaimana tim dan manajemen apakah mendukung dokter?



Gambar 5. 14 Hasil Analisis Word Cloud dari tema iklim keselamatan pasien (*Safety Climate*)

Kata-kata yang sering diucapkan responden saat FGD pada pertanyaan nomor tiga (gambar 5.14) adalah Pasien, Keselamatan, Penting, Manajemen, Dokter, Perawat, Budaya, Klinik, Manajemen, Kesalahan

b. Quotationnya adalah:

1. "Bergantung pada kesadaran diri sendiri, karena jika berharap dengan manajemen atau negara harus memperjuangkan keselamatan pasien. Keselamatan pasien adalah keselamatan dokter gigi juga".
 2. "Pendapat saya bahwa seluruh nilai keselamatan pasien tidak dapat terpisahkan"
 3. "Ketika manajerial membuat regulasi keselamatan pasien salah satunya pedoman kerja, tim manajemen tersebut mensosialisasikan agar iklim kerja dapat berjalan dengan baik. Masing-masing akan bekerja sama dengan antar unit. Bagaimana SOP dalam tindakan kepada pasien".
 4. "Budaya keselamatan pasien adalah budaya yg harus dipupuk sedini mungkin agar semuanya saling mengerjakan dengan sinergis. Yang diutamakan adalah keselamatan pasien".
 5. "Banyak hal yang mempengaruhi keselamatan pasien. namun dengan tidak mudah dan kadang belum jadi budaya karena belum banyak yang berani speak up. No blaming dan No shaming itu juga suatu kebudayaan. Bukan

budaya yang mendorong. Manajemen harus mendukung agar tidak ketakutan jika berbuat kesalahan karena manusia tidak sempurna”

6. *“Untuk keselamatan pasien sudah merasa aman, karena di klinik saya hanya ada dua (2) drg dengan 2 ruangan praktek. Keamanan & keselamatan lebih membagi jadwal pasien. Misalnya ada pasien yang butuh perawatan lebih, 2 dokter dilibatkan disitu. Penanganan kontrol, scaling bisa langung menjalankan bersamaan pada masing-masing ruangan. Kalau ada kasus berat, semua konsen membantu, hanya 1 ruang yang beroperasi”*
 7. *“Sangat perlu budaya keselamatan pasien di puskesmas agar semua tujuan keselamatan layanan tercapai”*
 8. *“Keselamatan pasien di Rumah Sakit sudah oke, ada ruangan tekanan negatif”*
 9. *“Manajemen sangat mendukung iklim keselamatan pasien. Era akreditasi ini di puskesmas terdapat tim keselamatan pasien dan manajemen resiko, kebetulan saya sebagai penanggung jawabnya dok, yang kedudukannya langsung bertanggungjawab kepada kepala puskesmas. Seluruh pegawai puskesmas telah disosialisasikan tentang jenis-jenis insiden keselamatan pasien dan bagaimana alur pelaporan jika terjadi insiden kemudian tim keselamatan pasien mencatat semua laporan insiden mencari akar permasalahan dan melaporkan ke kepala puskesmas”*
 10. *“Budaya keselamatan harus saling mendukung. Jika manajemen sudah membuat sistem yang bagus, tetapi pelaksanaan tetap oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Kelelahan dapat menyebabkan kejadian yang tidak diharapkan”*
4. Pertanyaan Ke-Empat

Puaskah dokter bekerja di faskes dokter saat ini? Bersediakah dokter dirawat ditempat praktik dokter saat ini?



Gambar 5. 15 Hasil Analisis Word Cloud dari tema Kepuasan Kerja (*Job Satisfaction*)

- a. Kata-kata yang sering diucapkan responden saat FGD pada pertanyaan nomor empat (gambar 5.15) adalah Puas, Pasien, Kepuasan, Keselamatan, Nyaman, Aman, Klinik, Pekerjaan, Rekan, Mengerti
- b. Quotationnya adalah :
 1. *"Bagian pendaftaran harus bekerja sama, jadi sama-sama puas"*
 2. *"Oleh sebab itu harus bisa mengerti satu sama lain & jadi kepuasan tersendiri , nyaman & aman, dan puas bekerja disitu"*
 3. *"Kalau kepuasan, karena mencintai pekerjaan maka puas dan bekerja dengan baik hanya kalau dalam pelayanan pasien KGU, kadang karena terbatas jadi kayak mau perang".*
 4. *"Dokter merasa puas dan nyaman bekerja di praktek sendiri"*
 5. *"Saya bekerja di tempat saya sekarang alhamdulillah puas, rekan rekan di puskesmas maupun klinik seperti keluarga sendiri"*
 6. *"Terapkan iklim keselamatan untuk kepuasan pasien , pasien puas maka tujuan tercapai "*

7. "Kepuasan kerja didapat dari keseluruhan staf puskemas, masing-masing orang sudah puas dengan pekerjaan di bidang masing-masing, sehingga meningatkan keselamatan pasien sendiri"
 8. "Senang bekerja, kepuasan pasien, mengalami kenyamanan bekerja".

5. Pertanyaan Ke-lima

Stress Recognition _ Bagaimana dokter gigi mengelola stres di tempat praktik. Apakah bila lelah masih lanjut bekerja? Lalu apa solusi bila terjadi kondisi seperti itu?



Gambar 5.16 Hasil Analisis Word Cloud dari tema Pengakuan Stress (*Stress Recognition*)

- a. Kata-kata yang sering diucapkan responden saat FGD pada pertanyaan nomor lima (gambar 5.16) adalah Pasien, Stres, Dokter gigi, Kelelahan, Manajemen, Pembatasan pasien, Jadwal, Komunikasi, Keluhan, Performa, Maksimal
 - b. Quotation adalah :
 - 1. *“Dengan teamwork yang baik, maka stres di tempat kerja bisa dieliminir”*
 - 2. *“Hindari stres , dokter gigi perlu pembatasan pasien sehingga dapat lebih fleksibel dalam mengelola pasien. Jika adanya kelelahan dibutuhkan saling melengkapi. Namun dokter gigi tidak*

boleh menunjukkan bahwa dirinya lelah. Sehingga dokter gigi jika sudah merasa lelah perlu mengatur waktunya”

3. *“Stres muncul bila lelah , khususnya dokter gigi wanita biasanya emosi labil tergantung hormonal juga”*
4. *“Komunikasi sangat penting saat stress recognition dari manajemen dapat mengingatkan”*
5. *“Stres menurunkan performance. Dokter gigi yang tidak melayani dengan baik, pasien bisa tersinggung karena dokter gigi terlalu lelah. Kelelahan dapat menurunkan konsentrasi, maka harus mengakui kelelahan . Kelelahan dapat menjadikan kejadian yg tidak diharapkan”.*
6. *“Stres butuh kejujuran dan saling memahami karena bisa berakibat malpraktik atau ada kesalahan tindakan pada pasien”*
7. *“Jujur mengakui stres mempengaruhi kerja, oleh sebab itu penting untuk pengendalian stres, sehingga jika merasa tidak baik-baik saja maka info ke resepsionis, untuk membatasi pasien karena menyadari belum tentu kerjanya maksimal kalau dalam keadaan seperti itu , tidak memaksakan diri”*
8. *“Jika stres selain menurunkan performa, tapi juga kepercayaan diri yang menurun, akhirnya solusi ke pasien premedikasi dahulu*
9. *“Stres lebih mudah dihadapinya karena cukup butuh 15 menit untuk relaksasi. Lebih ke lelah daripada stres kerjaan.*
10. *“Jumlah pasien dibatasi agar tidak stres , tingkat stres tinggi dalam menangani pasien anak. Yang harusnya hanya 1 jam bisa menjadi 2 jam. Apabila lelah harus dibatasi agar tidak stres dan pasien mengerti”.*
11. *“Dalam mengatasi stres dan lelah karena banyaknya pasien maka perlu dukungan manajemen untuk membatasi jumlah pasien, Jika darurat bisa diberi premedikasi atau obat dulu dan lain sebagainya”*
12. *“Beban kerja berlebihan akan masuk ke wilayah stres ”.*

13. "Stres disini tidak hanya lelah dalam menghadapi pasien tetapi walau lelah pelayanan tidak boleh berhenti, dokter gigi seakan bersandiwarai juga, tidak boleh menampakkan lelah didepan pasien"
14. "Stres bila sudah melakukan yang terbaik tetapi masih dikomplain pasien. Beri pengertian kepada pasien"
15. "Stres timbul bila Lelah"
16. "Stres selalu ada, stres paling berat jika ada complain (keluhan) dari pasien".
17. "Stres yang paling penting adalah complain"
18. "Untuk release stres, bekerja dengan santai, kita atur dan kurangi jumlah pasien"
19. "Stress itu di lingkungan puskesmas, satu staf membawahi beberapa program, double job, stress akibat bertumpuk/overload".
20. "Stress di klinik lebih ringan daripada stres di puskes, pasien banyak, remunerasi kecil"
21. "Stress ini suatu hal yang tak bisa dihindari, dari saya pribadi, saya hanya di puskesmas, untuk stress recognisinya, kami berupaya menyesuaikan jumlah dan personilnya sesuai permenkes, mengusulkan dipenuhi".

6. Pertanyaan ke- enam

Apakah Manajemen di faskes Saudara mendukung atau kompromi dalam hal keselamatan pasien ?



Gambar 5. 17 Hasil Analisis Word Cloud dari tema Persepsi Manajemen

- a. Kata-kata yang sering diucapkan responden saat FGD pada pertanyaan nomor enam (gambar 5.17) adalah Manajemen, Mendukung, Keselamatan, Pasien, Dokter, Puskesmas, Budaya, Klinik, Persepsi, Insiden, Akreditasi, Prioritas
- b. Quotation adalah :
 1. *"Tim manajemen tersebut mensosialisasikan agar iklim kerja dapat berjalan dengan baik".*
 2. *"Persepsi manajemen paling penting agar tercipta regulasi, prosedur kerja sehingga tim di bawahnya mengikuti tatanan dari manajemen".*
 3. *"Manajemen harus merangkul pelayanan terdepan".*
 4. *"Persepsi manajemen penting baru encourage lainnya agar ada kepuasan tiap individunya. karena kalau dalam tekanan, maka bisa mempengaruhi kerja."*
 5. *"Manajemen perlu mendukung guna keselamatan pasien Koordinasi manajemen dan sdm sangat perlu"*

6. "Manajemen sangat mendukung melalui kepala klinik. Ada jenjang nya Walau klinik pribadi, manajemen skala kecil harus mendukung keselamatan pasien "
7. "Mematuhi seluruh prokes dan manajemen mendukung"
8. "Manajemen sangat bagus. Cuma ada prioritas, poli lain yang lebih menghasilkan lebih diprioritaskan, misal Poli Bedah, Penyakit Dalam, dsb",
9. "Manajemen support, tetapi Poli Gigi Tetap mengajukan sarpras berulang-ulang atas usulan karena bagian lain juga lebih prioritas".
10. "Manajemen sangat mendukung iklim keselamatan pasien. Era akreditasi ini di puskesmas terdapat tim keselamatan pasien dan manajemen resiko, kebetulan saya sebagai penanggung jawabnya dok, yang kedudukannya langsung bertanggungjawab kepada kepala puskesmas".

7. Pertanyaan ke-tujuh

7.1 Bagaimana Kondisi kerja di klinik Sdr ?



Gambar 5. 18 Hasil Analisis Word Cloud dari tema Kondisi Kerja (*Working Condition*)

- a. Kata-kata yang sering keluar pada pertanyaan nomor 7 (gambar 5.18) adalah Nyaman, Kondisi Kerja, Suasana, Konduatif, Aman, Betah, Memuaskan, Pengawasan, Mendukung, Lingkungan

b. Quotation

1. “Kondisi kerja disesuaikan dengan kondisi nyaman dan aman sehingga betah di tempat kerja kita”
2. “Harus dibuat supaya aman dan nyaman lingkungan kerja kita”
3. “Kita ciptakan lingkungan nyaman di tempat kerja”
4. “Kondisi kerja suasannya harus prima untuk bekerja”
5. “Setuju dengan kondisi aman,nyaman,kondusif”
6. “Walau kecil lingkungan aman dan nyaman”

7.2 Apakah faskes Sdr memberikan pelatihan yang memadai untuk personil baru ? Bagaimana pengawasan terhadap kondisi kerja tersebut



Gambar 5. 19 Hasil Analisis *Word Cloud* dari tema Kondisi Kerja (*Working Condition*)

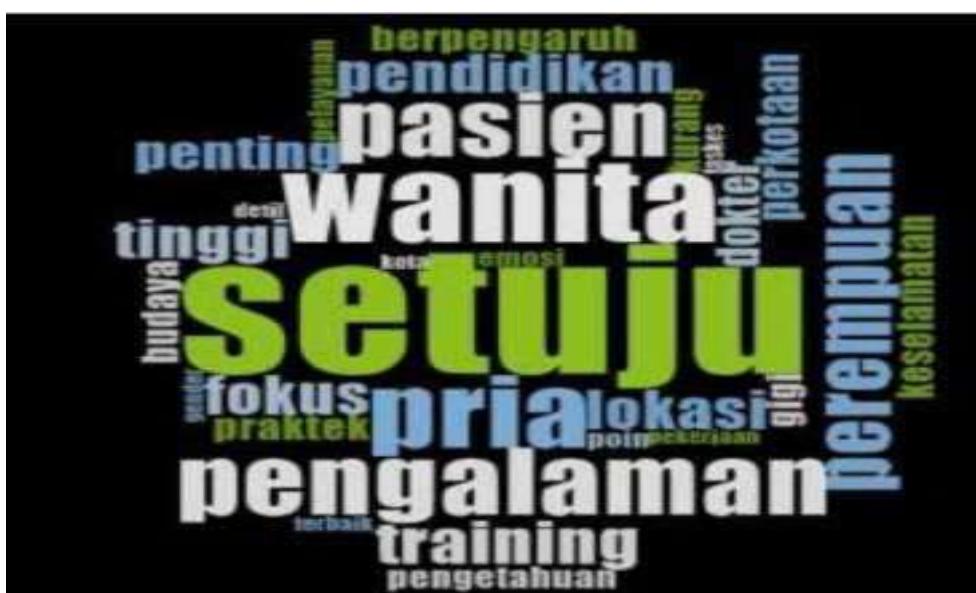
- a. Kata-kata yang sering keluar pada kalimat ke - delapan (gambar 5.19) adalah Orientasi, Klinik, Kondisi, Manajemen, Adaptasi, Menyenangkan
- b. Quotation adalah

1. “SDM baru selalu ada orientasi ke semua bagian, lalu spesifik di area kerja, misal dokter gigi ya di poli gigi, dsb”
2. “Jika ada yang baru, harus dikenalkan ke kantor dan ruang-ruang, setelah itu kita jelaskan yang biasa kita kerjakan, agar bisa cepat beradaptasi. (Pengenalan, orientasi dan adaptasi di lingkungan baru)”
3. “Selalu ada training di Rumah Sakit”t
4. “Pelatihan rutin sdm di faskes”
5. “Pelatihan bisa juga dengan mengikutkan sdm seminar-seminar rutin”
8. Pertanyaan ke-9 korelasi dengan penelitian sebelumnya

Bahwa pria lebih tinggi nilai Budaya Keselamatan Pasiennya daripada wanita

Bahwa dokter dengan pendidikan lebih tinggi, klinik/RS di perkotaan, pengalaman praktik dan pernah mengikuti training keselamatan pasien ternyata hasil nilai BKP nya lebih positif daripada yang sebaliknya.

Bagaimana pendapat dokter ?



Gambar 5. 20 Hasil Analisis Word Cloud dari Tema Pria lebih tinggi nilai BKP nya daripada Wanita

Analisis *Word Cloud* pada gambar 5.20 dapat dijelaskan sebagai berikut,

- a. Kata-kata yang sering keluar pada pertanyaan ke-8 adalah Setuju, Pria, Wanita, Perempuan, Pengalaman, Dokter gigi , Pendidikan, Budaya, Keselamatan, Training, Fokus, Praktik, Emosi,
- b. Quotation
 1. *“Setuju , karena pria lebih strict & jiwa pemimpin pada pria lebih strict. Sedangkan ibu-ibu terlalu banyak kompromi”.*
 2. *“Setuju. Perempuan banyak dipengaruhi emosi dalam pengambilan keputusan. dan setuju terhadap poin lainnya”*
 3. *“Wanita mood-mood-an dan punya banyak tanggung jawab. Pria lebih bisa kontrol emosi”*
 4. *“Setuju karena ada keadaan hormonal”*
 5. *“Dipengaruhi PMS, komunikasi kurang baik, kurang fokus”*
 6. *“Perempuan lebih terbawa perasaan”*

5.6 Tahap 4 : Uji Intervensi

Hasil Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif FGD dipadukan dengan Teori dari Referensi menjadi dasar modul Intervensi. Modul Intervensi dibuat dalam bentuk **video edukasi** dan **modul aplikasi berbasis web**. Penentuan **sampel intervensi** diambil dari 1111 responden dengan nilai BKP yang sudah ditetapkan dan pemilihan secara acak, diambil **81 responden**⁹⁴ terdiri dari responden FGD kualitatif dan lainnya (G Power - Effect size 0.4 , besar sampel min - 52) jadi responden $81 > 52$. Dibuat matriks sub sampel intervensi dengan katagori Nilai BKP Before sudah tertera sesuai pengkatagorian Kuartil Nilai BKP (1-2-3-4). Pemilihan Responden terdiri dari peserta kualitatif FGD yang bersedia dan responden lain dari 1111 responden. Jumlah **81** dokter gigi dari Kuartil Pos – Neg area 3 Cluster.

5.6.1 Tahapan dalam Uji Intervensi

1. Responden dihubungi melalui Daring yaitu Whatts app call atau Whatts app message kemudian disampaikan permohonan ijin untuk mengikuti tahap lanjutan
2. Bila bersedia akan dikirim
 - a. surat pemberitahuan dan undangan penelitian ,
 - b. link informed consent
 - c. materi tahap awal tentang Patient Safety Culture (BKP)
 - d. materi intervensi
 - e. link kuesioner SAQ via google form
3. Selain via WA materi bisa juga diupload via Youtube private Responden diminta membaca, mendengarkan , memahami dan menelaah kemudian diminta mengisi Kuesioner SAQ via G Form Kembali
4. Hasil dari 81 responden dianalisis dan dibandingkan before afternya kemudian dilakukan penarikan kesimpulan terhadap nilai budaya keselamatan masing-masing responden
5. Analisis Hasil Intervensi

Data intervensi adalah data berpasangan karena tiap responden terpilih diukur dua kali, yaitu sebelum intervensi dan sesudah intervensi

Untuk mengukur efektifitas intervensi , dilakukan uji beda rerata pada sebelum dan sesudah intervensi. Efektif artinya ada perubahan signifikan yang meningkat sesudah intervensi dibanding sebelumnya

Sebelum dilakukan uji, dilakukan uji normalitas dengan uji satu kelompok dengan uji Kolmogorov Smirnov. Jika hasilnya terdistribusi normal , maka dilakukan uji parametrik dengan uji t berpasangan (*paired t-test*), namun jika tidak terdistribusi normal, maka dilakukan uji non parametrik yaitu uji Wilcoxon Signed Rank uji nonparametrik untuk mengukur apakah ada perbedaan bermakna antara nilai

pengukuran sebelum dan sesudah (2 kelompok) data berpasangan berskala ordinal atau interval tetapi berdistribusi tidak normal

Pada data intervensi terdapat 81 responden. Tahap pertama kali dilakukan uji normalitas. Tabel 5.29 menunjukkan hasil uji normalitas dari 6 domain, total skor dan rerata skor. Hampir semua variabel item kuesioner BKP tidak terdistribusi normal, kecuali total skor dan mean skor pada data sesudah intervensi dan domain stress sebelum intervensi. Hal ini berarti analisis data intervensi menggunakan non parametrik yaitu uji Wilcoxon.

Tabel 5. 29 Uji normalitas dengan uji Kolmogorov-Smirnov domain, total skor dan rerata skor dalam kuesioner SAQ Indo (n=81)

Variabel	p value sebelum intervensi	p value setelah intervensi
Total skor	0,000*	0,171
Mean skor	0,000*	0,171
mean_iklim teamwork	0,000*	0,000*
mean_iklim keselamatan	0,000*	0,000*
mean_kepuasan kerja	0,000*	0,000*
mean_stress	0,049	0,000*
mean_persepsi manajemen	0,000*	0,000*
mean_kondisi kerja	0,000*	0,000*

*p<0,05

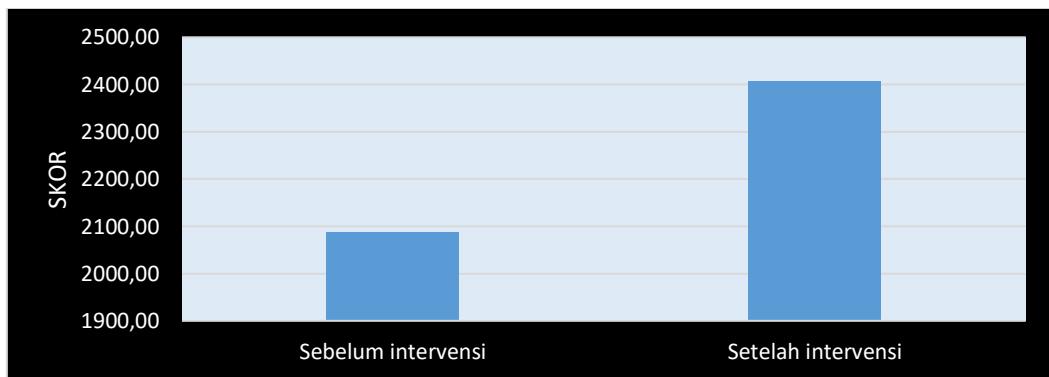
Tabel 5. 30. Uji Wilcoxon signed rank masing-masing item, domain, total score dan rerata skor dalam kuesioner SAQ Indo (n=81) *p<0,05

Variabel	Sebelum intervensi				Setelah intervensi				Meandelta (setelah dikurangi sebelum)	p value Wilcoxon signed rank test
	Mean	Std. Deviation	Median	N	Mean	Std. Deviation	Median	N		
k1	75,93	17,43	75	81	83,33	11,86	75	81	7,407	0,001*
k2_dibalik	72,22	21,65	75	81	80,56	14,79	75	81	8,333	0,003*
k3	74,07	18,73	75	81	81,17	12,20	75	81	7,099	0,002*
k4	75,31	19,16	75	81	82,72	13,49	75	81	7,407	0,004*
k5	74,69	19,96	75	81	78,40	16,18	75	81	3,704	0,133
k6	76,54	25,72	75	81	86,11	14,25	75	81	9,568	0,003*
k7	74,38	20,15	75	81	83,33	12,50	75	81	8,951	0,000*
k8	74,38	17,22	75	81	81,17	13,99	75	81	6,790	0,003*
k9	71,30	21,33	75	81	77,47	15,11	75	81	6,173	0,019*
k10	70,99	21,09	75	81	77,47	13,47	75	81	6,481	0,011*
k11_dibalik	67,90	24,44	75	81	76,54	17,83	75	81	8,642	0,015*
k12	70,37	23,42	75	81	79,01	16,98	75	81	8,642	0,002*
k13	69,44	24,04	75	81	80,25	12,32	75	81	10,802	0,000*
k14	84,88	17,54	75	81	94,75	10,24	100	81	9,877	0,000*
k15	81,79	22,71	75	81	91,67	13,11	100	81	9,877	0,000*
k16	77,47	20,00	75	81	88,89	13,69	100	81	11,420	0,000*
k17	77,47	21,51	75	81	91,67	12,50	100	81	14,198	0,000*
k18	79,32	19,68	75	81	90,74	12,77	100	81	11,420	0,000*
k19	59,57	24,55	75	81	70,37	22,40	75	81	10,802	0,009*
k20	55,25	27,59	75	81	69,75	21,18	75	81	14,506	0,000*
k21	43,52	27,89	50	81	56,79	24,69	50	81	13,272	0,001*

Variabel	Sebelum intervensi				Setelah intervensi				Meandelta (setelah dikurangi sebelum)	p value Wilcoxon signed rank test
	Mean	Std. Deviation	Median	N	Mean	Std. Deviation	Median	N		
k22	53,40	28,98	75	81	69,75	22,26	75	81	16,358	0,000*
k23	73,77	18,50	75	81	84,57	14,01	75	81	10,802	0,000*
k24	52,16	30,41	50	81	75,31	24,84	75	81	23,148	0,000*
k25	66,98	19,70	75	81	75,62	15,80	75	81	8,642	0,001*
k26	69,75	24,91	75	81	78,70	14,31	75	81	8,951	0,005*
k27	62,65	25,35	75	81	80,25	15,16	75	81	17,593	0,000*
k28	72,53	21,14	75	81	79,32	15,71	75	81	6,790	0,011*
k29	65,74	22,17	75	81	79,94	15,52	75	81	14,198	0,000*
k30	63,58	23,40	75	81	80,25	14,10	75	81	16,667	0,000*
totalskor	2087,35	398,34	2100	81	2405,86	270,83	2375	81	318,519	0,000*
meanskor	69,58	13,28	70	81	80,20	9,03	79	81	10,617	0,000*
mean_iklim	74,79	14,89	75	81	82,05	10,35	79	81	7,253	0,000*
mean_safety	71,25	15,84	75	81	79,32	10,51	75	81	8,069	0,000*
mean_puas	80,19	18,10	80	81	91,54	11,03	100	81	11,358	0,000*
mean_stress	52,93	23,11	56	81	66,67	17,68	69	81	13,735	0,000*
mean_persepsi	65,66	16,06	63	81	78,55	12,30	75	81	12,886	0,000*
mean_kondisi	66,13	19,16	75	81	79,94	13,02	75	81	13,812	0,000*

Hasil analisis diatas pada tabel 5.30 dan grafik 5.1 menunjukkan bahwa terdapat peningkatan nilai total skor sebelum dan setelah intervensi dan hasilnya uji Wilcoxon signed rank masing-masing item, domain, total score dan rerata skor dalam kuesioner SAQ- Indo berbeda signifikan

Grafik 5. 1 Rerata nilai pengukuran (dalam skala 0-3000) sebelum dan setelah intervensi pada total skor (N = 81)



Dengan menggunakan grafik terlihat bahwa terdapat peningkatan nilai total skor sebelum intervensi dengan rerata 2087,35 dan menjadi 2405,86 setelah intervensi dan hasilnya uji Wilcoxon signed rank berbeda signifikan.

Tabel 5. 31 Perubahan status BKP dari sebelum dan sesudah intervensi

		Setelah intervensi		Total	% perubahan positif
		Negatif	Positif		
Sebelum intervensi	Negatif	2	43	45	95,6%
	Positif	4	32	36	88,9%
Total		6	75	81	

Tabel 5.31 menjelaskan bahwa sebelum intervensi terdapat 45 responden yang status BKPnya negatif. Dari jumlah tersebut, setelah intervensi 43 responden berubah menjadi positif dan 2 orang tetap atau tidak berubah. Sementara itu

sebelum intervensi ada 36 orang dengan status BKP positif dan dari jumlah tersebut 32 orang tetap positif dan 4 orang menjadi negatif.

Tabel 5. 32 Perubahan kuartil BKP dari sebelum dan sesudah intervensi

		Setelah intervensi				Total	% perubah an positif
		Rendah	Sedang	Baik	Baik sekali		
Sebelum intervensi	Rendah	1	0	0	19	20	95,0%
	Sedang	1	0	0	24	25	96,0%
	Baik	2	0	0	19	21	90,5%
	Baik sekali	2	0	0	13	15	86,7%
Total		6	0	0	75	81	

Tabel 5.32 menunjukkan kuartil BKP sebelum dan sesudah intervensi. Dari 20 orang dengan BKP rendah sebelum intervensi, sebanyak 95,0% berubah menjadi positif. Sementara dari 25 yang BKP sedang, sebanyak 96,0% berubah menjadi positif. Dari 21 orang dengan BKP baik sebelum intervensi, sebanyak 90,5% tetap menjadi baik dan dari 15 orang dengan BKP baik sekali sebelum intervensi, sebanyak 86,7% tetap menjadi sangat baik.

Terlampir dokumentasi pelaksanaan tahap intervensi, dimana responden memberikan contoh penerapan BKP di faskes masing-masing setelah dilakukan intervensi (gambar 5.21,5.22 dan 5.23)

Dokumentasi Pelaksanaan Tahap Intervensi melalui daring



Gambar 5. 21 Dokumentasi Penerapan BKP tahap Intervensi Indonesia Timur (Papua, Maluku)



Gambar 5. 22 Dokumentasi Penerapan BKP tahap Intervensi Indonesia Tengah (Palu, Makassar, Mataram, Poso)



Gambar 5. 23 Dokumentasi Penerapan BKP Indonesia Barat (Aceh, Batam, Bogor, DKI Jakarta)

5.7 Tahap 4 : Pembuatan Aplikasi Budaya Keselamatan Pasien berbasis Web dan Mobile Apps

Penelitian tahap awal dengan *mixed method* yaitu uji kuantitatif, kualitatif hingga intervensi ini menghasilkan luaran selain alat ukur kuesioner Budaya Keselamatan Pasien (SAQ-Indo) juga berupa modul Edukasi kepada responden berupa video Edukasi yang dikemas dalam aplikasi berbasis Web dan Mobile Apps. Tujuannya adalah agar ke depan penelitian ini bisa bermanfaat untuk sejawat lain yang akan mengaplikasikan kuesioner Budaya Keselamatan Pasien versi Indonesia serta untuk penilaian mandiri (*self assessment*) bagi dokter gigi ataupun sejawat tenaga Kesehatan yang bekerja di bidang Kedokteran Gigi .

Mobile Apps diberi nama SafeDental.ID untuk memudahkan dalam mengingat serta menjadikan kata kunci untuk edukasi dalam bidang Budaya Keselamatan (*Safety Culture*) baik bagi pasien maupun tenaga kesehatan.

Modul aplikasi ini memiliki dua fungsi yaitu sebagai User yang akan mengisi kuesioner SAQ Indo beserta tahapannya yaitu Pengantar - Penjelasan tentang Budaya Keselamatan Pasien - Isi kuesioner – Keluar Hasil penilaian Mandiri (*Self Assessment*) – Melihat Video Edukasi Penerapan dan Solusi BKP .

Fungsi kedua adalah sebagai Admin, dimana Admin melakukan pengumpulan data serta analisis data-data yang masuk. Serta mengelola sajian hasil penilaian

Saat ini Modul SafeDental.ID bisa diakses pada link sebagaimana berikut <https://SafeDental-ID.com>

5.7.1 Contoh Tahapan Masuk Aplikasi SafeDental.ID

1. Masuk ke <https://SafeDental-ID.com>, lihat tampilan halaman depan SafeDental.ID (gambar 5.24), tekan mulai survey
2. Masuk halaman Login guna pengisian Username dan Password (gambar 5.25)
3. Ubah data profil
4. Ubah kata sandi
5. Kelola data pengguna dan file edukasi yang bertujuan untuk melihat histori data (kelola data) termasuk data demografi
6. Keluar aplikasi



Gambar 5. 24 Tampilan Depan Safe.Dental.ID

5.7.2 Hak Akses Responden

1. Masuk Aplikasi User/Pengguna
2. Ubah data Profil
3. Ubah kata sandi

4. Mengisi data untuk penilaian mandiri (*Self Assesment*)
 5. Menerima informasi hasil penilaian mandiri
 6. Melihat video Edukasi
 7. Melihat hasil Penilaian Mandiri
 8. Keluar dari Aplikasi



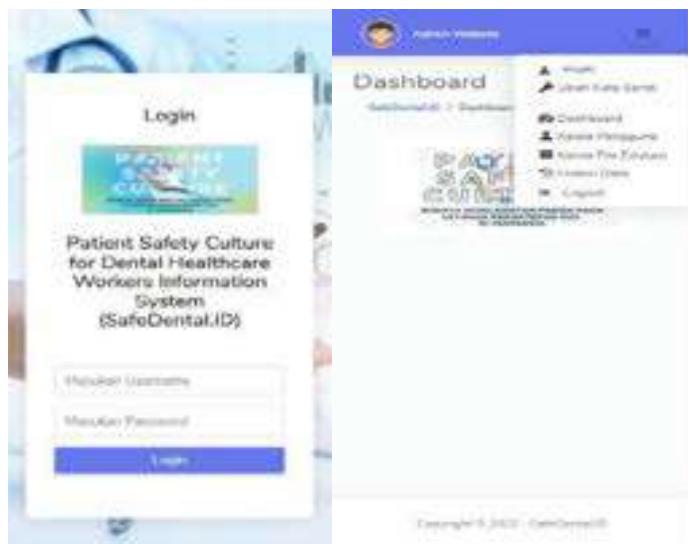
Gambar 5. 25 Tampilan halaman Login guna pengisian Username dan Password

Tahapan gambar prosedur selanjutnya mohon lihat di lampiran

5.8 Membuat program aplikasi

Langkah berikutnya adalah menuliskan program, sehingga apa yang diinputkan oleh pengguna akan dapat diproses oleh program tersebut dan data akan disimpan di database.

Pada tahap ini juga juga, dibuat versi mobile agar pengguna dapat melakukan akses aplikasi melalui perangkat seluler (*device mobile*). Adapun tampilan dari versi mobile nya adalah sebagai berikut (gambar 5.26 dan 5.27)



Gambar 5. 26 Tampilan versi mobile

c. Menu Responden



Gambar 5. 27 Tampilan versi mobile dan logo SafeDental.ID

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Tahap Adaptasi Lintas Budaya Alat Ukur SAQ ke Versi Indonesia

Studi ini merupakan adaptasi lintas budaya dari SAQ asli versi Texas²¹ yang telah dimodifikasi dari versi Cina^{17,19,25} dan telah divalidasi dalam versi Bahasa Indonesia dengan nama SAQ – Indo³⁰ untuk digunakan oleh dokter gigi di Indonesia.

Data demografi menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah perempuan, dokter gigi dan responden yang berpraktik di fasilitas kesehatan primer mendominasi (77,2%), dengan sisanya praktik di fasilitas kesehatan sekunder. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya tentang tenaga kesehatan yang menunjukkan bahwa mayoritas dokter gigi berada di fasilitas kesehatan primer dan menekankan pentingnya keselamatan pasien dalam kedokteran gigi di fasilitas tersebut^{4,11,14}

Mayoritas responden berpraktik di daerah perkotaan, dan hanya 5,6% bekerja di daerah pedesaan. Rata-rata, responden dokter gigi umum memiliki latar belakang gelar sarjana dan memiliki pengalaman praktik mulai dari minimal 5 hingga lebih dari 20 tahun. Dokter Gigi yang pernah menghadiri seminar atau pelatihan tentang keselamatan pasien mendominasi kalangan responden. Hasil ini menunjukkan bahwa mereka dapat memahami isi dari kuesioner budaya keselamatan pasien. Sesuai dengan kriteria inklusi, dokter gigi profesional harus memiliki Surat Tanda Registrasi serta Surat Ijin Praktik yang valid, dan sebagian besar memenuhi persyaratan ini (98,8%).

Penelitian ini dilakukan saat era Pandemik COVID -19 dan proses pengumpulan data dilakukan secara daring. Kondisi demikian memiliki kelebihan dan kekurangan. Penelitian ini lebih efisien dan berbiaya rendah, tetapi tidak semua target responden tercapai karena berbagai kendala, misal dokter gigi yang terkendala penggunaan media sosial atau yang jarang membaca pesan lewat grup,

para senior dokter gigi yang tidak mengerti penggunaan fitur-fitur media sosial (seperti whatts app, email, link *google form*) , dan dokter gigi yang tidak bersedia mengikuti penelitian ini.

Selanjutnya, penelitian online mungkin menyebabkan hasil yang lebih tidak bias karena peneliti tidak dapat terlibat langsung dengan responden dibandingkan dengan kuesioner tatap muka. Oleh karena itu, tingkat respons untuk pengumpulan data online akan lebih rendah daripada metode tatap muka.^{85,86} Penelitian ini juga bertujuan untuk mengidentifikasi potensi masalah yang mungkin terdapat dalam kuesioner sebelumnya, seperti kesalahpahaman tentang arti dan makna Budaya Keselamatan Pasien. Hal ini menunjukkan pula pentingnya sebuah penelitian dilakukan berdasarkan metode penelitian sebelumnya.^{22,82,95}

Hasil penelitian membuktikan bahwa sifat psikometrik SAQ versi bahasa Indonesia adalah valid dan reliabel. Tes keandalan dengan Cronbach menggambarkan bahwa kategori konsistensi internal berkisar dari baik hingga sangat baik, di mana, dalam penelitian sebelumnya, rentang nilai adalah 0,56 hingga 0,89.^{20,95,9687,97} Penelitian ini menunjukkan hasil yang lebih baik dari sebelumnya. Untuk ICC, semua item menunjukkan valid termasuk CITC, kecuali untuk domain Stress. Ini konsisten dengan hasil sebelumnya.^{19,21,25} Hasil penelitian menunjukkan bahwa SAQ versi bahasa Indonesia ini valid dan reliabel

Hasil analisis validitas konstruk dengan Spearman berkorelasi dalam hal item kuesioner, dimensi, dan total skor menunjukkan bahwa semua dimensi budaya keselamatan pasien memiliki korelasi kuat hingga sangat kuat dengan masing-masing item. Korelasi antara 6 dimensi dan skor total kuat. Sebagian besar korelasi dilihat dari total skor bervariasi dari sedang, kuat, dan sangat kuat. Intinya, SAQ versi bahasa Indonesia ini baik dan valid. Secara khusus, dimensi Stress menunjukkan secara konsisten kurang valid, dan hasil ini serupa dengan beberapa literatur sebelumnya.^{19,21,24,2526,27,98} Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengeksplorasi dan menganalisis dimensi stress.

Seperti diketahui bahwa suatu alat ukur akan mengukur pengetahuan, sikap dan Tindakan (*knowledge, attitude and practice -KAP*) SAQ-Indo ini merupakan alat ukur yang mengukur pengetahuan dan sikap, bukan tindakan, karena untuk

mengukur tindakan harus ada observasi dan dilakukan kombinasi dengan alat ukur lain misal *Motivational Interviewing* atau yang lain. Hal ini bisa diterapkan pada penelitian lanjutan yang akan datang.

Gambaran diatas menjelaskan bahwa SAQ-Indo sebagai alat ukur memiliki kelebihan antara lain, valid dan reliabel^{21,30,56,99}, termasuk 9 alat ukur yang sesuai untuk mengukur nilai Budaya Keselamatan Pasien, dapat dikombinasi untuk penelitian kualitatif seperti FGD²⁰, dapat diimplementasikan pada responden berjumlah besar,^{29,99} dan dapat mengukur sikap (*Attitude*) dan pengetahuan (*Knowledge*). Kekurangannya adalah tidak dapat mengukur tindakan (Practice, karena untuk Tindakan harus dilakukan observasi.

Untuk kuesioner yang berhubungan dengan domain stress, pada penelitian berikutnya dapat dilakukan penelitian lanjutan dengan responden lain pada bidang kedokteran gigi atau pun menggunakan responden berbeda dengan konsep yang sama, untuk dilakukan penyempurnaan kuesioner khususnya domain stress, dengan *re-wording* dan diuji kembali validitas dan reliabilitasnya, sehingga ke depan didapatkan SAQ versi Indonesia yang lebih sempurna untuk menyempurnakan versi yang telah ada saat ini.

Penelitian pendahuluan ini hanya dilakukan pada dokter gigi di Provinsi DKI Jakarta, ibu kota Indonesia dari 5 kabupaten/kota. Jakarta sebagai ibu kota Indonesia memiliki kondisi yang relatif heterogen^{76,100}.dengan tujuan untuk melakukan adaptasi lintas budaya alat ukur menjadi SAQ versi Indonesia serta guna menjadi landasan awal untuk penelitian berikutnya yang mencakup area seluruh Indonesia.

6.2 Tahap Uji Kuantitatif

Pada penelitian ini, persentase positif *Patient Safety Culture* adalah 51,6% dan hasil ini sejalan dengan beberapa penelitian lain di China¹⁰¹ , yaitu 51,1% dan 55,7% di Taiwan.^{17,97} Hasil serupa ditemukan, meskipun respondennya berbeda. Responden dalam penelitian di Cina dan Taiwan adalah tenaga kesehatan dan dalam penelitian ini respondennya adalah dokter gigi.

Pada penelitian-penelitian sebelumnya, pengumpulan data lebih banyak dilakukan di fasilitas kesehatan sekunder, sedangkan pada penelitian ini lebih banyak

dilakukan pada fasilitas kesehatan primer.

Demikian pula dengan metode memperoleh nilai Budaya Keselamatan Pasien serta pengkategorian positif negatifnya yang menggunakan cut off 75%¹⁷ dan median 50% persentil²⁵ tetapi hasilnya juga sama. Referensi ini menggunakan nilai rata-rata (*mean score*) dan nilai total (*total score*) dan penelitian di Indonesia menggunakan skor total tetapi hasilnya juga tetap sama. Hal ini menunjukkan bahwa metode Nilai Total (*Total Score*) memberikan hasil yang baik.

Dalam analisis hubungan antara Budaya Keselamatan Pasien dan sejumlah faktor dalam penelitian ini, yang signifikan adalah jenis kelamin, pendidikan, lokasi praktik, pengalaman praktik dan pernah mengikuti pelatihan keselamatan pasien. Dalam penelitian ini gender berhubungan secara signifikan seperti pada penelitian di Harbin⁹⁵ Demikian pula terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan Nilai Budaya Keselamatan Pasien, dan hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Harbin, Cina Utara⁹⁵.

Pengalaman praktik berhubungan signifikan dengan Nilai Positif dari Budaya Keselamatan Pasien ($p=0.014$) khususnya bagi pengalaman praktik diatas 20 tahun (OR 1,56), hal ini sejalan dengan penelitian di Taiwan.¹⁷ Pengalaman praktik responden secara signifikan berhubungan dengan nilai BKP , tetapi pada penelitian lain tidak berhubungan atau tidak diteliti.⁹⁷. Pelatihan dalam penelitian ini memiliki efek positif pada BKP, demikian pula pada penelitian di Taiwan dan Cina.^{97,101}

Terdapat kecenderungan pada sampel yang lebih besar menunjukkan peluang yang lebih tinggi menghasilkan faktor-faktor yang berkontribusi secara signifikan yang berkorelasi dengan Budaya Keselamatan Pasien.

Pada penelitian di Taiwan terdapat korelasi yang signifikan pada faktor usia¹⁷ demikian pula pada penelitian lain^{95,101} namun pada penelitian kami tidak signifikan, hal ini dapat terkait dengan perbedaan *cut off* yang digunakan pada setiap penelitian.

Ada faktor lain yang tidak kami teliti yang ternyata signifikan dalam penelitian lain, misalnya posisi pekerjaan, kolaborasi dengan staf lain, ini bisa disarankan untuk penelitian selanjutnya.

Untuk identifikasi karakteristik demografi responden dengan jumlah sampel 1111 dokter gigi khususnya berhubungan dengan Cluster Indonesia Barat,Tengah dan Timur seperti yang digambarkan dalam tabel 5.8 menunjukkan asal responden, mayoritas sebanyak 294 dokter gigi dari DKI Jakarta,diikuti 146 dari Jawa Barat dan 132 dari Jawa Timur, yang paling sedikit adalah responden dari Sulawesi Barat dan Sulawesi Tenggara yaitu masing-masing 2 orang dokter gigi, tetapi dari rasio populasi dibanding sampel, menunjukkan bahwa responden yang berkontribusi justru dominan dari sampel Cluster Indonesia Tengah dan Indonesia Timur, dimana misal dari Kalimantan Barat Rasio sampel per populasinya 10.95% artinya dari 283 dokter gigi di KalBar 31 dokter gigi bersedia menjadi responden penelitian, Demikian pula Kalimantan Utara 10.89% (11 responden dari 101 dokter gigi di Kal Ut) lalu Papua 10.65% (18 responden dari 169 dokter gigi di Papua) serta Sulawesi Tengah 9.69 % (19 responden dari 196 dokter gigi di Sulteng) .

Untuk rekapitulasi Cluster Indonesia Barat , Tengah dan Timur, maka 943 responden dari Barat menjadi responden dengan populasi dokter gigi di Indonesia Bagian Barat yang 30.043, maka rasio sampel terhadap populasinya adalah 3.1 %. Bagi Cluster Indonesia Tengah, 143 responden disbanding populasi sebesar 5319, dengan rasio sampel terhadap populasi adalah 2.7 %. Untuk cluster Indonesia Timur jumlah responden adalah 22 dokter gigi, tetapi dengan jumlah populasi sebesar 253 maka rasionalya adalah 8.7%. Kondisi ini juga menggambarkan bahwa walau jumlah responden di Indonesia Barat cukup besar dalam penelitian ini yaitu sejumlah 943 responden tetapi dibandingkan dengan populasi dokter gigi di Indonesia Barat yang 30.043 maka secara rasio hanya 3.1% dan lebih sedikit dibanding Cluster Indonesia Timur yang memiliki rasio 8.7%.

Hal ini menunjukkan bahwa Responden di Indonesia Tengah dan Timur lebih banyak berkontribusi dan lebih mudah diminta menjadi responden dibandingkan dengan responden dari Indonesia Barat. Latar belakang kesibukan responden di Indonesia Barat juga dapat berpengaruh dengan hasil demografik responden ini.

6.3 Analisis Multivariat untuk memperoleh pemodelan Budaya Keselamatan Pasien.

Berdasarkan hasil uji analisis bivariat, 11 variabel terhadap budaya keselamatan pasien menunjukkan hanya lima variabel utama yang diikutsertakan dalam analisis multivariat dimana ke lima variabel tersebut memiliki hubungan yang signifikan dengan BKP ($p<0,05$), yaitu jenis kelamin, pendidikan terakhir, lokasi faskes, pengalaman praktik, pernah mengikuti seminar/training Budaya Keselamatan Pasien. Dimana beberapa dari variabel tersebut juga seperti usia, lokasi praktik serta sebagian pengalaman praktik juga memiliki hubungan signifikan pada penelitian di Taiwan.¹⁷

Proses pemodelan yang melewati enam tahap analisis⁹⁰ yaitu menentukan kandidat model, menentukan metode analisis dengan metode *stepwise*, menentukan asesmen interaksi, melakukan uji performance model, menentukan model matematika yang terbaik dari uji sebelumnya serta diuji coba kembali dengan melakukan proses bootstrapping.⁹¹

Hasil penentuan kandidat model sesuai referensi⁷⁰ didapatkan tujuh variabel yang diikutsertakan, yaitu menambah 2 variabel lagi yaitu usia dan jumlah pasien yang dikerjakan per hari selain lima variabel yang sudah signifikan pada analisis bivariat. Kemudian dilakukan simulasi pemodelan menggunakan SPSS dengan metode *Stepwise* dan menentukan final (*reduced*) model. Metode *Stepwise* ini juga digunakan pada penelitian *patient safety* di Rumah Sakit di Iran dengan hasil mirip yaitu menghasilkan variabel kandidat yang sesuai untuk model.⁹² Hasil analisis metode *stepwise* adalah mereduksi dari 7 variabel kandidat menjadi 4 variabel akhir yaitu **jenis kelamin, pendidikan terakhir, lokasi faskes dan pernah mengikuti training /seminar Budaya Keselamatan Pasien.**

Hasil uji *Performance Model* dengan Model calibration dengan goodness of fit (*Hosmer and Lemeshow goodness of fit*) tidak signifikan dan menghasilkan nilai observed tidak berbeda dengan hasil prediksi. Dalam hal ini model berarti Fit dengan kesimpulan model adalah valid. Hal ini sejalan dengan penelitian Zhang di China yang menyampaikan bahwa pada analisis pemodelan metode Hosmer Lemeshow adalah yang paling banyak digunakan.⁹⁰

Setelah hasil pemodelan keluar maka dilakukan uji akhir dengan metode Bootstrapping dengan tujuan mengecek konsistensi model sebelum dan sesudah dilakukan bootstrapping. Hasil uji dengan N = 200 dan N = 1000 , menunjukkan hasil sama yaitu hasil koefisien regresi tiap variabel independen (prediktor) mendekati nol dengan kata lain nilai *observed* dan *predicted model* mendekati nol. Artinya tidak ada perbedaan *observed* dan *predicted* atau validitas internal baik.

Dalam penelitian ini digunakan metode *Bootstrapping* dan bukan metode Analisis Faktor (*Factor Analysis*) karena Analisis faktor adalah untuk *confirmatory* atau *exploratory* sebuah konstruk, arahnya bisa satu arah atau bolak balik, skalanya ordinal, bisa membuat banyak permodelan, sementara proses *bootstrap* yang dilakukan setelah permodelan berfungsi untuk menilai keajegan serta konsistensi sebuah model yang sudah jadi, atau reliabilitas sebuah model yang sudah terbentuk.^{71,72}

Berdasarkan model akhir dari analisis multivariat maka diperoleh hasil pemodelan untuk nilai budaya keselamatan pasien yaitu

$$y=a+b_1x_1+b_2x_2+\dots+b_nx_n$$

Nilai Budaya Keselamatan Pasien =
=-0.442 + (0.706*gender)+(0.427 *lokasi faskes)+ (-0.343* pendidikan) +
(0.450*training BKP)

Model Budaya Keselamatan Pasien pada dokter gigi di atas menghasilkan faktor-faktor yang paling berkontribusi terhadap budaya keselamatan pasien, yaitu faktor gender atau jenis kelamin, lokasi fasilitas kesehatan, pendidikan terakhir dan keikutsertaan pada seminar atau pelatihan BKP. Menindaklanjuti hasil tersebut dan sesuai dengan tujuan penelitian ini yaitu dihasilkan faktor-faktor yang paling berpengaruh terhadap BKP dokter gigi maka diharapkan model BKP ini dapat diterapkan pada layanan kedokteran gigi dan layanan kesehatan gigi mulut lain di Indonesia serta dapat bermanfaat menjadi kebijakan (*Policy Brief*) berskala nasional.

Hal ini juga dapat menjadi rekomendasi kepada pemangku kebijakan Kesehatan Nasional yaitu Kementerian Kesehatan RI, Organisasi profesi kedokteran gigi

Indonesia yaitu Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PB PDGI) agar dapat melakukan sosialisasi pentingnya Budaya Keselamatan Pasien pada para dokter gigi.

Khususnya bagi para dokter gigi yang pernah mengikuti seminar atau pelatihan tentang Budaya Keselamatan Pasien yang merupakan salah satu faktor penting yang berkontribusi terhadap Nilai BKP, maka dapat menjadi rekomendasi kepada organisasi profesi kedokteran gigi yaitu PB PDGI melalui program P3KGB (Pendidikan dan Pelatihan Profesionalisme Kedokteran Gigi Berkelanjutan) untuk membantu sosialisasi materi tentang budaya keselamatan pasien pada tenaga Kesehatan khususnya dokter gigi.

Berdasarkan pemodelan ini maka dapat menjawab hipotesis 3.2.1.5 yaitu *Penerapan model prediksi budaya keselamatan pasien pada dokter gigi berpengaruh terhadap nilai budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia*. Dalam hal ini faktor yang mempengaruhi adalah gender, lokasi fasilitas kesehatan, Pendidikan dan Pelatihan/*training* Budaya Keselamatan Pasien.

6.4 Tahap Kualitatif dengan *Focus Group Discussion* (FGD)

Penelitian ini menggunakan metode Mixed Method dengan *Explanatory Sequential Research Design*, yaitu Penelitian Kuantitatif kemudian dilanjutkan dengan kualitatif dan dilakukan dengan cara *Focus Grup Discussion* (FGD)

Setelah mengetahui hasil kuantitatif maka tujuan selanjutnya adalah mengetahui lebih dalam ‘quote’ tiap domain dan sesuai analisis menggunakan *thematic analysis*.

Penggunaan metode kualitatif dapat memberikan penjelasan mendalam tentang persepsi responden sehingga menggabungkan metode kuantitatif dan kualitatif mendapatkan gambaran yang lengkap tentang budaya keselamatan.²⁹ Pengukuran dapat dilakukan dengan metode observasi, FGD, *review* informasi dan studi kasus^{81,102}

Wiegmann et al. menjelaskan bahwa untuk menilai budaya keselamatan perlu menggunakan kombinasi metode kuantitatif dengan wawancara terstruktur, survei

dan kuesioner serta metode kualitatif dapat digunakan dengancara observasi, *Focus Group Discussion* (FGD), *review* informasi terdahulu, dan studi kasus.Kombinasi metode ini biasanya dikenal dengan istilah triangulasi.⁵⁴

Dibandingkan dengan penelitian Kuantitatif maka penelitian Kualitatif khususnya pada bidang kedokteran gigi dapat menganalisis serta menggali lebih dalam masalah, keyakinan dan sikap, juga dapat melihat dari sudut pandang berbeda hal yang tidak bisa dideteksi pada penelitian kuantitatif ini disampaikan juga pada penelitian kualitatif pada bidang kedokteran gigi di Hongkong.¹⁰³

Penelitian melalui FGD ini menunjukkan bahwa semua responden (100%) menyatakan bahwa Budaya Keselamatan Pasien itu penting.

Pada penelitian kualitatif ini digali lebih dalam hal-hal yang dalam analisis kuantitatif terlihat dominan. Seperti halnya pada tabel 5.20 dimana terdapat hasil nilai rerata skor total per domain dari enam domain tampak nilai domain Stress terlihat paling rendah dimana pada penelitian di Indonesia nilainya 54,6 , hal ini sejalan dengan referensi sebelumnya di negara-negara lain seperti Texas²¹, Albania²⁰, Cina,^{19,25} dengan hasil penelitian faktor stres bernilai rendah, tetapi penulis ingin mengetahui faktor lain mengapa hal tersebut terjadi, dan terjawab dalam penelitian kualitatif ini bahwa faktor stres ternyata memang banyak dialami para tenaga kesehatan, seperti yang tergambar dalam hasil penelitian kualitatif disini domain stres pada FGD baik pada analisis manual pada tabel 5.25 yang menghasilkan *quotation* terbanyak seperti pengakuan stres, penyebab stres, solusi stres karena lelah dan teknik mengelola stres dibandingkan domain lain. Juga pada analisis melalui N ViVo pada *word cloud* dan *quotation* menunjukkan stres adalah kondisi yang perlu diperhatikan oleh dokter gigi serta manajemen fasilitas kesehatan tempat dokter gigi bekerja. Misal salah satu contoh rekapitulasi tentang faktor-faktor penyebab stres adalah sebagai berikut: *Kelelahan, Double Job, Struktural dan Fungsional, juga bagi staf dosen ditambah mengajar dan praktik, Beban kerja berlebihan, Pasien anak , Penggunaan APD, Penulisan Rekam Medis yang bertumpuk, Komplain pasien, Pasien sekarang lebih kritis, Faskes Pemerintah lebih lelah dan stres, remunerasi juga kecil dibanding swasta lebih nyaman dan tidak stres.*

Para responden selain menyampaikan faktor penyebab stres, juga mengemukakan **solusi faktor stres** bila lelah, yaitu *melakukan relaksasi, pijat refleksi dan massage, berusaha menerapkan positif thinking, beri musik di tempat praktik sehingga dokter gigi nyaman dan stres berkurang serta refreshing misal liburan rutin, buat acara keluarga dengan tim klinik/RS.* **Solusi stres yang berhubungan dengan pelayanan pasien** antara lain *Pembatasan dan pengaturan pasien kecuali pasien emergency, perlu melibatkan manajemen faskes, Perlu ada sesi rehat dan recharge untuk hasil lebih baik, tukar jadwal antar sejawat bila lelah, serta optimalkan telemedicine.*

Tetapi selain solusi ada **Teknik mengelola stres** yaitu *Teamwork yang baik akan eliminir stres, Pentingnya Komunikasi efektif antara dokter gigi, sdm faskes dan pasien* juga beberapa responden melakukan Tindakan positif yang perlu ditiru oleh para sejawat yaitu berpikiran positif , *Sabar dan niat awal praktik untuk Ibadah dengan hati senang*

Analisis diatas khususnya bagaimana kondisi stres yang pernah dialami para responden dokter gigi menunjukkan bahwa metode FGD dapat menggali hal-hal yang tidak dapat diduga pada analisis kuantitatif, sehingga didapatkan faktor penyebab dan solusinya yang akan meminimalisir kondisi stres serta mendapatkan solusinya.

Kajian dari analisis tematik menjelaskan beberapa temuan antara lain dari hasil FGD baik manual (tabel 5.21 pertanyaan no 1 tentang pentingnya budaya keselamatan pasien, tabel 5.22 tentang Iklim kerja tim (*teamwork*), tabel 5.23 tentang *iklim keselamatan*) maupun melalui N Vivo (analisis *word cloud* nomor 1 tentang pentingnya BKP, nomor 2 tentang iklim kerja tim (*teamwork*), nomor 3 tentang *iklim keselamatan*) tertera bahwa tenaga kesehatan khususnya bidang kedokteran gigi dalam hal ini dokter gigi, dokter, perawat, terapis gigi mulut, petugas faskes berperan penting dalam menunjang budaya keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Belanda yang menganalisis teori *The Culture Behaviour-Patient outcome continuum in patient safety*, dimana *Healthcare Professionals Outcome* (masukan tenaga kesehatan) berperan penting dan menjadi bagian dari *Safety Culture*,¹⁸ dan penelitian ini menjawab hal tersebut.

Selain faktor pada domain tersebut, domain lain seperti kepuasan kerja, persepsi

manajemen dan kondisi kerja juga mendapat masukan mendalam dari para responden seperti tertera pada bab hasil kualitatif. Pada penelitian serupa di Tunisia tertera hasil analisis tematik yang dominan dari variabelnya adalah tentang *hospital managements, teamwork and communication, Error management dan working condition*. Sedangkan penelitian FGD kami mendalami topik dari enam domain yaitu iklim kerja tim (*Teamwork*), iklim keselamatan (*Safety Climate*), Kepuasan Kerja, Pengakuan Stres , Persepsi Manajemen dan Kondisi Kerja. Dari hal tersebut ada 3 domain yang serupa yaitu tentang manajemen, *teamwork* dan *working condition*.¹⁰⁴

Selain teori diatas, yang berhubungan dengan Budaya Keselamatan Pasien khususnya iklim kerja tim dan iklim keselamatan adalah teori *Swiss Cheese Model*^{4,57}, dimana khususnya di faskes sekunder atau Rumah Sakit, maka Kolaborasi *teamwork* diimplementasikan dalam IPCP (*Inter Professional Collaboration Practice*) dimana para tenaga Kesehatan tersebut harus bisa bekerja sama dengan profesi Kesehatan lain untuk tujuan keselamatan pasien.

Dari analisis rekapitulasi Hasil FGD, beberapa item pendapat responden yang perlu digarisbawahi adalah sebagai berikut :

Seluruh responden menyatakan budaya keselamatan penting dan tidak ada kompromi untuk keselamatan pasien, dokter gigi dan para tenaga kesehatan. Perlu budaya *No Blaming* (*tidak menyalahkan*), *No Shaming* (*tidak memermalukan*) dan *Speak Up* (*berani berbicara*) untuk mencapai kondisi budaya keselamatan pasien optimal. Penerapan Standar Prosedur Operasional tentang keselamatan pasien serta komunikasi juga berperan penting untuk menjembatani tercapainya Budaya Keselamatan Pasien.

Faktor pendukung yang berperan penting adalah para tenaga kesehatan di faskes (dokter,dokter gigi, perawat, nakes lain), pasien serta pihak manajemen faskes khususnya guna meningkatkan iklim kerja tim (*Teamwork climate*) dan Persepsi Manajemen (*Perception of Management*)

Seluruh responden juga menyatakan puas bekerja di faskes mereka (*Job Satisfaction*) serta berpendapat perlu diciptakan lingkungan kerja yang nyaman, aman dan kondusif agar betah di tempat kerja yang tujuan akhirnya adalah

menunjang Budaya Keselamatan (*Working Condition*)

Yang utama adalah hindari faktor Stres yang mendominasi pendapat sejauh responden, seperti Kelelahan, beban kerja berlebih, *double job*, dan lain lain seperti tertera diatas.

Penelitian FGD ini dilakukan melalui daring dengan media Zoom dan whatsapp video call dalam komunikasinya. Responden dokter gigi perwakilan cluster Indonesia Barat, Tengah dan Timur yang bekerja di faskes primer dan sekunder. Kesan dalam pelaksanaan penelitian FGD ini adalah sangat memuaskan karena bisa bertemu dan berdiskusi langsung dengan responden walau melalui media online . Keuntungannya adalah dapat menjangkau area yang luas dari seluruh wilayah Indonesia dengan efektif dan efisien. Walaupun dalam melakukan penjadwalan tidak mudah karena terkendala perbedaan waktu serta kesibukan masing-masing responden. Responden sangat kooperatif , dengan bersedia membantu menjawab pertanyaan-pertanyaan peneliti termasuk yang non FGD

Selain itu ada beberapa kendala dalam pelaksanaan FGD ini antara lain adalah rencana awal yang tidak dapat sepenuhnya terealisir adalah rencana akan dibuat kelompok fasilitas kesehatan primer dan sekunder sendiri, ternyata tidak sepenuhnya bisa karena masalah waktu dan jadwal masing-masing, sangat susah mengatur jadwal FGD bagi responden dokter gigi se- Indonesia, sehingga akhirnya tetap berjalan dengan melakukan gabungan kelompok faskes primer dan sekunder.

Dari data yang ada pun beberapa responden banyak terganggu sinyal dan koneksi internet, saat zoom tiba-tiba sinyal putus khususnya yang di Indonesia Tengah dan Timur, misal pegunungan Jayawijaya, Keerom, Wamena dimana sinyal sangat susah.Demikian pula seperti di Halmahera atau kepulauan Ternate /Tobelo yang saat penelitian kemarin sedang terkendala cuaca kurang bersahabat, yaitu badai, angin topan serta hujan petir.Solusi yang dilakukan adalah dengan menghubungi kembali responden tersebut satu per satu melalui whatsapp atau video call secara jalur pribadi (personal) atau memberi jawaban tertulis via whatts app, bahkan ada yang bisa ditelpon saja karena kondisi sinyal internet yang minim.

Pada intinya uji kualitatif perlu dilakukan khususnya apabila dalam mendekripsi hasil kuantitatif yang dirasa belum optimal. Dalam hal ini dari segi nilai rerata total

skor per domain adalah faktor stres yang perlu mendapat perhatian. Beberapa item pendapat para responden yang perlu digaris bawahi disini adalah perlunya penekanan budaya keselamatan dokter gigi dan pasien, hindari stres, beban kerja berlebih, dukungan pihak manajemen, budayakan *no blaming, no shaming* bila terjadi insiden dan *Speak Up* biasakan berbicara bila ada hal yang tidak sesuai demi keselamatan pasien di faskes kita .

Kondisi diatas dijumpai pula pada penelitian di Tunisia yang menggarisbawahi bidang perbaikan laporan Insiden Keselamatan Pasien, *Blame Culture dan Workload* (beban kerja) hal ini mirip dengan pendapat responden pada penelitian ini.¹⁰⁴

Dari analisis di atas menjawab hipotesis no 3.2.1.4 yaitu terdapat pengaruh uji kualitatif dengan metode FGD terhadap budaya keselamatan pasien pada dokter gigi dimana dengan pendekatan uji kualitatif maka dapat digali lebih dalam faktor-faktor penyebab kendala pada budaya keselamatan pasien.

6.5 Tahap Intervensi

Setelah tahap kuantitatif dan kualitatif selesai, dimana pada tahap kuantitatif didapatkan 2 kelompok nilai Budaya Keselamatan Pasien dari responden yaitu Positif dengan katagori baik dan baik sekali dan Negatif dengan katagori kurang dan sedang, maka tahap berikutnya adalah memberi perlakuan pada kelompok dengan katagori kurang, sedang dan baik serta untuk kelompok baik sekali diambil sampelnya juga sebagai kontrol. Sampel tahap intervensi berjumlah 81 responden,

Penelitian ini menggunakan *Pre-Post Design*. Tahap intervensi dapat merupakan suatu *Randomized Control Trial*. RCT adalah eksperimen murni yang membagi responden menjadi 2 grup, yaitu 1 grup BKP negatif sebagai grup *treatment* dan BKP positif baik sekali sebagai grup kontrol. Pada masing- masing grup diberikan intervensi,kemudian diukur kembali skor BKP nya lalu dihitung perubahannya setelah intervensi.

Syarat RCT adalah pada baseline kedua kelompok (treatment dan control harus seimbang (*balance*), dan ini dibuktikan dengan uji statistik, berupa Chi Square bila datanya katagorik atau T Tes bila data numerik.

Dikatakan balance jika p value tidak signifikan. Pada data ini dilakukan uji Chi square dan hasilnya tidak signifikan . berarti sudah balance dan memenuhi syarat.

Tujuan dilakukan intervensi adalah untuk meningkatkan nilai BKP responden . Analisis menunjukkan bahwa terdapat peningkatan nilai total skor BKP pada responden sesudah diberi intervensi dan uji Wilcoxon signed rank menunjukkan berbeda signifikan Hal ini berarti intervensi berhasil karena nilai BKP meningkat.

Intervensi yang diberikan kepada responden adalah berupa modul video edukasi penerapan dan solusi pada kondisi budaya keselamatan pasien. Responden yang mengikuti modul intervensi adalah yang sudah mengikuti penelitian tahap 2 kuantitatif dan tahap 3 kualitatif FGD, sehingga mereka sudah memiliki Nilai Budaya Keselamatan Pasien beberapa bulan lalu (Nilai *Before*) kemudian mengikuti FGD, sehingga sudah terpapar edukasi tahap awal dalam bentuk video edukasi yang dishare via link whatsapp kemudian setelah terpilih menjadi responden tahap 4 intervensi diberi video edukasi ulang dengan versi lebih lengkap hingga tahap penerapan dan solusi Budaya Keselamatan Pasien, dimana materi edukasi merupakan rekapitulasi dari hasil FGD. Setelah itu responden diminta mengisi ulang Kuesioner SAQ versi Bahasa Indonesia seperti di tahap sebelumnya.

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat peningkatan nilai total skor BKP pada responden sesudah diberi intervensi dan uji Wilcoxon signed rank menunjukkan berbeda signifikan Hal ini berarti intervensi berhasil karena nilai BKP meningkat.

Hasil analisis pada tabel 5.31 menjelaskan bahwa sebelum intervensi terdapat 45 responden yang status BKP nya negatif. Dari jumlah tersebut, setelah intervensi 43 responden (95,5%) berubah menjadi positif dan 2 orang (4,5%) tetap atau tidak berubah. Sementara itu sebelum intervensi ada 36 orang dengan status BKP positif dan dari jumlah tersebut 32 orang (88.9 %) tetap positif dan 4 orang menjadi negatif. Intinya mayoritas responden mengalami peningkatan hasil menjadi positif. Bila ada sejumlah kecil responden (4%) yang bernilai tetap atau bahkan turun

mungkin perlu pemahaman lebih lanjut terhadap nilai BKP. Mengingat intervensi dilakukan melalui daring lewat whatsapp dan telepon serta share link google form, sehingga peneliti tidak bertemu langsung dengan responden, maka kemungkinan terjadi miskomunikasi pada sebagian kecil responden bisa terjadi. Tetapi hasil intervensi pendahuluan tersebut sudah menunjukkan hasil positif dan signifikan.

Intervensi melalui media video edukasi ini diharapkan merupakan strategi baru intervensi di bidang kedokteran gigi khususnya pada bidang Budaya Keselamatan Pasien. Setelah terbukti dapat meningkatkan nilai BKP dokter gigi , maka jenis intervensi ini dapat disosialisasikan menjadi metode baru dalam meningkatkan Budaya Keselamatan pada para dokter gigi. Penelitian Bailey di Inggris perihal *systematic review* pada intervensi budaya keselamatan pasien di bidang kedokteran gigi menyatakan bahwa jenis intervensi yang dapat meminimalisir *adverse events* adalah hanya *Surgical Safety Checklist*, tetapi dengan hasil penelitian ini dapat ditambahkan jenis intervensi di bidang kedokteran gigi khususnya bidang Budaya Keselamatan Pasien adalah modul video edukasi Budaya Keselamatan Pasien, khususnya modul ini dikemas dalam bentuk video edukasi dan mobile apps yang kami beri nama SafeDental.Id.¹⁰⁵

Dari analisis di atas menjawab hipotesis no 3.2.1.5 yaitu faktor intervensi mempengaruhi nilai Budaya Keselamatan Pasien pada dokter gigi di Indonesia

6.6 Tahap Pembuatan Modul Aplikasi Budaya Keselamatan Pasien berbasis Web dan Mobile Apps – Safe.Dental.Id

Tahap penelitian ini menghasilkan suatu modul aplikasi Budaya Keselamatan Pasien yaitu SafeDental.ID dengan tujuan untuk mempermudah penerapan Budaya Keselamatan Pasien khususnya saat penelitian ini sudah selesai maka para dokter gigi dapat melakukan Penilaian Mandiri atau *Self Assessment* di bidang Budaya Keselamatan Pasien. Dalam modul aplikasi ini memiliki dua fungsi yaitu sebagai User yang akan mengisi kuesioner SAQ Indo beserta tahapannya yaitu Pengantar - Penjelasan tentang Budaya Keselamatan Pasien - Isi kuesioner – Keluar Hasil penilaian Mandiri (*Self Assessment*) – Melihat Video Edukasi Penerapan dan Solusi BKP .

Fungsi kedua adalah sebagai Admin – dimana Admin melakukan pengumpulan data serta analisis data-data yang masuk. Serta mengelola sajian hasil penilaian

Saat ini Modul **SafeDental.ID** bisa diakses pada link sebagaimana berikut <https://safedental-id.com>

Dengan terciptanya modul aplikasi Budaya Keselamatan Pasien SafeDental.ID, maka diharapkan para sejawat tenaga kesehatan di bidang kedokteran gigi dapat mengetahui tingkat Budaya Keselamatannya serta bila hasilnya kurang atau sedang, dapat mempelajari dan menerapkan video edukasi pada modul tersebut sehingga Nilai BKP diharapkan dapat meningkat, bila nilai BKP sudah baik atau baik sekali , selain meningkatkan nilai juga untuk mempertahankan kondisi BKP nya sehingga selalu dalam kondisi prima dalam bekerja dengan tujuan akhir adalah mencegah malpraktik dan Kejadian Tak Diinginkan atau *Adverse Events* di fasilitas kesehatannya baik faskes primer maupun sekunder.

Analisis tersebut menjawab hipotesis nomor 3.2.1.7 bahwa Modul aplikasi budaya keselamatan pasien disini adalah SafeDental.ID berperan pada budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia

Hasil analisis diatas intinya akan mengetahui nilai Budaya Keselamatan Pasien dari dokter gigi, dimana nilai BKP ini terdiri dari Budaya Positif dan Negatif, dari empat (4) tahap penelitian tergambar dari penelitian awal bahwa mayoritas 574 dokter gigi (51.7%) di Indonesia adalah berbudaya positif yaitu dengan kriteria Baik dan Baik sekali dan sisanya 537 dokter gigi (48.3 %) berbudaya negatif yaitu sedang dan kurang. Setelah dilakukan intervensi pada perwakilan sejumlah 81 responden maka hasilnya adalah mayoritas nilai BKP responden meningkat 95.5% dari negatif menjadi positif, serta yang tadinya nilai BKP positif 88.8% menjadi tetap pada kategori positif menjadi baik sekali, hanya 11% yang turun dari baik ke nilai sedang. Tetapi hasil intervensi pendahuluan tersebut intinya sudah menunjukkan hasil positif dan signifikan.

Nilai Budaya Keselamatan Pasien ini penting diketahui, karena dari referensi terdahulu dijelaskan bahwa Keselamatan Pasien adalah sangat penting bagi seluruh tenaga kesehatan untuk menghindari KTD, malpraktik atau *adverse events*, sejalan

dengan teori dan kebijakan Keselamatan pasien dari WHO dan Kemenkes^{33,3459}, serta referensi pendukung yang menyatakan bahwa Keselamatan pasien itu penting. Chang dan Mark menemukan bahwa iklim belajar yang lebih positif dalam hal ini termasuk budaya positif menyebabkan lebih sedikit kesalahan medis³⁸

Budaya Keselamatan Pasien berhubungan dengan Keselamatan Pasien.tergambar dari penjelasan Colla et al bahwa Rumah Sakit dengan angka budaya keselamatan yang lebih tinggi mempunyai rata-rata Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD) lebih rendah dan persepsi mengenai budaya keselamatan lebih tinggi berhubungan dengan lebih rendahnya angka infeksi, komplikasi postoperatif, kejadian jatuh, kesalahan obat dan mortalitas¹⁰⁵. Ditemukan pula pada penelitian di Rumah Sakit bahwa terdapat perbedaan kurang lebih 20% lebih sedikit mengalami kejadian tidak diharapkan pada rumah sakit dengan skor budaya keselamatan yang lebih tinggi.⁵¹

Insiden Keselamatan Pasien juga memiliki faktor penyebab dari unsur perilaku sumber daya manusia serta akibat yang ditimbulkan juga berbiaya tinggi, tergambar dari insiden yang terjadi di ruang operasi di Inggris walau dalam pelaksanaannya sudah menggunakan form cek lis dari WHO.³⁹

Analisis ini mendukung hasil penelitian di Indonesia bahwa dengan meningkatnya nilai BKP dari para responden, maka diharapkan kejadian-kejadian tak diinginkan bisa dihindari.

Metode kombinasi uji kuantitatif dan kualitatif (*mixed method*) telah berhasil diterapkan pada penelitian ini dan uji kualitatif perlu dilakukan untuk melengkapi hasil uji kuantitatif yang dirasa belum optimal serta menggali lebih dalam hal yang menjadi kendala, dalam hal ini misal domain *stress recognition* yang perlu mendapat perhatian.

Analisis hasil penelitian khususnya kualitatif juga membuktian bahwa walau pada gambaran penelitian uji kuantitatif tahap dua (2) terlihat ada domain yang bernilai total skor rendah yaitu faktor *stress recognition* dan ini didukung referensi2 penelitian SAQ terkait di Texas, Albania dan China.^{20,21,99} Bila merunut pada referensi, ada yang justru menghapus domain tersebut dari kuesioner SAQ asli yaitu di Taiwan¹⁷ sehingga hanya tinggal 5 domain, tetapi peneliti justru ingin

menggali lebih dalam kepada responden di Indonesia mengapa faktor stress ini bisa lemah dalam uji-uji kuantitatif dan tantangan ini terjawab dalam hasil penelitian kualitatif melalui FGD, dimana tergambar baik melalui rekapitulasi hasil FGD di tabel 5.25 maupun software N Vivo di word cloud dan quotation tergambar pada gambar 5.16 pada bab 5 diatas .yang menunjukkan bahwa faktor stress memang dapat menjadi penyebab dari terkendalanya keselamatan pasien.

Hasil pendapat para responden yang perlu digaris bawahi adalah terciptanya kelompok kondisi dalam domain *stress recognition* yaitu, pengakuan stres, penyebab stres, solusi dan teknik mengelola stres serta rekap masukan dari responden pada tabel 5.25 yaitu *perlunya penekanan budaya keselamatan dokter gigi dan pasien, hindari stres, beban kerja berlebih, dukungan pihak manajemen, budayakan no blaming, no shaming bila terjadi insiden dan speak up serta biasakan berbicara bila ada hal yang tidak sesuai demi keselamatan pasien di faskes kita.*

Analisis pada 8 pertanyaan terbuka kepada responden Analisis *Word Cloud* menyimpulkan sepuluh (10) kata-kata yang paling sering disampaikan responden dalam simpulannya adalah Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) , Iklim Kerja Tim (*Teamwork Climate*), Manajemen, Stress, Budaya, Dokter, Perawat, Praktik, Kepuasan. Kata-kata tersebut adalah menggambarkan domain yang ada di SAQ-Indo seperti *Safety Climate, Teamwork Climate, Job Satisfaction, Stress Recognition, Perception of Management dan Working Condition*. Hal ini menguatkan sekaligus membuktikan bahwa 6 domain itu penting. Khususnya para responden juga menyampaikan bahwa BKP adalah penting.

Dari analisis penelitian mulai tahap 1 hingga tahap 4 termasuk pembuatan modul video edukasi untuk budaya keselamatan pasien maka hasil penelitian ini telah menjawab semua hipotesis yang tertera pada bab 4 dimana tergambar betapa pentingnya nilai Budaya Keselamatan Pasien bagi tenaga kesehatan. Cheng HC dkk dalam penelitiannya tentang budaya keselamatan pasien di Taiwan tahun 2019 menyampaikan bahwa sangat sedikit informasi yang didapat tentang budaya dan iklim keselamatan pasien khususnya untuk ‘*dental healthcare workers*’ atau tenaga medis di bidang kesehatan gigi dan mulut.¹⁷ Hasil penelitian ini menjawab pendapat tersebut, bahwa di Indonesia telah dilakukan penelitian Budaya Keselamatan Pasien

bagi dokter gigi dan ke depan penelitian ini dapat dikembangkan menjadi penelitian-penelitian lebih lanjut untuk tenaga kesehatan yang lain khususnya dibidang kedokteran gigi.

Hal ini juga menjadi perhatian peneliti bahwa hasil dari penelitian ini khususnya faktor-faktor yang berkontribusi pada Budaya Keselamatan Pasien dokter gigi, pemodelan BKP, modul aplikasi BKP berbasis web dan *mobile apps berupa penilaian mandiri (self assessment)* dapat menjadi rekomendasi bagi pemangku kepentingan untuk dapat menjadi kebijakan regional dan nasional (*policy brief*) bagi para tenaga kesehatan di bidang kedokteran gigi sehingga para sejawat dapat mendeteksi secara dini Nilai BKP nya dengan tujuan keselamatan baik dokter gigi maupun pasiennya. Sehingga diharapkan para dokter gigi dapat mencegah terjadinya KTD hal ini sesuai dengan tujuan dalam kebijakan nasional bidang keselamatan pasien

6.7 Rekapitulasi Pembahasan penelitian

Hasil analisis diatas intinya akan mengetahui nilai Budaya Keselamatan Pasien dari dokter gigi, dimana nilai BKP ini terdiri dari Budaya Positif dan Negatif, dari empat (4) tahap penelitian tergambar dari penelitian awal bahwa mayoritas 574 dokter gigi (51.7%) di Indonesia adalah berbudaya positif yaitu dengan kriteria Baik dan Baik sekali dan sisanya 537 dokter gigi (48.3 %) berbudaya negatif yaitu sedang dan kurang. Setelah dilakukan intervensi pada perwakilan sejumlah 81 responden maka hasilnya adalah mayoritas nilai BKP responden meningkat 95.5% dari negatif menjadi positif, serta yang tadinya nilai BKP positif 88.8% menjadi tetap pada kategori positif menjadi baik sekali, hanya 11% yang turun dari baik ke nilai sedang. Tetapi hasil intervensi pendahuluan tersebut intinya sudah menunjukkan hasil positif dan signifikan.

Nilai Budaya Keselamatan Pasien ini penting diketahui, karena dari referensi terdahulu dijelaskan bahwa Keselamatan Pasien adalah sangat penting bagi seluruh tenaga kesehatan untuk menghindari KTD, malpraktik atau *adverse events*, sejalan dengan teori dan kebijakan Keselamatan pasien dari WHO dan Kemenkes^{33,3459}, serta referensi pendukung yang menyatakan bahwa keselamatan pasien itu penting.

Chang dan Mark menemukan bahwa iklim belajar yang lebih positif dalam hal ini termasuk budaya positif menyebabkan lebih sedikit kesalahan medis³⁸

Budaya Keselamatan Pasien berhubungan dengan Keselamatan Pasien.tergambar dari penjelasan Colla et al bahwa Rumah Sakit dengan angka budaya keselamatan yang lebih tinggi mempunyai rata-rata Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD) lebih rendah dan persepsi mengenai budaya keselamatan lebih tinggi berhubungan dengan lebih rendahnya angka infeksi, komplikasi postoperatif, kejadian jatuh, kesalahan obat dan mortalitas¹⁰⁵. Ditemukan pula pada penelitian di Rumah Sakit bahwa terdapat perbedaan kurang lebih 20% lebih sedikit mengalami kejadian tidak diharapkan pada rumah sakit dengan skor budaya keselamatan yang lebih tinggi. ⁵¹

Insiden Keselamatan Pasien juga memiliki faktor penyebab dari unsur perilaku sumber daya manusia serta akibat yang ditimbulkan juga berbiaya tinggi, tergambar dari insiden yang terjadi di ruang operasi di Inggris walau dalam pelaksanaannya sudah menggunakan form cek lis dari WHO.³⁹

Analisis ini mendukung hasil penelitian di Indonesia bahwa dengan meningkatnya nilai BKP dari para responden, maka diharapkan kejadian-kejadian tak diinginkan bisa dihindari. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui korelasi tersebut pada responden di Indonesia.

Metode kombinasi uji kuantitatif dan kualitatif (*mixed method*) telah berhasil diterapkan pada penelitian ini dan uji kualitatif perlu dilakukan untuk melengkapi hasil uji kuantitatif yang dirasa belum optimal serta menggali lebih dalam hal yang menjadi kendala, dalam hal ini misal domain *stress recognition* yang perlu mendapat perhatian.

Analisis hasil penelitian khususnya kualitatif juga membuktian bahwa walau pada gambaran penelitian uji kuantitatif tahap dua (2) terlihat ada domain yang bernilai total skor rendah yaitu faktor *stress recognition* dan ini didukung referensi2 penelitian SAQ terkait di Texas, Albania dan China.^{20,21,99} Bila merunut pada referensi, ada yang justru menghapus domain tersebut dari kuesioner SAQ asli yaitu di Taiwan¹⁷ sehingga hanya tinggal 5 domain, tetapi peneliti justru ingin menggali lebih dalam kepada responden di Indonesia mengapa faktor stress ini bisa

lemah dalam uji kuantitatif. dan hal ini terjawab dalam hasil penelitian kualitatif melalui FGD, dimana tergambar baik melalui rekapitulasi hasil FGD di tabel 5.25 maupun software N Vivo di *word cloud* dan *quotation* tergambar pada gambar 5.16 pada bab 5 diatas .yang menunjukkan bahwa faktor stress memang dapat menjadi penyebab dari terkendalanya keselamatan pasien.

Hasil pendapat para responden yang perlu digaris bawahi adalah terciptanya kelompok kondisi dalam domain *stress recognition* yaitu, ***pengakuan stres, penyebab stres, solusi dan teknik mengelola stres*** serta rekap masukan dari responden pada tabel 5.25 yaitu *perlunya penekanan budaya keselamatan dokter gigi dan pasien, hindari stress, beban kerja berlebih, dukungan pihak manajemen, budayakan no blaming, no shaming bila terjadi insiden dan speak up serta biasakan berbicara bila ada hal yang tidak sesuai demi keselamatan pasien di faskes kita.*

Analisis pada 8 pertanyaan terbuka kepada responden Analisis *Word Cloud* menyimpulkan sepuluh (10) kata-kata yang paling sering disampaikan responden dalam simpulannya adalah Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) , Iklim Kerja Tim (*Teamwork Climate*), Manajemen, Stress, Budaya, Dokter, Perawat, Praktik, Kepuasan. Kata-kata tersebut adalah menggambarkan domain yang ada di SAQ-Indo seperti *Safety Climate, Teamwork Climate, Job Satisfaction, Stress Recognition, Perception of Management dan Working Condition*. Hal ini menguatkan sekaligus membuktikan bahwa 6 domain itu penting. Khususnya para responden juga menyampaikan bahwa BKP adalah penting.

Dari analisis penelitian mulai tahap 1 hingga tahap 4 termasuk pembuatan modul video edukasi untuk budaya keselamatan pasien maka hasil penelitian ini telah menjawab semua hipotesis yang tertera pada bab 4, dimana tergambar betapa pentingnya nilai Budaya Keselamatan Pasien bagi tenaga kesehatan. Cheng HC dkk dalam penelitiannya tentang budaya keselamatan pasien di Taiwan tahun 2019 menyampaikan bahwa sangat sedikit informasi yang didapat tentang budaya dan iklim keselamatan pasien khususnya untuk ‘*dental healthcare workers*’ atau tenaga medis di bidang kesehatan gigi dan mulut.¹⁷ Hasil penelitian ini menjawab pendapat tersebut, bahwa di Indonesia telah dilakukan penelitian Budaya Keselamatan Pasien

bagi dokter gigi dan ke depan penelitian ini dapat dikembangkan menjadi penelitian-penelitian lebih lanjut untuk tenaga kesehatan yang lain khususnya dibidang kedokteran gigi.

Intinya proses penelitian ini telah menghasilkan sebagaimana berikut yaitu

Penelitian tahap 1 menghasilkan alat ukur nilai Budaya Keselamatan Pasien *Safety Attitude Questionnaire* dalam versi Bahasa Indonesia (SAQ-Indo) yang valid dan reliabel melalui proses adaptasi lintas budaya

Penelitian tahap 2 menghasilkan nilai Budaya Keselamatan Pasien dari responden dengan pengkategorinya Nilai Budaya Positif dan Negatif ,faktor-faktor yang berkontribusi pada Budaya Keselamatan Pasien di Indonesia yaitu Jenis Kelamin, Pendidikan, Pengalaman Praktik, Lokasi Faskes/Praktik dan Pernah mengikuti seminar atau pelatihan Budaya Keselamatan Pasien, serta menghasilkan Model Prediksi Budaya Keselamatan Pasien dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya yaitu Jenis Kelamin, Pendidikan, Lokasi Faskes dan Pernah Mengikuti Seminar/Pelatihan Budaya Keselamatan Pasien.

$$\begin{aligned} \text{Nilai Budaya Keselamatan Pasien} = \\ = -0.442 + (0.706 * \text{gender}) + (0.427 * \text{lokasi faskes}) + (-0.343 * \\ \text{pendidikan}) + (0.450 * \text{training BKP}) \end{aligned}$$

Penelitian tahap 3 menghasilkan gambaran persepsi Budaya Keselamatan Pasien dari responden khususnya dari enam domain BKP, serta menjawab salah satu hasil uji kuantitatif dimana gambaran domain stress yang tidak sebagus lima domain lain. Responden mengakui adanya kondisi stres karena berbagai sebab, tetapi mereka juga memberikan alasan dan solusinya.

Penelitian tahap 4 setelah intervensi menghasilkan kondisi perbaikan dan peningkatan Nilai BKP dari responden.

Penelitian tahap akhir menghasilkan modul aplikasi berbasis web dan *mobile apps* Budaya Keselamatan Pasien untuk penilaian mandiri (*self assessment*) dengan nama SafeDental.ID

Hasil dari penelitian ini khususnya faktor-faktor yang berkontribusi pada Budaya Keselamatan Pasien dokter gigi, pemodelan BKP, modul aplikasi BKP berbasis

web dan *mobile apps* berupa penilaian mandiri (*self assessment*) dapat menjadi rekomendasi bagi pemangku kepentingan untuk dapat menjadi kebijakan regional dan nasional (*policy brief*) bagi para tenaga kesehatan di bidang kedokteran gigi sehingga para sejawat dapat mendeteksi secara dini Nilai BKP nya dengan tujuan keselamatan baik dokter gigi maupun pasiennya. Sehingga diharapkan para dokter gigi dapat mencegah terjadinya Kejadian Tidak Diinginkan (*Adverse Events*) hal ini sesuai dengan tujuan dalam kebijakan nasional bidang keselamatan pasien.

6.8 Keterbatasan Penelitian

Adanya potensi *selection bias* karena penelitian dilakukan melalui daring dengan media *whatts app dan zoom* , dimana tidak seluruh calon responden biasa melakukannya

BAB 7

KESIMPULAN dan SARAN

7.1 Kesimpulan

Penelitian ini dapat menyimpulkan hal-hal sebagai berikut

- 7.1.1 Telah dilakukan proses adaptasi lintas budaya terhadap kuesioner Budaya Keselamatan Pasien berbahasa Indonesia. Dari SAQ menjadi SAQ-Indo
- 7.1.2 Kuesioner SAQ versi bahasa Indonesia (SAQ-Indo) memiliki psikometrik properti baik, khususnya konsistensi internal, validitas dan reliabilitas yang baik. Hal ini berpotensi menjadi alat yang berguna untuk mengevaluasi budaya keselamatan pada tenaga kesehatan di bidang kedokteran gigi dalam hal ini adalah dokter gigi.
- 7.1.3 Terdapat gambaran Nilai Budaya Keselamatan Pasien pada Dokter Gigi di Indonesia dengan katagori **Positif** (baik dan baik sekali) terdapat pada 574 dokter gigi (51.7%) serta katagori **Negatif** (kurang dan sedang) pada 537 dokter gigi (48.3%)
- 7.1.4 Faktor yang berkontribusi terhadap Budaya Keselamatan Pasien adalah **Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, Lokasi Fasilitas Kesehatan, Pengalaman Praktik dan Pernah Mengikuti Seminar/Training Budaya Keselamatan Pasien**
- 7.1.5 Gambaran persepsi dokter gigi terhadap dimensi alat ukur SAQ adalah **semua responden (100%) menyatakan penting** terhadap budaya keselamatan pasien serta menyambut baik adanya alat ukur Budaya Keselamatan Pasien yang akan menjadi penilaian mandiri bagi para dokter gigi
- 7.1.6 Faktor yang muncul pada uji kualitatif para dokter gigi terhadap budaya keselamatan pasien adalah para responden menyatakan pentingnya budaya keselamatan pasien. Hasil analisis *word cloud* terhadap

pendapat responden, terdapat kata-kata penting yang disampaikan responden adalah **Keselamatan Pasien (Patient Safety), Iklim Kerja Tim (Teamwork Climate), Manajemen, Stres, Budaya, Dokter, Perawat, Praktik, Kepuasan, Pengawasan**. Kata-kata tersebut sejalan serta membuktikan bahwa 6 domain yang ada di SAQ-Indo adalah penting.

- 7.1.7 Uji Kualitatif menjawab salah satu hasil uji kuantitatif dimana gambaran domain stress yang tidak sebagus lima domain lain. **Hasil responden mendapatkan gambaran bahwa responden di Indonesia mengakui adanya kondisi stres karena berbagai sebab**, tetapi mereka juga memberikan alasan dan solusinya. Pada intinya didapatkan **empat (4) hasil yaitu pengakuan stres, penyebab stres, solusi stres dan teknik menghilangkan stres.**(*tabel 5.25*)
- 7.1.8 Penerapan model prediksi budaya keselamatan pasien pada dokter gigi berpengaruh terhadap nilai budaya keselamatan pasien pada layanan kedokteran gigi di Indonesia. Berikut adalah Rumus Model Budaya Keselamatan Pasien pada Dokter Gigi di Indonesia

$$\begin{aligned} \text{Nilai Budaya Keselamatan Pasien} = \\ = -0.442 + (0.706 * \text{gender}) + (0.427 * \text{lokasi faskes}) + (-0.343 * \\ \text{pendidikan}) + (0.450 * \text{training BKP}) \end{aligned}$$

Dalam hal ini faktor yang mempengaruhi adalah **Gender (Jenis kelamin), Lokasi Fasilitas Kesehatan, Pendidikan dan Pelatihan/training Budaya Keselamatan Pasien.**

- 7.1.9 Pengaruh hasil Intervensi terhadap nilai budaya keselamatan pasien adalah terdapat peningkatan nilai budaya keselamatan pasien pada responden yang telah diberi intervensi.
- 7.1.10 Telah dibuat Modul Aplikasi Budaya Keselamatan Pasien untuk penilaian mandiri (*self assessment*) pada dokter gigi pada Mobile Aplikasi berbasis web dengan nama **SafeDental.ID**

7.2 Saran

- 7.2.1 Perlu sosialisasi dan edukasi para tenaga Kesehatan di bidang kedokteran gigi khususnya dokter gigi perihal pentingnya Budaya Keselamatan Pasien khususnya dalam mencegah KTD dan malpraktik.
- 7.2.2 Perlu sosialisasi perihal modul aplikasi Budaya Keselamatan Pasien berbasis web dan *mobile apps* SafeDental.ID, yang dapat menghasilkan penilaian mandiri (*self assessment*) tentang BKP yang memiliki modul edukasi tentang 6 domain Budaya Keselamatan Pasien, yaitu Iklim Tim Kerja, Iklim Keselamatan, Kepuasan Kerja, Pengakuan Stress, Kondisi Kerja dan Persepsi Manajemen.
- 7.2.3 Modul aplikasi BKP berbasis web dan mobile apps – SafeDental.ID dapat menjadi rekomendasi bagi pemangku kepentingan untuk dapat menjadi kebijakan regional dan nasional (*policy brief*) bagi para tenaga kesehatan di bidang kedokteran gigi sehingga para sejawat dapat mendeteksi secara dini Nilai BKP nya dengan tujuan keselamatan baik dokter gigi maupun pasiennya. Sehingga diharapkan para dokter gigi dapat mencegah terjadinya KTD hal ini sesuai dengan tujuan dalam kebijakan nasional bidang keselamatan pasien.
- 7.2.4 Model BKP dapat diterapkan pada layanan kedokteran gigi dan layanan kesehatan gigi mulut lain di Indonesia serta dapat bermanfaat menjadi kebijakan (*Policy Brief*) berskala nasional.
- 7.2.5 Kebijakan atau *Policy Brief* perihal BKP dapat disosialisasikan melalui institusi kesehatan maupun organisasi profesi bidang Kesehatan yang menaungi para dokter gigi, antara lain Kementerian Kesehatan RI, Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI), Asosiasi Rumah Sakit Gigi Mulut Pendidikan Indonesia (ARSGMPI), Asosiasi Fakultas Kedokteran Gigi Indonesia (AFDOKGI), Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan Indonesia (ARSPI), Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) serta BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial).
- 7.2.6 Model BKP dapat menjadi rekomendasi kepada pemangku kebijakan Kesehatan Nasional yaitu Kementerian Kesehatan RI, Organisasi

profesi kedokteran gigi Indonesia yaitu Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PB PDGI) agar dapat melakukan sosialisasi pentingnya Budaya Keselamatan Pasien pada para dokter gigi. khususnya bagi para dokter gigi yang pernah mengikuti seminar atau pelatihan tentang Budaya Keselamatan Pasien yang merupakan salah satu faktor penting yang berkontribusi terhadap Nilai BKP, maka dapat menjadi rekomendasi kepada organisasi profesi kedokteran gigi yaitu PB PDGI melalui program P3KGB (Pendidikan dan Pelatihan Profesionalisme Kedokteran Gigi Berkelanjutan) untuk membantu sosialisasi materi tentang budaya keselamatan pasien pada tenaga Kesehatan khususnya dokter gigi.

- 7.2.7 Model dan Modul Aplikasi Budaya Keselamatan Pasien bagi sejawat Dokter Gigi ini dapat menjadi nilai tambah bagi sejawat di bidang Etika Keprofesian dan dengan meningkatnya nilai BKP pada sejawat dokter gigi akan mengurangi Kejadian Tidak Diinginkan serta kasus sengketa medik di Indonesia
- 7.2.8 Modul Budaya Keselamatan Pasien perlu masuk dalam Kurikulum Pendidikan Dokter Gigi, khususnya dapat masuk dalam Domain 6 tentang Manajemen Praktik.
- 7.2.9 Perlu penelitian dan pengembangan lebih lanjut terhadap kuesioner SAQ-Indo khususnya domain stres, sehingga akan menyempurnakan alat ukur Budaya Keselamatan Pasien pada tenaga kesehatan pada fasilitas kesehatan primer dan sekunder di Indonesia.
- 7.2.10 Perlu penelitian lebih lanjut untuk memperdalam topik penelitian Budaya keselamatan pasien kepada profesi tenaga kesehatan di Indonesia dengan responden lebih luas dan beragam baik di bidang kedokteran gigi maupun di bidang kesehatan lain sehingga dapat diketahui manfaat lebih mendalam bagi budaya keselamatan pasien ini
- 7.2.11 Perlu pengembangan lebih lanjut pada Modul Aplikasi Budaya Keselamatan Pasien SafeDental.ID ke tahap berikutnya selain hanya penilaian mandiri (*Self Assessment*) yang saat ini sudah terealisasi,

yaitu dengan melakukan analisis lebih mendalam data-data yang sudah masuk untuk membuat aplikasi lebih terintegrasi sehingga data tersebut dapat diimplementasikan bagi tenaga kesehatan secara luas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bonita R. et al. *Basic Epidemiology*. 2 nd Editi. Geneve; 2006.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err Is Human Building a Safer Health System*. Washington,DC: National Academies Press; 2000.
doi:10.17226/9728
3. Obadan EM, Ramoni RB, Kalenderian E. Lessons learned from dental patient safety case reports. *J Am Dent Assoc*. 2015;146(5):318-326.e2.
doi:10.1016/j.adaj.2015.01.003
4. Bailey E, Tickle M, Campbell S. Patient safety in primary care dentistry: Where are we now? *Br Dent J*. 2014;217(7):339-344.
doi:10.1038/sj.bdj.2014.857
5. Bailey E, Tickle M, Campbell S, O'Malley L. Systematic review of patient safety interventions in dentistry. *BMC Oral Health*. 2015;15(1):1-11.
doi:10.1186/s12903-015-0136-1
6. Pruc M, Golik D, Szarpak L, Adam I, Smereka J. COVID-19 in healthcare workers. *Am J Emerg Med*. 2020;158984(April):1.
doi:10.1016/j.ajem.2020.05.017
7. Kamate SK, Sharma S, Thakar S, et al. Assessing knowledge, attitudes and practices of dental practitioners regarding the covid-19 pandemic: A multinational study. *Dent Med Probl*. 2020;57(1):11-17.
doi:10.17219/DMP/119743
8. WHO. Standard Precautions in Health Care. In: *Infection Control*. Switzerland: WHO; 2007. doi:10.5005/jp/books/12675_65
9. Yamalik N, Pe BP. Patient safety and dentistry : what do we need to know ? Fundamentals of patient safety , the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice. 2012:189-196.
doi:10.1111/j.1875-595X.2012.00119.x
10. WHO. *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems*. Geneve Switzerland: WHO Press; 2005.
11. Pemberton MN. Developing patient safety in dentistry. *Br Dent J*. 2014;217(7):335-337. doi:10.1038/sj.bdj.2014.856
12. Van Melle MA, Zwart DLM, Poldervaart JM, et al. Validity and reliability of a medical record review method identifying transitional patient safety incidents in merged primary and secondary care patients' records. *BMJ Open*. 2018;8(8):1-8. doi:10.1136/bmjopen-2017-018576
13. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Permenkes Nomor 20 Tahun 2016 Tenteng Perijinan Terapis Gigi Dan Mulut*. Indonesia; 2016.
14. Giles S, Panagioti M, Hernan A, Cheraghi-Sohi S, Lawton R. Contributory factors to patient safety incidents in primary care: Protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2015;4(1):1-7. doi:10.1186/s13643-015-0052-0
15. Hill AP, Freeman G. *Promoting Continuity of Care in General Practice*.

London UK: RCGP UK; 2011.

16. Lydon S, Cupples ME, Murphy AW, Hart N, O'Connor P. A Systematic Review of Measurement Tools for the Proactive Assessment of Patient Safety in General Practice. *J Patient Saf.* 2017;00(00):1-7. doi:10.1097/PTS.0000000000000350
17. Cheng H, Yen AM, Lee Y. ScienceDirect Factors affecting patient safety culture among dental healthcare workers : A nationwide cross-sectional survey. *J Dent Sci.* 2019;14(3):263-268. doi:10.1016/j.jds.2018.12.001
18. van Melle MA, van Stel HF, Poldervaart JM, de Wit NJ, Zwart DLM. Measurement tools and outcome measures used in transitional patient safety; a systematic review. *PLoS One.* 2018;13(6):1-18. doi:10.1371/journal.pone.0197312
19. Li Y, Zhao X, Zhang X, et al. Validation study of the safety attitudes questionnaire (SAQ) in public hospitals of Heilongjiang province, China. *PLoS One.* 2017;12(6):1-11. doi:10.1371/journal.pone.0179486
20. Gabrani A, Hoxha A, Simaku A GJ. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2015. 2015;5:1-10. doi:10.1136/bmjopen-2014-006528
21. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:1-10. doi:10.1186/1472-6963-6-44
22. Klemenc-Ketis Z, Maletic M, Stropnik V, Deilkås ET, Hofoss D, Bondevik GT. The safety attitudes questionnaire - ambulatory version: psychometric properties of the Slovenian version for the out-of-hours primary care setting. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(36):1-7. doi:10.1186/s12913-016-1972-7
23. Nordén-Hägg A, Sexton JB, Kälvemark-Sporrong S, Ring L, Kettis-Lindblad Å. Assessing Safety Culture in Pharmacies: The psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clin Pharmacol.* 2010;10(8):1-12. doi:10.1186/1472-6904-10-8
24. Zimmermann N, Küng K, Sereika SM, Engberg S, Sexton B. Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals - a validation study. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(347):1-11. doi:doi:10.1186/1472-6963-13-347
25. Cui Y, Xi X, Zhang J, et al. The safety attitudes questionnaire in Chinese : psychometric properties and benchmarking data of the safety culture in Beijing hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(590):1-14. doi:10.1186/s12913-017-2543-2
26. Al Nadabi W, Faisal M, Mohammed MA. Patient safety culture in Oman: A national study. *J Eval Clin Pract.* 2020;26(5):1406-1415. doi:10.1111/jep.13322
27. Gambashidze N, Hammer A, Ernstmann N. Psychometric properties of the

- Georgian version of the Safety Attitudes Questionnaire : a cross- - sectional study. *BMJ Open*. 2020;10:1-9. doi:10.1136/bmjopen-2019-034863
28. Patel S, Wu AW. Safety Culture in Indian Hospitals : A Cultural Adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire. *J Patient Saf*. 2016;12(2):75-81. www.journalpatientsafety.com.
 29. Hodgen A, Ellis L, Churruca K, Bierbaum M. *Safety Culture Assessment in Health Care: A Review of the Literature on Safety Culture Assessment Modes*. Sydney: the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2017. <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2017/10/Safety-Culture-Assessment-in-Health-Care-A-review-of-the-literature-on-safety-culture-assessment-modes.pdf>.
 30. Juliawati M, Darwita RR, Adiatman M, Lestari F. Patient Safety Culture in Dentistry Analysis Using the Safety Attitude Questionnaire in DKI Jakarta , Indonesia : A Cross-Cultural Adaptation and Validation Study. *J Patient Saf*. 2022;00(00):1-8.
 31. Bondevik GT, Hofoss D, Husebø BS, Deilkås ECT. The safety attitudes questionnaire - Ambulatory version: Psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(139):1-10. doi:doi:10.1186/1472-6963-14-139
 32. Modak I, Sexton JB, Lux TR, Helmreich RL, Thomas EJ. Measuring safety culture in the ambulatory setting: The safety attitudes questionnaire - Ambulatory version. *J Gen Intern Med*. 2007;22(1):1-5. doi:10.1007/s11606-007-0114-7
 33. Kemenkes RI. *Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Edisi 3. Jakarta; 2015.
 34. Kesehatan K. *Permenkes RI No. 11 Th 2017 Keselamatan Pasien*. Indonesia; 2017:1-58.
 35. Dewanto, I & Lestari NI. Panduan Pelaksanaan Pelayanan Kedokteran Gigi dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. *Pandu Pelaks Pelayanan Kedokt Gigi dalam Sist Jaminan Kesehat Nas*. 2014:1-44.
 36. Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. In: Jakarta; 2009:1-59.
 37. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Patient Safety Incident Report*. Kementerian Kesehatan RI; 2015.
 38. Waterson P. *Patient Safety Culture: Theory, Methods and Application.*; 2014.
 39. Saksena A, Pemberton MN, Shaw A, Dickson S, Ashley MP. Preventing wrong tooth extraction : experience in development and implementation of an outpatient safety checklist. *Br Dent J*. 2014;217:357. doi:10.1038/sj.bdj.2014.860
 40. Esmail A. *Measuring and Monitoring Safety : A Primary Care Perspective*. Manchester: The Health Foundation; 2013.

41. Flin R. Measuring safety culture in healthcare : A case for accurate diagnosis. 2007;45:653-667. doi:10.1016/j.ssci.2007.04.003
42. KBBI-Daring. Kepuasan. <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/kep>. Published 2021.
43. Gilbert C, Journe B, Laroche H BC. *Safety Cultures Safety Models Taking Stock and Moving Forward*. France: Springer Open; 2018. doi:10.1007/978-3-319-95129-4_5
44. WHO. *Better Knowledge for Safer Care: Human Factors in Patient Safety*; 2009. http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_facto rs/human_factors_review.pdf.
45. IOSH. *Promoting a Positive Culture*. UK; 2015. www.iosh.co.uk.
46. Eeckelaert L, Starren A , Fox D BC. *Occupational Safety and Health Culture Assessment - A Review of Main Approaches and Selected Tools*. (TN T, ed.). Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work; 2011. doi:10.2802/53184
47. Guldenmund FW. *Understanding and Exploring*. Den Haag; 2010.
48. Zohar D. Thirty years of safety climate research : Reflections and future directions. *Accid Anal Prev*. 2010;42(5):1517-1522. doi:10.1016/j.aap.2009.12.019
49. Singer SJ, Tucker AL. *Creating a Culture of Safety in Hospitals*; 2014. https://www.researchgate.net/publication/237229005_Creating_a_Culture_of_Safety_in_Hospitals.
50. Fujita S, Seto K, Ito S, Wu Y, Huang CC, Hasegawa T. The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1). doi:10.1186/1472-6963-13-20
51. Alsalem G, Bowie P, Morrison J. Assessing safety climate in acute hospital settings: A systematic review of the adequacy of the psychometric properties of survey measurement tools. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1-14. doi:10.1186/s12913-018-3167-x
52. Foundation H. *Safety Culture : What Is It and How Do We Monitor and Measure It*? London UK; 2013. www.health.org.uk.
53. Mardon RE, Khanna K, Sorra J, Dyer N, Famolaro T. Culture and Adverse Events. *J Patient Saf*. 2010;6(4):226-232.
54. Liana D, Siregar KN, Bachtiar A, Lestari F. Maturity Model and Safety Culture in Healthcare: A Systematic Review. *Indian J Public Heal Res Dev*. 2020;11(03):2457.
55. Reiman T, Pietikäinen E, Oedewald P. Multilayered approach to patient safety culture. *Qual Saf Heal Care*. 2010;19(5):1-5. doi:10.1136/qshc.2008.029793
56. Deilkås ET, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form

- 2006). *BMC Health Serv Res.* 2008;8(191):1-10. doi:10.1186/1472-6963-8-191
57. Sandars John CG. *ABC of Patient Safety*. Massachusetts USA: Blackwell Publishing; 2007.
 58. Foundation T health. *Does Improving Safety Culture Affect Patient Outcomes?* 1st ed. USA; 2011.
 59. WHO. WHO - Patient Safety. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>. Published 2021.
 60. Wikipedia. Kedokteran Gigi. https://id.wikipedia.org/wiki/Kedokteran_gigi. Published 2021. Accessed March 22, 2021.
 61. Kemenkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Indonesia; 2014:1-48.
 62. Lestari Ayu, Adyatman M DR. Mapping of health care facilities, dental visits and oral health problems in Indonesia to prevent Covid-19 transmission. *Dent J Maj Kedokt Gigi*. 2022;55(3). <http://e-journal.unair.ac.id/MKG>.
 63. Gleeson LL, Byrne S. Safety culture in a major accredited Irish university teaching hospital : a mixed methods study using the safety attitudes questionnaire. *Ir J Med Sci.* 2020:1-8. doi:10.1007/s11845-020-02228-0
 64. Braun V, Victoria C. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2008;0887(2006):77-101.
 65. Wong L. Focus group discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Med J.* 2008;49(3):256. <http://smj.sma.org.sg/4903/4903me1.pdf>.
 66. Brandl K, Rabadia S V., Chang A, Mandel J. Benefit of focus group discussion beyond online survey in course evaluations by medical students in the United States: A qualitative study. *J Educ Eval Health Prof.* 2018;15:25. doi:10.3352/jeehp.2018.15.25
 67. Maharani DA, Rahardjo A. *Uji Statistik Dan Estimasi Besar Sampel*. Ed 1. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2016.
 68. Pagano M, Gauvreau K. *Principles of Biostatistics*. 2nd Editio. USA: CRC Press - Taylor & Francis Group A Chapman & Hall Book; 2018.
 69. Wulandari P. Peran Status Periodontal Terhadap Kualitas Hidup Penderita Periodontitis Pada Perimenopause dan Pasca Menopause (Tinjauan melalui Faktor Sosiodemografis, Laboratoris dan Klinis). *Univ Indones.* 2019;1.
 70. Wami SD, Demssie AF, Wassie MM, Ahmed AN. Patient safety culture and associated factors : A quantitative and qualitative study of healthcare workers ' view in Jimma zone Hospitals , Southwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res.* 2016:1-10. doi:10.1186/s12913-016-1757-z
 71. Krzywinski M, Blainey P, Group NP, Alike CCA, Published A, Terms D.

- Sampling distributions and the bootstrap. *Nat Methods - MIT Open Access Artic.* 2015;12(6):477-478. doi:<https://doi.org/10.1038/nmeth.3414>
72. Joseph T. *Bootstrapping Statistics. What It Is and Why It's Used.*; 2020. <https://towardsdatascience.com/bootstrapping-statistics-what-it-is-and-why-its-used-e2fa29577307>.
 73. Lexy M. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. 39th ed. Bandung: PT Remaja Rosda Karya Bandung; 2019.
 74. Dahlan S. *Besar Sampel Dan Cara Pengambilan Sampel*. (3, ed.). Jakarta: Salemba Medika; 2013.
 75. KKI. Info Statistik Data Dokter Gigi Indonesia dengan STR. <http://www.kki.go.id/>. Published 2020.
 76. Rachmawati YL, Pratiwi AN, Maharani DA. Cross-cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Indonesia Version of the Scale of Oral Health Outcomes for 5-Year-Old Children. *J Int Soc Prev Community Dent* [J]. 2017;7:75-81. doi:10.4103/jispcd.JISPCD_272_17
 77. Moser A, Korstjens I. Series : Practical guidance to qualitative research . Part 3 : Sampling , data collection and analysis. *Eur J Gen Pract.* 2018;0(0):9-18. doi:10.1080/13814788.2017.1375091
 78. Oxford. Meaning of Dentist. Lexico Oxford. <https://www.lexico.com/definition/dentist>. Published 2021.
 79. Han J, Oh WO, Park IT, Lee A. Development and Effects of a Mobile Application for Safety Incident Prevention among Hospitalized Korean Children: A pilot Study of Feasibility and Acceptability. *J Pediatr Nurs.* 2020;51(xxxx):e69-e76. doi:10.1016/j.pedn.2019.09.022
 80. Milgrom P, Riedy CA, Weinstein P, et al. Design of a community-based intergenerational oral health study: “ Baby Smiles.” *BMC Oral Health.* 2013;13(1). doi:10.1186/1472-6831-13-38
 81. Indonesia U, Liana D, Masyarakat FK, Studi P, Ilmu D, Masyarakat K. Universitas Indonesia Model Duta-Rs (Dewasakan Upaya Tatanan Akreditasi Rumah Sakit) Universitas Indonesia Model Duta-Rs (Dewasakan Upaya Tatanan Akreditasi Rumah Sakit). 2021.
 82. Gjersing L, Caplehom JR, Clausen T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Med Res Methodol.* 2010;10(13):1-10. doi:doi:10.1186/1471-2288-10-13
 83. Wang WL, Lee HL, Fetzer SJ. Challenges and Strategies of Instrument Translation. *West J Nurs Res.* 2006;28(3):310-321. doi:10.1177/0193945905284712
 84. Beaton DE, Bombardier C , Guillemin F ** Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures Dorcas. *SPINE Vol.* 2000;25(24):3186–3191.
 85. Funkhouser E , Vellala K, Baltuck C, Cacciato R, Durand E, McEdward D, Sowell E, Theisen SE, . Gilbert GH and NDPCG 1University. HHS Public

- Access Survey Methods to Optimize Response Rate in the National Dental Practice-Based Research Network Ellen. *Eval Heal Prof.* 2018;176(1):139-148. doi:10.1177/0163278715625738.Survey
86. Ammar N, Aly N, Folayan M, et al. Behavior change due to COVID-19 among dental academics — The theory of planned behavior : Stresses , worries , training , and pandemic severity. *PLoS One.* 2020;1-13. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239961>
 87. Kristensen S, Sabroe S, Bartels P, Mainz J. Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. *Clin Epidemiol.* 2015;7:149-160.
 88. Maharani D, Rahardjo A. *Reliabilitas.* Ed 1. Jakarta: UI Publishing; 2019.
 89. Vandenbroucke JP, von Elm E, Altman DG, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *Int J Surg.* 2014;12(12):1500-1524. doi:10.1016/j.ijsu.2014.07.014
 90. Zhang Z. Model building strategy for logistic regression: Purposeful selection. *Ann Transl Med.* 2016;4(6):4-10. doi:10.21037/atm.2016.02.15
 91. Hilbe Joseph M. *Practical Guide to Logistic Regression.* Vol 71. (Taylor & Francis Group L, ed.). CRC Press; 2015. doi:10.18637/jss.v071.b03
 92. Soola AH, Khameslou MA, Mirzaei A, Bahari Z. Predictors of patient safety competency among emergency nurses in Iran : a cross - sectional correlational study. *BMC Health Serv Res.* 2022;1-10. doi:10.1186/s12913-022-07962-y
 93. Wang D ni, Li L, Zhao D. Corporate finance risk prediction based on LightGBM. *Inf Sci (Ny).* 2022;602:259-268. doi:10.1016/j.ins.2022.04.058
 94. Burström L, Letterstål A, Engström ML, Berglund A, Enlund M. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: A repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1). doi:10.1186/1472-6963-14-296
 95. Jiang K, Tian L, Yan C, et al. A cross-sectional survey on patient safety culture in secondary hospitals of Northeast. *PLoS One.* 2019;14(3):1-11. doi:PLOSONE | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213055>
 96. Li C, Xia B, Wang Y, Guan X, Yuan J, Ge L. Translation and psychometric properties of the Chinese (Mandarin) version of the Child Oral Health Impact Profile-Short Form 19 (COHIP-SF 19) for school-age children. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12(1):1-8. doi:10.1186/s12955-014-0169-1
 97. Lee W, Wung H, Liao H, et al. Hospital Safety Culture in Taiwan : A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(234):1-8. doi:doi:10.1186/1472-6963-10-234
 98. Schram A, Paltved C, Christensen KB, Kjaergaard-Andersen G, Jensen HI,

- Kristensen S. Patient safety culture improves during an in situ simulation intervention: A repeated cross-sectional intervention study at two hospital sites. *BMJ Open Qual.* 2021;10(1). doi:10.1136/bmjoq-2020-001183
99. Cui Y, Xi X, Zhang J, et al. The safety attitudes questionnaire in Chinese: Psychometric properties and benchmarking data of the safety culture in Beijing hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):1-14. doi:10.1186/s12913-017-2543-2
 100. Adiatman M. Dental and Gingival Status of 5 and 12-Year-Old Children in Jakarta and Its Satellite Cities. *J Dent Indones.* 2016;23(1):5-9. doi:doi:10.14693/jdi.v23i1.982
 101. Zhao C, Chang Q, Zhang X, et al. Evaluation of safety attitudes of hospitals and the effects of demographic factors on safety attitudes : a psychometric validation of the safety attitudes and safety climate questionnaire. 2019;0:1-11.
 102. Kummerow, E., & Kirby N. *Organisational Culture*. World Scientific Publishing Company.; 2013. <https://www.worldscientific.com/worldscibooks/10.1142/7146> (.
 103. Chai HH, Gao SS, Chen KJ, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. A concise review on qualitative research in dentistry. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(3):1-13. doi:10.3390/ijerph18030942
 104. Ayoub Mohammed. Assessing patient safety culture in 15 intensive care units : a mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(274):9. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07665-4>
 105. Bailey E, Tickle M, Campbell S, O'Malley L. Systematic review of patient safety interventions in dentistry. *BMC Oral Health.* 2015;15(1):1-11. doi:10.1186/s12903-015-0136-1

Lampiran 1. PERSETUJUAN ETIK



KOMISI ETIK PENELITIAN KEDOKTERAN GIGI (KEPKG)

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI

UNIVERSITAS INDONESIA

Jl. Salatiga Raya No. 4 Jakarta Pusat 10430

E-mail: etik@fkg.ui.ac.id; Website: <http://fkg.universitas-indonesia.ac.id/ethical-committee/>

Telp. (62-21) 3196289; Fax: (62-21) 3196289

PERSETUJUAN ETIK (ETHICAL APPROVAL)

Nomor: JAK/ethical Approval /FKG/VI/2020

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Etik Penelitian Kedokteran Gigi Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia, setelah dilaksanakan perbaikan dan penilaian, dengan ini menutuskan protokol penelitian yang berjalan.

**"Analisa Budaya Keselamatan Pasien pada Layanan Kedokteran Gigi di Indonesia
(The Analize of Patient Safety Culture in Dentistry in Indonesia)"**

No Protokol: 070080020

Nama Peneliti:

Mita Jilawati

Nama Institusi:

: Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat dan
Kedokteran Gigi Pencegahan
Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Indonesia

Dapat ditonton jaraknya. Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertulis dalam protokol.

Roda akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEPKG-FKG/VI, jika ada perubahan protokol dan / atau perpanjangan penelitian, harus memperjukan surat keputusan ketua etik penelitian (amendemen protokol).

Jakarta, 1 Juli 2020

Ketua Komisi Etik Penelitian
Kedokteran Gigi (KEPKG) FKG U.I,



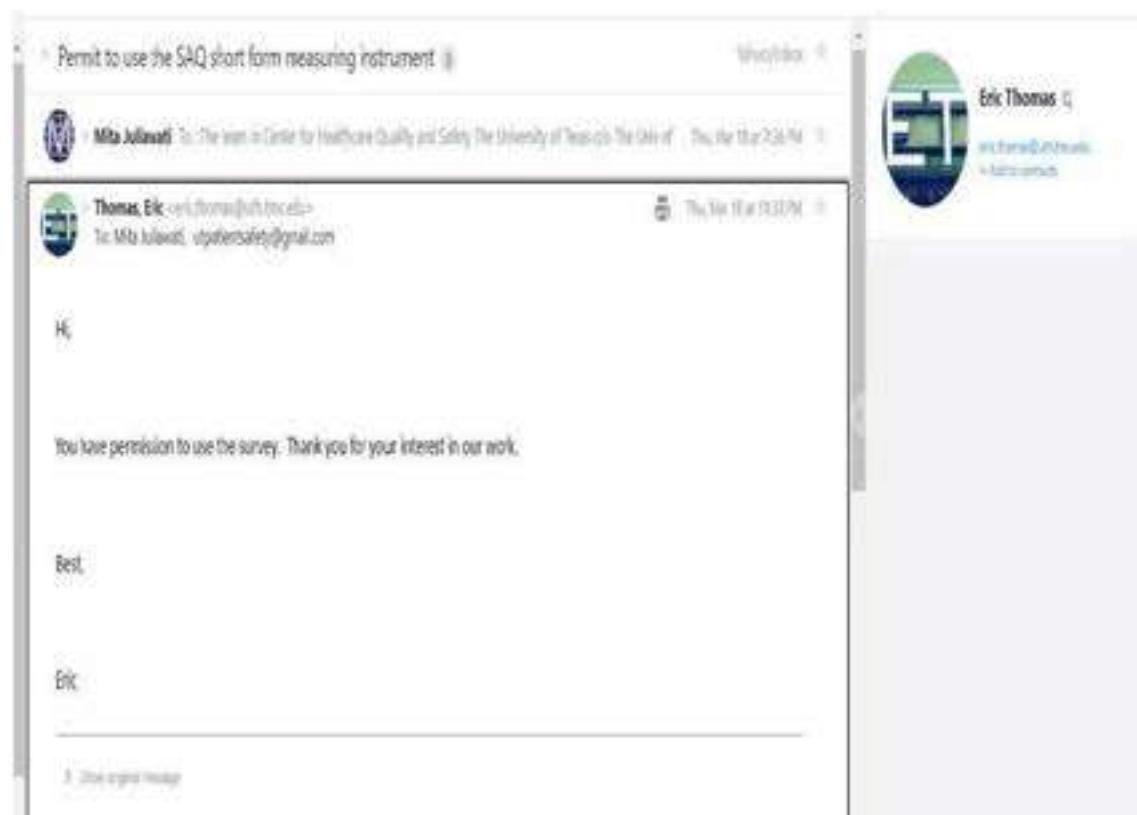
Keterangan/Note:

Berikut ini terdapat beberapa saku tangan sejak tanggal ditetapkan.
Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan ke Komisi Etik Penelitian Kedokteran Gigi FKG/VI.
Jika ada perubahan protokol dan / atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan surat keputusan ketua etik penelitian.

Lampiran 2. Surat Rekomendasi dari PB PDGI



Lampiran 3. SURAT IJIN DARI SAQ – TEXAS FOUNDATION 18 Mar 2021



Thomas, Eric <eric.thomas@uth.tmc.edu>
To:Mita Juliawati,utpatientsafety@gmail.com
Thu, Mar 18, 2021 at 11:33 PM

Hi,

You have permission to use the survey. Thank you for your interest in our work.

Best,

Eric

Surat Permohonan Penggunaan SAQ dan Ijin dari Center for Healthcare Quality and Safety The University of Texas

Permit to use the SAQ short form measuring instrument

Yahoo/Sent

- **Mita Juliawati <mitajuliawati@yahoo.com>**
-

To:utpatientsafety@gmail.com

Bcc:Risqa Rina Darwita

Thu, Mar 18, 2021 at 7:36 PM

To : The team in Center for Healthcare Quality and Safety The University of Texas
c/o The Univ of Texas Center of Excellence for Patient Center Research & Practice
Email : utpatientsafety@gmail.com

Dear Doctor ,

My name is Mita Juliawati and I am Student of Doctoral Program at the Faculty of Dentistry Universitas Indonesia.

I am interested in studying about patient safety culture in Dentistry. Due to my research with the topic: ***The Analysis of Patient Safety Culture in Dentistry in Indonesia*** where the research area is in line with many researches that was listed in Website of University of Texas Center for Healthcare Quality and Safety that uses approximately the same measuring instrument, namely the Safety Attitude Questionnaire .

Then I would like to request your permission to use the short form of SAQ and will be adjusted to my research with dental healthcare workers respondents consisting of dentists and dental nurses in primary and secondary health facilities in Indonesia.

I am looking forward to your kind respond. Thank you for your kind attention.

Respectfully,

Mita Juliawati, DDS., MHA
Student of Doctoral Program
Faculty of Dentistry
Universitas Indonesia
Address: Jalan Salemba No. 4, Jakarta, Indonesia 10430
Mobile: +62-81290888939
E-mail: mitajuliawati@yahoo.com, mitajuliawati@gmail.com

Lampiran 4. Bukti Acceptance pada Journal Of Patient Safety – Scopus Q2

The screenshot shows a manuscript submission status page for the Journal of Patient Safety. At the top, it says "Submissions with an Editorial Office Decision for Author Rita Djuvalati, Ph.D." Below this is a table with one row of data:

Action	Manuscript Number	Title	Initial Date Submitted	Status Date	Current Status	Date Final Disposition Set	Final Disposition
New Submission Author Status New Decision Letter Re-Ballication Changes	PS-581025	Pilot Safety Culture in Dietary Analysis using Safety Attitude Questionnaire in 242 Patients, Adolescents, & Young Adults: A Descriptive and Correlational Study	Apr 10, 2015	Nov 26, 2015	Accepted		

At the bottom of the page, there is a note: "You should use the free Adobe Reader 10 or later for best PDF viewing results." and a link to "View Article Online".



Editor-in-Chief: Editor-in-

ISSN: 1549-8417

Online ISSN: 1549-8425

Frequency: 4 issues / year

Ranking: Health Policy & Care

Impact Factor: 2.844

[Subscribe to eTOC](#)

TABLE 5. Summary Descriptive Statistics

Variable	Categorial	Continuous	Percent
Age (y)	25-29	96	100
	30-34	96	100
	45-49	96	100
	50-54	96	100
	55-59	96	100
	60-64	96	100
	65-69	96	100
	70-74	96	100
	75-79	96	100
	80-84	96	100
	85-89	96	100
	90-94	96	100
	95-99	96	100
	100+	96	100
Sex	Male	96	100
	Female	4	0
Type of health facilities	Primary health facilities	96	100
	Secondary health facilities	4	0
	Tertiary health facilities	0	0
Relatives	Other	96	100
	Family	4	0
	Friends	96	100
No. persons treated (average)	1-5	96	100
	6-10	4	0
	11-20	0	0
	>20	0	0
	<1	96	100
	1-5	4	0
	6-10	0	0
	11-20	0	0
	>20	0	0
Number of patients (n)	1-5	96	100
	6-10	4	0
	11-20	0	0
	>20	0	0
Geography of CHW (n)	Far-East Mato	96	100
	Far-West Mato	4	0
	East-East Mato	0	0
	West-West Mato	0	0
	Other Far East	96	100
	East South Mato	4	0
	Other West	0	0
Liaison	Unemployed	96	100
	Students/Needy	4	0
	Teachers	0	0
	Others	0	0
	Not	0	0
	Never	0	0
Level of education/qualifications	Up to 9th grade	96	100
	Up to 12th grade	4	0
	Postsecondary	0	0
Profession or occupation	None	96	100
	Other	4	0

played for 173 children. Demographic data were collected on the characteristics of each family. Furthermore, we recorded the age of the child at the time of diagnosis, the date of first treatment, the number of hospitalizations, the number of days spent in hospital, the number of days spent in hospital as an outpatient, and the number of outpatient consultations. The number of patients treated by us was 173, with 100% of children aged 0–17 years. All children with IgE-mediated diseases were included in our study. IgE-mediated diseases include food allergies, atopic dermatitis, allergic rhinitis, and allergic asthma.

200

The study was concerned with the development of the skills of the first-year students in their first year at university. In this study, the concept of "beginner" was used to describe students who had not studied in higher education before, while "experienced" students were those who had studied in primary, secondary, or tertiary institutions. The term "beginner" was chosen to describe students who had not studied in higher education before, while "experienced" students were those who had studied in primary, secondary, or tertiary institutions. The term "beginner" was chosen to describe students who had not studied in higher education before, while "experienced" students were those who had studied in primary, secondary, or tertiary institutions.

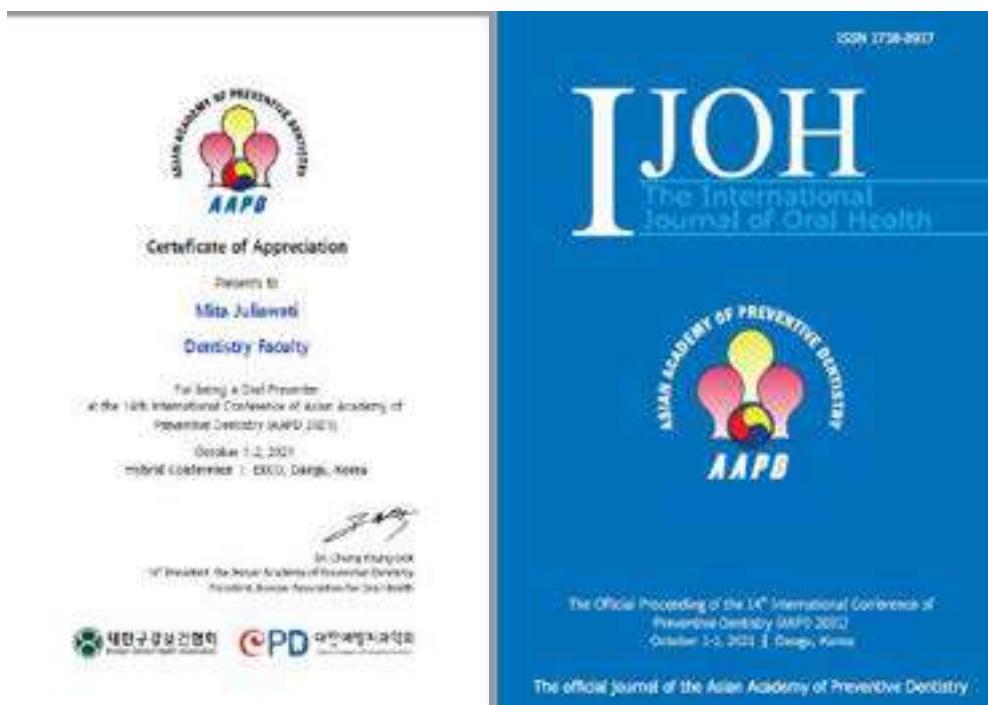
1992 book on using C++ well today offers similar criticisms.

— 4 —

Lampiran 6. Bukti Presentasi pada AAPD Daegu Korea October 2021



Sertifikat dan Proceeding AAPD 2021



Lampiran 7. Bukti Jawaban Submit Manuskip pada JIDMR 2022 (Q3)

Journal of International Dental and Medical Research <jidmreditor@outlook.com>

To:mitajuliawati@yahoo.com

Tue, Jul 19 at 12:29 AM

Dear **Dr. Mita Juliawati**,

Your manuscript entitled "**Factors Contributing to Patient Safety Culture Among Dentist in Indonesia**" has been successfully submitted to the JIDMR by e-mail and will be considered for publication in "**Journal of International Dental and Medical Research**".

We are sending your article for a peer-review and when we receive an evaluation we will inform you.

Thank for considering the manuscript for submission to the **Journal of International Dental and Medical Research**.

Please feel free to contact me with any questions or concerns.

Best Regards,

Editorial Secretary for JIDMR

Courtesy of Editor-in-Chief and General Director

Journal of International Dental and Medical Research ISSN 1309 - 100X

<http://www.jidmr.com/journal/>

E-mail: jidmreditor@outlook.com

ECTODERMAL DYSPLASIA GROUP - TURKIYE

<http://www.ektodermaldisplazi.com>

Bukti Submit Manuskip pada JIDMR 2022

Mita Juliawati <mitajuliawati@yahoo.com>

To:izzetyavuz@hotmail.com

Mon, Jul 18 at 10:02 PM

Jakarta , July 2022

To : Prof. Dr. Izzet YAVUZ

Email izzetyavuz@hotmail.com .

D.Ü. Faculty of Dentistry

Editor-in-Chief and General Director

Journal of International Dental and Medical Research ISSN 1309 – 100X

<http://www.jidmr.com/journal/>

MSc, PhD, D Ped Dent.

Professor, Pediatric Dentistry

Faculty of Dentistry, University of Dicle

21280 Diyarbakir, TURKEY

E-mail: izzetyavuz@hotmail.com

ECTODERMAL DYSPLASIA GROUP – TURKEY

<http://www.ektodermaldisplazi.com>

Dear Prof. Dr. Izzet YAVUZ,

Herewith I am with my team would like to submit the abstract and manuscript to be published in JIDMR.

The title of our manuscript was

"Factors Contributing to Patient Safety Culture Among Dentists in Indonesia"

(Mita Juliawati^{1,2}, Risqa R Darwita³, Melissa Adiatman³, Fatma Lestari⁴)

Abstract and manuscript are attached to this email. I really hope that this manuscript will be accepted and published in the JIDMR Journal. Finally, Thank you for your attention and Warm Regards from Indonesia.

Dr.Mita Juliawati,MHA

Graduate School, Doctoral Study Programme, Faculty of Dentistry, Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia

Bukti Submit Abstrak Manuskip pada JIDMR (Q3)

Factors Contributing to Patient Safety Culture Among Dentist in Indonesia

Mita Juliawati^{1,2}, Risqa R Darwita³, Melissa Adiatman³, Fatma Lestari⁴

¹Graduate School, Doctoral Study Programme, Faculty of Dentistry, Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia

²Department of Public Health and Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Trisakti University, Jakarta, Indonesia

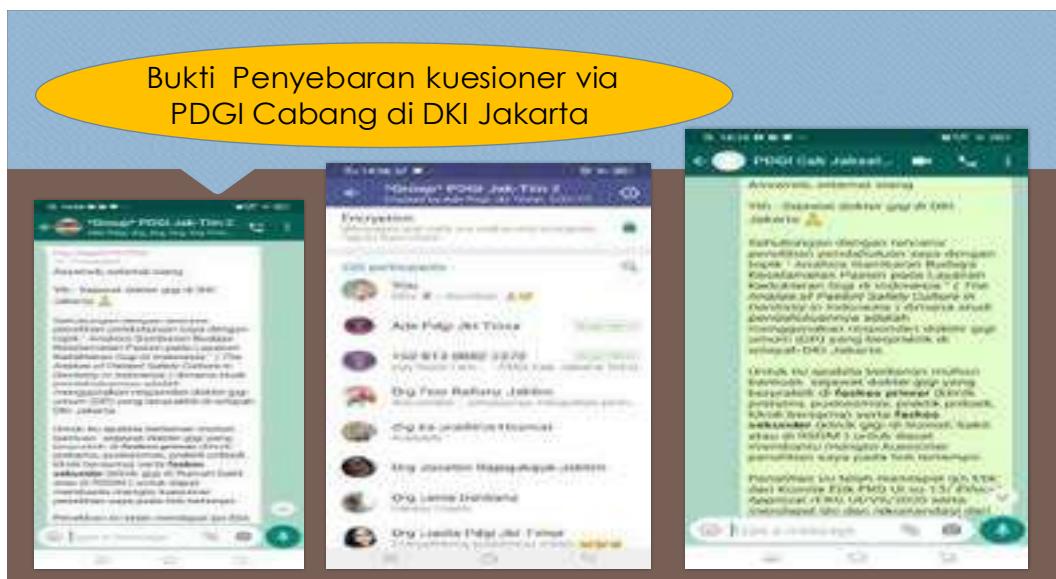
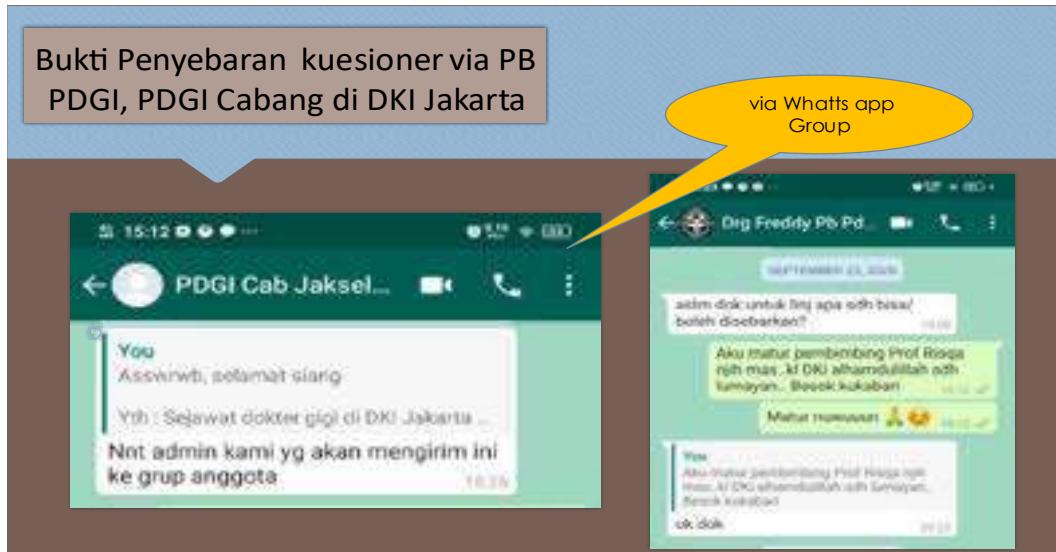
³Department of Dental Public Health and Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia

⁴Occupational Health & Safety Department , Faculty of Public Health, Universitas Indonesia, Depok Indonesia

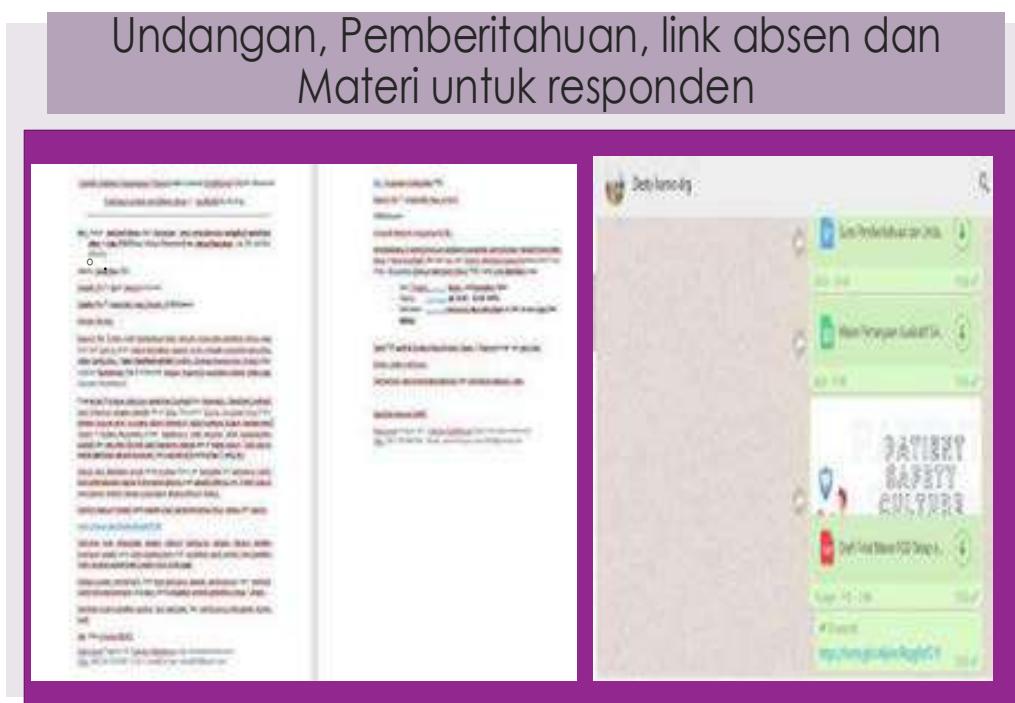
Abstract Previous studies has reported the importance of patient safety culture (PSC) for dentists. This study aimed to measure the level of PSC using the Indonesian Safety Attitude Questionnaire (SAQ-Indo) and identify factors associated with positive attitudes toward patient safety. A cross-sectional survey was conducted among 1111 dentists in primary and secondary healthcare in Indonesia. The PSC factors were identified using bivariate analysis with Chi-square and simple logistic regression which was classified into positive and negative based on the median of total score. The PSC score was a total score of 30 SAQ-Indo³⁰ questions. Dividing by percentile, the lowest score was having a range of <2025 (23.9%), the medium group was 2025-2174(24.4%), the good group was 2175-2324 (25.7%),and very good group with a score range of ≥ 2325 (25.9%). Positive attitudes toward PSC were found in 574 participants (51.6%). PSC was significantly associated with gender, education, health facilities location, practice experience and ever been attending Patient Safety's training. Positive attitude was more likely associated with men, higher education level, practice location in urban areas, practice experience more than 10 years and history attending training on Patient Safety. This information can be used to improve patient safety in the future.

KEYWORDS : Dentist, Patient safety, Patient Safety Culture, Indonesia

Lampiran 8. Dokumentasi Penelitian kuantitatif Penyebaran kuesioner via PB PDGI , PDGI Cabang



Lampiran 9. Dokumentasi Tahap Kualitatif - Bukti Undangan Responden FGD via WhatsApp



Dokumentasi FGD dan contoh materi FGD

28 Des
2021

Dokumentasi FGD Cluster Ind Barat

Aceh – Batam – Pakanbaru – Riau – Semarang – Jakarta – Garut – Purwakarta - Lampung –
Surabaya - Madura - Lumajang

Contoh Materi

Lampiran 10. Bukti Undangan Tahap Intervensi



Contoh Responden Tahap Intervensi



Lampiran 11. Contoh Materi Intervensi – Bagian dari Video Edukasi 1





MENCiptakan Budaya Keselamatan / SAFETY CULTURE

Langkah pertama dalam tahapan mencapai Keselamatan Pasien yang berkaitan dengan manajemen risiko dan keselamatan dalam layanan kedokteran gigi.

Sumber: WHO Better Knowledge for Oral Health Policy and Action Strategy, 2009
http://www.who.int/mediacentre/newsroom/Newsroom_Records/WHOOralHealthActionStrategy.pdf

Meningkatnya budaya keselamatan pasien di fasilitas layanan kesehatan



Kepuasan menyakiti terhadap layanan Kesehatan termasuk keselamatan diri dan mutu dapat meningkat



Meningkatkan angka kunjungan pasien ke fasilitas kesehatan gigi dan mulut

Grafis sumber: Better Knowledge for Oral Care: Oral Health Policy and Action Strategy, 2009. http://www.who.int/mediacentre/newsroom/Newsroom_Records/WHOOralHealthActionStrategy.pdf

Penelitian ini menggunakan kuesioner Budaya Keselamatan Pasien (Safety Attitude Questionnaire versi Indonesia)

Kuesioner dari Saarinen et al., Gallo A et al, Ying Li et al., dan Doring MC yang telah diberi validitas untuk Indonesia (SAQ-Indo)

SAQ-Indo

6 Dimensi dengan 30 Pertanyaan

- Iklim keselamatan (safety climate)
- Iklim kerja tim (teamwork climate)
- Kepuasan kerja (job satisfaction)
- Identifikasi stres (stress recognition)
- Persepsi manajemen (perception of management)
- Kondisi kerja (working condition)

MENGISI KUESIONER

SUBMIT

SOLUSI UNTUK MENINGKATKAN KELAMINATAN PASIEN

BAIK
BAIK
SEDANG
BURANG

2

Penerapan Budaya Keselamatan Pasien pada bidang kedokteran gigi

PENGISIAN KUESIONER ULANG

SUBMIT

Dengan harapan sudah terdapat perbaikan persipil dan perlaku terhadap budaya keselamatan sehingga akan membawa pengaruh positif bagi sejauh dalam berpraktik khususnya dalam mencegah terjadinya Kejadian Tidak Diringinkan (KTD/Adverse Events)

**TERIMA
KASIH**

Lampiran 12. Panduan *Focus Group Discussion* (FGD)

Panduan *Focus Group Discussion* (FGD) pada Kelompok

A. Jadwal Pelaksanaan FGD

Hari /Tgl :

Waktu :

FGD melalui : Daring via Zoom atau Luring

Bila Daring : Link Zoom :.....

Moderator : * Moderator adalah peneliti atau tim yang menguasai materi penelitian
Notulen/Admin :

B. Panduan FGD secara Daring melalui Zoom

1. Link Zoom dibuka pukul ... WIB
2. Peneliti dan Tim sudah stand by di Zoom
3. Mengingatkan Kembali di grup WhatsApp dengan peserta bahwa FGD akan dimulai pk WIB dan Zoom sudah dibuka 30 menit sebelum waktu FGD
4. Tim Admin menyampaikan link absen peserta FGD di grup WA dan saat FGD berlangsung di chat
5. Setelah Zoom dimulai sebaiknya kendali Host dipindah ke tim pembantu penelitian, bisa tim admin atau notulen untuk kendali keluar masuk responden
6. Pembukaan dan perkenalan oleh peneliti yang memperkenalkan juga tim yang mendukung serta mengenalkan peserta Zoom bila belum saling mengenal.
7. Jangan lupa direkam untuk dokumentasi penelitian.
8. Moderator /Peneliti menyampaikan tujuan FGD pada penelitian ini dan mulai menampilkan (*Share Video Preview*)materi penelitian dalam hal ini *Patient Safety Culture*
9. Masuk materi Pertanyaan FGD
10. Pengatur waktu (*Time keeper*) 45 menit _ rutin mengingatkan waktu agar berlangsung tepat waktu
11. Tim record dan Notulen bertugas selama FGD untuk analisis penelitian
12. ResUME sekilas hasil FGD , Foto dokumentasi bersama dan Ucapan terima kasih
13. Penutup

C. Lampiran Persiapan Daftar dan Absensi Peserta

List Peserta FGD

No	Nama	No HP/WA	Alamat Faskes

Lampiran 13. Kuesioner Budaya Keselamatan Pasien SAQ - Indonesia

Kuesioner Budaya Keselamatan Pasien pada Layanan Kedokteran Gigi di Indonesia

Kepada Yth :

Sejawat dokter gigi di Indonesia
Asswrvb.

Perlu diketahui bahwa keselamatan (safety) telah menjadi isu yang mendunia khususnya pada layanan kesehatan. Bila kejadian tidak diharapkan (KTD atau Adverse Event) di berbagai negara di dunia seperti Amerika, Colorado, Utah, New York serta Inggris, Denmark, Asia dan Australia, menjadi cikal bakal berbagai negara segera mengembangkan Sistem Keselamatan Pasien.¹ Apalagi saat ini dunia sedang dihadapkan pada Pandemi Global dengan adanya Virus Covid-19, dimana data WHO menunjukkan bahwa virus ini sudah banyak menelan korban, bahkan pada dokter maupun tenaga medis yang merupakan profesi yang berisiko tinggi.² Per 27 Juli 2020, kasus virus corona telah menginfeksi lebih dari 200 negara di dunia dengan update data adalah 16.114.419 kasus, 254.274 kasus baru, dan 646.641 wafat termasuk di Indonesia ada 98.778 kasus dengan 4781 orang wafat.³

Pada bidang kedokteran gigi, dokter gigi dan perawat gigi (terapis gigi mulut), sangat berisiko tinggi terhadap infeksi silang dan dapat menjadi orang pertama yang kontak karena dekat dengan pasien yang berpotensi menjadi sumber penularan.⁴ Kondisi ini membuat semua pihak melakukan tindakan kewaspadaan standar khususnya penerapan Universal Precaution dari WHO termasuk dalam menghadapi virus Covid-19 ini.⁵ Hal ini membuka wawasan dunia tentang pentingnya faktor budaya keselamatan pasien khususnya bagi tenaga medis.⁶ Terkait dengan upaya-upaya Keselamatan Pasien di faskes primer dan sekunder (klinik dan Rumah Sakit), diyakini bahwa upaya menciptakan atau membangun budaya keselamatan/safety culture merupakan langkah pertama dalam langkah-langkah mencapai Keselamatan Pasien yang berkaitan dengan manajemen risiko dan keselamatan⁷ termasuk di bidang layanan kedokteran gigi.

Dengan meningkatnya budaya keselamatan pasien di fasilitas layanan kesehatan diperlukan kepercayaan masyarakat terhadap layanan kesehatan termasuk kesehatan gigi dan mulut dapat meningkat, sehingga dapat meningkatkan angka kunjungan pasien ke fasilitas kesehatan gigi. Sehubungan dengan hal tersebut akan dilakukan penelitian tentang analisis gambaran budaya keselamatan pasien terhadap dokter gigi pada faskes primer (klinik gigi, puskesmas, klinik pratama) dan sekunder (RSQM) di Indonesia.

Apabila berkenan mohon bantuan Sejawat untuk dapat mengisi kuesioner penelitian ini. Penelitian ini menggunakan Safety Attitude Questioner - kuesioner dari Sexton et al⁸, Gabrani A et al⁹, Ying Li et al¹⁰ dan Cheng HC¹¹. Kuesioner ditujukan kepada dokter gigi umum (general practitioner) yang berpraktik pada fasilitas kesehatan primer dan sekunder di Indonesia. Sejawat hanya perlu waktu sekitar 10 menit untuk melengkapi kuesioner ini. Semoga berkenan dan terima kasih atas partisipasinya mengisi kuesioner.

Lampiran 14. Lembar Persetujuan/ *Informed Consent*

Kuesioner Budaya Keselamatan Pasien pada Layanan Kedokteran Gigi di Indonesia

HALAMAN PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Terima kasih telah meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner ini. Partisipasi sejauh pada penelitian ini bersifat sukarela dan apabila berkenan mohon dapat mengisi lembar persetujuan berikut.

Kuesioner ini bukan merupakan bagian dari penilaian kinerja sehingga kami mohon dapat diisi sesuai kondisi tempat kerja sejauh. Penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif kepada sejauh. Kami akan sangat menghargai hak bapak/ibu/saudara dengan menjaga kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan.

Penelitian ini telah mendapat ijin Etik dari Komite Etik FKG UI nomor 13/Ethical Approval/FKG UI/VII/2020 serta mendapat ijin dan rekomendasi dari Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PB PDGI) dengan nomor 2697/PB-PDGI/Rekomendasi/II-5/2020 Perihal : Surat Rekomendasi Penelitian

Demikian, mudah-mudahan keterangan kami diatas dapat dimengerti, apabila sejauh memiliki pertanyaan dapat ditanyakan langsung kepada saya, atas kesediaannya berpartisipasi dalam mengisi kuesioner ini saya sampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya Wass wr wb

Jakarta , Agustus 2020

drg. Mita Juliawati,MARS

Mahasiswa Program S3 - Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia

Telp : 0812 90 888 939 - Email : penelitian.psc.mita2020@gmail.com

Setelah membaca informasi diatas. *

- Saya bersedia melengkapi kuesioner
- Saya tidak bersedia melengkapi kuesioner

Kuesioner Budaya Keselamatan Pasien pada Layanan Kedokteran Gigi di Indonesia

Petunjuk

1. Mohon bantuan Teman Sejawat dokter gigi umum yang berpraktik di fasilitas kesehatan primer dan sekunder untuk mengisi kuesioner berikut
 2. Kuesioner ini berisi pertanyaan mengenai hal-hal terkait dengan budaya kesehatan pasien untuk dokter gigi umum di fasilitas kesehatan tingkat primer dan sekunder di Indonesia.
 3. Terimakasih penjelasan perihal definisi keselamatan pasien serta Budaya keselamatan pasien yang merupakan penjelasan sebelum Sejawat mengisi kuesioner.
 4. Kuesioner terdiri dari dua bagian yaitu pengisian data awal responden serta form isian survei
 5. Terima kasih atas partisipasi sejawat

Catatan : Definisi yang berhubungan dengan keselamatan pasien

"Keselamatan Pasien" adalah segala jema upaya untuk menghindari / mencegah pasien dari cedera atau kejadian tidak diharapkan lainnya selama proses perawatan, terkait dengan asuhan pasien, insiden yang dapat dicegah atau yang seharusnya tidak terjadi, dan sudah dikategorikan sebagai suatu risiko¹¹ serta suatu sistem dimana fasilitas kesehatan dalam hal ini klinik atau rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman.¹²

Budaya Keselamatan Pasien adalah nilai-nilai yang dibagikan kepada seluruh anggota di dalam sebuah organisasi tentang hal yang dianggap penting, keyakinan mereka tentang bagaimana hal-hal terjadi di sebuah organisasi, serta interaksi dari hal-hal tersebut dengan unit kerja, struktur serta sistem organisasi yang mengutamakan keselamatan pasien.¹²

Menggunakan kuesioner Budaya Keselamatan Pasien (Safety Attitudes Questionnaire) yang mencakup enam dimensi dan berisi 30 pertanyaan, yang terdiri dari iklim keselamatan (safety climate), iklim kerja tim (teamwork climate), kepuasan kerja (job satisfaction), pengalaman stres (stress recognition), persepsi manajemen (perception of management) dan kondisi kerja (working condition).¹⁴⁻¹⁶

Daftar istilah™ (Glossary)

1. Komparasi : persetujuan dengan jalan dama
 2. Konstruktif : constructively , membangun, memperbaiki
 3. Perawat : perawat dgj / asisten dokter dgj, terapis dgj mulut
 4. Personil : SDM (sumber daya manusia), staf medis dan non medis
 5. Performa : performance, hal melikukan, penampilan
 6. Supervisi : pemantauan, pengawasan

Rechtsanwälte

8. Koenig L, Cornillon L, Gourevitch M, Tufts & Mullen. Building a safety-reporting system: the Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *National Academy Press*, 1999. Published 2000-01-01. ISBN: 9780309065876. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153779/>

9. Mazzuca S, Costa L, Barreto M, et al. 2000-01-01. In: *Healthcare workers*. *American Journal of Hospital Pharmacy*. <https://doi.org/10.1007/BF02681858>. *Journal of Hospital Pharmacy*; 2000:67-80. *Journal of Hospital Pharmacy*; 2000:67-80. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153779/>

10. Kothiyal SK, Chaturvedi S. Assessing Knowledge, Attitudes and Practices of Doctor anesthetists regarding the ISMP 1999 list of antibiotic resistance. *Indian J Anaesthesia*. 2002;46(1):13-17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153779/>

11. ISMP. *Medication Errors in Patient Safety: Review of Tools and Trends*. 2009.

12. Stevens A, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *Qual Saf Health Care*. 2006; 15:e14. doi:10.1136/qshc.2005.018344. Retrieved: 20 August 2020. Available: <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.018344>

13. Gartner AJ, Rutherford K, et al. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in African American healthcare - a cross-sectional study. *Nurs Stand*. 2004.

14. Cai J, et al. Validation study of the safety attitudes questionnaire (saq) in public hospitals of meizhou city province, China. *Med Sci Monit*. 2014; 20:e2948. doi:10.1265/PVM.0000000000000201. <https://doi.org/10.1265/PVM.0000000000000201>

15. Cheng MC, et al. Factors affecting patient safety culture among dental hospital academics: A systematic review-synthesis survey. *Journal of Dental Sciences*. 2010; 14: 282-288. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2010.03.001>

16. WHO. *Patient Safety*. *https://www.who.int/patientsafety/implementation*; 2019-01-01. <https://www.who.int/patientsafety/implementation>

17. Kothiyal SK, Chaturvedi S. Patient Safety Assessment Tools: Current Status. *Patient Safety*. 2012;4(1):1-11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153779/>

18. Kington, et al., Emerging Patterns of Safety in Hospitals. *Journal of Hospital Medicine*. 2009. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153779/>

19. Raghava A, Ellis JA, Charnock K, et al. Safety Culture Assessment in Health Care: A review of the literature on safety culture assessment models. *The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*. Sydney (Australia); 2007. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153779/>

20. Kothiyal SK, Chaturvedi S. Application of the Infectious Disease Survey Questionnaire (IDSQ) in Indian hospitals: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2010.

21. WHO. *Surveillance of Adverse Events Following Immunization*. 2010-01-01. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153779/>

Nama Lengkap (mohon sesuai STR/SIP) *

Your answer:

Jenis Kelamin *

- Pria
- Wanita

Tanggal Lahir *

Choose

Bulan Lahir *

Choose

Tahun Lahir *

Choose

Bekerja/Praktik di *

- Fasilitas Kesehatan Primer
- Fasilitas Kesehatan Sekunder

Bila memilih A (Faskes Primer) , saya berpraktik di ...

- Praktik Pribadi
 - Klinik Swasta/Bersama
 - Klinik Pratama
 - Puskesmas
-

Bila memilih B (Faskes Sekunder) , saya bekerja/berpraktik di ...

- Rumah Sakit Pemerintah
 - Rumah Sakit Swasta
 - Rumah Sakit Khusus lain (Mata,Ibu Anak,Jiwa,dll)
 - Rumah Sakit Khusus Gigi & Mulut
-

Apakah tempat praktik Saudara berada di area : *

- Perkotaan
 - Rural Area (Bukan Perkotaan)
-

Jumlah pasien yang saya kerjakan per hari *

- tidak ada
- 1-10
- 11-20
- 21-30
- > 30

Hingga saat ini saya telah berpraktik selama: *

- 1- 5 tahun
- 6 - 10 tahun
- 11 - 15 tahun
- 16 - 20 tahun
- >20 tahun

Alamat *Contoh : Jalan Siliwangi No.17 RT 007 RW 018 Kelurahan Kalijati Kecamatan Bumi Indah Kota Bandung *

Your answer

Propinsi *

Choose

No HP /WhatsApp *

Your answer

Email: *

Your answer

Pendidikan terakhir *

- S1
- S2
- S3
- Lain-lain

Dalam 5 (lima) tahun terakhir pernahkah anda mengikuti pelatihan/seminar tentang keselamatan pasien ? *

- Pernah
- Tidak Pernah

Anda memiliki STR yang masih berlaku* *

- Ya
- Tidak

Anda memiliki SIP yang masih berlaku* *

- Ya
- Tidak

Nomor NPA PDGI (mohon diisi) *keterangan : silahkan cek ke
<https://sertifikasi.pdgi.or.id/cek-dokter-gigi>

Your answer

Anggota PDGI cabang....*

Choose

Anggota PDGI wilayah....*

- PDGI cabang non pengwil
- PDGI cabang dengan wilayah

Anggota PDGI wilayah....

Choose

*mohon mengisi data yang disediakan

Kuesioner Budaya Keselamatan Pasien pada Layanan Kedokteran Gigi di Indonesia

Silahkan memberi tanda pada pilihan jawaban yang paling menunjukkan tingkat persetujuan anda terhadap pernyataan - pernyataan di bawah ini.

- Terdapat 5 skala yaitu:
- 1. Sangat tidak setuju
 - 2. Tidak setuju
 - 3. Ragu-ragu
 - 4. Setuju
 - 5. Sangat setuju

Klim kerja tim *

	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Ragu-ragu	Setuju	Sangat Setuju
1. Masukan perawat gigi (asisten drg) dapat diterima dengan baik di klinik gigi	<input type="radio"/>				
2. Di klinik gigi ini , sulit untuk menyampaikan pendapat jika saya merasa ada masalah dengan perawatan pasien	<input type="radio"/>				
3. Perbedaan pendapat di klinik gigi dapat diselesaikan dengan tepat	<input type="radio"/>				
4. Saya mendapat dukungan yang saya butuhkan dari personil lain untuk merawat pasien	<input type="radio"/>				
5. Sangat mudah bagi personil di area klinik gigi ini untuk mengajukan pertanyaan ketika ada sesuatu yang tidak mereka pahami	<input type="radio"/>				
6. Para dokter gigi dan perawat gigi (asisten drg) di sini bekerja bersama sebagai tim yang berkoordinasi dengan baik	<input type="radio"/>				

Kepuasan Kerja *

	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Ragu-ragu	Setuju	Sangat Setuju
14. Saya suka pekerjaan saya	<input type="radio"/>				
15. Bekerja di klinik gigi ini seperti menjadi bagian dari keluarga besar	<input type="radio"/>				
16. Klinik gigi ini adalah tempat yang baik untuk bekerja	<input type="radio"/>				
17. Saya bangga bekerja di klinik gigi ini	<input type="radio"/>				
18. Moral dijunjung tinggi di klinik gigi ini	<input type="radio"/>				

Pengakuan kondisi stress *

	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Ragu-ragu	Setuju	Sangat Setuju
19. Ketika beban kerja saya berlebihan performa saya menjadi menurun	<input type="radio"/>				
20. Saya kurang efektif di tempat kerja ketika lelah	<input type="radio"/>				
21. Saya lebih cenderung membuat kesalahan dalam situasi tegang atau bila ada pertentangan	<input type="radio"/>				
22. Kelelahan menurunkan performa saya selama situasi darurat	<input type="radio"/>				

Persepsi Manajemen *

	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Ragu-ragu	Setuju	Sangat Setuju
23. Pihak Manajemen mendukung upaya saya sehari-hari	<input type="radio"/>				
24. Pihak Manajemen tidak mengenal kompromi dalam hal keselamatan pasien	<input type="radio"/>				
25. Saya mendapat informasi yang memadai dan tepat waktu dari unit manajemen tentang berbagai kejadian di klinik gigi yang mungkin dapat memengaruhi pekerjaan saya	<input type="radio"/>				
26. Jumlah personil di klinik gigi ini cukup untuk menangani jumlah pasien	<input type="radio"/>				

KONDISI KERJA *

	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Ragu-ragu	Setuju	Sangat Setuju
27. Klinik gigi memberikan pelatihan yang baik untuk personil baru	<input type="radio"/>				
28. Semua informasi yang diperlukan dalam pengambilan keputusan tentang diagnosa dan terapi secara rutin tersedia untuk saya	<input type="radio"/>				
29. Personil baru dalam disiplin kedokteran gigi di klinik gigi ini disupervisi secara memadai.	<input type="radio"/>				
30. Masalah personil di klinik gigi ditangani secara konstruktif oleh pihak manajemen	<input type="radio"/>				