

Beban Kerja, Kelelahan, dan Erosi Budaya Keselamatan Pasien: Tantangan Ketenagaan di Rumah Sakit Tipe C Indonesia Timur

Magfirah Al'amri*, Catrine Mezyana, Salwa Devina

Universitas Alkhairaat Palu, Indonesia

Email: magfirah.alamri@gmail.com*

Keywords:

Workload; work fatigue; patient safety culture; health workforce; type c hospital.

Kata Kunci:

beban kerja; kelelahan kerja; budaya keselamatan pasien; ketenagaan kesehatan; rumah sakit tipe c.

Abstract

Excessive workload and staffing shortages are increasingly recognized threats to patient safety culture, particularly in Type C hospitals in Eastern Indonesia where they interact with structural resource constraints. To analyze how workload and staffing limitations contribute to the erosion of patient safety culture in two Type C hospitals in Palu City, Central Sulawesi. Sequential explanatory mixed methods at RSU Sis Al Djufrie (n=133) and RS Woodward Palu (n=146), using HSOPSC 2.0 followed by in-depth interviews. Analysis focused on the staffing/workload dimension and its links to other culture dimensions. Staffing and workload was the only weak-category dimension at both hospitals (48% and 35%), far below overall scores (70% and 73%). Qualitative findings revealed three erosion mechanisms: chronic fatigue from long shifts, safety procedure neglect during peak loads, and reduced incident reporting due to time constraints. Staffing limitation is not merely operational but a structural factor eroding the foundation of patient safety culture. Systemic workforce policy intervention is a prerequisite for sustainable safety culture in Eastern Indonesian Type C hospitals.

Abstrak

Beban kerja berlebih dan keterbatasan tenaga kesehatan merupakan ancaman yang semakin diakui terhadap budaya keselamatan pasien. Di rumah sakit tipe C wilayah Indonesia Timur, tekanan ketenagaan ini berinteraksi dengan keterbatasan sumber daya struktural, namun belum banyak diteliti dampaknya terhadap budaya keselamatan secara menyeluruh. Menganalisis bagaimana beban kerja dan keterbatasan tenaga kesehatan berkontribusi terhadap erosi budaya keselamatan pasien di dua rumah sakit tipe C Kota Palu, Sulawesi Tengah. Penelitian mixed methods sequential explanatory di RSU Sis Al Djufrie (n=133) dan RS Woodward Palu (n=146). Data kuantitatif menggunakan kuesioner HSOPSC 2.0 (32 item, 10 dimensi), dilanjutkan wawancara mendalam terhadap informan terpilih secara purposive sampling. Analisis difokuskan pada dimensi ketersediaan staf dan beban kerja serta keterkaitannya dengan dimensi budaya lainnya. Dimensi ketersediaan staf dan beban kerja menjadi satu-satunya dimensi berkategori lemah di kedua rumah sakit, dengan skor 48% (RSU Sis Al Djufrie) dan 35% (RS Woodward) — jauh di bawah skor keseluruhan (70% dan 73%). Temuan kualitatif mengungkap tiga mekanisme erosi: kelelahan kronis akibat shift panjang, pengabaian prosedur keselamatan saat kondisi padat, dan menurunnya pelaporan insiden karena keterbatasan waktu. Beban kerja tinggi berhubungan dengan rendahnya tanggapan terhadap kesalahan (44% vs 57%). Keterbatasan tenaga kesehatan bukan sekadar masalah operasional, melainkan faktor struktural yang mengerosi fondasi budaya keselamatan pasien. Intervensi kebijakan

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien merupakan indikator fundamental mutu pelayanan rumah sakit. World Health Organization (2023) memperkirakan sekitar 10% pasien mengalami bahaya yang dapat dicegah selama perawatan, dengan lebih dari tiga juta kematian per tahun akibat perawatan yang tidak aman secara global. Beban ini terdistribusi tidak merata, dengan negara berpendapatan menengah ke bawah menanggung proporsi yang lebih besar akibat keterbatasan sumber daya, termasuk sumber daya manusia Kesehatan (Astuti et al., 2025; Bilqis, 2023; Nadjib & Setiawan, 2020; Soelistyo, 2023).

Dalam beberapa tahun terakhir, perhatian akademik dan kebijakan semakin terarah pada hubungan antara kondisi kerja tenaga kesehatan dan keselamatan pasien. Beban kerja berlebih, kelelahan kronis, dan rasio tenaga yang tidak memadai bukan lagi dipandang sebagai sekadar masalah manajemen operasional, melainkan sebagai determinan langsung mutu dan keselamatan pelayanan (Putri & Amalia, 2026; Setyorini, 2025; Sitohang, 2026). Studi besar oleh Aiken et al. (2018) menunjukkan bahwa setiap penambahan beban pasien per perawat berkorelasi dengan peningkatan risiko kematian pasien, menegaskan keterkaitan erat antara ketenagaan dan luaran klinis.

Kebaruan (novelty) penelitian ini terletak pada beberapa aspek. Pertama, penggunaan desain mixed methods sequential explanatory yang memungkinkan pengukuran objektif skor budaya keselamatan sekaligus penggalian makna dan mekanisme di balik temuan kuantitatif. Kedua, fokus spesifik pada rumah sakit tipe C di wilayah Indonesia Timur yang memiliki karakteristik keterbatasan sumber daya yang khas (Calundu, 2018). Ketiga, identifikasi tiga mekanisme erosi budaya keselamatan yang disebabkan oleh keterbatasan tenaga kesehatan, yaitu kelelahan kronis, pengabaian prosedur saat kondisi padat, dan menurunnya pelaporan insiden. Keempat, analisis keterkaitan antara dimensi ketenagaan dengan dimensi budaya keselamatan lainnya yang menunjukkan dampak sistemik dari defisit tenaga Kesehatan (Abd Kadir et al., 2026; Bani & Anggiani, 2024; Palimbo, 2021).

Di Indonesia, tantangan ketenagaan ini paling terasa di rumah sakit tipe C, terutama di wilayah Indonesia Timur yang menghadapi kesenjangan distribusi tenaga kesehatan. Rumah sakit tipe C berperan sebagai tulang punggung rujukan primer, namun seringkali beroperasi dengan jumlah tenaga yang terbatas, ketergantungan pada tenaga tidak tetap, dan beban layanan yang tinggi (Intiasari, 2025; Siwi et al., 2025). Kondisi ini berpotensi mengerosi budaya keselamatan pasien yang seharusnya menjadi fondasi pelayanan (Bersama & Si, 2024; Sakina & Setyowati, 2019).

Kota Palu, ibukota Provinsi Sulawesi Tengah, merepresentasikan konteks ini dengan jelas. Penelitian ini menganalisis bagaimana beban kerja dan keterbatasan tenaga kesehatan berkontribusi terhadap erosi budaya keselamatan pasien di dua rumah sakit tipe C Kota Palu, menggunakan instrumen HSOPSC 2.0 yang dilengkapi pendalaman kualitatif. Fokus pada dimensi ketenagaan ini diharapkan memberikan kontribusi bagi perumusan kebijakan ketenagaan kesehatan yang lebih responsif terhadap kebutuhan keselamatan pasien (Maduratna et al., 2025; Pertiwiwati et al., 2025).

Tujuan penelitian ini adalah menganalisis bagaimana beban kerja dan keterbatasan tenaga kesehatan berkontribusi terhadap erosi budaya keselamatan pasien di dua rumah sakit tipe C Kota Palu, Sulawesi Tengah. Secara spesifik, penelitian ini bertujuan untuk: (1) mengukur skor budaya keselamatan pasien menggunakan instrumen HSOPSC 2.0 di kedua rumah sakit; (2) mengidentifikasi dimensi ketenagaan sebagai area terlemah dalam budaya keselamatan; (3) mengeksplorasi mekanisme erosi budaya keselamatan yang disebabkan oleh defisit tenaga kesehatan; dan (4) menganalisis keterkaitan antara dimensi ketenagaan dengan dimensi budaya keselamatan lainnya.

METODE

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain mixed methods sequential explanatory, yang menggabungkan tahap kuantitatif diikuti tahap kualitatif untuk memperdalam dan menjelaskan temuan kuantitatif. Pendekatan ini dipilih karena memungkinkan pengukuran objektif skor budaya keselamatan sekaligus penggalian makna dan mekanisme di baliknya.

Lokasi dan Waktu

Penelitian dilaksanakan di dua rumah sakit umum tipe C di Kota Palu, Sulawesi Tengah: RSUD Sis Al Djufrie (pengumpulan data November 2025–Februari 2026) dan RS Woodward Palu (pengumpulan data April 2026). Keduanya merupakan fasilitas rujukan primer dengan karakteristik ketenagaan yang serupa.

Populasi dan Sampel

Tahap kuantitatif melibatkan 133 tenaga kesehatan di RSUD Sis Al Djufrie (kriteria inklusi) dan 146 tenaga kesehatan di RS Woodward (total sampling). Tahap kualitatif menggunakan purposive sampling untuk memilih informan kunci yang dianggap mampu memberikan informasi mendalam terkait kondisi ketenagaan dan budaya keselamatan (RS Woodward: 7 informan).

Instrumen

Instrumen kuantitatif adalah kuesioner Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) versi 2.0 yang dikembangkan AHRQ (2019), terdiri dari 32 item yang mengukur 10 dimensi budaya keselamatan dengan skala Likert. Kategorisasi skor: budaya kuat (>75%), sedang (50–75%), dan lemah (<50%). Tahap kualitatif menggunakan panduan wawancara mendalam yang dikembangkan berdasarkan dimensi HSOPSC.

Analisis Data

Data kuantitatif dianalisis secara deskriptif untuk menghitung persentase respons positif per dimensi. Data kualitatif dianalisis dengan content analysis menggunakan perangkat lunak MAXQDA. Analisis difokuskan pada dimensi ketersediaan staf dan beban kerja, serta penelusuran keterkaitannya dengan dimensi budaya lain melalui triangulasi temuan kuantitatif dan kualitatif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Skor Dimensi Budaya Keselamatan

Hasil pengukuran menunjukkan skor keseluruhan budaya keselamatan pasien sebesar 70% di RSUD Sis Al Djufrie dan 73% di RS Woodward, keduanya berada dalam kategori sedang. Namun, ketika ditelaah per dimensi, terlihat anomali yang konsisten: dimensi ketersediaan staf

dan beban kerja menjadi satu-satunya dimensi berkategori lemah di kedua fasilitas, dengan skor yang jauh tertinggal dari dimensi lain.

Tabel 1. Skor Dimensi HSOPSC 2.0 di Dua Rumah Sakit Tipe C Kota Palu

Dimensi HSOPSC 2.0	RSU Sis Al Djufrie (%)	RS Woodward (%)	Kategori
Kerja sama tim	81	93	Kuat / Kuat
Ketersediaan staf & beban kerja	48	35	Lemah / Lemah
Pembelajaran & peningkatan	82	87	Kuat / Kuat
Tanggapan terhadap kesalahan	44	57	Lemah / Sedang
Dukungan supervisor/pimpinan	70	86	Sedang / Kuat
Komunikasi mengenai kesalahan	87	88	Kuat / Kuat
Keterbukaan komunikasi	79	76	Kuat / Kuat
Pelaporan insiden	73	61	Sedang / Sedang
Dukungan manajemen RS	67	74	Sedang / Sedang
Serah terima & pertukaran info	70	78	Sedang / Kuat
SKOR KESELURUHAN	70	73	Sedang / Sedang

Keterangan: Kuat >75%; Sedang 50–75%; Lemah <50%

Mekanisme Erosi: Temuan Kualitatif

Wawancara mendalam di kedua fasilitas mengungkap tiga mekanisme utama bagaimana keterbatasan tenaga mengerosi budaya keselamatan. Pertama, kelelahan kronis. Informan menggambarkan pola kerja dengan shift panjang dan minim jeda, terutama pada unit dengan volume pasien tinggi seperti IGD dan rawat inap. Kelelahan ini diakui menurunkan kewaspadaan dan ketelitian dalam menjalankan prosedur keselamatan.

Kedua, pengabaian prosedur saat kondisi padat. Beberapa informan mengakui bahwa pada saat beban pasien memuncak, langkah-langkah keselamatan tertentu — seperti verifikasi ganda atau pengisian dokumentasi lengkap — terkadang dipersingkat atau ditunda demi mengejar kecepatan layanan. Ini menciptakan celah keselamatan yang sistemik, bukan akibat kelalaian individu semata.

Ketiga, menurunnya pelaporan insiden karena keterbatasan waktu. Informan menyebut bahwa proses pelaporan insiden dianggap memakan waktu di tengah beban kerja yang sudah tinggi. Akibatnya, insiden minor cenderung tidak dilaporkan, yang pada gilirannya menghambat pembelajaran organisasi. Hal ini tercermin pada skor tanggapan terhadap kesalahan yang rendah, terutama di RSU Sis Al Djufrie (44%).

Temuan studi ini menegaskan bahwa dimensi ketersediaan staf dan beban kerja merupakan titik terlemah budaya keselamatan pasien di kedua rumah sakit, dengan skor yang konsisten berada di kategori lemah (48% dan 35%). Yang menarik, kelemahan ini terjadi di tengah skor keseluruhan yang tergolong sedang, menunjukkan bahwa defisit ketenagaan merupakan masalah yang terisolasi namun fundamental — semacam 'mata rantai terlemah' dalam sistem keselamatan.

Mekanisme erosi yang teridentifikasi sejalan dengan literatur internasional. Konsep bahwa beban kerja berlebih menggerus keselamatan telah ditegaskan Aiken et al. (2018), sementara kaitan antara tekanan waktu dan rendahnya pelaporan insiden didukung temuan Harton &

Skemp (2022). Studi ini memperkaya bukti tersebut dengan konteks spesifik rumah sakit tipe C di wilayah dengan keterbatasan sumber daya, sebuah setting yang masih kurang terwakili dalam literatur.

Perbedaan skor antara kedua RS pada dimensi ketenagaan (48% vs 35%) menunjukkan bahwa RS Woodward menghadapi tekanan ketenagaan yang lebih berat. Namun, skor keseluruhan RS Woodward yang justru sedikit lebih tinggi mengindikasikan adanya faktor kompensasi — terutama kekuatan kerja sama tim (93%) dan peran pimpinan (86%) — yang mampu menahan sebagian dampak negatif defisit tenaga. Ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan bersifat multi-dimensi, di mana kekuatan pada satu aspek dapat sebagian mengimbangi kelemahan pada aspek lain, meski tidak menggantikannya.

Implikasi temuan ini bersifat struktural. Karena akar masalah berada pada ketersediaan tenaga, solusinya tidak cukup berupa pelatihan atau himbauan internal, melainkan memerlukan intervensi kebijakan ketenagaan: perencanaan kebutuhan tenaga berbasis analisis beban kerja, perbaikan sistem penjadwalan untuk mengurangi kelelahan, serta kolaborasi dengan pemerintah daerah dan institusi pendidikan untuk memperkuat suplai tenaga kesehatan. Tanpa penguatan fondasi ketenagaan, upaya peningkatan budaya keselamatan akan terus terhambat oleh keterbatasan kapasitas operasional.

KESIMPULAN

Beban kerja dan keterbatasan tenaga kesehatan terbukti menjadi faktor struktural yang mengerosi budaya keselamatan pasien di dua rumah sakit tipe C Kota Palu, tercermin dari skor dimensi ketersediaan staf yang berkategori lemah (48% dan 35%) di tengah budaya keseluruhan yang sedang. Tiga mekanisme erosi — kelelahan kronis, pengabaian prosedur saat kondisi padat, dan menurunnya pelaporan insiden — menunjukkan bahwa defisit ketenagaan berdampak sistemik melampaui dimensinya sendiri. Penguatan kebijakan ketenagaan yang sistemik merupakan prasyarat utama bagi keberlanjutan budaya keselamatan pasien di rumah sakit tipe C wilayah Indonesia Timur. Penelitian lanjutan dengan desain longitudinal disarankan untuk mengukur dampak intervensi ketenagaan terhadap perbaikan budaya keselamatan.

REFERENSI

- Abd Kadir, N., Ryandini, T. P., Silitonga, N. J. M., Sari, F. I., Habibi, A., Nurwahidah, N., & Rahayu, S. (2026). *Manajemen keperawatan dalam pelayanan kesehatan berbasis mutu dan keselamatan pasien*. PT Cipta Digital Edukasi.
- Linda H. Aiken, Sloane, D. M., Bruyneel, L., et al. (2018). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. *British Medical Journal*, 362, k2060.
- Astuti, D. P., Situmorang, C. M., Pinem, S. E., Hartono, B., & Daud, A. G. (2025). Analisis keseimbangan supply dan demand tenaga kesehatan di Indonesia. *Innovative: Journal of Social Science Research*, 5(4), 6159–6174.
- Bani, P., & Anggiani, S. (2024). Pengaruh budaya organisasi terhadap keterlibatan tenaga kesehatan dan dampaknya pada kinerja rumah sakit: Tinjauan literatur tentang tren dan praktik terkini. *Jurnal Pendidikan Indonesia*, 5(12).
- Bersama, D. P. I. K. P., & Si, A. (2024). *Penguatan budaya keselamatan pasien di RSUP dr. Sitanala melalui. (Data publikasi belum lengkap)*.
- Bilqis, M. (2023). *Tantangan sistem kesehatan nasional: Distribusi dan ketersediaan sumber daya manusia kesehatan di Indonesia*. ResearchGate.

- Calundu, R. (2018). *Manajemen kesehatan* (Vol. 1). Sah Media.
- Harton, B., & Skemp, L. (2022). Incident follow-up and recurrence prevention in hospital settings. *Quality Management in Health Care*, 31(2), 115–122.
- Intiasari, A. D. (2025). *Rumah sakit dalam dinamika sistem kesehatan: Isu dan tantangan layanan di era multipolar pembiayaan*. Arih Diyaning Intiasari.
- Maduratna, E. S., Judijanto, L., Wasita, R. R. R., Irawan, Y. G., Wiradani, N. L. K., & Sitepu, F. B. (2025). *Manajemen dan administrasi pelayanan kesehatan*. PT Green Pustaka Indonesia.
- Nadjib, M., & Setiawan, E. (2020). *Biaya, pembiayaan, & efektifitas biaya di bidang kesehatan masyarakat*. Universitas Indonesia Publishing.
- Palimbo, A. (2021). *Model kombinasi continuity of care dan interprofessional collaboration pada pelayanan kesehatan ibu di Kabupaten Banjar = Combination model of continuity of care and interprofessional collaboration in maternal health services in Banjar District* (Tesis). Universitas Hasanuddin.
- Pertiwiwati, E., Agianto, S. K., & Rusli, R. (2025). *Kolaborasi interprofesional: Membangun budaya keselamatan pasien yang kuat*. Uwais Inspirasi Indonesia.
- Putri, S. A., & Amalia, A. (2026). *Pengantar manajemen kesehatan*. Afdan Rojabi Publisher.
- Sakina, A. W., & Setyowati, Y. (2019). Akomodasi modal sosial inklusif difabel siaga bencana (Difagana) dalam sistem manajemen bencana berbasis masyarakat di DI Yogyakarta. In *Final proceeding ICDM 2019*.
- Setyorini, Y. D. (2025). *Hubungan beban kerja fisik dan mental perawat dengan patient safety di RSUD Baitul Hikmah Kendal* (Skripsi). Universitas Islam Sultan Agung.
- Sitohang, R. V. (2026). *Integritas data kesehatan: Perspektif kepemimpinan, kerja tim, dan beban kerja: Sebuah analisis komprehensif terhadap faktor manajerial dan operasional*. CV Eureka Media Aksara.
- Siwi, I. M., Wariki, W. M. V., Manoppo, J. E., Kaunang, W. P. J., & Sumampouw, O. J. (2025). Tantangan ketersediaan dokter spesialis dan dampaknya terhadap efektivitas sistem rujukan di rumah sakit tipe D: Studi kualitatif di Indonesia. *Jurnal Promotif Preventif*, 8(6), 1824–1832.
- Soelistyo, A. (2023). *Macroeconometric model: Kemiskinan, ketimpangan, distribusi pendapatan dan kebijakan macroprudential di Indonesia*. Uwais Inspirasi Indonesia.
- World Health Organization. (2023). *Global patient safety report 2023*. World Health Organization.