

Menelusuri Dunia Pelayanan Kesehatan dalam Budaya Organisasi: Systematic Literature Review

Endi Suyatno^{1*}, Martinus Tukiran²

^{1*}Universitas Pakuan, Bogor, Indonesia

²Universitas Pakuan, Bogor, Indonesia

*Corresponding Author: endisyt@gmail.com

Abstract - The amount of employee involvement in implementing values and assumptions is part of the strength of an organizational culture so that organizational culture can be used as a competitive advantage that is more difficult for other organizations to imitate because success in the organization is greatly influenced by employee performance. Therefore, it is very important to carry out continuous learning in order to form a good culture for the organization. Organizational culture is important in understanding the behavior of people in organizations when managing external demands and internal social change. There has been an increasing push to understand and address organizational culture and try to change it where optimal health performance is hindered. Less attention has been paid to the health care environment and how it can influence individual and organizational outcomes. Before attempting to implement a redesign or new health care reform, it is important to be aware of what characterizes their organizational culture. This research aims to assess the extent of the role of organizational culture in influencing health services. **Methods:** Searches were conducted in the Emerald, Ebsco-Host, Google Scholar, PubMed and Science-Direct databases for the time period 2008-2018. The research question guiding this review was posed as: "How is it important to study organizational culture in health care settings". Studies that did not meet the predetermined criteria were excluded, while those that met the inclusion criteria were listed and reviewed further. Twenty-one articles were included in the final analysis of this study. **Results:** Diverse health care settings were represented in the study. Twenty-one articles were included in the final analysis of this study. Among the relevant studies, 17 were research articles; 12 were quantitative studies, 2 were qualitative, one was a mixed methods study and 2 were articles on the design of organizational culture measurement tools. **Conclusion:** Excellence in health care delivery is associated with a positive value system delivered through a multidisciplinary team approach and the use of strategic engagement, the most important influence of organizational culture for optimal efficiency in the delivery of quality care. The future use of this organizational culture assessment is in health care studies that seek to understand the health care system in depth and its influence on clinical performance, which will play an important role in achieving planned targets.

Key words: Organizational culture, health service organizations, hospitals

Abstrak - Besar kecilnya keterlibatan karyawan dalam penerapan value dan asumsi-asumsi merupakan bagian dari kekuatan dari sebuah budaya organisasi sehingga budaya organisasi dapat dijadikan sebagai keunggulan bersaing yang lebih sulit ditiru oleh organisasi lain karena keberhasilan di dalam organisasi sangat dipengaruhi dari kinerja karyawan. Oleh karena itu sangat penting melakukan pembelajaran terus menerus agar dapat membentuk suatu budaya yang baik bagi organisasi. Budaya organisasi penting dalam memahami perilaku orang dalam organisasi ketika mengelola tuntutan eksternal dan perubahan sosial internal. Telah ada dorongan yang meningkat untuk memahami dan

mengatasi budaya organisasi dan mencoba mengubahnya dimana kinerja kesehatan yang optimal terhambat. Kurangnya perhatian telah diberikan kepada lingkungan pelayanan kesehatan dan bagaimana hal itu dapat mempengaruhi hasil individu dan organisasi. Sebelum mencoba menerapkan desain ulang atau reformasi pelayanan kesehatan baru, penting untuk menyadari apa yang menjadi ciri budaya organisasi mereka. Penelitian ini bertujuan untuk menilai sejauh mana peran budaya organisasi dalam mempengaruhi pelayanan kesehatan. Metode: Pencarian dilakukan di database Emerald, Ebsco-Host, Google Scholar, PubMed dan Science-Direct untuk periode waktu 2008-2018. Pertanyaan penelitian yang memandu tinjauan ini diajukan sebagai: "Bagaimana pentingnya mempelajari budaya organisasi dalam pengaturan pelayanan kesehatan". Studi yang tidak memenuhi kriteria yang telah ditentukan dikecualikan, sedangkan yang memenuhi kriteria inklusi terdaftar dan ditinjau lebih lanjut. Dua puluh satu artikel dimasukkan dalam analisis akhir penelitian ini. Hasil: Pengaturan pelayanan kesehatan yang beragam diwakili dalam penelitian. Dua puluh satu artikel dimasukkan dalam analisis akhir penelitian ini. Di antara studi yang relevan, 17 adalah artikel penelitian; 12 adalah studi kuantitatif, 2 adalah kualitatif, satu studi metode campuran dan 2 adalah artikel desain alat pengukuran budaya organisasi. Kesimpulan: Keunggulan dalam pemberian perawatan kesehatan terkait dengan sistem nilai positif yang disampaikan melalui pendekatan tim multidisiplin dan penggunaan keterlibatan strategis, pengaruh organisasi budaya yang paling penting untuk efisiensi optimal dalam pemberian perawatan berkualitas. Penggunaan masa depan penilaian budaya organisasi ini dalam studi pelayanan kesehatan yang berusaha memahami sistem pelayanan kesehatan secara mendalam dan pengaruhnya terhadap kinerja klinis, yang akan menjadi peran penting dalam mencapai target yang direncanakan.

Kata kunci: *Budaya organisasi, organisasi pelayanan kesehatan, rumah sakit*

I. INTRODUCTION

Konsep budaya organisasi berasal dari berbagai disiplin ilmu termasuk antropologi, sosiologi dan manajemen (Thomas et al., 1990). Minat baru-baru ini terhadap budaya kesehatan mulai menarik perhatian pada pentingnya budaya dalam mencapai hasil utama organisasi (Zazzali et al., 2007). Misalnya, budaya pelayanan kesehatan yang menekankan identitas kelompok, kerja tim dan koordinasi telah dikaitkan dengan praktik peningkatan kualitas yang lebih baik (Shortell et al., 1995). Menurut Rundall et al. (2002), budaya organisasi medis penting dalam pengobatan penyakit, karena mungkin berhubungan dengan kemampuan organisasi-organisasi ini untuk mendukung upaya peningkatan kualitas dan untuk mengembangkan sistem informasi untuk memberikan perawatan pasien yang lebih baik. Penulis lain telah menyelidiki bagaimana sikap dan perilaku karyawan dipengaruhi oleh "budaya organisasi" atau kesesuaian antara budaya organisasi dan nilai-nilai individu atau keyakinan tentang nilai-nilai organisasi. Studi yang berbeda telah menemukan bahwa kesesuaian yang lebih besar terkait dengan sikap karyawan yang lebih positif. Namun, ada beberapa definisi budaya organisasi dalam literatur. Menurut O'Reilly dan Chatman (1996), "budaya adalah sistem nilai-nilai bersama yang mendefinisikan sikap dan perilaku penting yang memandu sikap dan perilaku anggotanya." Seperti yang diusulkan Schein (1985): "budaya organisasi adalah pola asumsi dasar umum yang diciptakan, ditemukan atau dikembangkan oleh kelompok tertentu karena belajar untuk menangani masalah adaptasi eksternal dan integrasi internal yang bekerja cukup baik untuk dianggap valid dan oleh karena itu diajarkan kepada anggota baru sebagai cara yang tepat untuk memahami, berpikir dan merasakan dalam kaitannya dengan mereka. Berbagai pendekatan kualitatif dan kuantitatif mengukur budaya organisasi sesuai dengan maksud dan tujuan masing-masing peneliti (Scott et al., 2003).

Budaya organisasi dan perilaku dapat dilihat sebagai sistem persepsi, makna, dan keyakinan organisasi yang memfasilitasi penciptaan makna dalam sekelompok orang yang berbagi pengalaman bersama dan yang membimbing perilaku individu dalam karya Bloor dan Dawson (1994). Literatur

manajemen perubahan mempromosikan gagasan bahwa perilaku kolektif memerlukan pemecahan pola atau kebiasaan kelompok atau mengganti pola perilaku (kebiasaan) yang ada dengan pola baru yang lebih jelas. Adalah logis untuk berasumsi bahwa serangkaian variabel perantara seperti pola pikir, nilai-nilai, sikap, pengetahuan dan praktik harus ditetapkan untuk membentuk budaya organisasi. Variabel-variabel baru ini pada akhirnya membantu menjembatani kesenjangan antara budaya dan perilaku organisasi (De Bono et al., 2014).

Dalam reformasi sistem kesehatan yang akan datang, profesional pelayanan kesehatan akan menghadapi tantangan organisasi dan profesional. Sebagai dokter, peneliti, dan pengambil keputusan, mereka berupaya melakukan intervensi dalam budaya rumah sakit untuk meningkatkan layanan kesehatan. Hal ini dapat menjadi informasi latar belakang bagi para pemimpin dan pengambil keputusan dalam mencari langkah-langkah untuk meningkatkan efisiensi sebelum menerapkan sistem kesehatan nasional yang baru. Apapun tindakan yang diterapkan, pengambil keputusan harus memastikan bahwa nilai-nilai penting yang dipromosikan dalam pelayanan kesehatan terpelihara dengan baik (Zachariadou et al., 2013).

Penilaian dan Perubahan Budaya Organisasi

Pelayanan kesehatan telah berkembang pesat dan telah menyebabkan perubahan signifikan dalam lingkungan organisasi dan praktik (Rider et al. 2018). Ahli teori organisasi menekankan pentingnya mengetahui budaya dalam suatu organisasi untuk mencapai keberhasilan dalam mengubah proses (Denison, 1996; Hemmelgarn et al., 2006). Meskipun demikian, organisasi pelayanan kesehatan dianggap sulit untuk diubah. Ada beberapa contoh bagaimana rutinitas yang lambat dan waktu tunggu yang lama disebabkan oleh inersia organisasi (Street dan Blackford 2001; Scott et al. 2003b). Pelayanan yang kompleks dan mahal adalah tantangan kritis yang dihadapi sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Untuk memenuhi tantangan ini secara efektif, sistem pelayanan kesehatan harus mengatur ulang organisasi untuk mengakomodasi layanan kesehatan dengan lebih baik sebagai tujuan utama pelayanan perawatan (Palmqvist dan Lindell, 2000; Olofsson et al., 2009). Namun, model kerja baru dan teknologi baru telah terhambat oleh budaya yang menolak perubahan proses (Benders dan Van Hootegem, 1999).

Elving (2005) menunjukkan bahwa budaya komunikasi dan rasa memiliki dalam suatu komunitas berpengaruh positif terhadap kesiapan perubahan. Meskipun pengembangan budaya didorong oleh para profesional yang memiliki nilai dan tujuan yang sama (Edmondsson, 2003), departemen rumah sakit mengembangkan budaya mereka sendiri (Michie dan Williams, 2003). Ini menunjukkan perlunya kerja sama yang luas dan kesadaran akan nilai-nilai dan ideologi bersama dalam proses perubahan (Schlenker dan Weigold, 1992). Memahami budaya organisasi sebagai faktor penting dalam proses perubahan mempengaruhi pilihan departemen rumah sakit dalam rencana perubahan, karena budaya yang mendasari suatu organisasi kemungkinan besar memiliki dampak yang signifikan (Fischer et al., 2005). Hal ini dipandang sebagai alat untuk mengidentifikasi kondisi kesehatan tertentu yang dapat meningkatkan hasil rencana perubahan.

Tim multidisiplin telah mengembangkan dan memvalidasi survei dimensi budaya organisasi untuk rangkaian layanan kesehatan di beberapa negara. Tidak diragukan lagi, kegiatan departemen kesehatan harus fokus pada kelompok, keharmonisan internal dan integrasi profesional dalam kelompok (Alharbi et al. 2012). Beberapa alat budaya organisasi untuk evaluasi keseluruhan departemen. Budaya pembinaan tim dapat menjadi pendorong kepemimpinan dan peningkatan kinerja klinis yang efektif.

Selain sebagai alat untuk mengevaluasi intervensi untuk tujuan penelitian, beberapa di antaranya juga menyediakan alat untuk manajemen organisasi dan diagnosis di tingkat lingkungan secara akurat dan komprehensif, sehingga memungkinkan identifikasi prioritas perubahan guna meningkatkan sikap, efisiensi dan efektivitas..

Oleh karena itu, penting bagi manajer kesehatan untuk menyadari karakteristik budaya organisasi mereka sebelum mereka mencoba menerapkan model pelayanan kesehatan baru. Kuesioner tentang nilai-nilai organisasi dapat digunakan sebagai alat untuk membantu manajer kesehatan mencapai pemahaman ini. Namun, karena resistensi terhadap perubahan, itu harus sementara diubah menjadi budaya yang menghargai fleksibilitas untuk memfasilitasi proses perubahan (Carlström dan Ekman, 2012).

Budaya Organisasi dan Hubungannya dengan Budaya Pelaporan Kesalahan, Kualitas dan Hasil Pasien

Tinjauan bukti mengenai pelayanan kesehatan, berdasarkan teori umum budaya organisasi, menunjukkan bahwa budaya organisasi memiliki dampak signifikan terhadap kualitas pelayanan dan keselamatan pasien (Wakefield et al., 2001). Demikian pula, ada bukti kuat bahwa dokter kelelahan akan menunjukkan pelayanan kurang optimal untuk pasien mereka (Shanafelt et al., 2002) dan bahkan telah dikaitkan dengan kesalahan serius dan kematian (Firth-Cozens dan Greenhalgh, 1997). Ada hubungan langsung antara kondisi kerja dokter dan masa hari rawat pasien di rumah sakit. Sederhananya, budaya rumah sakit mempunyai dampak yang signifikan terhadap tindakan dokter dan pengobatan pasien. Hubungan antara budaya organisasi dan kualitas sangat menunjukkan bahwa pendekatan yang lebih komprehensif untuk meningkatkan kualitas pelayanan dapat dicapai dengan mencoba mengkonseptualisasikan variabel-variabel ini (Montgomery et al., 2010). Pendekatan Schein terhadap budaya organisasi juga memungkinkan perbedaan yang signifikan antara nilai-nilai yang dianut dan asumsi yang mendasarinya, dan ini sekali lagi memiliki resonansi untuk rumah sakit di mana perbedaan antara kedua tingkat ini dapat diproyeksikan ke dalam pengalaman pasien (Montgomery et al. 2010). Keengganan dokter rumah sakit untuk mengadopsi pedoman untuk praktik terbaik adalah contoh bagaimana budaya organisasi dapat mempengaruhi praktik tersebut. Penelitian tentang praktik terbaik, misalnya (Cabana dan Kim, 2003; Cabana et al., 1999), menunjukkan bahwa kegagalan untuk mengadopsi pedoman berkaitan dengan ketidakmampuan untuk mengatasi pendekatan praktik sebelumnya, harapan hasil dan *self-efficacy* di antara dokter, semua diinformasikan oleh budaya organisasi. dan nilai-nilai telah menunjukkan bahwa kesalahan medis (Khatri et al. 2007), kesalahan rumah sakit dan masalah keamanan (Belohlav et al., 2010) sedang berkurang. Selain itu, tidak adanya sistem pelacakan kesalahan formal, terutama di negara berkembang, membuat budaya pelaporan kesalahan secara sukarela menjadi lebih penting untuk menjaga keselamatan pasien (Williams, 2007). Diketahui bahwa budaya pelaporan kesalahan yang menguntungkan terkait erat dengan budaya organisasi yang positif (Williams et al. 2007). Ketika dokter difasilitasi oleh budaya organisasi yang positif, komitmen mereka terhadap budaya pelaporan dan berbagi kesalahan meningkat, sehingga meningkatkan keselamatan pasien dan mengurangi angka kematian (Kwak et al., 2010 dan Aiken et al., 2012). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) juga menunjukkan bahwa budaya organisasi rumah sakit mempengaruhi kepuasan kerja, pemberian peran dan kualitas perawatan pasien bagi para profesional pelayanan kesehatan (Sorra dan Dyer, 2010). Penting untuk menginvestasikan waktu dan sumber daya dalam melatih budaya petugas kesehatan menuju budaya tidak menyalahkan yang lebih progresif dan untuk mendorong budaya melaporkan kesalahan di antara karyawan (Jafree et al. 2015). Lingkungan yang berorientasi pada kualitas harus lebih sedikit kesalahan medis, pelaporan kesalahan yang lebih baik, dan lebih sedikit kasus perawatan pasien yang kurang optimal. Oleh karena itu, orientasi kualitas sejati akan membutuhkan perhatian organisasi yang substansial terhadap pengembangan, implementasi, dan pemantauan mekanisme pengurangan kesalahan (McCray et al., 2008). Tujuan tersebut hanya dapat dicapai melalui pendekatan yang dirancang untuk mengatasi masalah sistemik dalam budaya organisasi (Montgomery et al., 2010).

Penelitian telah dilakukan di berbagai negara, terutama di Amerika Utara, Eropa dan Australia, di berbagai tatanan pelayanan kesehatan, terutama rumah sakit. Studi ini melibatkan jenis tindakan dari beberapa mekanisme untuk mempelajari atau campur tangan dalam meningkatkan budaya dengan berbagai cara untuk melaporkan metode dan hasil yang didapat. Untuk penelitian sebelumnya kami telah menemukan bukti konfirmasi (Parmelli et al. 2011, MacDavitt et al. 2007, Scott et al. 2003) menunjukkan bahwa ada hubungan positif antara budaya pelayanan kesehatan dengan hasil pelayanan terhadap pasien. Institute of Medicine (IOM) di Amerika Serikat telah berulang kali menyoroti hubungan antara keselamatan pasien, kesejahteraan dokter dan budaya organisasi (Institute of Medicine, 1999 dan 2001). Singkatnya, hipotesis kami ternyata benar: budaya organisasi dan tempat pelayanan kesehatan terkait dengan hasil pelayanan pasien (Braithwaite et al., 2017).

Budaya Organisasi dan Implikasinya terhadap Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Institusi Pelayanan Kesehatan

Tidak jarang intervensi pencegahan dan pengendalian infeksi gagal atau kurang berhasil di rumah sakit atau dipelayanan kesehatan lainnya. Telah didalilkan bahwa faktor organisasi adalah alasan utama. Akibatnya, ada peningkatan dorongan untuk memahami dan mengatasi budaya organisasi untuk meningkatkan peduli pada kesehatan dalam beberapa tahun terakhir. Inisiatif yang dirancang dengan baik dan disesuaikan dengan perubahan budaya organisasi dapat membantu mencegah infeksi, seperti menjaga kebersihan tangan. Menurut De Bono et al. (2014), perubahan budaya organisasi tampaknya menjanjikan, tetapi sulit dilaksanakan dari sudut pandang teoritis. Hasil beberapa penelitian yang telah dilakukan menunjukkan hal ini.

Infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan terus menimbulkan tantangan besar bagi institusi pelayanan kesehatan sehubungan dengan mortalitas dan morbiditas pasien dan meningkatnya biaya perawatan (de Kraker et al., 2011). Perbedaan dalam budaya organisasi dapat menjelaskan variasi kepatuhan terhadap pedoman. Keterlibatan staf dan manajemen rumah sakit (keduanya komponen kunci budaya organisasi) secara signifikan terkait dengan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi, tingkat kepatuhan pelaporan yang lebih tinggi dengan kebersihan tangan. Penurunan yang signifikan dalam insiden rate infeksi ditunjukkan dengan intervensi pencegahan dan pengendalian infeksi yang efektif di rumah sakit dan organisasi perawatan kesehatan lainnya (Thompson et al., 2009). Namun, upaya dalam melaksanakan di pelayanan kesehatan lainnya sering gagal dengan meniru menggunakan metodologi serupa (Giannitsioti et al. 2009). Budaya organisasi muncul sebagai metode untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Inggris dan Amerika Serikat pada milenium baru (Davies et al. 2000). Dalam konteks variabel endemik, variabel budaya organisasi merupakan prediktor penting dari kepatuhan petugas kesehatan yang dilaporkan terhadap praktik pengendalian infeksi. Keterlibatan staf secara positif terkait dengan pelaporan tindakan pencegahan kontak dan sikap positif staf. Oleh karena itu tidak mengherankan bahwa dalam beberapa tahun terakhir penekanan yang meningkat telah ditempatkan pada kebutuhan untuk memahami budaya organisasi dan mencoba mengubahnya, di mana ditemukan menghambat kinerja perawatan kesehatan yang optimal, termasuk praktik pencegahan dan pengendalian infeksi (Davies et al., 2000).

Teknologi Pelayanan Kesehatan dan Budaya Organisasi Rumah Sakit

Praktik manajemen pengetahuan sekarang diakui secara luas sebagai keunggulan kompetitif, dan lebih banyak perusahaan telah mengintegrasikan organisasi mereka dengan strategi manajemen pengetahuan (Ambrecht et al. 2001; Jackson dan DeTienne, 2002). Agar berhasil dan kompetitif dalam pengembangan e-health, organisasi dan pemimpin harus mempertimbangkan adaptif dan cerdas strategi, termasuk proses dan praktik untuk manajemen pengetahuan. Banyak pendapat dan perkembangan telah

berkembang melalui manajemen pengetahuan.

Untuk menerapkan teknologi baru dalam suatu organisasi, komunikasi sejalan dengan budaya organisasi mereka memainkan peran penting. Budaya organisasi dengan nilai-nilainya, memengaruhi keinginan untuk menanggapi informasi yang dikumpulkan dan diubah melalui saluran komunikasi eksternal dan internal dan diubah menjadi organisasi. Ketika sistem teknologi baru diperkenalkan, reaksi masing-masing karyawan berbeda. Semakin banyak empati yang dihasilkan, semakin besar kemungkinan dapat diatur dengan lancar dan efisien (Davenport dan Prusak 1998). Sementara itu, budaya menyediakan "peta kognitif" melalui mitos, kisah, dan cerita organisasinya yang membantu anggota organisasi fokus pada interaksi organisasi dan pengembangan teknologi (Daft dan Weick, 1984).

Penelitian Lawson menunjukkan bahwa manajemen pengetahuan adalah proses yang berkelanjutan dan secara spiral berkembang seiring dengan meningkatnya pengetahuan dari waktu ke waktu. Studi Lawson menggabungkan dan menyempurnakan proses dari tiga studi, Wiig (1997), Parikh (2001), dan Horwitch and Armacost (2002), untuk mengembangkan enam dimensi yang dijelaskan dalam siklus manajemen pengetahuan: penciptaan pengetahuan, penangkapan, organisasi, penyimpanan, diseminasi, dan aplikasi. Ini menunjukkan bahwa organisasi yang secara aktif menerapkan manajemen pengetahuan sebagai keuntungan strategis harus memanfaatkan keenam proses ini secara berbeda (Lawson, 2004). Selanjutnya, budaya pendukung menganjurkan manajer dan staf untuk menyadari peran aliran pengetahuan dalam keberhasilan organisasi mereka dan menekankan berbagi pengetahuan sebagai faktor penting dalam program manajemen Pengetahuan.

Berdasarkan latar belakang masalah di atas peneliti maka dari itu perlu dilakukan penelitian yang lebih lanjut mengenai "menelusuri dunia pelayanan kesehatan dalam budaya organisasi: systematika literature review"

II. METHOD

Tinjauan sistematis ini dirancang dan dilakukan sejalan dengan pedoman yang diterbitkan untuk melaporkan tinjauan sistematis, peer-review dan artikel penelitian. Tinjauan sistematis literatur yang ada tentang budaya organisasi pengaturan perawatan kesehatan dilakukan. Pertanyaan ulasan utama adalah:

"Bagaimana pentingnya mempelajari budaya organisasi dalam pengaturan perawatan kesehatan?". Pencarian bibliografi yang sistematis dan komprehensif dilakukan di database Emerald, Ebscohost, Google Scholar, Pub Med dan Science Direct untuk periode waktu antara 2008-2018. Istilah pencarian "budaya organisasi"; dan "Pengaturan perawatan kesehatan" atau "Rumah Sakit".

Empat kriteria inklusi utama diadopsi menurut Metode Prisma (Moher et al., 2009):

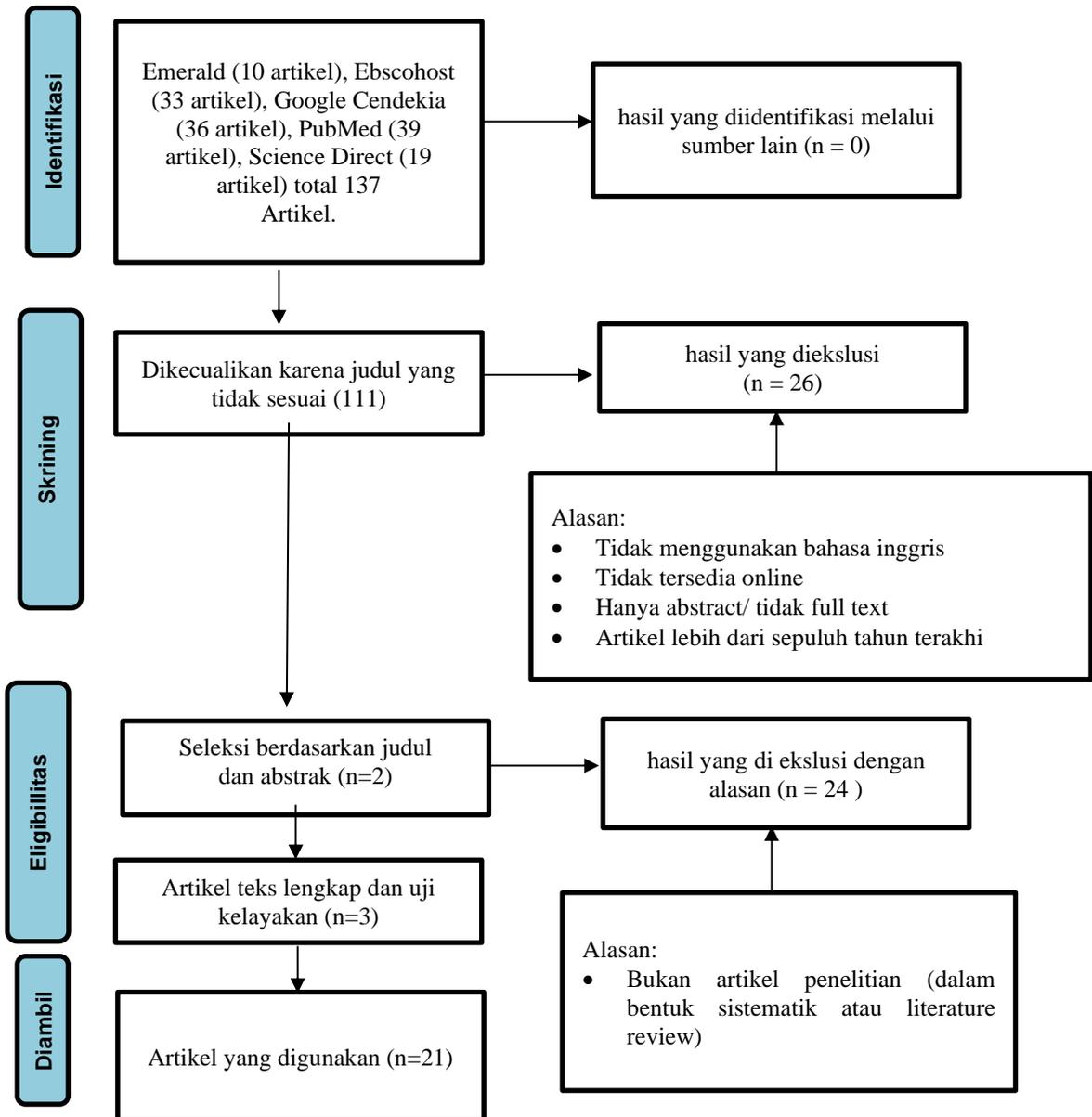
- Makalah yang diterbitkan dalam jurnal peer-review
- Makalah dengan kemungkinan akses penuh
- Makalah yang ditulis dalam bahasa Inggris
- Makalah yang diterbitkan dari 2008 hingga 2018 (fokus pada Pengetahuan yang lebih baru)

Studi yang tidak memenuhi kriteria di atas dikecualikan, sedangkan yang memenuhi kriteria inklusi dicantumkan dan ditinjau lebih lanjut. Studi dievaluasi dan dinilai secara kritis. Penyaringan literatur (pendekatan tiga tahap-pengecualian dengan membaca judul, abstrak, dan teks lengkap) dan ekstraksi temuan utama dari setiap studi yang diambil. Informasi berikut diambil dari masing-masing studi yang disertakan (Tabel 1): Judul, penulis dan tahun konduksi, negara, desain studi, subjek, tujuan penelitian, dan temuan utama.

Pencarian literatur

Sebanyak 137 catatan diambil melalui pencarian kami di database Emerald, Ebscohost, Google

Scholar, PubMed dan Science Direct. Setelah membaca judul dan abstrak dari catatan yang diambil, 26 tetap untuk evaluasi lebih lanjut. 5 artikel lainnya dikeluarkan setelah membaca artikel lengkap. Gambar 1 menunjukkan urutan dan proses identifikasi, seleksi, dan pengecualian studi yang tepat di setiap langkah pencarian. Akhirnya, 21 studi dianggap sesuai untuk menjawab pertanyaan penelitian utama.



Bagan.1

Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA) Flow Chart 2020

Tabel 1. Gambaran umum karakteristik studi dan temuan utama

Penulis et al. (tahun)	Karakteristik Studi Utama	Tujuan Penelitian	Temuan Utama
Braithwaite J et al., (2017)	Australia Berbagai fasilitas perawatan kesehatan. 204 artikel kesehatan. 62 artikel disertakan	Mensintesis bukti tentang sejauh mana budaya organisasi dan tempat kerja dikaitkan dengan hasil pasien.	Mayoritas penelitian (84%) berasal dari Amerika Utara atau Eropa, dan dilakukan di rumah sakit (89%). Mereka sebagian besar kuantitatif (94%) dan cross sectional (81%). Ulasan tersebut mengidentifikasi empat studi intervensi. Budaya organisasi dan tempat kerja yang positif secara konsisten dikaitkan dengan berbagai hasil pasien seperti penurunan angka kematian, jatuh, infeksi yang didapat di rumah sakit dan peningkatan kepuasan pasien.
Tyagi et al., (2013)	Kanada Studi cross-sectional	Untuk mengidentifikasi apakah kemampuan untuk menerapkan teknologi perawatan kesehatan oleh rumah sakit terkait dengan penggunaan program peningkatan kualitas di dalam rumah sakit dan apakah budaya di dalam rumah sakit berperan dalam adopsi program peningkatan kualitas.	Analisis model (Rasch) mengungkapkan bahwa hierarki ada di antara teknologi perawatan kesehatan berdasarkan kesulitan implementasi. Budaya di dalam rumah sakit berperan sebagai mediasi dalam adopsi program peningkatan kualitas.
Grueso-Hinestroza et al., (2018)	Kolombia Lembaga perawatan kesehatan masyarakat. Trans-sectional bersifat deskriptif dan korelasional. 112 karyawan	Analisis hubungan antara budaya organisasi (dipahami melalui artefaknya) dan praktik welas asih.	Budaya organisasi melalui artefaknya memprediksi secara signifikan adopsi praktik organisasi welas asih. Dalam menganalisis jenis budaya yang memiliki kekuatan prediktif terbesar atas praktik organisasi welas asih, telah ditemukan bahwa budaya progresif memiliki efek terbesar, berbeda dengan budaya tradisional.
Zachariadon et al., (2013)	Siprus 223 dokter umum (GP) dan staf perawat yang bekerja di 42 pusat perawatan kesehatan primer (PHC).	Menilai budaya organisasi dalam pengaturan perawatan kesehatan masyarakat.	Dimensi budaya: "orientasi kinerja" adalah budaya yang diinginkan di kalangan profesional perawatan kesehatan (rata-rata: $1,39 \pm 0,45$). "Dukungan" dan "tanggung jawab sosial" adalah budaya utama yang ditemui di PHC (berarti: $2,37 \pm 0,80$, $2,38 \pm 0,83$).

Penulis et al. (tahun)	Karakteristik Studi Utama	Tujuan Penelitian	Temuan Utama
Saillour-Gléisson et al., (2016)	Prancis Database item dan tema BUDAYA ORGANISASI dibuat setelah tinjauan literatur yang luas	Menghadapi kurangnya alat yang tepat, tim multidisiplin merancang dan memvalidasi kuesioner budaya organisasi dimensi untuk pengaturan perawatan Kesehatan diberikan di tingkat bangsal.	Tingkat respons keseluruhan adalah 80%; Rata-rata penyelesaian adalah 97 %. Hasil metrologi adalah: koefisien alfa Cronbach global sebesar 0,93, lebih tinggi dari 0,70 untuk 12 sub-dimensi.
Montgomery et al., (2010)	Yunani Mengkaji literatur yang ada di Organisasi budaya kelelahan dan kualitas perawatan di sektor perawatan kesehatan.	Untuk memeriksa kelelahan dokter dan untuk mengidentifikasi titik fokus di mana budaya rumah sakit yang kurang dan sumber daya organisasi yang tidak memadai paling jelas.	Rekomendasi diberikan berkaitan dengan bagaimana penelitian masa depan dapat mendekati kualitas perawatan dari perspektif perubahan organisasi bottom-up. Selain itu, kebutuhan untuk memperluas perdebatan di luar pengalaman AS dan Eropa Utara.
Khalghani Et al., (2012)	Iran 135 orang (peneliti dan staf pendukung) dari lima pusat penelitian medis dan perawatan kesehatan Teheran.	Menyelidiki struktur organisasi, budaya, dan teknologi informasi (TI) sebagai kemampuan infrastruktur manajemen pengetahuan (KM), dan membandingkan signifikansi dan status quo mereka.	Tes Friedman menunjukkan bahwa dalam hal status quo mereka, tiga enabler KM yang dipelajari berada pada kondisi yang berbeda, dengan budaya organisasi memiliki status terbaik (peringkat rata-rata = 1,79) dan TI yang terburuk (peringkat rata-rata = 2,14). Diungkapkan oleh analisis regresi bahwa meskipun budaya organisasi mendukung inisiatif manajemen pengetahuan, ada panggilan untuk kesempurnaan struktur organisasi, karena analisis regresi mengungkapkan dampak signifikannya terhadap KM.
Carney M., (2011)	Irlandia Mewawancarai 50 manajer klinis dan non-klinis profesional di rumah sakit perawatan akut.	Untuk mengidentifikasi apakah aspek budaya organisasi dapat menunjukkan medan baru dalam hubungan perawatan kesehatan yang berkualitas pengaruh budaya.	Budaya organisasi lebih kompleks dari yang diperkirakan sebelumnya. Beberapa pengaruh budaya seperti keunggulan dalam pemberian perawatan, nilai-nilai etika, keterlibatan, profesionalisme, nilai-untuk-uang, biaya perawatan, Komitmen terhadap kualitas dan pemikiran strategis ditemukan sebagai penentu budaya utama dalam pemberian perawatan berkualitas.
R. Fedorow sky et	Israel Penampang melintang desain deskriptif. Kuesioner yang dikelola sendiri.	untuk menilai hubungan antara budaya organisasi dan Kesehatan peduli sikap, pengetahuan, praktik, dan Enterobacteriaceae yang	Budaya organisasi berkorelasi positif dengan sikap pencegahan infeksi dan kepatuhan terhadap protokol pencegahan kontak dan berkorelasi negatif dengan tingkat akuisisi CRE. Dalam 2 pengaturan perawatan, sikap, pengetahuan, dan praktik petugas kesehatan ditemukan serupa.

Penulis et al. (tahun)	Karakteristik Studi Utama	Tujuan Penelitian	Temuan Utama
	420 petugas kesehatan dari 1 rumah sakit perawatan akut dan 1 fasilitas perawatan pascaakut.	resisten terhadap Carbapenem (CRE) tingkat akuisisi. Untuk mengidentifikasi perbedaan antara pengaturan perawatan yang berbeda dan sektor petugas kesehatan.	Kepatuhan terhadap protokol pencegahan kontak oleh dokter lebih rendah daripada kepatuhan yang dilaporkan oleh petugas kesehatan lainnya.
De Bono et al., (2014)	Belanda Literatur sebelumnya ditinjau dan disintesis, menggunakan jurnal pencegahan dan pengendalian infeksi (IPC) serta publikasi yang berfokus pada perilaku manusia dan perubahan organisasi.	Untuk memeriksa hubungan antara budaya organisasi dan sikap perilaku oleh para profesional perawatan kesehatan. Untuk menentukan apakah dan bagaimana budaya organisasi dapat berdampak pada kepatuhan IPC; dan untuk menyoroti potensi intervensi modifikasi budaya organisasi untuk meningkatkan praktik IPC di rumah sakit.	Mengevaluasi teori budaya organisasi dalam pengaturan perawatan kesehatan dan mengidentifikasi bagaimana berbagai elemen tampaknya berdampak pada perilaku terkait IPC. Ini menyoroti kurangnya studi yang dirancang dengan baik tetapi mengidentifikasi literatur sporadis yang menunjukkan bahwa inisiatif perubahan budaya organisasi yang dirancang dengan baik dan disesuaikan dapat memiliki dampak positif pada praktik IPC, seperti kebersihan tangan.
Jafree Et al., (2016)	Pakistan 309 perawat. Deskriptif Statistik berarti Skor dan regresi logistik multivariabel digunakan.	Untuk menyelidiki hubungan antara budaya organisasi dan budaya pelaporan kesalahan.	Tiga bidang diberi peringkat yang tidak menguntungkan oleh responden perawat, termasuk: budaya pelaporan kesalahan. Keenam kategori budaya organisasi, termasuk: kemampuan manajer perawat, kepemimpinan dan dukungan, partisipasi perawat dalam urusan rumah sakit dan lainnya secara positif terkait dengan kemungkinan budaya pelaporan kesalahan yang lebih tinggi.

Penulis et al. (tahun)	Karakteristik Studi Utama	Tujuan Penelitian	Temuan Utama
Radwan et al., (2017)	Palestina Penampang melintang. Dokter dan perawat keluarga Palestina (n = 323) yang bekerja di 71 Pusat Perawatan Kesehatan Primer (PHC).	Mengidentifikasi budaya dominan dalam pengaturan PHC Palestina dan menguji perannya dalam kepatuhan terhadap Pedoman Praktik Klinis (CPG) untuk Diabetes mellitus.	Tingkat kepatuhan keseluruhan terhadap pedoman diabetes mengecewakan suboptimal. Di Kementerian Kesehatan PHC (MoH), budaya klan / kelompok adalah yang paling dominan (rata-rata = 41,13), diikuti oleh hierarkis (rata-rata = 33,14), sedangkan di PHC-Badan Bantuan dan Pekerjaan PBB untuk Pengungsi Palestina (UNRWA), hierarkis adalah budaya yang berlaku (rata-rata = 48,43), diikuti oleh klan / kelompok (rata-rata = 29,73). Hubungan positif yang signifikan antara kepatuhan terhadap CPG dan budaya rasional dan hubungan negatif yang signifikan dengan arketipe perkembangan terdeteksi dalam PHC-MoH.
Cleary et al., (2013)	Afrika Selatan Tinjauan literatur deskriptif	Mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi fungsi mekanisme akuntabilitas. Untuk memahami praktik-praktik yang mungkin memperkuat akuntabilitas dengan cara yang meningkatkan respons sistem kesehatan terhadap kebutuhan dan hak warga negara, dan penyedia layanan untuk pasien.	Menyoroti cara-cara di mana mekanisme akuntabilitas birokrasi sering membatasi fungsi mekanisme akuntabilitas eksternal. Budaya organisasi yang ditandai dengan sistem pengawasan dan manajemen yang berfokus pada kepatuhan terhadap output dan target yang ditentukan secara terpusat dapat membatasi manajer dan penyedia lini depan untuk menanggapi prioritas pasien dan populasi.
Eric D. Carlstro in dan Inger Ekman (2012).	Swedia Dua Survei digunakan. Organisasi. Kuesioner Nilai (OVQ) dan Skala Resistensi terhadap Perubahan (RTC). 117 perawat	Untuk mengeksplorasi hubungan antara budaya organisasi dan penolakan karyawan terhadap perubahan di lima bangsal rumah sakit di Swedia Barat.	Tunjukkan bahwa budaya dengan fokus yang mendominasi pada kompetensi sosial menurunkan "perilaku mencari rutin", yaitu kecenderungan untuk menegakkan rutinitas yang stabil dan keengganan untuk meninggalkan kebiasaan lama. Tunjukkan bahwa budaya fleksibilitas, kohesi, dan kepercayaan berkorelasi negatif dengan kebutuhan keseluruhan akan kerangka kerja yang stabil dan terdefinisi dengan baik.
TJSI Alhar bi et	Swedia 220 pasien dirawat di rumah sakit dan 117 perawat.	Identifikasi dampak budaya organisasi pada ketidakpastian pasien di lima bangsal rumah sakit selama	Tunjukkan bahwa di rumah sakit di mana budaya mempromosikan stabilitas, kontrol dan penetapan tujuan, ketidakpastian pasien berkurang. Budaya stabilitas dapat lebih mempertahankan hasil yang diinginkan dari

Penulis et al. (tahun)	Karakteristik Studi Utama	Tujuan Penelitian	Temuan Utama
	Ketidakpastian skala populasi kardiovaskular (UCPS) dan organisasi Nilai kuesioner (OVQ)	pelaksanaan perawatan yang berpusat pada orang.	reformasi atau implementasi model perawatan baru seperti perawatan yang berpusat pada orang. Manajer kesehatan harus menyadari apa yang menjadi ciri budaya organisasi mereka sebelum mencoba menerapkan model perawatan kesehatan baru apa pun.
Acar dan Acar, (2012)	Turki Skala multi-item diadopsi dari penelitian sebelumnya. Skala dibentuk oleh tinjauan literatur dari sumber terbaru dan diterima secara umum. 332 karyawan. 65 rumah sakit.	Untuk mengungkapkan hubungan antara inovasi, budaya organisasi dan kinerja bisnis.	budaya organisasi dominan dalam industri perawatan kesehatan Turki adalah Hirarki (rata-rata = 3.5205), dan diikuti oleh Klan (rata-rata = 3.0658). Sub-dimensi layanan, proses dan inovasi perilaku memiliki efek positif pada kinerja kuantitatif. Adhbudaya organisasi racy, clan dan market types of budaya organisasi memiliki efek positif pada kinerja kuantitatif dan kualitatif.
Bradley et al., (2017)	Amerika Serikat Studi validasi cross-sectional. 147 orang 10 Rumah Sakit	Untuk mengembangkan dan menilai validitas dan reliabilitas skala untuk menilai budaya organisasi dalam konteks upaya rumah sakit untuk mengurangi mortalitas standar risiko 30 hari setelah infark miokard akut.	Skala budaya organisasi yang dihasilkan menunjukkan tingkat validitas konstruk dan konsistensi internal yang tinggi. Analisis faktor menunjukkan bahwa 31 item dimuat dengan baik, mendukung domain yang dapat dibedakan. Koefisien α Cronbach adalah 0,94 untuk skala dan berkisar antara 0,77 hingga 0,88 untuk subskala. Skala ini menunjukkan validitas konvergen yang wajar dan variabilitas yang signifikan secara statistik di seluruh rumah sakit.
(2017) Menabur al., Et	Amerika Serikat Kuantitatif Metode dengan desain korelasional. 111 A.S. Kesehatan Profesional perawatan	Untuk mengukur hubungan antara gaya kepemimpinan, budaya organisasi, dan kepuasan kerja.	Pertanyaan penelitian dijawab dengan regresi kepemimpinan transformasional, jenis kelamin karyawan, ras karyawan, dan usia karyawan pada variabel dependen kepuasan kerja. Regresi untuk ketiga variabel tersebut signifikan.
Organisasi Chudaya Hran Et	Amerika Serikat Evaluasi metodologi kualitatif dan kuantitatif campuran 6 Rumah Sakit, 135 peserta, 20 kelompok fokus	Bagaimana faktor organisasi dan budaya rumah sakit terkait dengan pelaksanaan inisiatif mutu.	Perbedaan signifikan antara tingkat staf pada item budaya organisasi dengan staf tingkat eksekutif memiliki skor lebih tinggi daripada staf tingkat menengah dan garis depan. Semua 20 kelompok fokus merasa bahwa intervensi kampanye berkelanjutan dan bahwa umpan balik data, buy-in, hardwiring (ke dalam setiap hari kegiatan), dan dukungan kepemimpinan sangat penting untuk keberlanjutan.

Penulis et al. (tahun)	Karakteristik Studi Utama	Tujuan Penelitian	Temuan Utama
Lam dan Robertson, (2017)	<p>Amerika Serikat Survei yang dirancang. 226 survei.</p>	<p>Selidiki dampak budaya organisasi dan pengalaman serta demografi karyawan terhadap kemungkinan karyawan akan berpartisipasi dalam proyek peningkatan berkelanjutan.</p>	<p>Tunjukkan bahwa peserta dengan pengalaman sebelumnya (setidaknya satu proyek) lebih mungkin untuk berpartisipasi secara berkelanjutan proyek perbaikan. Korelasi positif yang signifikan secara statistik antara para peserta yang memberi peringkat masa jabatan sebagai hal yang penting bagi keputusan yang mereka buat dalam organisasi mereka dan berapa lama mereka telah terlibat proyek perbaikan berkelanjutan.</p>
Rider et al., (2018)	<p>Amerika Serikat Fakultas dari 8 sekolah kedokteran AS, 2 pertanyaan terbuka (motivator tingkat institusional dan hambatan untuk praktik dan pengajaran humanistik). 68 dari 92 (74%).</p>	<p>Untuk mengidentifikasi faktor-faktor organisasi yang mempromosikan atau menghambat praktek humanistik kedokteran oleh dokter fakultas.</p>	<p>Motivator termasuk budaya organisasi yang meningkatkan humanisme, yang kami nilai sebagai tema menyeluruh. Tema terkait termasuk kepemimpinan yang mendukung praktik humanistik, tanggung jawab terhadap humanisme panutan dan lain-lain. Hambatan termasuk top down budaya organisasi yang menghambat humanisme, bersama dengan tema terkait kepemimpinan yang tidak mendukung, waktu dan tekanan birokrasi.</p>

III. RESULT AND DISCUSSION

Di antara 21 studi yang disertakan, lima dilakukan di Amerika Serikat, dua di Swedia, satu di Turki dan banyak negara yang beragam. Di antara studi yang relevan, 17 adalah artikel penelitian; 12 adalah studi kuantitatif, 2 adalah kualitatif, satu studi metode campuran dan 2 adalah artikel desain alat pengukuran budaya organisasi. Empat adalah analisis data sekunder; tinjauan sistematis, peer-review, tinjauan literatur dan artikel konseptual.

Pengaturan perawatan yang beragam diwakili dalam penelitian. Pengaturan yang diidentifikasi termasuk: rumah sakit ($n = 11$), pengaturan perawatan kesehatan yang berbeda ($n = 5$), pusat perawatan kesehatan primer ($n = 3$), dan Lembaga pendidikan dan penelitian medis ($n = 2$). Selain itu, sampel penelitian hanya terdiri dari kombinasi petugas kesehatan ($n = 10$), atau perawat ($n = 3$), manajer ($n = 3$) dan hanya satu studi dokter. Perawatan berkualitas, praktik praktis (pelaporan kesalahan, pengendalian infeksi, kepatuhan terhadap praktik klinis diabetes dan ketidakpastian pasien), kinerja, gaya kepemimpinan, dan kepuasan kerja, perubahan, sumber daya manusia, teknologi, dan alat pengukuran budaya organisasi adalah hasil utama yang menarik.

Keunggulan dalam pemberian perawatan kesehatan terkait dengan sistem nilai positif yang disampaikan melalui pendekatan tim multidisiplin dan penggunaan keterlibatan strategis, pengaruh organisasi budaya yang paling penting untuk efisiensi optimal dalam pemberian perawatan berkualitas. Aspek budaya yang diidentifikasi adalah subjek terkenal dalam penyediaan perawatan sebagai konsep independen. Ketika aspek-aspek ini secara kolektif diidentifikasi dalam suatu organisasi, tampaknya mereka dapat mempengaruhi kualitas perawatan yang diberikan. Ahli teori organisasi menekankan pentingnya mengetahui budaya dalam suatu organisasi untuk mencapai keberhasilan dalam tujuan yang ditargetkan di lingkungan perawatan kesehatan yang berbeda. Selain itu, subkultur yang berbeda kemudian dapat muncul dalam struktur organisasi multifaset, seperti rumah sakit dan lembaga perawatan kesehatan, lebih dari satu kategori pekerjaan profesional hidup berdampingan (Martin dan Siehl, 1983). Ini dapat berbagi orientasi dan nilai yang sama. Namun, mungkin juga ada subkultur yang berbeda yang saling berbenturan secara terbuka atau mempertahankan koeksistensi yang tidak nyaman (Bate, 2010). Karena budaya organisasi dianggap penting untuk mencapai kinerja tinggi di rumah sakit dan lingkungan perawatan kesehatan lainnya, kemampuan untuk mengukur konsep bernuansa ini secara empiris menjadi semakin penting.

Budaya organisasi menentukan bagaimana orang bertindak, apa yang diperhatikan orang dan bagaimana mereka menanggapi situasi yang berbeda dan bagaimana mereka berkomunikasi dengan anggota baru dan mengecualikan mereka yang tidak budaya organisasi (Spataro, 2005). Kepatuhan petugas kesehatan terhadap pedoman pencegahan infeksi dalam pengaturan perawatan kesehatan dapat dipengaruhi oleh budaya organisasi lembaga. Hubungan antara budaya organisasi tinggi dan kepatuhan pelaporan yang lebih tinggi dengan kebersihan tangan dan tindakan pencegahan penghalang epidemiologis (Sinkowitz-C et al. 2012). Dalam evaluasi budaya organisasi dan studi kinerja organisasi, ditemukan bahwa budaya organisasi berhubungan langsung dengan kinerja organisasi (misalnya Denison, 1990). Berdasarkan evaluasi tinjauan literatur, karyawan telah menerima pendekatan inovasi sebagai nilai dan standar fundamental dan juga disarankan bahwa jika pendekatan inovasi telah menyebar dalam organisasi sebagai budaya, ini akan mempengaruhi kinerja (Acar, dan Acar, 2012). Ada peningkatan minat pada kemungkinan mekanisme akuntabilitas untuk meningkatkan kinerja sistem kesehatan dalam beberapa tahun terakhir. Desain mekanisme akuntabilitas juga harus memperhatikan budaya organisasi dan mekanisme yang berbeda untuk konteks yang berbeda harus diperlukan. Tinjauan literatur mengidentifikasi salah satu dari tiga faktor yang mempengaruhi fungsi adalah nilai-nilai, standar, institusi dan budaya perawatan kesehatan. Selain itu, Sebuah studi penelitian oleh Gold et al. (2001), mengungkapkan bahwa budaya berbagi informasi sangat penting untuk manajemen pengetahuan yang efektif. Budaya organisasi, yang mendorong komunikasi terbuka dan transparan di antara karyawan organisasi akan mengarah pada peningkatan kolaborasi dan berbagi pengetahuan di tingkat hierarkis organisasi, yang mengarah pada berbagi pengetahuan, peningkatan komunikasi dengan bantuan proses standar, dan infrastruktur teknologi membuatnya mudah dan meningkatkan kolaborasi (Vittal dan Shivraj, 2010).

Meskipun demikian, variabel budaya juga terlibat dalam pengembangan organisasi dan penciptaan perilaku

baru. Mereka telah terbukti penting secara strategis selama proses perubahan. Organisasi perawatan kesehatan harus berusaha untuk menjauh dari budaya yang berfokus secara eksternal untuk menciptakan budaya yang berfokus secara internal meningkatkan kepuasan kerja. Langkah seperti itu dapat meningkatkan hasil sosial dengan meningkatkan kualitas pekerjaan bagi jutaan perawatan kesehatan yang tertekan (Sow, 2017). Penggunaan masa depan penilaian budaya organisasi ini dalam studi perawatan kesehatan yang berusaha memahami sistem perawatan kesehatan secara mendalam dan pengaruhnya terhadap kinerja klinis, akan memainkan peran penting dalam mencapai target yang direncanakan.

IV. CONCLUSION

Berbagai publikasi disintesis dengan berbagai variabel yang berusaha mempelajari, mengukur, atau mengganggu budaya organisasi dalam pengaturan perawatan kesehatan. Penelitian dilakukan dalam berbagai organisasi perawatan kesehatan, sebagian besar rumah sakit. Studi ini dapat berfungsi sebagai latar belakang pengetahuan bagi para pemimpin yang ingin menerapkan intervensi untuk meningkatkan kinerja mereka sebelum strategi baru diterapkan. Memang, organisasi layanan kesehatan perlu menyadari kemampuan mereka saat ini untuk menilai tingkat sumber daya yang diperlukan. Penggunaan program peningkatan kualitas dalam organisasi perawatan kesehatan juga tergantung pada budaya yang dapat diimplementasikan.

Budaya organisasi memainkan peran kunci dalam meningkatkan hasil dan proses perawatan kesehatan praktis. Dampak pada hasil yang berhubungan dengan kesehatan bervariasi sesuai dengan jenis budaya organisasi yang didominasi, sementara kekurangan dalam perawatan kesehatan dapat ditingkatkan atau dibatasi. Manajer yang sadar akan budaya organisasi mereka dapat menggunakan alat seperti yang digunakan dalam studi tersebut untuk menyelidiki dan merencanakan proses perubahan. Organisasi layanan kesehatan perlu menyediakan keahlian teknis dan profesional untuk mengembangkan budaya organisasi yang tepat dan sehat atau untuk mengubah apa yang dapat dicapai. Sesuai dengan peta jalan, hasil tinjauan saat ini, yang menerangi perawatan kesehatan di tingkat strategis, mulai mengevaluasi budaya organisasi dalam organisasi sejauh mana hal itu dapat mempengaruhi kesehatan sehari-hari dan praktik klinis. Tanpa perubahan organisasi yang positif, tidak mungkin tindakan yang berfokus pada individu akan mencapai perbaikan yang diinginkan.

Studi budaya organisasi dapat digunakan sebagai alat audit bagi manajer dan pembuat kebijakan untuk menerjemahkan pesan utama ke dalam praktik implementasi perawatan kesehatan. Studi masa depan harus mengidentifikasi solusi yang sesuai untuk efek kultur pada kinerja klinis dan upaya untuk meningkatkan hasil. Uji coba terkontrol secara acak diperlukan dan studi prosedur harus dilakukan dengan desain yang kuat. Tanggung jawab yang ditujukan untuk membangun budaya organisasi yang menguntungkan untuk berubah serta sistem dan proses manajerial, manajemen dan kontrol yang tepat harus dipertimbangkan. Pesan utama yang muncul dari penelitian saat ini adalah agar para pemimpin kesehatan melakukan upaya khusus untuk menciptakan budaya organisasi perawatan kesehatan internal. Sebagai kesimpulan, berikan wawasan awal tentang perbedaan di antara personel yang berbeda dalam sistem perawatan kesehatan dan tekankan pentingnya menyelaraskan upaya peningkatan dengan budaya organisasi untuk memenangkan nilai upaya mereka.

V. ACKNOWLEDGMENTS

Kami menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua yang terlihat langsung dalam penelitian ini maupun pihak-pihak lain yang terlibat secara tidak langsung. Terima kasih yang tidak terhingga kepada seluruh pimpinan dan dosen di Universitas Pakuan, Bogor atas ilmu dan bimbingannya dalam penyusunan penelitian ini.

VI. RESEARCH LIMITATIONS

Kurangnya literatur serta hasil dari penelitian-penelitian sebelumnya yang berhubungan dengan judul yang diambil peneliti yaitu menelusuri dunia pelayanan kesehatan dalam budaya organisasi: systematika literature review.

REFERENCES

- Acar, A. Z., dan Acar, P. (2012). Pengaruh budaya organisasi dan inovasi terhadap kinerja bisnis di industri perawatan kesehatan. *Prbudaya organisasi edia-Ilmu Sosial dan Perilaku*, 58, 683-692.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, DM, Busse, R., McKee, M. dan Tishelman, C. (2012). Keselamatan pasien, kepuasan, dan kualitas perawatan rumah sakit: survei cross sectional perawat dan pasien di 12 negara di Eropa dan Amerika Serikat. *BMJ*, 344, e1717.
- Alharbi, T. S. J., Ekman, I., Olsson, L. E., Dudas, K., dan Carlström, E. (2012). Budaya Organisasi dan implementasi perawatan yang berpusat pada orang: hasil dari proses perubahan dalam perawatan rumah sakit Swedia. *Kebijakan kesehatan*, 108(2-3), 294-301.
- Ambrecht, F. M. R., Jr., Chapas, R. B., Chappelow, C. C., dan Farris, G. F. (2001). Manajemen pengetahuan dalam penelitian dan pengembangan. *Manajemen Teknologi Penelitian*, 44(4), 28-48.
- Bate, SP (2010). *Strategi untuk perubahan budaya*. Routledge.
- Bell DeTienne, K., dan Jackson, LA (2001). Manajemen pengetahuan: memahami teori dan mengembangkan strategi. *Tinjauan Daya Saing: Jurnal Bisnis Internasional*, 11(1), 1- 11.
- Belohlav, J. A., Cook, L. S., Olson, J. R., dan Drehmer, D. E. (2010). Nilai inti di rumah sakit: studi banding. *Jurnal Manajemen Mutu*, 17(4), 36-50.
- Benders, J., dan Van Hootegem, G. (1999). Tim dan konteksnya: memindahkan diskusi tim melampaui dikotomi yang ada. *Jurnal Studi Manajemen*, 36(5), 609-628.
- Bloor, G., dan Dawson, P. (1994). Memahami budaya profesional dalam konteks organisasi. *Studi organisasi*, 15(2), 275-295.
- Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Testa, L., dan Lamprell, G. (2017). Hubungan antara budaya organisasi dan tempat kerja, dan hasil pasien: tinjauan sistematis. *BMJ terbuka*, 7(11), e017708.
- Cabana, MD, dan Kim, C. (2003). Kepatuhan dokter terhadap pedoman kardiologi preventif untuk wanita. *Masalah Kesehatan Wanita*, 13(4), 142-149.
- Cabana, MD, Rand, CS, Powe, NR, Wu, AW, Wilson, MH, Abboud, PAC, dan Rubin, H. R. (1999). Mengapa dokter tidak mengikuti pedoman praktik klinis?: Kerangka kerja untuk perbaikan. *Jama*, 282(15), 1458-1465.
- Daft, R. L., dan Weick, K. E. (1984). Menuju model organisasi sebagai sistem interpretasi. *Akademi tinjauan manajemen*, 9(2), 284-295.
- Davenport, T. dan Prusak, L. (1998). *Pengetahuan kerja: Bagaimana organisasi mengelola apa yang mereka ketahui*. Boston: Pers Sekolah Bisnis Harvard.
- Davies, H. T., Nutley, S. M., dan Mannion, R. (2000). Budaya organisasi dan kualitas perawatan kesehatan. *Kualitas dan Keamanan BMJ*, 9(2), 111-119.
- De Bono, S., Heling, G., dan Borg, MA (2014). Budaya organisasi dan implikasinya terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi di institusi perawatan kesehatan. *Jurnal Infeksi Rumah Sakit*, 86(1), 1-6.
- De Kraker, M. E., Wolkewitz, M., Davey, P. G., Grundmann, H., dan Kelompok Studi BURDEN. (2011). Dampak klinis resistensi antimikroba di rumah sakit Eropa: kelebihan mortalitas dan lama tinggal di rumah sakit terkait dengan infeksi aliran darah Staphylobudaya organisasi budaya organisasi *cus aureus* yang resisten terhadap metisilin. Agen antimikroba dan infeksi kemoterapi. *Agen antimikroba dan kemoterapi*.
- Denison, DR (1996). Apa perbedaan antara budaya organisasi dan iklim organisasi? Sudut pandang

- penduduk asli tentang satu dekade perang paradigma. *Akademi tinjauan manajemen*, 21(3), 619-654.
- Edmondson, AC (2003). Berbicara di ruang operasi: Bagaimana pemimpin tim mempromosikan pembelajaran dalam tim aksi interdisipliner. *Jurnal studi manajemen*, 40(6), 1419-1452.
- Elving, WJ (2005). Peran komunikasi dalam perubahan organisasi. *Komunikasi perusahaan: jurnal internasional*, 10(2), 129-138.
- Carlström, E. D., dan Ekman, I. (2012). Budaya dan perubahan organisasi: menerapkan perawatan yang berpusat pada orang. *Jurnal organisasi dan manajemen kesehatan*, 26(2), 175-191.
- Fedorowsky, R., Peles-Bortz, A., Masarwa, S., Liberman, D., Rubinovitch, B., dan Lipkin, V. (2015). Pembawa Enterobacteriaceae yang resisten terhadap carbapenem di rumah sakit perawatan akut dan fasilitas perawatan pascaakut: Pengaruh budaya organisasi terhadap sikap, pengetahuan, praktik, dan tingkat akuisisi infeksi staf. *Jurnal pengendalian infeksi Amerika*, 43(9), 935- 939.
- Firth-Cozens, J. (1995). Sumber stres pada dokter junior dan dokter umum. *Kedokteran Yorkshire*, 7(3), 10-13.
- Firth-Cozens, J., dan Greenhalgh, J. (1997). Persepsi dokter tentang hubungan antara stres dan perawatan klinis yang diturunkan. *Ilmu sosial dan kedokteran*, 44(7), 1017-1022.
- Fischer, R., Ferreira, M. C., Assmar, E. M. L., Redford, P., dan Harb, C. (2005). Perilaku organisasi lintas budaya: Masalah teoritis dan metodologis untuk mengembangkan kerangka kerja multi-level yang melibatkan budaya. *Jurnal Internasional Manajemen Lintas Budaya*, 5(1), 27-48.
- Giannitsioti, E., Athanasia, S., Antoniadou, A., Fytrou, H., Athanassiou, K., Bourvani, P. dan Giamarellou, H. (2009). Apakah sistem rel tempat tidur antiseptik handrub berbasis alkohol meningkatkan kepatuhan petugas kesehatan dengan kebersihan tangan? Hasil dari studi percontohan. *Jurnal pengendalian infeksi Amerika*, 37(2), 160-163.
- Emas, AH, Malhotra, A., dan Segars, AH (2001). Manajemen pengetahuan, perspektif kemampuan organisasi. *Jurnal Sistem Informasi Manajemen*, 18(1), 185-214.
- Gould, DJ, Hewitt-Taylor, J., Drey, NS, Gammon, J., Chudleigh, J., dan Weinberg, JR (2007). Kampanye CleanYourHands: mengkritik kebijakan dan basis bukti. *Jurnal Infeksi Rumah Sakit*, 65(2), 95-101.
- Hemmelgarn ALL, Glisson, C. dan James, LR (2006). Budaya dan iklim organisasi: implikasi untuk penelitian layanan dan intervensi. *Psikologi Klinis: Sains dan Praktik*, 13(1):73-89.
- Hemmelgarn, A. L., Glisson, C., dan James, LR (2006). Budaya dan iklim organisasi: Implikasi untuk penelitian layanan dan intervensi. *Psikologi Klinis: Sains dan Praktik*, 13(1), 73-89.
- Horwitch, M., dan Armacost, R. (2002). Jadilah semua yang bisa: Membantu manajemen pengetahuan. *Jurnal Strategi Bisnis*, 26–31.
- Institut Kedokteran (1999). berbuat salah adalah manusia. Membangun Sistem Kesehatan yang Lebih Aman. National Academy Press, Washington DC.
- Institut Kedokteran (2001). Melintasi jurang kualitas: Sistem kesehatan baru untuk abad ke-21.
- Jafree, S. R., Zakar, R., Zakar, M. Z., dan Fischer, F. (2015). Persepsi perawat tentang budaya organisasi dan hubungannya dengan budaya pelaporan kesalahan: kasus rumah sakit sektor publik di Pakistan. *Penelitian pelayanan kesehatan BMC*, 16(1), 3.
- Khatri, N., Halbesleben, J. R., Petroski, G. F., dan Meyer, W. (2007). Hubungan antara filosofi manajemen dan hasil klinis. *Tinjauan Manajemen Perawatan Kesehatan*, 32(2), 128-139.
- Kwak, C., Chung, B. Y., Xu, Y., dan Eun-Jung, C. (2010). Hubungan kepuasan kerja dengan dukungan organisasi yang dirasakan dan kualitas perawatan di antara perawat Korea Selatan: Survei kuesioner. *Jurnal internasional studi keperawatan*, 47(10), 1292-1298.

- Lawson, S. (2003). *Memeriksa hubungan antara Budaya Organisasi dan manajemen pengetahuan* (disertasi Doktor, Nova universitas tenggara).
- Leonte'v, A.N. (1978). *Aktivitas, Kesadaran, dan Kepribadian*. Tebing Englewood, NJ:Prentice Hall.
- MacDavitt, K., Chou, S. S., dan Stone, P. W. (2007). Iklim organisasi dan hasil perawatan kesehatan. *Jurnal Komisi Bersama tentang Kualitas dan Keselamatan Pasien*, 33(11), 45-56.
- Martin, J., dan Siehl, C. (1983). Budaya organisasi dan budaya tandingan: Simbiosis yang tidak nyaman. *Dinamika organisasi*, 12(2), 52-64.
- Michie, S., dan Williams, S. (2003). Mengurangi kesehatan psikologis terkait pekerjaan dan ketidakhadiran penyakit: tinjauan literatur sistematis. *Kedokteran okupasi dan lingkungan*, 60(1), 3- 9.
- Miettinen, R., dan Virkunen, J. (2005). Objek epistemik, artefak, dan perubahan organisasi. *Organisasi*, 12(3), 437-56.
- Moher, D., Liberti, A., Tetzlaff, J. dan Altman, D.G. (2009). Item pelaporan pilihan cetak ulang untuk tinjauan sistematis dan meta-analisis: pernyataan prisma. *Terapi fisik*, 89(9), 873- 880.
- Montgomery, A., Panagopoulou, E., Kehoe, I., dan Valkanos, E. (2011). Menghubungkan budaya organisasi dan kualitas perawatan di rumah sakit: apakah kelelahan kerja adalah mata rantai yang hilang? *Jurnal organisasi dan manajemen kesehatan*, 25(1), 108-123.
- Olofsson, P., Gellerstedt, M., dan Carlström, E. D. (2009). Triase Manchester di Swedia—keandalan dan akurasi interrater. *Keperawatan darurat internasional*, 17(3), 143-148.
- O'Reilly, C. A., dan Chatman, J. A. (1996). Budaya sebagai kontrol sosial: Perusahaan, kultus, dan komitmen.
- Palmquist, I., dan Lindell, G. (2000). Departemen Darurat di Swedia — Hari Ini dan di Masa Depan. *Vård i norden*, 20(4), 28-31.
- Parikh, M. (2001). Kerangka kerja manajemen pengetahuan untuk penelitian dan pengembangan teknologi tinggi. *Jurnal Manajemen Rekayasa*, 13(3), 27–33.
- Parmelli, E., Flodgren, G., Beyer, F., Baillie, N., Schaafsma, M. E., dan Eccles, M. P. (2011). Efektivitas strategi untuk mengubah budaya organisasi untuk meningkatkan kinerja perawatan kesehatan: tinjauan sistematis. *Ilmu Implementasi*, 6(1), 33.
- Rider, E. A., Gilligan, M. C., Osterberg, L. G., Litzelman, D. K., Plews-Ogan, M., Weil, A. B., dan Frankel, R. M. (2018). Perawatan kesehatan di Persimpangan Jalan: Kebutuhan untuk Membentuk budaya organisasi Pengajaran dan Praktik Humanistik. *Jurnal penyakit dalam umum*, 1-8.
- Rundall, TG, Shortell, SM, Wang, MC, Casalino, L., Bodenheimer, T., Gillies, R. R., dan Robinson, JC (2002). Seberapa baik didapat? Manajemen perawatan kronis di sembilan organisasi dokter AS terkemuka. *BMJ: Jurnal Medis Inggris*, 325(7370), 958.
- Saillour-Glénisson, F., Domecq, S., Kret, M., Sibe, M., Dumond, JP, dan Michel, P. (2016). Desain dan validasi kuesioner untuk menilai budaya organisasi di bangsal rumah sakit Prancis. *Penelitian pelayanan kesehatan BMC*, 16(1), 491.
- Schein, E. (1985). *Budaya Organisasi dan kepemimpinan*. Edisi ke-1. San Fransisco: Jossey-Bass. ISBN 0875896391.
- Schlenker, B. R., dan Weigold, MF (1992). Proses interpersonal yang melibatkan regulasi dan manajemen kesan. *Ulasan tahunan psikologi*, 43(1), 133-168.
- Scott, T., Mannion, R., Davies, H., dan Marshall, M. (2003a). Pengukuran kuantitatif budaya

- organisasi dalam perawatan kesehatan: tinjauan instrumen yang tersedia. *Penelitian pelayanan kesehatan*, 38(3), 923-945.
- Scott, T. I. M., Mannion, R., Davies, H. T., dan Marshall, M. N. (2003b). Menerapkan perubahan budaya dalam perawatan kesehatan: teori dan praktik. *Jurnal internasional untuk kualitas dalam perawatan kesehatan*, 15(2), 111-118.
- Scott, T., Mannion, R., Marshall, M., dan Davies, H. (2003). Apakah budaya organisasi mempengaruhi kinerja perawatan kesehatan? Tinjauan bukti. *Jurnal penelitian dan kebijakan pelayanan kesehatan*, 8(2), 105-117.
- Shanafelt, TD, Bradley, KA, Wipf, JE, dan Kambali, AL (2002). Burnout dan perawatan pasien yang dilaporkan sendiri dalam program residensi penyakit dalam. *Sejarah penyakit dalam*, 136(5), 358-367.
- Shortell, SM, O'Brien, JL, Carman, JM, Foster, RW, Hughes, EF, Boerstler, H., dan O'Connor, EJ (1995). Menilai dampak peningkatan kualitas berkelanjutan / manajemen kualitas total: konsep versus implementasi. *Penelitian pelayanan kesehatan*, 30(2), 377.
- Sinkowitz-Cbudaya organisasi hran, R. L., Burkitt, K. H., Cuerdon, T., Harrison, C., Gao, S., Obrosky, DS, dan Jernigan, JA (2012). Hubungan antara budaya organisasi dan pengetahuan, sikap, dan praktik dalam inisiatif peningkatan kualitas Urusan Veteran multicenter untuk mencegah Staphylobudaya organisasi budaya organisasi cus aureus yang resisten terhadap methicillin. *Jurnal pengendalian infeksi Amerika*, 40(2), 138-143.
- Sorra, JS, dan Dyer, N. (2010). Sifat psikometrik bertingkat dari survei rumah sakit AHRQ tentang budaya keselamatan pasien. *Penelitian pelayanan kesehatan BMC*, 10(1), 199.
- Tabur M. (2017). Hubungan antara Gaya Kepemimpinan, Budaya Organisasi, dan Kepuasan Kerja di Industri Perawatan Kesehatan AS. *Jurnal Penelitian Manajemen dan Ekonomi*, 3(2017), 1332.
- Spataro, SE (2005). Keragaman dalam konteks: bagaimana budaya organisasi membentuk reaksi terhadap pekerja penyandang disabilitas dan orang lain yang berbeda secara demografis. *Ilmu perilaku dan Hukum*, 23(1), 21-38.
- Saham, GN, McFadden, KL, dan Gowen III, C. R. (2007). Budaya organisasi, faktor penentu keberhasilan, dan pengurangan kesalahan rumah sakit. *Jurnal Internasional Ekonomi Produksi*, 106(2), 368-392.
- Street, A., dan Blackford, J. (2001). Masalah komunikasi untuk tim perawatan paliatif komunitas interdisipliner. *Jurnal keperawatan klinis*, 10(5), 643-650.
- ThomaS, C., Ward, M., Chorba, C., dan Kumiega, A. (1990). Mengukur dan menafsirkan budaya organisasi. *Jurnal administrasi keperawatan*, 20(6), 17-24.
- Thompson, DS, Pekerja, R., dan Strutt, M. (2009). Penurunan tingkat akuisisi Staphylobudaya organisasi budaya organisasi cus aureus yang resisten terhadap metisilin dan bakteremia di unit perawatan intensif umum antara tahun 1996 dan 2008. *Jurnal Infeksi Rumah Sakit*, 71(4), 314-319.
- Tyagi, R. K., Cook, L., Olson, J., dan Belohlav, J. (2013). Teknologi perawatan kesehatan, program peningkatan kualitas dan budaya organisasi rumah sakit di rumah sakit Kanada. *Penelitian pelayanan kesehatan BMC*, 13(1), 413.
- Valler W. (2003). Ini budaya sepanjang jalan. *Jurnal Masalah Ekonomi*, 37(1), 35-45.
- Vittal, SA, dan Shivraj, K. 2010. Pemodelan enabler untuk implementasi KM yang sukses. *Jurnal Manajemen Pengetahuan*, 14(1), 100-113.
- Vygotsky, LS (1980). *Pikiran dalam masyarakat: Perkembangan proses psikologis yang lebih tinggi*. Pers universitas Harvard.

- Wakefield, BJ, Blegen, MA, Uden-Holman, T., Vaughn, T., Chrischilles, E., dan Wakefield, DS (2001). Budaya organisasi, peningkatan kualitas berkelanjutan, dan pelaporan kesalahan pemberian obat. *Jurnal Kualitas Medis Amerika*, 16(4), 128-134.
- Wiig, KM (1997). Manajemen pengetahuan: dari mana asalnya dan ke mana ia akan pergi?. *Sistem pakar dengan aplikasi*, 13(1), 1-14.
- Williams, E. S., Manwell, L. B., Konrad, T. R., dan Linzer, M. (2007). Hubungan budaya organisasi, stres, kepuasan, dan kelelahan dengan kesalahan yang dilaporkan dokter dan perawatan pasien yang kurang optimal: hasil dari studi MEMO. *Tinjauan manajemen perawatan kesehatan*, 32(3), 203-212.
- Williams, MV (2007). Meningkatkan keselamatan pasien dalam radioterapi dengan belajar dari nyaris celaka, insiden dan kesalahan. *Jurnal radiologi Inggris*, 80(953), 297-301.
- Xie, S., Helfert, M., Lugmayr, A., Heimgärtner, R., dan Holzinger, A. (2013, Juli). Pengaruh budaya organisasi dan komunikasi terhadap keberhasilan implementasi teknologi informasi di rumah sakit. Dalam *Konferensi Internasional tentang Desain Lintas Budaya* (hlm. 165-174). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Zachariadou, T., Zannetos, S., dan Pavlakis, A. (2013). BUDAYA ORGANISASI dalam pengaturan perawatan kesehatan primer Siprus. *Penelitian pelayanan kesehatan BMC*, 13(1), 112.
- Zazzali, JL, Alexander, JA, Shortell, SM, dan Burns, LR (2007). Budaya organisasi dan kepuasan dokter dengan dimensi praktik kelompok. *Penelitian pelayanan kesehatan*, 42(3p1), 1150-1176.