BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan isu krusial dalam sistem pelayanan kesehatan modern yang menarik untuk dikaji karena dampaknya yang esensial, bagi pasien, tenaga kesehatan dan institusi layanan kesehatan (Alabdaly et al., 2024). Dalam beberapa dekade terakhir, *patient safety* telah menjadi permasalahan global seiring dengan tingginya angka insiden medis yang sebenarnya dapat dicegah, bahkan di negara dengan sistem kesehatan yang maju (WHO, 2019). *World Health Organization* (WHO) memperkirakan satu dari sepuluh pasien di negara berpenghasilan tinggi mengalami cedera akibat perawatan medis yang tidak aman. Sementara di negara berpenghasilan rendah dan menengah, insidensinya cenderung lebih tinggi akibat keterbatasan sumber daya serta belum optimalnya sistem pelayanan yang tersedia (WHO, 2019).

Patient safety mencakup hal-hal lain yang luas; mulai dari aspek teknis hingga keseluruhan ekosistem dalam organisasi layanan kesehatan, termasuk budaya keselamatan, kualitas kolaborasi antar profesi, serta efektivitas kepemimpinan. Faktor struktural seperti status finansial, kompleksitas struktur, dan skala organisasi juga memainkan peran penting; sama halnya dengan ketersediaan sumber daya yang memadai untuk mendukung implementasi serta pengelolaan prinsip keselamatan (Taylor et al., 2011). Kegagalan dalam mengadopsi aspek-aspek tersebut dapat berujung pada konsekuensi serius, seperti meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas, bertambahnya beban finansial akibat kesalahan

perawatan, serta menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap institusi layanan kesehatan (Mokeke et al., 2024).

Terbaru, laporan *Pennsylvania Patient Safety Authority* (2023) menunjukkan peningkatan 20,6% dalam laporan kejadian serius pada tahun 2023 dibandingkan tahun sebelumnya. Data ini menitikberatkan bahwa tantangan dalam penerapan *patient safety* masih sangat nyata dan menuntut perhatian berkelanjutan, bahkan dalam sistem kesehatan yang sudah mapan sekalipun (Kepner & Jones, 2024).

Sejak diadopsinya *Global Patient Safety Action Plan* (GPSAP) 2021–2030 oleh WHO, berbagai negara telah menerapkan kebijakan dan program strategis untuk meminimalkan risiko cedera yang dapat dicegah selama pemberian layanan kesehatan (Astier-Peña et al., 2021). Strategi ini mencakup penguatan budaya keselamatan, peningkatan kompetensi tenaga kesehatan, penerapan sistem pelaporan insiden, serta pemanfaatan teknologi dalam mendeteksi dan mengurangi risiko klinis. Laporan WHO tahun 2024 mengungkapkan bahwa meskipun terdapat peningkatan pada beberapa indikator *patient safety*, hanya sekitar sepertiga negara yang telah mengembangkan rencana aksi nasional secara komprehensif. Ini mengungkapkan bahwa masih banyak sistem kesehatan yang belum memiliki pendekatan terpadu dalam mencegah kejadian tidak diinginkan yang dapat membahayakan pasien.

Patient safety telah menjadi bagian penting dalam sistem pelayanan kesehatan di banyak negara dengan penerapan berbagai standar dan regulasi yang ketat (Auraaen et al, 2020). Di Amerika Serikat, *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* mengembangkan berbagai instrumen keselamatan pasien, termasuk *Patient Safety Indicators* (PSIs) yang berfungsi untuk mengidentifikasi

serta menganalisis potensi risiko dalam layanan kesehatan. Jepang dan Australia juga mengadopsi system pendekatan dalam upaya memperkuat *patient safety*, dengan meningkatkan pelaporan insiden serta mengintegrasikan teknologi kecerdasan buatan guna mendeteksi potensi kesalahan medis sebelum terjadi.

Di Indonesia, komitmen terhadap *patient safety* telah diwujudkan melalui berbagai inisiatif dan regulasi. Salah satu langkah strategis yang diambil adalah pengesahan Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, yang mewajibkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan menyelenggarakan program keselamatan pasien dengan tujuh elemen utama, yakni hak pasien, edukasi pasien dan keluarga, keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan, peningkatan kinerja untuk perbaikan keselamatan pasien, pelaporan insiden keselamatan pasien, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, serta implementasi program pengurangan risiko medis. Disamping itu, pemerintah turut mewajibkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengikuti proses akreditasi sebagai upaya peningkatan mutu dan manajemen risiko (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Sebagai respons terhadap kebijakan ini, jumlah rumah sakit terakreditasi di Indonesia terus bertambah yakni mencapai 2.877 rumah sakit dan tersebar di berbagai wilayah. Namun, tantangan utama yang masih dihadapi adalah rendahnya angka pelaporan insiden keselamatan pasien, yang hanya mencapai angka 12% (Toyo et al., 2022). Minimnya pelaporan ini berpotensi menghambat perbaikan mutu layanan rumah sakit, khususnya dalam usaha perbaikan secara akurat dan berbasis data (Noble & Pronovost, 2010). Oleh karena itu, penguatan sistem pelaporan insiden serta peningkatan efektivitas intervensi

patient safety menjadi aspek yang perlu diperhatikan dalam pengembangan sistem kesehatan di Indonesia.

Penerapan *patient safety* di Indonesia memiliki keterkaitan langsung dengan Program Internship Dokter Indonesia (PIDI), yang bertujuan untuk membekali dokter lulusan baru dengan pengalaman klinis berbasis kompetensi dalam lingkungan pelayanan kesehatan. Program ini menjadi salah satu strategi dalam meningkatkan keselamatan pasien, karena dokter internship berperan dalam tim medis yang menerapkan prinsip-prinsip *patient safety*, seperti pelaporan insiden, komunikasi efektif, serta pengambilan keputusan berbasis standar keselamatan (Badan PPSDM Kesehatan, 2014). Studi Nie et al. (2013) menyampaikan bahwa pengalaman kerja di lingkungan dengan budaya keselamatan pasien yang kuat dapat meningkatkan kepedulian dan keterampilan dokter dalam mencegah kesalahan medis. Program ini juga memberikan pengalaman langsung bagi dokter internship dalam mengembangkan keterampilan klinis melalui pengelolaan pasien, memperdalam pemahaman teoritis melalui diskusi kasus, serta meningkatkan kemampuan komunikasi klinis dan pengambilan keputusan medis secara mandiri. Seluruh proses ini diharapkan dapat membekali dokter internship dengan kompetensi praktik serta membentuk kesiapan mereka untuk berkontribusi pada budaya keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit (Hasanah et al., 2017). Karenanya, efektivitas implementasi *patient safety* dalam PIDI sangat bergantung pada pembinaan yang tepat dan dukungan dari fasilitas kesehatan tempat dokter internship bertugas.

PIDI dirancang untuk menempatkan peserta di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan, mencakup rumah sakit dan pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) di

kawasan perkotaan hingga daerah terpencil. Selain bertujuan untuk meningkatkan kompetensi dokter internship, penempatan ini juga diharapkan dapat memperkuat layanan kesehatan di berbagai daerah. Sebagai provinsi dengan jumlah penduduk terbesar di Indonesia, Jawa Barat kerap menghadapi tantangan yang kompleks dalam penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas dan aman. Berdasarkan data dari Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kementerian Dalam Negeri, pada tahun 2024 Jawa Barat memiliki populasi sebesar 51,32 juta jiwa, jauh lebih besar dibandingkan Jawa Timur (41,92 juta jiwa) dan Jawa Tengah (38,43 juta jiwa). Besarnya populasi ini secara langsung meningkatkan kebutuhan akan layanan kesehatan yang efektif, sehingga menempatkan keselamatan pasien sebagai aspek yang semakin penting dalam sistem kesehatan provinsi ini (Sellappans et al, 2013). Walaupun keselamatan pasien telah menjadi prioritas dalam sistem kesehatan global, implementasinya di berbagai fasilitas layanan Kesehatan termasuk di Provinsi Jawa Barat masih menghadapi sejumlah tantangan yang signifikan (Juliansyah et al., 2024).

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan, PIDI memegang peranan penting sebagai wahana pembelajaran sekaligus intervensi yang berpotensi mendorong perbaikan sistem, termasuk dalam hal keselamatan pasien. Para peserta program internship dapat ditempatkan di rumah sakit tipe A, B, maupun C. Namun apabila dibandingkan dengan rumah sakit tipe A dan B, yang umumnya telah memiliki sistem akreditasi lebih komprehensif, tata kelola yang lebih terstandarisasi, serta pengawasan terhadap aspek patient safety yang lebih ketat, rumah sakit tipe C cenderung menghadapi lebih banyak keterbatasan. Keterbatasan ini mencakup aspek sumber daya manusia, infrastruktur, hingga kapasitas

manajerial, yang secara kumulatif berdampak pada rendahnya tingkat implementasi budaya keselamatan pasien (Hartati et al., 2014; Wardhani et al., 2019). Maka, rumah sakit tipe C menjadi fokus kajian yang strategis, khususnya dalam menelaah kontribusi dokter internship terhadap upaya penguatan keselamatan pasien.

Merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020, rumah sakit tipe C merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang diwajibkan untuk menyediakan paling sedikit 100 tempat tidur. Rumah sakit tipe ini merupakan suatu lingkungan pembelajaran yang bermakna, karena dokter internship dapat menerapkan prinsip-prinsip keselamatan pasien secara nyata dan sesuai konteks praktik, walaupun di dalamnya seringkali masih dihadapkan dengan berbagai tantangan struktural dan operasional.

Fenomena yang ditemukan di rumah sakit XYZ sebagai salah satu rumah sakit tipe C di Provinsi Jawa Barat turut menguatkan urgensi tersebut. Wawancara dengan tiga narasumber yang memiliki peran berbeda dalam sistem pelayanan mengungkap berbagai tantangan pada tingkat organisasi, tim, dan individu. Pertama, dari wawancara dengan Wakil Direktur Pelayanan Medis rumah sakit, diketahui bahwa meskipun pihak manajemen telah menetapkan kebijakan keselamatan pasien sesuai regulasi nasional, implementasi di lapangan belum optimal. Beliau menyebutkan bahwa para dokter internship kerap kali tidak melaporkan insiden keselamatan pasien yang bersifat minor, karena merasa takut disalahkan atau dinilai kurang kompeten oleh dokter supervisor. Padahal, sistem pelaporan insiden seharusnya bersifat non-punitif dan dimaksudkan sebagai sarana pembelajaran. Hasil wawancara kedua diperoleh dari seorang dokter spesialis penyakit dalam yang sekaligus menjadi pembimbing klinis dokter internship.

Menurutnya, kemampuan komunikasi klinis dan kolaborasi tim para dokter internship cukup bervariasi tergantung pada latar belakang pendidikan dan pengalaman sebelumnya. Meskipun beberapa di antara dokter internship menunjukkan inisiatif dan tanggung jawab yang baik dalam menjaga keselamatan pasien, sebagian lainnya tampak masih bergantung pada arahan langsung dari atasan. Ia menekankan bahwa hal ini berkaitan erat dengan belum terbangunnya pola kepemimpinan diri (*self-leadership*) yang kuat pada sebagian besar dokter internship. Terakhir, wawancara ketiga dilakukan dengan seorang perawat senior di ruang rawat inap yang sehari-hari bekerja bersama dokter internship. Ia menyampaikan bahwa dalam beberapa kejadian, terdapat kesalahpahaman dalam pertukaran informasi klinis antara dokter internship dan perawat, terutama saat pergantian shift. Ketidaksesuaian informasi tersebut kadang memengaruhi rencana asuhan pasien. Ia juga menyampaikan bahwa tidak semua dokter internship merasa nyaman untuk berdiskusi terbuka dengan tim perawat, terutama ketika harus mengoreksi tindakan atau menyampaikan keputusan yang berbeda dari dokter umum senior dari *shift* sebelumnya. Hal ini menunjukkan masih lemahnya keberanian interpersonal dan komunikasi efektif yang seharusnya menjadi bagian dari budaya *patient safety*. Berdasarkan informasi dari ketiga sumber tersebut, tampak bahwa meskipun program internship di rumah sakit ini telah berjalan sesuai prosedur administratif, masih terdapat tantangan dalam internalisasi nilai-nilai keselamatan pasien oleh dokter internship. Jika tidak ditangani secara serius, kondisi ini tentunya dapat berdampak pada meningkatnya risiko klinis, keterlambatan penanganan, hingga potensi cedera pasien yang sebenarnya dapat dicegah.

Cakupan ini menjadi semakin relevan mengingat Jawa Barat merupakan provinsi dengan jumlah rumah sakit tipe C terbanyak di Indonesia. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan menungkapkan Provinsi Jawa Barat memiliki 258 rumah sakit tipe C; jumlah terbanyak di antara provinsi lain di Indonesia, melampaui Jawa Timur (230 rumah sakit) dan Jawa Tengah (198 rumah sakit). Banyaknya rumah sakit tipe C di Jawa Barat serta berbagai tantangan dalam implementasi *patient safety* menunjukkan diperlukannya evaluasi terhadap keselamatan pasien dalam upaya meningkatkan kualitas layanan kesehatan.

Patient safety sendiri merupakan prinsip fundamental dalam pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mencegah serta mengurangi risiko, kesalahan, dan cedera yang dapat terjadi pada pasien selama proses perawatan (Dhingra-Kumar et al., 2021). WHO (2019) mengungkapkan bahwa *patient safety* mencakup serangkaian aktivitas yang terorganisir untuk membangun budaya keselamatan, mengembangkan proses dan prosedur yang efektif, serta menerapkan perilaku, teknologi, dan lingkungan kerja yang mendukung pengurangan risiko.

Patient safety dipengaruhi oleh berbagai faktor yang beroperasi pada tingkat organisasi, kelompok, dan individu, termasuk diantaranya keberadaan sistem dan kebijakan yang dirancang untuk meminimalkan risiko dan kesalahan, hingga perilaku dan sikap para tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik klinis sehari-hari (Vincent, 2010). Untuk dapat memahami keterkaitan antara berbagai faktor tersebut, pendekatan *enabling-enacting framework* menjadi semakin relevan dalam kajian keselamatan pasien (Bisbey et al, 2021). Kerangka ini memberikan pemahaman bahwa budaya keselamatan pasien terbentuk dari faktor-faktor pendukung (*enabling factors*) dan penggerak (*enacting behaviour*). Contoh dari

enabling factors adalah komitmen kepemimpinan terhadap keselamatan, keberadaan kebijakan dan prosedur keselamatan yang terstruktur dengan baik, kohesi tim, rasa aman secara psikologis, pengetahuan tentang *patient safety*, hingga komitmen individu dalam penerapan *patient safety*. Selanjutnya, faktor *enacting* yang menerjemahkan dasar-dasar tersebut ke dalam praktik keselamatan di lingkungan kerja.

Kendati model ini telah mengidentifikasi *enabling* dan *enacting* sebagai elemen kunci dalam pembentukan budaya *patient safety*, masih terdapat kesenjangan dalam memahami bagaimana faktor-faktor tersebut diinternalisasi sebelum diimplementasikan dalam praktik klinis. Proses internalisasi bukan sekadar penerapan kebijakan atau kepatuhan terhadap prosedur, namun juga melibatkan transformasi kognitif dan afektif yang menjadikan prinsip keselamatan pasien sebagai bagian dari nilai-nilai profesional dan pengambilan keputusan tenaga kesehatan (Hamdan et al., 2024). Salah satu komponen penting dalam mendukung proses ini adalah *physician self-leadership* yang menjembatani faktor *enabling* dan *enacting*; memungkinkan tenaga kesehatan, khususnya dokter internship, untuk mengambil inisiatif, beradaptasi dengan lingkungan klinis yang dinamis, serta memastikan standar keselamatan pasien tetap terjaga tanpa ketergantungan pada pengawasan eksternal (Neck & Houghton, 2006).

Proses internalisasi ini tidak terjadi dalam ruang hampa; prosesnya sangat dipengaruhi oleh karakteristik organisasi tempat tenaga kesehatan bekerja (J Alharbi et al., 2014; Schein, 2010). Perbedaan antara rumah sakit pemerintah dan swasta, termasuk dalam aspek kebijakan, sistem insentif, serta budaya organisasi, dapat berperan sebagai faktor moderasi yang memengaruhi efektivitas *physician*

self-leadership dalam meningkatkan keselamatan pasien. Itulah sebabnya memahami bagaimana tipe rumah sakit memoderasi hubungan antara *physician self-leadership* dan *patient safety* menjadi penting dalam merancang intervensi yang lebih kontekstual dan efektif.

Sehubungan dengan hal tersebut, penelitian ini berusaha mengungkapkan sejauh mana faktor *enabling* dan *enacting* berperan terhadap keselamatan pasien, serta apakah diperlukan variabel mediasi dalam proses internalisasi faktor-faktor tersebut agar dapat secara efektif diterapkan dalam praktik klinis. Untuk menjawab pertanyaan penelitian ini, dikembangkan sebuah kerangka konseptual yang mengintegrasikan variabel independen, dependen, serta mempertimbangkan efek mediasi dan moderasi. Pendekatan yang digunakan bersifat kuantitatif dengan *causal mechanism*, yang bertujuan untuk menganalisis hubungan fungsional antar variabel dalam suatu sistem secara lebih mendalam (Pawson & Tilley, 1997). Dalam lingkup *patient safety*, hubungan ini tidak hanya ditentukan oleh keberadaan faktor *enabling* dan *enacting*, tetapi juga oleh sejauh mana dokter memiliki otonomi dalam menerapkan prinsip keselamatan melalui *physician self-leadership* (Stewart et al, 2011). Sehingga, efektivitas sistem keselamatan pasien sangat bergantung pada bagaimana individu menginternalisasi dan mengadaptasi prinsip-prinsip tersebut dalam praktik klinis. Dengan mengadopsi perspektif ini, penelitian ini berkontribusi dalam memperluas pemahaman mengenai faktor-faktor yang membentuk budaya keselamatan pasien secara menyeluruh. Penelitian ini juga berupaya menelusuri potensi variabel moderasi berupa tipe rumah sakit yang dapat memperkuat internalisasi prinsip *patient safety* sebelum diterapkan dalam praktik klinis. Alhasil, hasil penelitian diharapkan memberikan wawasan teoritis sekaligua

implikasi praktis dalam pengembangan strategi peningkatan keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit.

1.2 Masalah Penelitian

Patient safety merupakan aspek krusial dalam pelayanan kesehatan yang dipengaruhi oleh berbagai faktor sistemik dan individual. Salah satu pendekatan utama dalam memahami keselamatan pasien adalah melalui model *Patient Safety Framework* yang dikembangkan oleh Vincent et al. (1998). Model ini menekankan bahwa keselamatan pasien ditentukan oleh faktor individu tenaga kesehatan dan juga oleh elemen sistemik seperti tim kerja, lingkungan kerja, tugas klinis, dan kebijakan organisasi. Pendekatan ini sejalan dengan model Donabedian (1988), yang membagi *patient safety* menjadi tiga komponen utama: *structure* (sumber daya, kebijakan, dan regulasi rumah sakit), *process* (praktik klinis yang dilakukan oleh tenaga medis), dan *outcome* (hasil yang dialami pasien). Dalam organisasi yang memiliki tingkat risiko tinggi seperti rumah sakit, pendekatan *High-Reliability Organization* (HRO) yang dikembangkan oleh Weick dan Sutcliffe (2001) memberikan pandangan penting mengenai bagaimana organisasi dapat mengelola risiko dengan efektif. HRO memiliki lima prinsip utama, yaitu kepekaan terhadap potensi kegagalan (*preoccupation with failure*), penolakan terhadap penyederhanaan berlebihan (*reluctance to simplify*), kepekaan terhadap operasi sehari-hari (*sensitivity to operations*), komitmen terhadap ketahanan organisasi (*commitment to resilience*), serta deferensi terhadap keahlian (*deference to expertise*). Prinsip-prinsip ini membantu menciptakan sistem yang berorientasi pada kepatuhan terhadap prosedur, fleksibel dalam menghadapi ketidakpastian, dan

mampu beradaptasi secara cepat terhadap berbagai situasi darurat. Sebagai contoh, dalam pengelolaan pasien kritis, dokter dan perawat harus dapat mengenali tanda-tanda peringatan dini dari kondisi yang memburuk serta segera mengambil tindakan yang sesuai tanpa harus menunggu instruksi dari hierarki yang lebih tinggi. Maka dari itu, penerapan prinsip HRO di rumah sakit memerlukan dukungan struktur organisasi sekaligus keterlibatan aktif individu dan tim dalam menjalankan praktik profesional.

Bisbey et al. pada tahun 2021 memperkenalkan kerangka kerja *enabling-enacting* sebagai pengembangan lebih lanjut dalam penerapan *patient safety*. Model ini menekankan bahwa keberhasilan implementasi budaya *patient safety* ditentukan oleh dua aspek utama, yakni *enabling* sebagai faktor yang memfasilitasi terbentuknya budaya keselamatan di tingkat organisasi, kelompok, dan individu, serta *enacting* sebagai mekanisme yang memungkinkan budaya tersebut diimplementasikan dalam praktik sehari-hari. Tetapi, dalam studi-studi sebelumnya, pendekatan ini masih memiliki keterbatasan dalam menjelaskan bagaimana individu, terutama dokter yang memiliki tingkat otonomi tinggi, menginternalisasi keselamatan pasien sebagai bagian dari praktik profesional (Lee et al., 2023). Untuk menjawab keterbatasan tersebut, diperlukan pendekatan yang mampu menangkap dinamika internal individu dalam mengaktualisasikan nilai-nilai keselamatan dalam konteks kerja klinis yang kompleks

Konsep *self-leadership*, sebagaimana dikembangkan oleh Manz (1986), merujuk pada proses regulasi diri yang mencakup strategi perilaku dan kognitif untuk mencapai tujuan profesional yang diinginkan. *Physician self-leadership* memungkinkan dokter untuk mengambil inisiatif dalam penerapan keselamatan

pasien, bukan sekadar mengikuti kebijakan atau perintah dari manajemen. Sejalan dengan teori *self-determination* (Deci & Ryan, 1985), dokter yang memiliki *self-leadership* yang tinggi akan lebih proaktif dalam menerapkan standar keselamatan pasien, bahkan dalam kondisi yang kurang optimal. Sehingga, *physician self-leadership* dapat berfungsi sebagai proses internalisasi yang menghubungkan kerangka *enabling* dan *enacting* dengan penerapan budaya *patient safety* oleh dokter internship.

Pada aspek *enabling*, penelitian ini memilih beberapa variabel yang paling relevan dengan konteks dokter internship. Dalam tingkat organisasi, *leader support* diidentifikasi sebagai faktor utama, karena dalam lingkungan rumah sakit, dukungan dari atasan langsung seperti dokter supervisor lebih berpengaruh terhadap perilaku dokter internship dibandingkan kebijakan keselamatan yang bersifat abstrak dan kurang terinternalisasi dalam praktik sehari-hari. Dari tingkat kelompok, *psychological safety* menjadi variabel penting karena dokter internship bekerja dalam tim yang sering kali terdiri dari berbagai profesional kesehatan dengan hierarki yang berbeda. Dimana, keberanian untuk mengajukan pertanyaan, melaporkan kesalahan, serta mendiskusikan kekhawatiran terkait keselamatan pasien menjadi krusial dalam lingkup ini. Jika lingkungan kerja tidak mendukung keamanan psikologis, dokter internship akan menjadi cenderung enggan untuk melaporkan kesalahan atau mengungkapkan ketidakpastian dalam pengambilan keputusan klinis. Dari aspek individu, *safety knowledge* dipilih sebagai faktor utama karena pemahaman yang baik mengenai prinsip keselamatan pasien akan langsung mempengaruhi tindakan dan keputusan klinis yang diambil oleh dokter internship. Sementara aspek individu lainnya seperti *sense of control* dan *individual*

commitment cenderung lebih relevan bagi tenaga medis yang sudah memiliki pengalaman lebih lama. Dalam faktor *enacting*, penelitian ini mengecualikan *rewarding and punishing*, karena dokter internship tidak memiliki sistem insentif atau hukuman langsung terkait keselamatan pasien. Sedangkan, *physician self-leadership* menjadi fokus utama karena memungkinkan dokter internship untuk secara mandiri menerapkan standar keselamatan dalam praktik, sekalipun berada dalam sistem yang memiliki berbagai keterbatasan.

Penelitian ini juga mempertimbangkan peran tipe rumah sakit (pemerintah atau swasta) sebagai variabel moderasi dalam hubungan antara *physician self-leadership* dan *overall patient safety*. Perbedaan sistem yang mendasari operasional rumah sakit pemerintah dan swasta dapat memengaruhi bagaimana dokter *internship* menerapkan strategi kepemimpinan diri dalam praktik klinisnya. Di Indonesia, kajian yang secara eksplisit membandingkan tipe rumah sakit dalam konteks implementasi keselamatan pasien, khususnya yang melibatkan aspek kepemimpinan diri tenaga medis muda, masih sangat terbatas. Kesenjangan ini menunjukkan pentingnya memahami bagaimana karakteristik lingkungan kerja di masing-masing tipe rumah sakit membentuk pola perilaku dokter internship dan berdampak pada efektivitas *physician self-leadership* dalam meningkatkan keselamatan pasien. Pendekatan ini sejalan dengan *Organizational Culture Theory* dari Schein (2010), yang menekankan bahwa budaya organisasi memiliki peran mendasar dalam membentuk perilaku individu dalam suatu sistem kerja. Schein berpendapat bahwa struktur, norma, dan nilai-nilai dalam organisasi akan menentukan bagaimana individu menyesuaikan diri dan bertindak sesuai dengan standar organisasinya. Artinya, dalam ekosistem rumah sakit yang berbeda,

physician self-leadership dapat memiliki dampak yang bervariasi terhadap keselamatan pasien. Teori ini juga diperkuat oleh pandangan McKee & Healy (2002) yang menyatakan bahwa struktur dan budaya organisasi rumah sakit berpengaruh terhadap sejauh mana tenaga medis dapat mengambil inisiatif dalam praktik sehari-hari.

Dengan mempertimbangkan faktor-faktor tersebut, penelitian ini mengajukan model konseptual yang mengintegrasikan *physician self-leadership* sebagai proses internalisasi faktor *enabling* dan *enacting* ke dalam praktik *patient safety* oleh dokter internship. Model ini berperan dalam memperkaya teori keselamatan pasien dengan perspektif individu yang lebih kuat dan juga memberikan implikasi praktis bagi rumah sakit dalam merancang strategi peningkatan keselamatan pasien yang lebih efektif. Model yang diajukan dalam penelitian ini akan diuji secara empiris dengan menggunakan data dari dokter internship yang bertugas di rumah sakit tipe C di lima kota terbesar di Jawa Barat. Hubungan antara variabel akan dianalisis menggunakan metode *Structural Equation Modeling - Partial Least Squares* (SEM-PLS) versi 4 (Hair et al., 2022). Pendekatan ini memungkinkan analisis hubungan kausal yang kompleks dengan mempertimbangkan interaksi antar variabel dalam model yang diajukan (Imai et al., 2011). Penelitian ini dilakukan dengan menyebarkan kuesioner kepada dokter internship untuk memperoleh data yang representatif dan homogen. Hasil analisis akan digunakan untuk merumuskan rekomendasi bagi pengelola program internship agar dapat meningkatkan efektivitas pelatihan keselamatan pasien serta memperkuat *physician self-leadership* dalam pelayanan kesehatan di Indonesia.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Pertimbangan atas fenomena yang terjadi dan kesenjangan dalam penelitian sebelumnya yang relevan dengan praktik manajemen dokter internship di rumah sakit menjadi dasar perumusan sebelas pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Apakah *leader support* memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap peningkatan *teamwork* pada dokter internship?
2. Apakah *psychological safety* memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap peningkatan *error reporting intention* pada dokter internship?
3. Apakah *safety knowledge* memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap peningkatan *information exchange* pada dokter internship?
4. Apakah *teamwork* memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap *physician self-leadership* pada dokter internship?
5. Apakah *error reporting intention* memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap *physician self-leadership* pada dokter internship?
6. Apakah *information exchange* memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap *physician self-leadership* pada dokter internship?
7. Apakah *physician self-leadership* pada dokter internship memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap *overall patient safety*?
8. Apakah *Teamwork* dan *Physician self-leadership* dengan sekuensial memediasi secara signifikan pengaruh dari *leader support* terhadap *overall patient safety* pada dokter internship?
9. Apakah *Error Reporting Intention* dan *physician self-leadership* dengan sekuensial memediasi secara signifikan pengaruh dari *psychological safety* terhadap *overall patient safety* pada dokter internship?

10. Apakah *Information exchange* dan *physician self-leadership* dengan sekuensial memediasi secara signifikan pengaruh dari *safety knowledge* terhadap *overall patient safety* pada dokter internship?
11. Apakah perbedaan tipe rumah sakit, yaitu rumah sakit pemerintah atau swasta, sebagai pemoderasi secara signifikan dapat memperkuat hubungan antara *physician self-leadership* dan *overall patient safety?*

1.4 Tujuan Penelitian

Berdasarkan pertanyaan-pertanyaan penelitian yang telah dikemukakan, tujuan khusus dari penelitian survei kuantitatif ini dapat dirinci sebagai berikut:

1. Untuk menganalisis dan menguji pengaruh *leader support* terhadap peningkatan *teamwork* pada dokter internship.
2. Untuk menganalisis dan menguji pengaruh *psychological safety* terhadap peningkatan *error reporting intention* pada dokter internship.
3. Untuk menganalisis dan menguji pengaruh *safety knowledge* terhadap peningkatan *information exchange* pada dokter internship.
4. Untuk menganalisis dan menguji pengaruh *teamwork* terhadap peningkatan *physician self-leadership* pada dokter internship.
5. Untuk menganalisis dan menguji pengaruh *error reporting intention* terhadap peningkatan *physician self-leadership* pada dokter internship.
6. Untuk menganalisis dan menguji pengaruh *information exchange* terhadap peningkatan *physician self-leadership* pada dokter internship.
7. Untuk menganalisis dan menguji pengaruh *physician self-leadership* pada dokter internship terhadap peningkatan *overall patient safety*.

8. Untuk menganalisis dan menguji peran *teamwork* dan *physician self-leadership* sebagai mediator dalam hubungan antara *leader support* terhadap peningkatan *overall patient safety* pada dokter internship.
9. Untuk menganalisis dan menguji peran *error reporting intention* dan *physician self-leadership* sebagai mediator dalam hubungan antara *psychological safety* terhadap peningkatan *overall patient safety* pada dokter internship.
10. Untuk menganalisis dan menguji peran *information exchange* dan *physician self-leadership* sebagai mediator dalam hubungan antara *safety knowledge* terhadap peningkatan *overall patient safety* pada dokter internship.
11. Untuk menganalisis dan menguji pengaruh tipe rumah sakit, yaitu rumah sakit pemerintah atau swasta, sebagai pemoderasi dalam memperkuat hubungan antara *physician self-leadership* dan *overall patient safety.*

1.5 Manfaat Penelitian

Penelitian ini memberikan kontribusi pada pengembangan kajian teoritis mengenai keselamatan pasien dengan mengintegrasikan konsep *self-leadership* ke dalam Kerangka *Enabling-Enacting*. Penelitian ini memperkaya literatur keselamatan pasien dengan menyoroti peran faktor intrinsik, seperti regulasi diri dan motivasi internal dokter, dalam membentuk budaya keselamatan yang selama ini lebih sedikit dibahas dibandingkan faktor eksternal. Disamping itu, penelitian ini memperdalam pemahaman mengenai interaksi antara faktor individu dan institusional dalam keselamatan pasien, khususnya dalam fase transisi dari pendidikan akademik ke praktik klinis melalui program internship.

Secara praktis, penelitian ini memberikan wawasan bagi pemangku kebijakan rumah sakit, pendidik kedokteran, serta pengelola program internship dalam merancang strategi yang lebih efektif untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien sejak dini. Temuan penelitian ini dapat digunakan untuk menyusun kebijakan yang lebih adaptif dalam mendukung dokter internship, baik melalui perbaikan sistem supervisi, penyediaan umpan balik yang lebih konstruktif, maupun penguatan lingkungan psikologis yang mendorong pelaporan insiden tanpa rasa takut. Penelitian ini diharapkan juga dapat menjadi dasar dalam merancang program pelatihan berbasis *self-leadership*, yang bertujuan untuk membangun kemandirian dan inisiatif dokter internship dalam menerapkan prinsip keselamatan pasien dalam praktik klinis sehari-hari.

1.6 Sistematika Penulisan

Penelitian ini merupakan survei kuantitatif dengan desain *cross-sectional* dan pendekatan *causal predictive.* Model penelitian diuji menggunakan teknik multivariat PLS-SEM. Desain dan pelaporan penelitian ini disusun secara sistematis dalam sebuah naskah akademik yang terdiri dari lima bagian utama yang saling berkesinambungan. Struktur ini dirancang untuk memastikan penyajian yang komprehensif dan koheren. Adapun sistematika penulisan tesis ini dijabarkan sebagai berikut:

BAB I: PENDAHULUAN

Bab ini menguraikan latar belakang penelitian dengan menjelaskan fenomena yang mendasari studi serta permasalahan yang diidentifikasi. Selanjutnya, bab ini turut mencakup penjelasan mengenai variabel penelitian yang digunakan, rumusan

pertanyaan penelitian (*research question*), tujuan yang ingin dicapai, serta manfaat penelitian yang diharapkan. Sistematika penulisan tesis juga disajikan dalam bab ini untuk memberikan gambaran struktur keseluruhan penelitian.

BAB II: TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas teori-teori fundamental yang menjadi dasar penelitian, termasuk konsep-konsep yang relevan dengan topik yang dikaji. Penelitian-penelitian terdahulu yang memiliki keterkaitan dengan studi ini juga akan diulas secara kritis untuk memperkuat landasan teoretis. Pengembangan hipotesis serta perancangan model penelitian (*conceptual framework*) juga dijelaskan secara mendalam untuk memberikan justifikasi akademik terhadap pendekatan yang digunakan.

BAB III: METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan secara sistematis metode yang digunakan dalam penelitian, mencakup deskripsi objek penelitian, jenis penelitian yang diterapkan, serta operasionalisasi variabel. Disamping itu, aspek metodologis lainnya seperti populasi dan sampel, teknik penentuan ukuran sampel, prosedur pengambilan sampel, serta metode pengumpulan dan analisis data dijelaskan secara rinci guna memastikan transparansi dan validitas penelitian.

BAB IV: HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini menyajikan temuan penelitian berdasarkan hasil analisis data yang telah dikumpulkan. Analisis mencakup gambaran profil serta karakteristik responden, deskripsi statistik dari variabel penelitian, serta analisis inferensial menggunakan metode PLS-SEM. Selanjutnya, hasil penelitian akan didiskusikan untuk menginterpretasikan temuan dalam teori yang telah dijabarkan sebelumnya.

BAB V: KESIMPULAN DAN SARAN

Bab terakhir dalam tesis ini berisi ringkasan utama dari hasil penelitian, yang mencakup kesimpulan yang dapat ditarik berdasarkan analisis yang telah dilakukan. Implikasi teoritis dan manajerial dari temuan penelitian juga akan dijelaskan untuk menunjukkan kontribusi akademik dan praktis yang dihasilkan. Keterbatasan penelitian turut dibahas sebagai refleksi terhadap studi yang dilakukan, serta saran untuk penelitian di masa mendatang guna memperkaya kajian dalam bidang terkait.