

**HUBUNGAN FUNGSI PERENCANAAN KEPALA RUANGAN DENGAN
PENERAPAN *PATIENT SAFETY CULTURE* DI RSUD INCHE
ABDOEL MOEIS SAMARINDA**

SKRIPSI



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

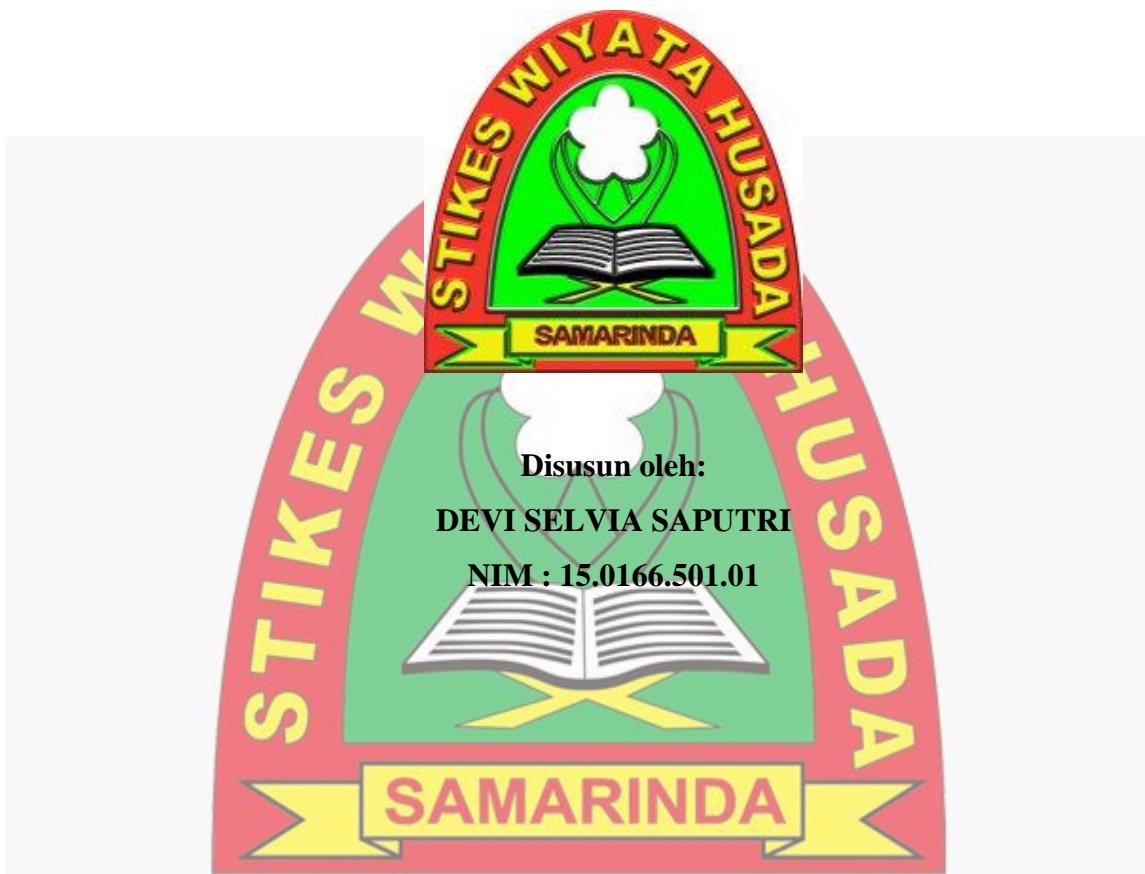
2019

**HUBUNGAN FUNGSI PERENCANAAN KEPALA RUANGAN DENGAN
PENERAPAN *PATIENT SAFETY CULTURE* DI RSUD INCHE**

ABDOEL MOEIS SAMARINDA

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
(S.Kep)



Disusun oleh:

DEVI SELVIA SAPUTRI

NIM : 15.0166.501.01

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2019

HALAMAN PENGESAHAN
HUBUNGAN FUNGSI PERENCANAAN KEPALA RUANGAN DENGAN
PENERAPAN *PATIENT SAFETY CULTURE* DI RSUD INCHE
ABDOEL MOEIS SAMARINDA

SKRIPSI

Disusun Oleh:

DEVI SELVIA SAPUTRI

NIM. 15.0166.501.01

Telah dipertahankan di depan dewan penguji
Pada Tanggal 05 Agustus 2019

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. **Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep**
NIK. 113072.86.13.071 (.....)
2. **Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, S.Kep., M.S**
NIK. 113072.88.17.096 (.....)
3. **Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep**
NIK. 113072.74.13.045 (.....)
4. **Ns. Wahyu Oktoviyanti, S.Kep., MM**
NIP. 19721007.199503.2.003 (.....)

Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda



Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.74.13.045

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

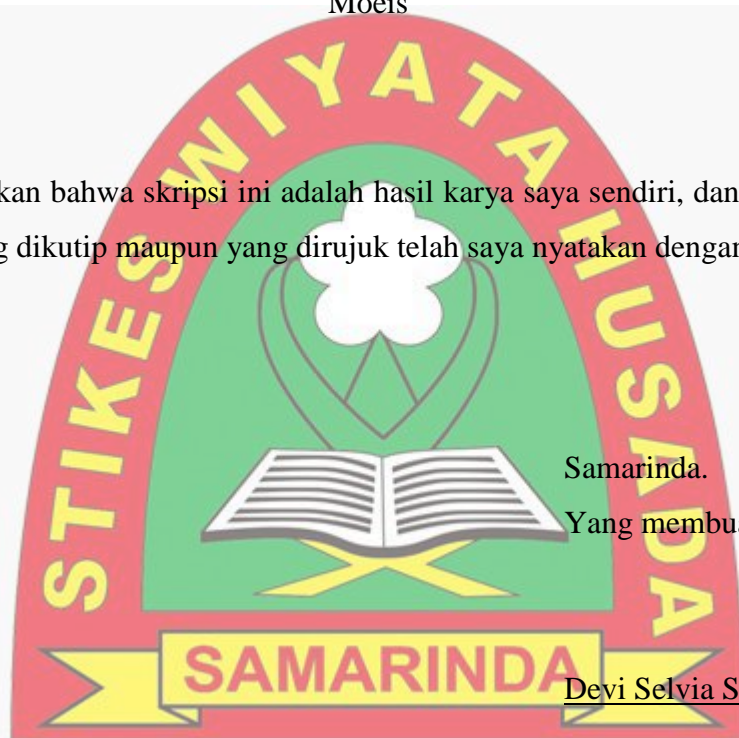
Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.86.13.071

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Devi Selvia Saputri
NIM : 15.0166.501.01
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
Judul Laporan Tugas Akhir : Hubungan Fungsi Perencanaan Kepala
Ruangan Dengan Penerapan *Patient
Safety Culture* Di RSUD Inche Abdoel
Moeis

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber,
baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.



Samarinda.

Yang membuat pertanyaan,

Devi Selvia Saputri

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkah dan rahmat-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan Proposal yang berjudul **“Hubungan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda”** sebagai salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda tahun akademik 2019 dengan tepat waktu. Dalam penyusunan skripsi ini, peneliti banyak mengalami kesulitan dan hambatan. Hal ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dan pengalaman yang peneliti miliki. Namun berkat bimbingan, pengarahan dan dukungan dari berbagai pihak, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. H. Mujito Hadi S.Pd,MM selaku Ketua Yayasan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Ns. Edy Mulyono, S.Kep., M.Kep., S.Pd selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda dan selaku Pembimbing 1 saya, Terima Kasih atas ilmu yang telah diberikan kepada peneliti, sehingga skripsi ini menjadi jauh lebih baik
3. Ns.Rusdi, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda dan Pembimbing 2 saya. Terima kasih atas masukan, motivasi dan ilmu yang telah diberikan dan dedikasinya terhadap Ilmu Keperawatan.
4. Ns. Wahyu Oktoviyanti, S.Kep., M.M selaku Pembimbing 2 saya , Terima kasih atas bimbingan dan Terima kasih atas masukan, motivasi dan ilmu yang telah diberikan dan dedikasinya terhadap Ilmu Keperawatan.
5. Responden dan keluarga, yang telah memberikan kesempatan dan bersedia dalam pelaksanaan studi pendahuluan dan penelitian.
6. Kepada Ayahanda dan Ibunda tercinta saya ucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada beliau yang selalu memberikan doa, tenaga,

biaya serta dukungan sehingga proposal ini dapat terselesaikan dengan baik.

7. Terima kasih kepada bapak dan ibu beserta staf dosen yang ada dilingkungan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah banyak memberikan tambahan ilmu serta dukungan selama proses pembelajaran.
8. Terima kasih kepada teman-teman seperjuangan Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan Khususnya angkatan 2015 STIKES Wiyata Husada Samarinda yang selalu bersama-sama menempuh pendidikan.
9. Terimakasih kepada sahabat-sahabat saya yang sudah banyak membantu dan memberikan semangat selama pembuatan skripsi ini sehingga dapat diselesaikan dengan baik.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan dan melimpahkan karunia serta rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan serta dukungan dalam penyusunan skripsi ini masih memerlukan banyak perbaikan dalam bentuk saran dan kritik yang bersifat membangun. Penulis berharap skripsi ini dapat diterima sebagai syarat untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.



Samarinda, Agustus 2019

Peneliti

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Devi Selvia Saputri
NIM : 15.0166.501.01
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas skripsi saya yang berjudul:

“Hubungan Fungsi Perencanaan Kepala Ruangan Dengan Penerapan Patient Safety Culture Di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan skripsi saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar- benarnya.



Samarinda,.....

Yang Menyatakan

(.....)

ABSTRAK

Hubungan Fungsi Perencanaan Kepala Ruangan Dengan Penerapan *Patient Safety Culture* Di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda

Devi Selvia Saputri¹, Edy Mulyono², Wahyu Oktoviyanti³

Latar Belakang : Kepala ruangan merupakan manajer keperawatan yang langsung berhubungan dengan kegiatan pelayanan kesehatan pada pasien. Kepala ruangan sebagai *lower manager* dalam keperawatan harus mampu menjalankan fungsi manajemen sehingga tujuan organisasi dapat tercapai. Upaya yang sangat penting untuk dilakukan dalam meningkatkan keselamatan pasien adalah menciptakan *patient safety culture*. **Tujuan :** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture*. **Metode :** Populasi dan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap sebanyak 41 orang dengan teknik *stratified random sampling*. Metode yang digunakan adalah kuantitatif dengan desain analitik komparatif. **Hasil :** sebesar p value 0,440 dan nilai X_2 hitung sebesar 0,596 yang artinya P value lebih besar dari alpha 0,05 dan nilai X_2 hitung lebih kecil dari 3,841 atau nilai X_2 tabel maka H_0 diterima dan H_a ditolak sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture*. **Kesimpulan :** Bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture*.

Kata Kunci : Perencanaan Kepala Ruangan, *Patient Safety Culture*



¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

² Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

³ Praktisi Keperawatan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Provinsi Kalimantan Timur

ABSTRACT

The Relationship between the Planning Function of the Head of Rooms and the Implementation of Patient Safety Culture at Inche Abdoel Moeis Samarinda General Public Hospital

Devi Selvia Saputri¹, Edy Mulyono², Wahyu Oktoviyanti³

Background: The head of the room is a nursing manager who is directly related to the health care activities for patients. The head of the room as the *lower manager* in nursing must be able to carry out management functions so that organizational goals can be achieved. A very important effort to do in improving patient safety is to create a *patient safety culture*. **Objective:** This study aims to determine the relationship between the planning function of the head of rooms and the implementation of the *patient safety culture*. **Method:** The population and sample used in this study were nurses in the inpatient room as many as 41 people obtained with *stratified random sampling* technique. The method used is quantitative with a comparative analytic design. **Results:** p value of 0.440 and X2 count of 0.596, which means that the P value is greater than alpha 0.05 and the calculated X2 value is smaller than 3.841 or X2 table value, then Ho is accepted and Ha is rejected so there is no significant relationship between the planning function of the head of rooms and the implementation of the *patient safety culture*. **Conclusion:** There is no significant relationship between the planning function of the head of rooms and the implementation of the *patient safety culture*.

Keywords: Head of Room Planning, *Patient Safety Culture*

¹ Student of Nursing Science Study Program, STIKES Wiyata Husada Samarinda

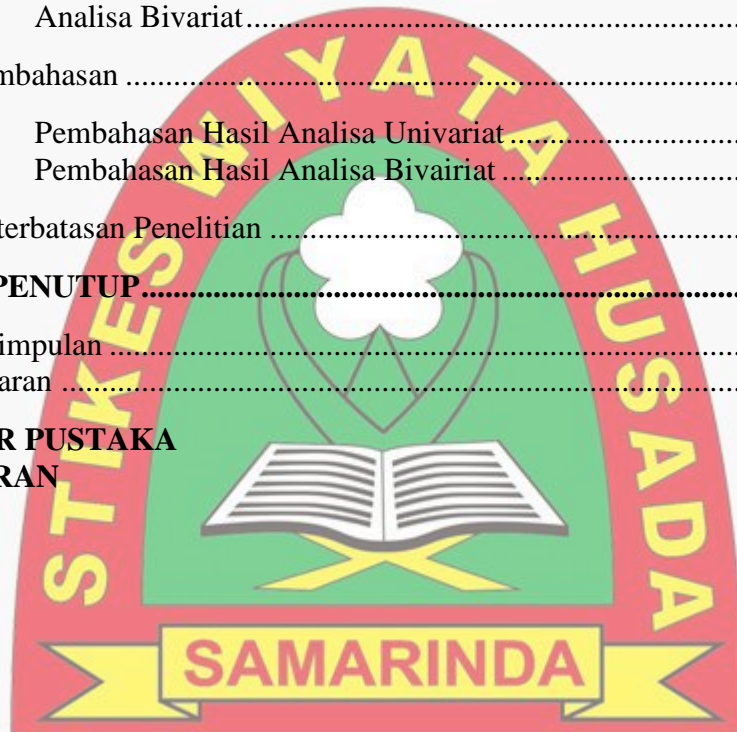
² Lecturer in Nursing Science Study Program, STIKES Wiyata Husada Samarinda

³ Nursing Practitioner Abdul Wahab Sjahranie Regional Hospital, East Kalimantan

DAFTAR ISI

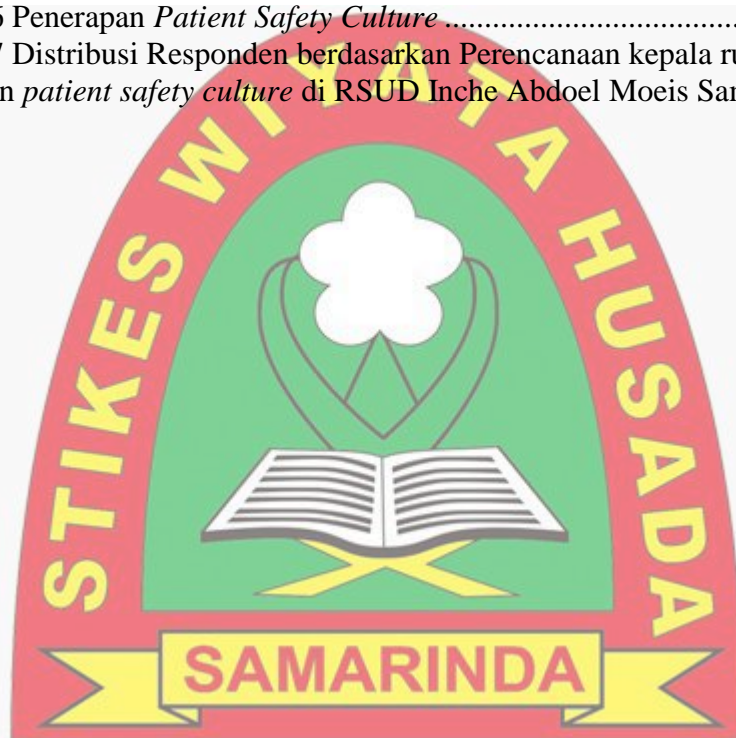
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR SKEMA.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan.....	4
D. Manfaat	5
E. Penelitian Terkait.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Telaah Pustaka.....	7
1. Konsep <i>Patient Safety Culture</i>	7
a. Pengertian <i>Patient Safety Culture</i>	7
b. Tujuan Patient Safety Culture	8
c. Standar Keselamatan Pasien.....	8
d. Sasaran Keselamatan Pasien.....	9
e. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keselamatan Pasien	15
f. Langkah Menuju Keselamatan Pasien.....	17
2. Konsep Perencanaan.....	18
a. Pengertian Perencanaan.....	18
b. Jenis-jenis Perencanaan.....	19
c. Hirarki Perencanaan	19
3. Konsep Kepala Ruangan	20
a. Pengertian Kepala Ruangan	20
b. Peran dan Fungsi Kepala Ruangan	21
B. Kerangka Teori Penelitian	25
C. Kerangka Konsep Penelitian.....	26
D. Hipotesis Penelitian	27
BAB III METODE PENELITIAN	28
A. Rancangan Penelitian.....	28
B. Populasi dan Sampel.....	28
1. Populasi	28
2. Sampel	28
C. Teknik Pengambilan Sampel	29
D. Kriteria Inklusi dan Eklusi.....	30
1. Kriteria Inklusi.....	30
2. Kriteria Eklusi	30
E. Variabel Penelitian.....	30
F. Definisi Operasional	30
G. Tempat dan Waktu.....	31

1. Tempat Penelitian	31
2. Waktu Penelitian	31
H. Instrumen Penelitian	31
I. Uji Instrumen	33
J. Prosedur Pengumpulan Data dan Sumber Data.....	34
K. Pengolahan Data dan Analisa Data.....	36
L. Etika Penelitian.....	38
M. Alur Penelitian	40
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	41
A. Hasil Penelitian	41
1. Gambaran Tempat Penelitian	41
2. Karakteristik Responden	41
3. Analisa Univariat.....	44
4. Analisa Bivariat.....	45
B. Pembahasan	46
1. Pembahasan Hasil Analisa Univariat.....	46
2. Pembahasan Hasil Analisa Bivariat	46
C. Keterbatasan Penelitian	49
BAB V PENUTUP.....	50
A. Simpulan	50
B. Saran	50
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Jumlah Sampel	29
Tabel 3.2 Definisi Operasional	31
Tabel 3.3 Kisi-kisi kuesioner B dan C	33
Table 3.4 Hasil Analisa Validitas	34
Table 3.5 Hasil Analisa Reliabilitas.....	34
Table 3.6 Distribusi Statistik Variabel-Variabel Responden.....	37
Table 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin	42
Table 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur.....	42
Table 4.3 Distribusi Frekuensi berdasarkan Pendidikan.....	43
Table 4.4 Distribusi Frekuensi Lama Kerja	43
Table 4.5 Perencanaan Kepala Ruangan	44
Table 4.6 Penerapan <i>Patient Safety Culture</i>	45
Table 4.7 Distribusi Responden berdasarkan Perencanaan kepala ruangan dengan penerapan <i>patient safety culture</i> di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda.....	45



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian.....	25
Skema 2.2 Kerangka Konsep Penelitian	26
Skema 3.1 Alur Penelitian.....	38



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data
- Lampiran 3 : Surat Pemberian Ijin Studi Pendahuluan
- Lampiran 4 : Surat Ijin Validitas
- Lampiran 5 : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 6 : Surat Persetujuan Penelitian
- Lampiran 7 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 8 : Kuesioner
- Lampiran 9 : Data Mentah
- Lampiran 10 : Dokumentasi
- Lampiran 11 : Manuskrip



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan pasien telah menjadi isu global yang sedang hangat dibahas di seluruh negara. Adanya kekhawatiran mengenai keselamatan pasien, telah meningkat secara signifikan selama dekade terakhir (Silverstone, 2013), sehingga organisasi kesehatan dunia (WHO) tahun 2011 mengembangkan dan mempublikasikan Kurikulum Panduan Keselamatan Pasien (*Patient Safety Curriculum Guide*), yang menyoroti kebutuhan di seluruh dunia, untuk meningkatkan keselamatan pasien dan untuk mengajarkan keterampilan yang berorientasi pada keselamatan pasien (Tingle, 2011). Keselamatan pasien merupakan salah satu prinsip penting dari perawatan pasien dan dianggap sebagai komponen penting dari kualitas layanan kesehatan. Keselamatan pasien didefinisikan sebagai “tindakan menghindari, mencegah, atau memperbaiki hasil buruk atau cedera yang disebabkan dalam proses perawatan di rumah sakit.” (Ramos & Calidgid, 2018)

Kepala ruang merupakan manajer keperawatan yang langsung berhubungan dengan kegiatan pelayanan kesehatan pada pasien. Kepala ruang sebagai *lower manager* dalam keperawatan harus mampu menjalankan fungsi manajemen sehingga tujuan organisasi dapat tercapai. (Anwar, Rochadi, Daulay, & Yuswardi, 2016). Peran dan fungsi kepala ruangan diruang rawat dalam fungsi manajemen keperawatan antara lain perencanaan, pengorganisasian, pengaturan ketenagaan, pengarahan, pengawasan dan pengendalian mutu yang merupakan satu siklus yang saling berkaitan satu sama lain (Marquis, B.L & Huston, 2012)

Kesalahan medis dan efek samping telah menjadi perhatian serius dalam beberapa tahun terakhir bagi pembuat kebijakan kesehatan dan penyedia layanan kesehatan dunia. Menurut statistik tahunan, di Amerika Serikat saja sekitar 98.000 kasus kematian pasien dilaporkan karena kesalahan medis

(Castle, 2006). Program pengamatan lima tahun yang dilaksanakan oleh Baldo
et al. (2002)



mengungkapkan bahwa perawat bertanggung jawab untuk 78% dari efek samping. Selain itu penelitian juga membuktikan bahwa kematian akibat cedera medis 50% diantaranya sebenarnya dapat dicegah (Cahyono, 2012). Laporan yang diterbitkan oleh *Institut of Mediciene* (IOM) Amerika Serikat tahun 2000 tentang “*To Err is Human, Building to Safer Health System*” terungkap bahwa rumah sakit di Utah dan Colorado ditemukan KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) sebesar 2,9% dan 6,6% diantaranya meninggal, sedangkan di New York ditemukan 3,7% KTD dan 13,6% diantaranya meninggal. Lebih lanjut, angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di Amerika Serikat berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 jiwa sampai 98.000 jiwa. Depkes, (2006) menyebutkan bahwa pada tahun 2004 WHO mempublikasikan KTD rumah sakit di berbagai negara yaitu Amerika, Inggris, Denmark dan Australia terjadi dengan rentang 3,2 -16,6 (Anwar et al., 2016)

Data Kejadian Tidak Diharapkan di rumah sakit Indonesia hingga Februari 2016 mencapai 289 laporan. KTD terbanyak jenisnya berupa 69 kejadian (43,67%) Kejadian Nyaris Cedera (KNC) pada pasien rawat inap, yaitu salah pemberian obat (29,2%), pasien jatuh (23,4%), batal operasi (14,3%), dan kesalahan identifikasi pasien (11%). Jenis insiden keselamatan pasien di Indonesia masih sulit diperoleh, namun tentu saja insiden keselamatan pasien ini dapat terjadi dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Data yang didapatkan di RSUD Inche Abdoel Moeis pada tahun 2015 terdapat kesalahan lokasi operasi 21 orang, pasien jatuh terdapat 4 orang, data alergi 15 orang, data resiko jatuh 14 orang, data obat high alert 14 orang. Pada tahun 2019 terdapat pasien resiko jatuh sebanyak 20 orang.

Upaya yang sangat penting untuk dilakukan dalam meningkatkan keselamatan pasien adalah menciptakan *patient safety culture*. Hal tersebut sejalan dengan apa yang diungkapkan oleh Sashkein & Kisher, dalam Tika (2006) bahwa budaya (*culture*) keyakinan, dimana nilai mengacu pada sesuatu yang diyakini oleh anggota organisasi untuk mengetahui apa yang benar dan apa yang salah, sedangkan keyakinan mengacu pada sikap tentang cara bagaimana seharusnya bekerja dalam organisasi. Dengan adanya nilai dan keyakinan yang berkaitan dengan keselamatan pasien yang ditanamkan pada

setiap anggota organisasi, maka setiap anggota akan mengetahui apa yang seharusnya dilakukan dalam penerapan keselamatan pasien. Dengan demikian, perilaku tersebut pada akhirnya menjadi suatu budaya yang tertanam dalam setiap anggota organisasi berupa perilaku *patient safety culture*.

Terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit akan memberikan dampak yang merugikan bagi pihak rumah sakit, staf yang bertugas, dan pasien. Dampak yang ditimbulkan antara lain peningkatan biaya pelayanan, timbulnya konflik antara petugas kesehatan dengan pasien sehingga menimbulkan sengketa medis yang bisa masuk ke ranah hukum. Dampak lainnya yaitu tuduhan malpraktik dan citra buruk rumah sakit di masyarakat yang dapat menurunkan rasa kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan di rumah sakit. Untuk itu, dengan adanya penerapan sistem keselamatan pasien yang baik diharapkan KTD dapat dikurangi dan dihindarkan agar pelayanan rumah sakit bermutu dan terpercaya (Pratiwi,P.D, 2018)

Penelitian yang dilakukan oleh Anwar et al pada tahun 2016, mengatakan bahwa terdapat menunjukkan ada hubungan bermakna antara fungsi manajemen kepala ruang pada perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, dan pengendalian dengan penerapan *patient safety culture*. Penelitian yang dilakukan oleh Ramos, R. R., & Calidgid, C. C pada tahun 2018 mengatakan bahwa 292 perawat menyelesaikan survei, menghasilkan tingkat respons 86,65%. Dari 12 komposit dievaluasi, Kerja Tim dalam Unit (91,50%) adalah nilai positif tertinggi diikuti oleh Pembelajaran Organisasi - Peningkatan Berkesinambungan (86,89%) sedangkan tidak dihukum. Respons terhadap Kesalahan (17,65%) adalah yang berperingkat paling positif. Sebagian besar (71,48%) responden memiliki tidak melaporkan peristiwa apa pun dalam 12 bulan terakhir. Mayoritas (45%) melaporkan bahwa secara keseluruhan tingkat keamanan pasien di rumah sakit sangat baik dan tidak ada yang mengira itu gagal.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di RSUD Inche Abdoel Moeis. Diketahui populasi sebanyak 70 orang perawat pelaksana hasil 10 dari 7 orang perawat pelaksana mengatakan bahwa program pelaksanaan keselamatan pasien sudah dijalankan, namun pelaksanaan

dilapangan belum dilaksanakan secara optimal. Masih ada pasien yang beresiko jatuh dan perawat yang jarang memperkenalkan diri saat berinteraksi dengan pasien . Berdasarkan permasalahan yang sudah dipaparkan diatas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul “ Hubungan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* di RSUD I.A Moeis ”

B. Rumusan Masalah

Program pelaksanaan keselamatan pasien sudah dijalankan, namun pelaksanaan dilapangan belum dilaksanakan secara optimal. Masih ada pasien yang beresiko jatuh dan perawat yang jarang memperkenalkan diri saat berinteraksi dengan pasien . Keselamatan pasien merupakan salah satu prinsip penting dari perawatan pasien dan dianggap sebagai komponen penting dari kualitas layanan kesehatan.

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan sebelumnya, rumusan masalah pada penelitian ini “Apakah ada hubungan antara fungsi perencanaan kepala ruangan dengan adalah *patient safety culture* di RSUD I.A Moeis ”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture*

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden jenis kelamin, umur, pendidikan dan lama kerja
- b. Mengidentifikasi fungsi perencanaan kepala ruangan
- c. Mengidentifikasi penerapan *patient safety culture*
- d. Menganalisis hubungan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture*.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam bahan pertimbangan bagi rumah sakit untuk mengambil kebijakan dalam rangka meningkatkan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan *patient safety culture*.

1. Bagi Instusi Pendidikan Kesehatan hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat khususnya untuk menambah refrensi perpustakaan bagi penelitian selanjutnya.
2. Bagi Instansi Rumah Sakit Untuk bahan masukan dalam meningkatkan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture*
3. Bagi Peneliti Selanjutnya untuk menambah wawasan dan pengalaman bagi penulis tentang fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture*

E. Penelitian Terkait

1. Peneliti yang dilakukan oleh Anwar, Rochadi, K. R., Daulay, W., & Yuswardi. (2016).” Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang Dengan Penerapan *Patient Safety Culture* Di Rumah Sakit Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh”. Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan fungsi manajemen kepala ruang dengan penerapan *patient safety culture* oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Penelitian berbentuk kuantitatif dengan desain *cross- sectional*.
2. Peneliti yang dilakukan Ramos, R. R., & Calidgid, C. C. (2018). *Patient Safety Culture Among Nurses At A Tertiary Government Hospital In iTe Philippines*. Tujuan Penelitian ini adalah untuk menilai budaya keselamatan pasien (PSC) di antara perawat di rumah sakit pemerintah.
3. Peneliti yang dilakukan Putri Dianita (2018). “Hubungan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Di Ruang Rawat Inap RSI Ibnu

Sina Padang Tahun 2018''. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui faktor yang berhubungan dengan keselamatan pasien oleh perawat di ruang rawat inap RSI Ibnu Sina Padang tahun 2018.

4. Peneliti yang dilakukan Purwanto. (2012). ‘‘Pengaruh Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang Terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana Di RS Haji Jakarta’’ (Tesis Universitas Indonesia) Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh penggunaan pedoman perencanaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien. Perbedaan peneliti ini adalah menggunakan metode Kuasi eksperimen dengan rancangan *pretest-posttest control group design*. Sedangkan penelitian ini menggunakan rancangan penelitian dengan menggunakan analitik korelasi dengan pendekatan *cross-sectional* (potong lintang)



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. *Patient Safety Culture*

a. *Pengertian Patient Safety Culture*

Budaya keselamatan pasien telah diidentifikasi sebagai faktor penting yang mempengaruhi kualitas layanan perawatan kesehatan dan keselamatan pasien (Institute of Medicine 2004). Persepsi positif dari budaya keselamatan pasien dikaitkan dengan tingkat kejadian buruk yang lebih rendah pada pasien (Huang et al. 2010)

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. (Nasution, 2018)

Menurut The Health Foundation, 2011, budaya keselamatan berkaitan dengan sejauh mana organisasi memprioritaskan dan mendukung peningkatan keselamatan dengan aman. Organisasi dengan budaya keselamatan positif memiliki komunikasi atas dasar saling percaya, persepsi bersama tentang pentingnya keselamatan, keyakinan pada efektivitas langkah-langkah pencegahan, dan dukungan bagi tenaga kerja. (Yasmi, 2015) Inti dari budaya keselamatan pasien adalah keyakinan karyawan tentang pentingnya keselamatan, yang ditunjukkan melalui sikap, norma-norma yang berlaku dan perilaku termasuk nilai-nilai yang

menjadi asumsi dasar tentang bagaimana bertindak.(Irviranty, 2014)



b. Tujuan

Tujuan keselamatan pasien menurut Permenkes RI. (2011) adalah untuk menciptakan budaya atau iklim keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatkan kepercayaan (*akuntabilitas*) pasien dan masyarakat terhadap rumah sakit, mengurangi kejadian yang tidak diharapkan (KTD) dan terwujudnya pelaksanaan program-program pencegahan sehingga tidak terjadi kembali kejadian yang tidak diharapkan (KTD)

c. Standar Keselamatan Pasien

Dalam penyelenggaraan keselamatan pasien maka diperlukan standar keselamatan pasien sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatannya. Standar keselamatan pasien wajib diterapkan fasilitas pelayanan kesehatan. Standar keselamatan pasien meliputi tujuh standar yaitu (Permenkes Nomor 1691/VII/2011) :

1. Hak pasien, pasien dan keluarga mempunyai hak untuk mendapat informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan KTD.
2. Pendidikan bagi pasien dan keluarga, rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.
3. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan, rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
4. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien, rumah sakit harus mendisain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
6. Pendidikan bagi staf tentang keselamatan pasien.
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

d. Sasaran Keselamatan Pasien

1. Ketepatan identifikasi pasien

Kesalahan karena keliru dalam, mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius/ tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/ kamar/ lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu : pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Kebijakan dan/ atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/ atau prosedur memerlukan sedikitnya dua acara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan bar-*code*, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda dilokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan

kebijakan dan/ atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

Elemen Penilaian Sasaran

- a) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien
- b) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah
- c) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- d) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur
- e) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

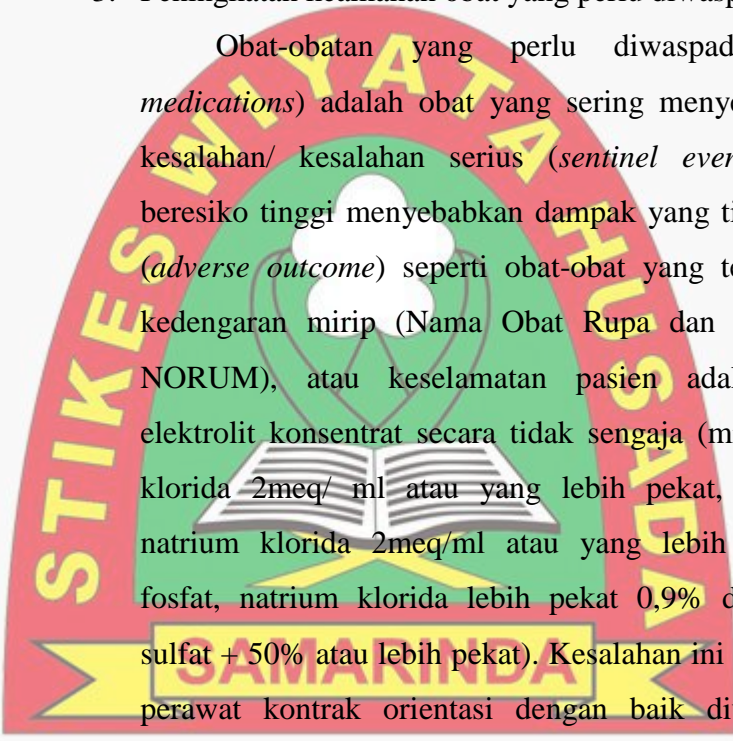
2. Peningkatan komunikasi yang efektif.

Komunikasi efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik cito melalui ke unit pelayanan.

Elemen Penilaian Sasaran

- a) Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.

- b) Perintah lengkap lisan dan telepon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah
 - c) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan
 - d) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten
3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai



Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/ kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat miri dan kedengaran mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM), atau keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat 0,9% dan magnesium sulfat + 50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat kontrak orientasi dengan baik diunit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/ atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat

yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan/ atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/ kurang hati-hati.

Elemen Penilaian Sasaran :

- a) Kebijakan dan/ atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
- b) Implementasi kebijakan atau prosedur
- c) Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.
- d) Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*)

4. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur tepat-pasien operasi;

Salah lokasi, salah-prosedur, pasien-salah pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan

pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/ atau prosedur yang efektif didalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini . Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, wrong Person Surgery*.

Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/ orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*) , multiple struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multiple level (tulang belakang).

Proses verifikasi praoperasi adalah untuk : memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar, memastikan bahwa semua dokumen, foto (imaging), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang : dan melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/ atau implant yang dibutuhkan.

Tahap ‘‘Sebelum insisi’’ (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*.

Elemen Penilaian Sasaran :

- a) Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien didalam proses penandaan.
- b) Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat praoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
- c) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “ sebelum insisi/ *time out* “ tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/ tindakan pembedahan.
- d) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan diluar kamar operasi.

5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk

infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-ifeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat.

Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang

diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk di rumah sakit.

Elemen Penilaian Sasaran :

- a) Rumah sakit mengadopsi untuk mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum.
- b) Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
- c) Kebijakan dan/ atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

6. Pengurangan resiko jatuh

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/ masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap komunikasi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit,

Elemen Penilaian Sasaran :

- a) Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
- b) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.

- c) Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
- d) Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit

e. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keselamatan Pasien

Menurut Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa ada tiga faktor yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja seseorang dalam penerapan keselamatan pasien, yaitu: faktor predisposisi (predisposing factors), faktor pemungkin (enabling factor), dan faktor pendorong (reinforcing factor)

1. Faktor Predesposisi (Predisposing Factor)

Faktor ini merupakan faktor yang menjadi dasar untuk seseorang berperilaku atau dapat pula dikatakan sebagai faktor prefensi “pribadi” yang bersifat bawaan yang dapat bersifat mendukung atau menghambat seseorang berperilaku tertentu. Faktor ini mencakup :

a) Sikap

Sikap merupakan faktor yang paling menentukan perilaku seseorang karena sikap berkaitan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi. Sikap (attitude) merupakan kesiapan mental yang diperoleh dari pengalaman dan memiliki pengaruh yang kuat pada cara pandang seseorang terhadap orang lain, obyek dan situasi yang berhubungan dengannya.

b) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi melalui proses sensori khususnya mata dan telinga terhadap obyek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbetuknya perilaku terbuka (overt

behavior). Perilaku yang didasari pengetahuan umumnya bersifat langgeng (Notoatmodjo, 2003).

2. Faktor Pemungkin (Enabling Factor)

Faktor pendukung merupakan faktor pemungkin. Faktor ini bisa sekaligus menjadi penghambat atau mempermudah niat suatu perubahan perilaku dan perubahan lingkungan yang baik (Green, 2000). Faktor ini meliputi biaya dan jarak tempat tinggal. Faktor ini ditunjukkan oleh variabel :

- a) Sumber daya keluarga, seperti pendapatan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa pelayanan yang dibutuhkan.
- b) Sumber daya manusia, seperti jumlah sarana pelayanan kesehatan disuatu wilayah, jumlah tenaga kesehatan, rasio penduduk dan tenaga kesehatan dan letak geografis.

3. Faktor Pendorong (Reinforcing Factor).

Faktor ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan (termasuk perawat pelaksana) atau petugas kesehatan lainnya. Termasuk juga disini undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pemerintah daerah maupun dari pusat. Faktor penguat juga merupakan faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. yaitu: pelatihan keselamatan pasien dan motivasi perawat dalam pengimplementasian keselamatan pasien.

f. Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Kesehatan dengan menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien dapat meningkatkan dan memperbaiki keselamatan pasien. Melalui perencanaan kegiatan dan pengukuran kinerja, sehingga dapat menilai kemajuan yang telah dicapai dalam pemberian asuhan pelayanan menjadi lebih aman.

Pelaksanaan tujuh langkah menuju keselamatan pasien dapat memastikan pelayanan yang diberikan menjadi lebih aman, dan jika terjadi sesuatu hal yang tidak benar bisa segera diambil tindakan yang tepat

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien terdiri dari:

1. Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien.
2. Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil
3. Memimpin dan mendukung staf. Bangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien
4. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko serta lakukan identifikasi dan kajian hal yang potensial bermasalah.
5. Mengembangkan sistem pelaporan. Pastikan staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada KKPRS sekarang berubah menjadi KNKP.
6. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien
7. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Dorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian terjadi (Nasution, 2018)

2. Perencanaan

a. Pengertian Perencanaan

Perencanaan merupakan fungsi manajemen pertama yang sangat menentukan dan mempengaruhi keberhasilan dari fungsi-fungsi manajemen lainnya. Perencanaan harus dikerjakan lebih dahulu sebelum mengerjakan fungsi manajemen yang lainnya. Perencanaan yang baik akan mengarahkan pada pencapaian tujuan, sehingga sistem kontrol diharapkan berjalan dengan baik yang pada akhirnya akan memudahkan pencapaian tujuan organisasi

b. Jenis-jenis Perencanaan di Ruang Rawat

1) Perencanaan harian (jangka pendek) antara lain: Perencanaan harian terkait dengan pengkajian, penetapan rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi yang dilakukan oleh ketua tim/perawat primer. Setiap kepala ruangan/perawat primer mengevaluasi dokumentasi pasien, apakah pasien mempunyai rencana keperawatan, apakah tindakan keperawatan yang dilakukan sudah sesuai dengan rencana perawatan. Kepala ruangan akan memberikan umpan balik kepada ketua tim. Kepala ruangan akan melakukan pergantian dinas apabila terjadi perubahan kondisi di ruangan. Kepala ruang juga membuat perencanaan kegiatan dinas pagi, sore, dan malam (Sitorus, 2011).

2) Perencanaan bulanan

Pada perencanaan bulanan kepala ruangan mengatur jadwal dinas, melakukan permintaan bahan/material diruang rawat. Rencana permintaan bahan dilakukan berdasarkan kebutuhan material dalam satu bulan. Kepala ruangan melakukan pertemuan dengan staf setiap bulan minimal dua kali secara individual. Kepala ruangan membuat daftar nama semua tenaga diruang rawat dan merencanakan pertemuan tersebut. Pada pertemuan

individual akan dibahas bagaimana individu memenuhi filosofi objektif rumah sakit, pembagian kerja dan penampilan kerja. Pada perencanaan bulanan kepala ruangan juga mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan staf terkait penampilan kerja, memberi penghargaan dan mengidentifikasi perbaikan. Kepala ruangan juga merencanakan pertemuan dengan semua staf (kelompok), misalnya diskusi kasus/ konferensi setiap bulan(Sitorus, 2011).

3) Perencanaan tahunan (jangka panjang)

Perencanaan jangka panjang meliputi mutu asuhan keperawatan, pengembangan tenaga, penambahan tenaga, penambahan peralatan, dan pengembangan keprofesian. (Sitorus, 2011).

c. Hirarki Perencanaan

Meliputi penetapan visi, misi, filosofi, sasaran, tujuan, kebijakan, prosedur, dan peraturan (Marquis & Huston 2012, Sitorus & Panjaitan, 2011, Swansburg 1999, Tomey, 2009) menjabarkan hirarki perencanaan sebagai berikut :

- 1) Visi adalah memberikan informasi tentang bentuk dan gambaran suatu hal pada masa yang akan datang yang bermanfaat bagi organisasi dan orang yang bekerja didalamnya (Marquis & Huston 2012, Sitorus & Panjaitan, 2011, Swansburg 1999, Tomey, 2009)
- 2) Misi adalah pernyataan singkat yang mengidentifikasi alasan keberadaan organisasi merupakan suatu alat/cara untuk mengarahkan setiap individu dalam organisasi tersebut untuk berperan secara produktif
- 3) Filosofi adalah pernyataan yang mencakup nilai-nilai, konsep, keyakinan yang dianut suatu organisasi. Pernyataan nilai-nilai konsep dan keyakinan menggambarkan atau mewarnai bagaimana misi suatu organisasi dicapai.
- 4) Tujuan merupakan akhir kegiatan suatu organisasi/rumah sakit.
- 5) Kebijakan bersifat garis besar maka untuk penerapan kebijana tersebut perlu disusun pedoman/panduan dan prosedur sehingga ada kejelasan langkah-langkah untuk melaksanakan kebijakan tersebut (KARS,2012)

- 6) Prosedur adalah suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang dilakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu (KARS,2012)
- 7) Aturan perkerjaan adalah prosedur yang merupakan interpretasi kebijakan dan memberikan arahan kepada karyawan tentang cara melakukan pekerjaan/tindakan. (Marquis & Huston, 2012; McEachen & Keogh, 2007)

3. Kepala Ruangan

a. Pengertian

Kepala ruangan memiliki peran penting didalam implementasi sistem manajemen mutu di ruangan karena kepala ruangan mempunyai tanggung jawab dalam mengelola, merencanakan, dan mengendalikan kinerja stafnya dalam manajemen keperawatan (Kiswanto, 2005 dalam Parahita, dkk, 2010).

b. Peran dan Fungsi

Peran dan fungsi kepala ruangan diruang rawat dalam fungsi manajemen keperawatan antara lain perencanaan, pengorganisasian, pengaturan ketenagaan, pengarahan, pengawasan dan pengendalian mutu yang merupakan satu siklus yang saling berkaitan satu sama lain (Marquis, B.L & Huston, 2012).

- 1) Perencanaan Dimulai dengan penerapan filosofi, tujuan, sasaran, kebijaksanaan, dan peraturan - peraturan, membuat perencanaan jangka panjang dan jangka pendek untuk mencapai visi, misi, dan tujuan organisasi, menetapkan biaya -biaya untuk setiap kegiatan serta merencanakan dan pengelolaan rencana perubahan.

- 2) Pengorganisasian

Meliputi pembentukan struktur untuk melaksanakan perencanaan, menetapkan metode pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang paling tepat,

mengelompokkan kegiatan untuk mencapai tujuan unit, serta melakukan peran dan fungsi dalam organisasi dan menggunakan power serta wewenang dengan tepat,

- a) Merumuskan metode/system pemberian asuhan keperawatan digunakan
- b) Merumuskan klasifikasi pasien
- c) Mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien
- d) Merumuskan tujuan system penugasan
- e) Membuat rincian tugas dan tanggung jawab ketua tim dan anggota tim secara jelas

- f) Membuat rentang kendali
- g) Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan
- h) Memberi wewenang kepada petugas administrasi untuk mengurus administrasi ruangan, mengatur penugasan : jadwal perkara, identifikasi masalah dan penugasan
- i) Menyediakan form penilaian risiko pasien jatuh dengan menggunakan skala jatuh "morse"

3) Ketenagaan

Pengaturan ketenagaan dimulai dari rekrutmen, interview, mencari, orientasi dari staf baru, penjadwalan, pengembangan staf, dan sosialisasi staf, dan sosialisasi staf.

- a) Membuat daftar kegiatan
- b) Menunjuk ketua tim yang bertugas diruangan
- c) Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien per *shift* per hari
- d) Menentukan jumlah tenaga perawat untuk setiap shif
- e) Membagi jumlah tenaga perawat ke dalam tim
- f) Membagi rasio pasien dengan jumlah perawat yang ada
- g) Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan saat kekurangan dan kelebihan tenaga perawat

- h) Membuat rotasi dinas/jadwal dinas : pagi, sore, dan malam.
- i) Mengatur jadwal kerja staf terkait dengan ijin, libur, sakit, mengikuti rapat, tidak masuk kerja tanpa alasan

4) Pengarahan

Mencakup tanggung jawab dalam mengelola sumber daya manusia seperti motivasi untuk semangat, manajemen konflik, pendelegasian, komunikasi dan memfasilitasi kolaborasi.

- a) Memberi pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim/penanggung jawab shift
- b) Memberi pengarahan pada saat pre dan post conference
- c) Memberi pujian kepada ketua tim dan anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik
- d) Memberi motivasi dalam meningkatkan pengetahuan keterampilan, dan sikap
- e) Memberikan kebebasan kepada staf untuk mengungkapkan perasaan/ide-ide dan kreativitasnya dalam mengembangkan diri
- f) Masukan dari staf tentang kriteria staf dalam program seleksi perawat baru
- g) Memberikan umpan balik kepada ketua tim dan anggota
- h) Mendelegasikan tugas saat kepala ruangan tidak ada ditempat kepada ketua tim
- i) Mengkonfirmasi hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan
- j) Melibatkan bawahan dari awal hingga akhir kegiatan

5) Pengawasan

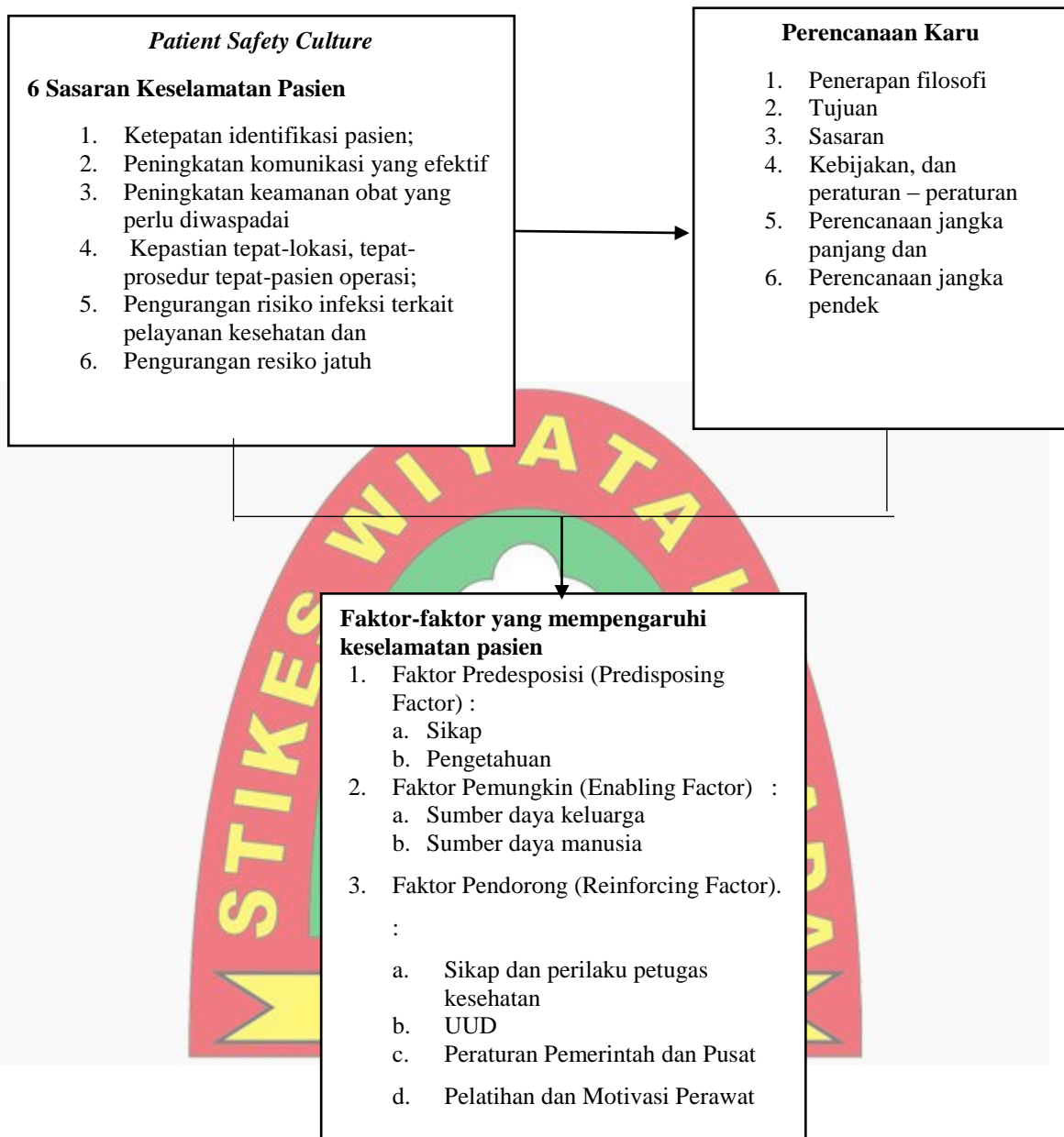
Meliputi penampilan kerja, pengawasan umum, pengawasan etika aspek legal, dan pengawasan profesional.

Seorang manajer dalam mengerjakan kelima fungsinya tersebut sehari-hari akan bergerak dalam berbagai bidang penjualan, pembelian, produksi, personalia dan lain - lain.

- a) Melakukan evaluasi kerja pelaksanaan asuhan keperawatan dengan membandingkan perencanaan yang telah disusun bersama ketua tim
- b) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi kerja pelaksanaan asuhan keperawatan
- c) Melakukan evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan, apakah setiap pasien mempunyai rencana perawatan, apakah tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan rencana perawatan
- d) Melakukan tindak lanjut hasil evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan
- e) Melakukan pemantauan pelaksanaan *pre* dan *post conference* setiap *shift*



B. Kerangka Teori Penelitian



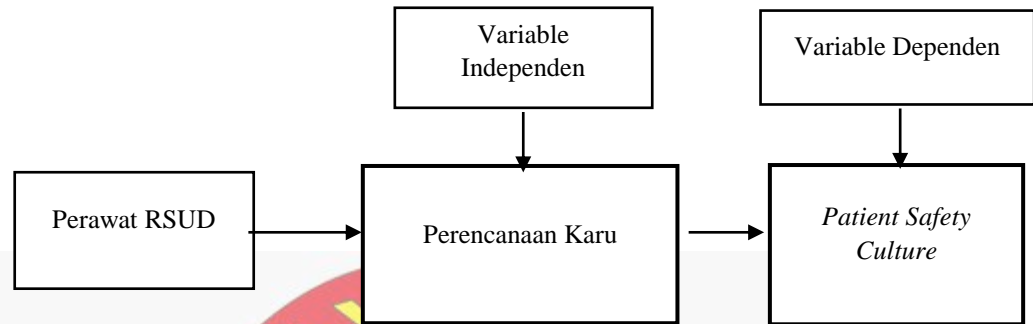
Skema 2.1 Kerangka Teoril Penelitian

Sumber : Dari berbagai sumber diolah peneliti

(Menurut Lawrence Green , Marquis dan Hoston (2012), Permenkes Nomor 1961/VII/2011)

C. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian pada hakikatnya adalah suatu uraian dan visualisasi konsep-konsep serta variable yang akan diukur/ diteliti (Notoatmodjo, 2010)



Keterangan :

 : Area yang diteliti

 : Hubungan

Skema 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan. Dikatakan sementara, karena jawaban yang diberikan baru didasarkan teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data. Jadi hipotesis juga dapat dinyatakan sebagai jawaban terhadap rumusan masalah penelitian, belum jawaban yang empiric (Sugiyono, 2015)

Ha : Terdapat hubungan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* di RSUD Inche Abdoel Moeis

Ho : Tidak terdapat hubungan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* di RSUD Inche Abdoel Moeis



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain analitik komparatif dengan pendekatan *cross sectional* (potong lintang). Penelitian *cross sectional* adalah penelitian dimana peneliti menekan waktu pengukuran/observasi data variable independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat (Nursalam, 2011).

Penelitian ini diharapkan dapat memberi gambaran yang cermat mengenai ada tidaknya hubungan antara variable fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety*.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di (Ruangan Karang Asam, Mumus, dan Ruangan Mahakam) Instalasi Rawat Inap Publik RSUD Inche Abdoel Moeis dengan jumlah populasi 70 perawat

2. Sampel

Sampel penelitian ini adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2014) sampel penelitian ini yaitu seluruh perawat yang bekerja di Ruangan Karang Asam, Mumus, dan Ruangan Mahakam Instalasi Rawat Inap Publik RSUD I.A Moeis dan bersedia menjadi responden untuk mengetahui sampel.

Dalam penelitian ini, besarnya sampel (*sampling size*) menggunakan rumus sampel *Slovin*, dimana jumlah sampel untuk populasi yang kurang dari 10.000, hasil yang diperoleh dari rumus ini yaitu : (Yusuf Muri, 2014)

$$n = \frac{N}{1 + N e^2} = 41$$

Keterangan

n : Besar sampel minimum

N : populasi

e : derajat ketelitian atau nilai kritis yang diinginkan

C. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan data atau teknik sampling merupakan cara-cara yang digunakan dalam penelitian untuk mendapatkan sampel atau subjek penelitian yang mewakili keseluruhan populasi (Notoatmodjo, 2012).

Dalam penelitian ini proses pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *Stratified Random Sampling*. Sampel dikelompokkan dalam 3 strata. Dengan penentuan proporsi masing-masing strata berdasarkan presentase jumlah perawat di ruang Rawat Inap Publik RSUD I.A Moeis

$$N_i = \frac{N_i}{n} \times N$$

Keterangan :

N_i = Jumlah sampel persub populasi

N_i = Total sub populasi

N = Total Populasi

N = Besarnya sampel

Proporsi jumlah perawat pelaksana tiap-tiap ruangan diambil menggunakan teknik *proportional random sampling* yaitu teknik yang menunjukkan pada ukuran besarnya bagian sampel, peneliti mengambil wakil dari tiap-tiap kelompok yang ada di dalam masing-masing kelompok tersebut

Tabel 3.1 jumlah perhitungan sampel masing-masing ruang rawat inap :

No	Ruangan	Jumlah Populasi	Sampel
1	Kelas 1 : Mahakam	12	7
2	Kelas 2 : Karang Mumus	27	16
3	Kelas 3 : Karang Asam	31	18
Total		70	41

D. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2011).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi

- a. Perawat yang bekerja di Instalasi Rawat Inap Publik RSUD Inche Abdoel Moeis
- b. Bersedia menjadi responden
- c. Berpendidikan minimal D3 Keperawatan
- d. Telah bekerja diruangan minimal 1 tahun

2. Kriteria Eksklusi

- a. Perawat yang dalam keadaan sakit, cuti, ijin, libur
- b. Perawat yang mengikuti pendidikan atau pelatihan pada saat dilakukan penelitian

E. Variabel Penelitian

Variable penelitian adalah suatu atribut atau sifat dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya. Variabel dibedakan menjadi variable independent atau variable bebas yang mempengaruhi variable dependent atau variable terikat yang merupakan variable yang dipengaruhi (Sugiyono, 2014)

Variable independent dalam penelitian ini adalah fungsi perencanaan kepala ruangan, karena variable fungsi perencanaan kepala ruangan mempengaruhi variable *patient safety culture*. Sehingga variable dependent dalam penelitian ini adalah *patient safety culture*.

F. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional (Nursalam, 2014)

Table 3.2 Definisi Operasioanl

Variable Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variable independent fungsi perencanaan kepala ruangan	Persepsi perawat pelaksana mengenai kegiatan kepala ruangan dalam merencanakan kegiatan yang mendukung keselamatan pasien	Menggunakan kuesioner dengan 39 pertanyaan dengan menggunakan skala <i>Likert</i> : 4 SS = Sangat setuju 3 S = Setuju 2 TS = Tidak setuju 1 STS = Sangat tidak setuju	Hasil ukur akan menggunakan rumus cut of point sehingga : 1. Baik : skor nilai \geq median 130 2. Kurang baik : skor nilai $<$ median 130	Ordinal
Variable dependent <i>patient safety culture</i>	Persepsi perawat pelaksana terhadap dirinya sendiri dalam melaksanakan tindakan pencegahan terjadinya cedera menggunakan 6 indikator keselamatan pasien	Menggunakan kuesioner dengan 21 pertanyaan dengan menggunakan skala <i>Likert</i> : 4 = selalu 3 = sering 2 = jarang 1 = tidak pernah	Hasil ukur akan menggunakan cut of point sehingga : 1 Baik : skor nilai \geq median 62 2 Kurang baik : skor nilai $<$ median 62	Ordinal

G. Tempat dan Waktu

1. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Instalasi Rawat Inap Publik RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada 23-25 Juli 2019

H. Instrumen Penelitian

Instrumen pengambilan data adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Kuesioner dapat diartikan sebagai daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, sudah matang, dimana responden tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda tertentu (Notoadmojo, 2010).

1. Kuesioner A

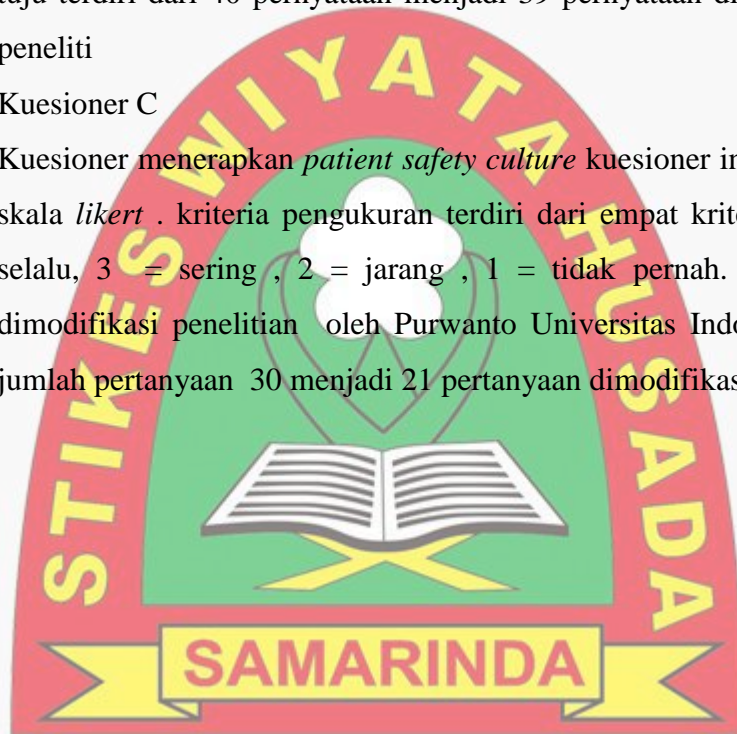
Merupakan kuesioner yang digunakan untuk mengetahui karakteristik responden meliputi inisial, umur, jenis kelamin, pendidikan dan lama kerja

2. Kuesioner B

Kuesioner fungsi perencanaan kepala ruangan , kuesioner ini menggunakan skala *likert* kriteria pengukuran terdiri dari empat kriteria yaitu : 4 = sangat setuju, 3 = setuju, 2 = tidak setuju , 1 = sangat tidak setuju terdiri dari 40 pernyataan menjadi 39 pernyataan dimodifikasi oleh peneliti

3. Kuesioner C

Kuesioner menerapkan *patient safety culture* kuesioner ini menggunakan skala *likert* . kriteria pengukuran terdiri dari empat kriteria yaitu : 4 = selalu, 3 = sering , 2 = jarang , 1 = tidak pernah. Kuesioner ini dimodifikasi penelitian oleh Purwanto Universitas Indonesia , dengan jumlah pertanyaan 30 menjadi 21 pertanyaan dimodifikasi oleh peneliti.



Tabel 3.3 Kisi-kisi kuesioner B dan kuesioner C

No	Variabel	Pertanyaan positif	Pertanyaan negatif	Jumlah
	Fungsi Perencanaan Kepala Ruangan			
1	Visi	1,2,3		3
2	Misi	4,5,6		3
3	Filosofi	7,8,9		3
4	Tujuan umum	10,11		2
5	Tujuan khusus	12,13,14,15		4
6	Kebijakan	16,17,18,19,20,21 22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,		14
7	Prosedur	33,34,35		
8	Aturan	36,37,38,39		4
	Jumlah	39		39
	<i>Patient Safety Culture</i>			
1	Identifikasi pasien	1,3,4	2	4
2	Komunikasi efektif	5,8,9,10		4
3	Keamanan obat- obatan	12,14,15	11,13	5
4	Tepat lokasi, prosedur, pasien, operasi	14,16	15	3
5	Risiko infeksi	19,22		2
6	Risiko pasien jatuh	24,27	28	3
	Jumlah	16	5	21

I. Uji Instrumen

1. Uji Validitas

Prinsip validitas adalah pengukuran atau pengamatan yang berarti prinsip kendalan instrument dalam mengumpulkan data (Nursalam,2015)Instrument penelitian tentang perencanaan kepala ruangan penelitian ini menggunakan instrument perencanaan kepala ruangan. Instrument perencanaan kepala ruangan yang digunakan adalah kuesioner menurut Purwanto (2012). Teknik korelasi yang digunakan adalah teknik *pearson product moment*, pengujian signifikansi dengan membandingkan nilai r hitung untuk tiap nilai r pertanyaan tersebut.

Table 3.4 Hasil Analisa Validitas Hubungan Fungsi Perencanaan Kepala Ruangan Dengan Penerapan *Patient Safety Culture* (n = 30)

No	Variabel	Jumlah Pertanyaan	
		Sebelum	Sesudah
1	Perencanaan kepala ruangan	40	39
2	<i>Patient safety culture</i>	30	21

2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam,2017).

Table 3.5 Hasil Analisa Reliabilitas Hubungan Fungsi Perencanaan Kepala Ruangan Dengan Penerapan *Patient Safety Culture* (n = 30)

No	Variabel	Reliabilitas
1	Perencanaan Kepala Ruangan	0,756
2	<i>Patient Safety Culture</i>	0,601

Berdasarkan hasil Analisis diatas menunjukan :

- 1 Hasil uji reliabilitas Perencanaan Kepala Ruangan yaitu $0,756 > 0,06$ yang artinya instrument dinyatakan reliabel
- 2 Hasil uji reliabilitas *Patient Safety Culture* yaitu $0,601 > 0,06$ yang artinya instrument dinyatakan reliabel

J. Prosedur Pengumpulan Data dan Sumber Data

Metode pengumpulan data adalah teknik atau cara-cara yang dapat digunakan oleh peneliti untuk pengumpulannya data (Ridwan,2009). Dalam penelitian ini peneliti mengumpulkan data dengan menggunakan metode kuesioner

1. Sumber Data Primer

Sumber data penelitian ini menggunakan sumber data primer yaitu sumber data yang berlangsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono,2012). Data primer dalam penelitian ini adalah perawat di ruang Rawat Inap Publik RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda

2. Sumber Data Sekunder

Sumber data penelitian ini menggunakan sumber data sekunder yaitu data yang dikumpulkan oleh orang lain bukan subjek penelitian itu sendiri (Sugiyono, 2012). Data sekunder penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Peneliti membuat dan memberikan surat permohonan izin studi pendahuluan penelitian di RSUD Inche Abdoel Moeis
- b. Peneliti menerima surat persetujuan izin studi pendahuluan penelitian dari RSUD Inche Abdoel Moeis
- c. Peneliti mendatangi perawat pelaksana RSUD Inche Abdoel Moeis. Selanjutnya peneliti melakukan studi pendahuluan kepada 10 perawat pelaksana dan mencatat hasilnya dijadikan latar belakang
- d. Peneliti membuat surat permohonan izin uji validitas dan reliabilitas di RS Dirgahayu Samarinda
- e. Peneliti menerima surat persetujuan izin uji validitas dari RS Dirgahayu Samarinda
- f. Peneliti melakukan bina hubungan saling percaya serta menjelaskan maksud dan tujuan kepada responden
- g. Peneliti melakukan inform konsen kepada peneliti
- h. Peneliti memberikan daftar pertanyaan secara langsung
- i. Peneliti mengambil kembali daftar pertanyaan setelah 3 hari
- j. Peneliti melakukan pengolahan data
- k. Peneliti membuat surat permohonan izin penelitian di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda
- l. Peneliti menerima surat persetujuan izin penelitian dari RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda
- m. Peneliti melakukan bina hubungan saling percaya serta menjelaskan maksud dan tujuan kepada responden
- n. Peneliti melakukan inform konsen kepada peneliti
- o. Peneliti memberikan daftar pertanyaan secara langsung
- p. Peneliti mengambil kembali daftar pertanyaan setelah 3 hari
- q. Peneliti melakukan pengolahan data

K. Pengolahan Data dan Analisa Data

Pengolahan data dan analisa data bertujuan mengubah data menjadi informasi. Dalam statistic, informasi yang diperoleh dipergunakan untuk proses pengambilan keputusan, terutama dalam pengujian hipotesis, Kegiatan dalam pengolahan data meliputi :

1. Pengolahan Data

a. *Editing* (penyunting)

Peneliti melakukan check untuk melihat kelengkapan data, setelah data lengkap peneliti melakukan pengkodean

b. *Coding* (Pengkodean)

Peneliti memberi kode pada setiap lembar kuesioner

c. *Entry data* (Memasukan data)

Data, yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk " kode" (angka atau huruf) dimasukan kedalam program atau "software" computer. Salah satu dari paket program yang paling sering digunakan " entri data" penelitian adalah paket program SPSS for Window

d. *Cleaning* (Pembersihan data)

Kegiatan yang dilakukan untuk mengecek kembali apakah masih terdapat kesalahan data atau tidak. Semua data yang sudah dimasukan kedalam computer dipastikan benar dan tidak ada kesalahan, maka dilanjutkan dengan analisis data menggunakan computer.

2. Analisa Data

Analisa data suatu penelitian, biasanya melalui prosedur bertahap antara lain :

a. Uji Normalitas Data

Peneliti melakukan uji normalitas data bertujuan untuk melihat sebaran data pada saat mengkategorikan perencanaan kepala ruangan, dan penerapan *patient safety culture* di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda. Hasil uji normalitas data pada variabel di penelitian ini adalah sebagai berikut :

Table 3. Distribusi Statistik Variabel-Variabel Responden (n = 41)

No	Variabel	P Value
1	Perencanaan kepala ruangan	0,000
2	Patient safety culture	0,000

Berdasarkan hasil Analisis diatas menunjukan :

- 1 Hasil uji *Shapiro Wilk* Perencanaan Kepala Ruangan dengan *p* value $0,000 < 0,05$ berarti distribusi variabel perencanaan kepala ruangan berbentuk tidak normal
- 2 Hasil uji *Shapiro Wilk Patient Safety Culture* dengan *p* value $0,000 < 0,05$ berarti distribusi variabel *Patient Safety Culture* berbentuk tidak normal

b. Analisa Univariat

Analisa univariate bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variable penelitian. Analisa univariate tergantung dari jenis datanya. Untuk data numerik digunakan nilai mean atau rata-rata ,median dan standar deviasi (Notoatmodjo, 2010). Analisa ini bertujuan mendeskripsikan bagaimana fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* di Instalasi Rawat Inap Publik RSUD Inche Abdoel Moeis dengan menggunakan computer. Pengambilan data menggunakan rumus sebagai berikut :

$$P = \frac{F}{\sum N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Presentase (100%)

F = Frekuensi

N = Jumlah responden

c. Analisis Bivariat

Analisa bivariate adalah analisa yang dilakukan terhadap dua variable yang diduga ada hubungan atau berkorelasi (Notoadmodjo,2010). Dalam penelitian ini analisa bivariate dilakukan untuk mengetahui hubungan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* . uji statistic yang digunakan adalah *Chi square* karena menggunakan analisa hubungan yang bermakna (signifikan)

analisa bivariate ini berfungsi untuk mengetahui hubungan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* (Dahlan, 2011)

Syarat-syarat *Chi Square* :

- 1). Tidak ada cell dengan nilai frekuensi kenyataan atau disebut juga Actual Count (F_o) sebesar 0
- 2). Apabila bentuk table kontingensi 2×2 , maka tidak boleh ada 1 cell saja yang memiliki frekuensi harapan atau disebut juga expected count ($'F_h''$) kurang dari 5
- 3). Apabila bl lebih dari bentuk table 2×2 misal 2×3 , maka jumlah cell dengan frekuensi harapan yang kurang dari 5

L. Etika Penelitian

Nursalam (2016) menjelaskan bahwa dalam melakukan penelitian menekankan prinsip etika penelitian yang meliputi:

1. Prinsip Manfaat

a. Bebas dari penderitaan

Penelitian yang dilaksanakan hanya mengisi kuisioner sehingga responden bebas dari rasa takut dalam pengisian kuisioner.

b. Bebas dari Eksploitasi

Penelitian yang dilaksanakan ini hanya untuk kepentingan ilmu pengetahuan sehingga nama responden di sembunyikan.

c. Risiko (benefits ratio)

Peneliti mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (respect human dignity)

a. Hak untuk ikut/tidak menjadi responden (right to self determination)

Responden mempunyai hak memutuskan bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apapun

b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang di berikan (right to full disclosure)

Peneliti memberikan penjelasan secara terperinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek

c. Informed Consent

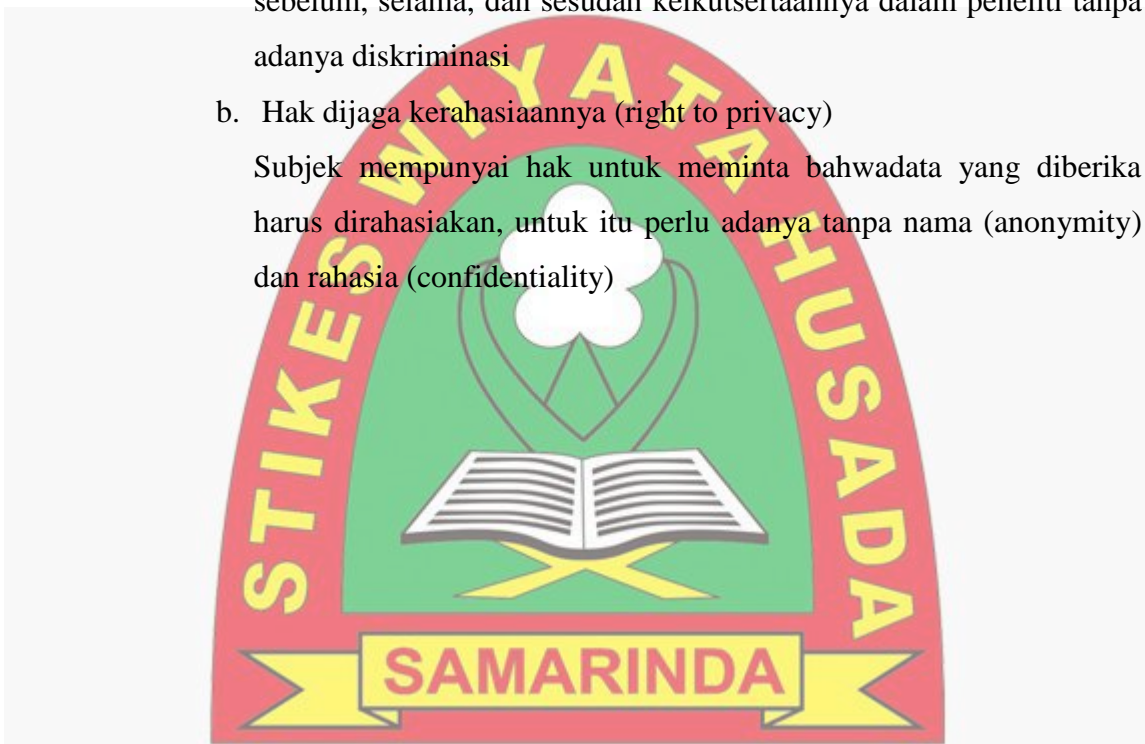
Responden diberikan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed Consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu

3. Prinsip keadilan (right to justice)

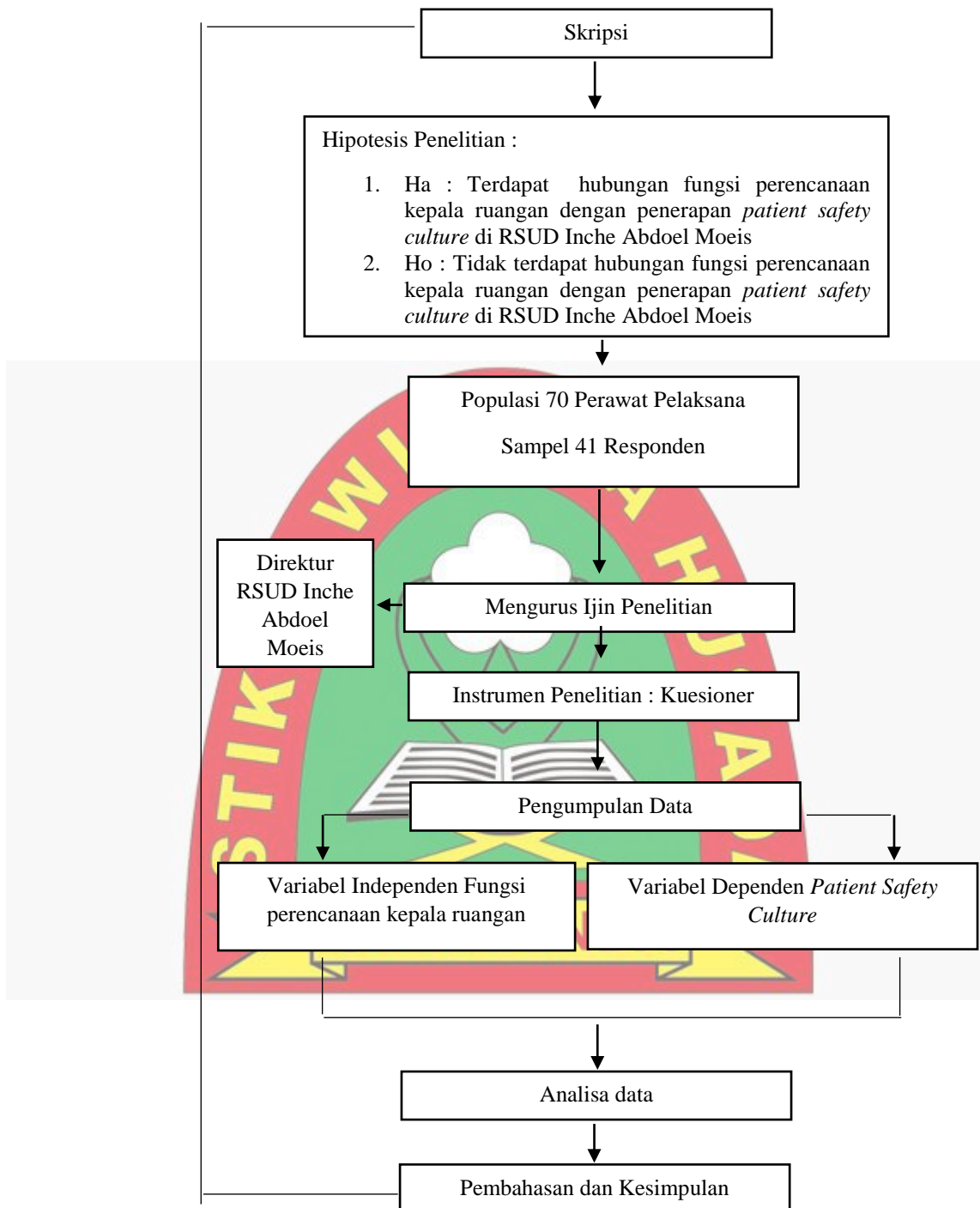
a. Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (right in fair treatment) Responden mendapatkan perlakuan secara adil baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam peneliti tanpa adanya diskriminasi

b. Hak dijaga kerahasiaannya (right to privacy)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (anonymity) dan rahasia (confidentiality)



M. Alur Penelitian



Skema 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang hubungan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli 2019. Reponden penelitian ini adalah perawat pelaksana yang bekerja di Ruang Rawat Inap RSUD Inche Abdoel Moeis sebanyak 41 orang.

1 Gambaran Tempat Penelitian

RSUD Inche Abdoel Moeis adalah sebuah rumah sakit milik pemerintah, khususnya pemerintah provinsi Kalimantan Timur yang berlokasi di Jalan HAMM Rifadin, Harapan Baru, Kota Samarinda. Nama rumah sakit ini diambil dari nama Gubernur Kalimantan Timur deinitif pertama yakni Inche Abdoel Moeis.

Visi RSUD I.A Moeis Samarinda adalah : Menjadi Rumah Sakit Unggulan Pilihan Masyarakat

Misi RSUD I.A Moeis Samarinda adalah :

- a. Meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya Rumah Sakit
- b. Meningkatkan sarana dan prasarana Rumah Sakit
- c. Meningkatkan system manajemen Rumah Sakit
- d. Meningkatkan status Rumah Sakit menjadi kelas B pendidikan dan Provinsi Kalimantan Timur

Motto : Kami peduli kesehatan anda

2 Karakteristik Responden

- a. Jenis Kelamin

Hasil pengumpulan data berkaitan dengan jenis kelamin respnden adalah sebagai berikut :

Table 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Jumlah (n)	Presentase (%)
1	Laki-laki	14	34.1%
2	Perempuan	27	65.9%
	Total	41	100.0

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan table 4.1 dapat dilihat bahwa frekuensi karakteristik responden terbanyak terdapat pada jenis kelamin perempuan yaitu 27 responden atau 65.9%. perbedaan gender tidak menjadi masalah perawat dalam memberi asuhan keperawatan .bahwa tidak ada perbedaan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dengan kemampuan memecahkan masalah motivasi, dan kemampuan belajar oleh Robbins (2001) dalam Purwanto 2012

b. Umur

Hasil pengumpulan data berkaitan dengan umur adalah sebagai berikut :

Table 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur

No	Umur	Jumlah (n)	Presentase (%)
1	17-25	9	22%
2	26-35	31	75.6%
3	36-45	1	2.4%
	Total	41	100.0

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan table 4.2 diatas didapatkan hasil data menurut umur. Hasil penelitian terdapat pada kelompok umur yang terbesar pada kelompok umur 26-35 yaitu sebanyak 31 atau sebesar 75.6%. menurut Kumbadewi (2016), usia produktif seorang pekerja berada dalam dalam rentang 15 sampai 65 tahun sehingga dapat terlihat responden dalam penelitian ini tergolong usia produktif.

c. Pendidikan

Hasil pengumpulan data berkaitan dengan pendidikan responden adalah sebagai berikut :

Table 4.3 Distribusi Frekuensi berdasarkan Pendidikan

No	Pendidikan	Jumlah (n)	Presentse (%)
1	D3 Keperawatan	32	78%
2	S1 Keperawatan	4	9.8%
3	Profesi Ners	5	12.2%
Total		41	100.0

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan table 4.3 berdasarkan hasil data menurut tingkat pendidikan responden. Hasil penelitian karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan yang terbanyak terdapat pada D3 keperawatan yaitu sebanyak 32 atau sebesar 78%. Tingkat pendidikan yang tinggi umumnya menyebabkan seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawab oleh Mulyaningsih (2013)

d. Lama kerja

Hasil pengumpulan data berkaitan dengan lama kerja adalah sebagai berikut :

Table 4.4 Distribusi Frekuensi Lama Kerja

No	Lama kerja	Jumlah (n)	Presentase (%)
1	<5 tahun	24	58.5%
2	>5 tahun	17	41.5%
Total		41	100.0

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan dari table 4.4 didapatkan hasil data menurut lama kerja Hasil penelitian karakteristik responden berdasarkan lama kerja yang terbanyak terdapat pada <5 tahun yaitu sebanyak 24 atau sebesar 58.5%. masa kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja tidak bisa menjadi penentu dalam memperkirakan produktivitas staf. Kemungkinan karena banyak

faktor lain yang mempengaruhi produktivitas seseorang. Selain itu masa kerja yang lama dengan rutinitas pekerjaan yang sama tidak lagi menimbulkan tantangan sehingga memicu kejenuhan pada perawat. Hal ini mempengaruhi perilakunya dalam bekerja dan menurunkan kinerja seseorang. Menurut Robbins (2003) dalam Sari Candra Dewi (2011)

3 Analisa Univariat

a. Perencanaan Fungsi Kepala Ruang

Hasil pengumpulan data berkaitan dengan perencanaan kepala ruangan adalah sebagai berikut :

Table 4.5 Fungsi Perencanaan Kepala Ruang

No	Fungsi Perencanaan Kepala ruangan	Jumlah (n)	Presentase (%)
1	Baik	22	53.7%
2	Kurang baik	19	46.3%
	Total	41	100.0

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan table 4.5 diatas didapatkan data tentang fungsi perencanaan kepala ruangan. Hasil penelitian diketahui bahwa perencanaan kepala ruangan terbanyak pada kategori baik. hal ini menunjukkan bahwa perencanaan yang baik dari kepala ruangan dapat menjadi pedoman bagi staf untuk menunjukkan perilaku yang baik. (David, 2009).

b. Penerapan *Patient Safety Culture*

Table 4.6 Penerapan *Patient Safety Culture*

No	Penerapan <i>Patient Safety Culture</i>	Jumlah (n)	Presentase (%)
1	Baik	21	51.2%
2	Kurang baik	20	48.8%
	Jumlah	41	100%

Sumber : Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.6 diatas hasil data menurut penerapan *patient safety culture*. Hasil penelitian diketahui bahwa penerapan *patient safety culture* terbanyak pada kategori baik. hal ini karena budaya keselamatan pasien merupakan faktor penting dalam upaya untuk mengurangi resiko yang merugikan dirumah sakit dan meningkatkan keselamatan pasien dalam Wang dkk (2014)

4 Analisa Bivariat

Setelah dilakukan analisa data secara univariate, maka selanjutnya dilakukan analisa bivariate yang mengetahui hubungan antara variable independen dan variable dependen yang dilakukan dengan menggunakan uji chi square. Hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut :

Table 4.7 Distribusi Responden berdasarkan Fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda

Fungsi Perencanaan Kepala Ruangan	Penerapan <i>Patient Safety Culture</i>				Total	P value
	Baik		Kurang baik			
	n	%	n	%	n	%
Baik	13	59.1	9	40.9	22	100.0
Kurang Baik	8	47.4	11	57.9	19	100.0
Total	21	51.2	20	48.8	41	100.0

Sumber : Data Primer,2019

Hubungan antara fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* dapat dilihat dari table 4.7. hasil uji statistic penelitian dengan menggunakan uji Chi Square pada 41 responden perawat pelaksanaan di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda didapatkan tidak terdapat hubungan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture*.

B. Pembahasan

1. Pembahasan Hasil Analisis Univariat

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa 41 perawat pelaksana terkait fungsi perencanaan kepala ruangan terbanyak pada kategori baik sebanyak 22 orang (53.7%) dan 19 orang (46.3%) . hal ini karena perencanaan yang baik merupakan sarana penting agar tujuan dari upaya kesehatan bisa tercapai dengan baik pula. Dengan perencanaan manajer perawat juga akan mampu memperkirakan kuantitas, kualitas serta menganalisis pekerjaan dan kebutuhan tenaga yang dikelolanya guna menjalankan fungsi-fungsi jabatan di unit kerjanya.

Menurut peneliti fungsi perencanaan kepala ruangan yang baik menandakan bahwa responden sudah memiliki keyakinan bahwa perencanaan kepala ruangan rawat inap mampu melaksanakan salah satu tugas manajemen kepala ruangan dengan baik

Hasil dalam penelitian ini didapatkan penerapan *patient safety culture* secara baik karena baik ada 21 orang (51.2%) dan yang kurang baik didapatkan ada 20 orang (48.8%).hal ini karena pengetahuan perawat pelaksana yang baik akan keselamatan pastinya memiliki sikap yang baik dalam meningkatkan mutu dalam pelayanan kesehatan

2 . Pembahasan Hasil Analisis Bivariat

Hasil fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda.hasil uji Chi square (Continuity Correction) pada 41 responden didapatkan hasil sebesar p value 0,440 dan nilai X_2 hitung sebesar 0,596 yang artinya P value lebih besar dari alpha 0,05 dan nilai X_2 hitung lebih kecil dari 3,841 atau nilai X_2 tabel maka H_0 diterima dan H_a ditolak sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture*.

Perencanaan merupakan fungsi manajemen pertama yang sangat menentukan dan mempengaruhi keberhasilan dari fungsi-fungsi manajemen lainnya. Perencanaan harus dikerjakan lebih dahulu sebelum mengerjakan fungsi manajemen yang lainnya. Kepala ruangan merupakan manajer pada level pertama dalam manajemen di unit perawatan rawat

inap yang memiliki tugas mengontrol kinerja perawat secara langsung oleh Tappen (1998)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Dumauli (2008), bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pelaksanaan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana. Demikian pula hasil penelitian Ratnasih (2001), bahwa tidak ada hubungan kemampuan melaksanakan fungsi perencanaan dengan kinerja perawat (p value = 0,512). Hal ini disebabkan perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan masih berkotak-kotak pada jenis tugas tertentu, sehingga pekerjaan yang dilakukan oleh perawat masih bersifat rutinitas.

Didukung oleh penelitian Fithriyani (2017) dengan judul Analisis Hubungan Fungsi Manajerial Kepala Ruangan Dengan Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Pariaman didapatkan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa fungsi perencanaan yang baik dengan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan baik yaitu 17,55 dan kurang baik 82,5% dengan (p values = 0,756) tidak adanya hubungan antara fungsi perencanaan dengan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Penyebab kurang baiknya kualitas dokumentasi asuhan keperawatan ini juga tergantung pada dukungan manajemen rumah sakit dan fungsi dari manajerial kepala ruangan sebagai manajer kepala yang lebih banyak kontak dengan perawat pelaksana di ruang rawat inap untuk melakukan pengecekan dan pengawasan. Selain itu penilaian kinerja perawat tentang dokumentasi asuhan keperawatan dan standar asuhan keperawatan di RSUD Pariaman yang belum berjalan dengan baik karena masih proses revisi dan kurangnya sosialisasi dan pelatihan kepada perawat pelaksana mengenai dokumentasi asuhan keperawatan yang berkualitas.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan dalam hal membuat peraturan di ruangan tentang sasaran keselamatan pasien tidak melibatkan perawat pelaksana agar peraturan dapat diterima baik oleh semua pihak, sebaiknya meminta pendapat dari berbagai pihak dalam penyusunan

peraturan tentang sasaran keselamatan pasien akan memberikan rasa tanggung jawab yang lebih besar.

Patient safety merupakan komponen penting dan vital dalam asuhan keperawatan yang berkualitas. Hal ini menjadi penting karena *patient safety* merupakan suatu langkah memperbaiki mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan oleh Cahyono (2008). Penerapan keselamatan pasien dilaksanakan dengan baik maka pelayanan yang mengutamakan keselamatan dan kualitas yang optimal akan memberikan dampak yang luas. Terutama bagi masyarakat akan mendapatkan pelayanan yang lebih berkualitas, aman dan memenuhi harapan mereka. Bagi rumah sakit menjadi nilai tambah untuk pencapaian pelayanan yang berstandar nasional dan internasional. (Agency for Healthcare Research and Quality/AHRQ,2001)

Menurut teori Choo dkk (2011) perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien harus menerapkan keselamatan pasien. Perawat harus melibatkan kognitif, afektif, dan tindakan yang mengutamakan keselamatan pasien. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus penuh kepedulian. Persepsi perawat untuk menjaga keselamatan pasien sangat berperan penting dalam pencegahan, pengendalian, dan peningkatan keselamatan pasien.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Desiana Yudi (2019) yang berjudul Hubungan Beban Kerja Fisik dan Mental Perawat dengan Penerapan *Patient Safety* di IGD dan ICU RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado . Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa penerapan *patient safety* oleh responden paling banyak tergolong kurang 18 perawat (60%) hal ini disebabkan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi penerapan *patient safety* seperti lingkungan kerja yang tidak kondusif seperti tidak ada kerja sama, kejenuhan, kelelahan, dan beban kerja berlebihan dari perawat dapat menimbulkan risiko melakukan kesalahan.

Didapatkan dari hasil penelitian yang dilakukan bahwa masih ada yang tidak melakukan komunikasi terapeutik bahwa diketahui sangat penting dilakukan komunikasi terapeutik bertujuan penyembuhan

pasien.kemampuan perawat untuk berkomunikasi mempengaruhi penilaian pasien terhadap perawat dan juga yang perawat rasakan tentang dirinya. Setiap intervensi yang dibuat oleh perawat dilaksanakan dengan menggunakan komunikasi teraupetik.

Menurut peneliti berdasarkan hasil uji Chi Square menunjukan tidak ada hubungan perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* di RSUD Inche Abdoel Moeis Samararinda dengan nilai p value = 0,440. Hasil analisa menunjukan responden yang menerapkan *patient safety culture* baik maupun tidak, tidak terkait dengan fungsi perencanaan kepala ruangan baik maupun tidak baik. hal ini dikarenakan sebagian besar perawat pelaksana tingkat pendidikannya D3 sebanyak 32 (78%), dimana tenaga keperawatan yang ada terbanyak ahli madya yang sifatnya hanya operasional. Untuk masa kerja kerja perawat pelaksana yang terbanyak 24 (58.5%) dimana pengalaman yang dimiliki masih kurang termasuk rasa tanggung jawab dan menurut peneliti sendiri bahwa karakteristik masing-masing individu berbeda-beda dan berdampak langsung dengan penerapan budaya keselamatan pasien.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, ada banyak keterbatasan yang dimiliki antara lain :

1. Penelitian menggunakan keterbatasan terutama pada desain peneletian dengan menggunakan cross sectional dimana waktu pengukuran/ observasi data baik variable dependen dan maupun variable independen dinilai hanya satu kali pada suatu saat walaupun tidak semua subjek penelitian pada hari dan waktu yang sama tetapi variabelnya hanya dinilai satu kali saja dan melakukan penelitian indicator SKP harus dipecah
2. Sebagai peneliti pemula, keterbatasan pengetahuan dan pemahaman karena belum ada pengalaman dalam proses pelaksanaan penelitian

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda Tahun 2019, didapatkan hasil tidak ada hubungan yang signifikan antara perencanaan kepala ruangan dengan penerapan patient safety culture. Hal ini dibuktikan dengan nilai p value lebih besar dari alpha ($0,440 > 0,05$) dan nilai X_2 hitung yang lebih kecil dari X_2 tabel ($0,596 < 3,481$)

B. Saran

1 Rumah Sakit

Setelah dilakukan penelitian ini, harapannya perawat dapat meningkatkan penerapan *patient safety culture*.

2 Profesi Keperawatan

Menambah wawasan mahasiswa ilmu keperawatan tentang penerapan *patient safety culture*.

3 Peneliti Selanjutnya

Dapat dikembangkan dengan menggunakan metode observasi dan wawancara dan melakukan penelitian secara



DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, R. R. K., Daulay, & Yuswardi. (2016). *Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang Dengan Penerapan Patient Safety Culture Di Rumah Sakit Dr.Zainoel Abidin Banda Aceh*.
- Choo, Chinsan, J. H., & Backnali. (2010). *Journal of Nursing Managementent. Nurse's Role In Medication Safety, 18*.
- Dahlan, S. (2011). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dewi, S. C. (2011). Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan keselamatan dan pasien dan perawat di IRNA I RSUP DR.SARDJITO.
- Dumauli. (2008). Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Pelaksanaan Fungsi Manajerial Kepala Ruangan Dengan Kinerja Perawat Di Ruang MPKP dan NONMPKP RSUD Budhi Asih.
- Fithriyani, Wahyuni, F. S., & Priscilla, V. (2017, Maret 1). *Jurnal Akadenmika Baiturrahim. Analisis Hubungan Fungsi Manajerial Kepala Ruangan Dengan Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Pariaman, 6*.
- Irviranty, A. (2014). *Analisis Budaya Organisasi dan Budaya Keselamatan Pasien Sebagai langkah Pengembangan Keselamatan Pasien di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2014, 196-204*.
- Kumbadewi,L. (2016). Pengaruh Umur, Pengalaman Kerja, Upah, Teknologi dan Lingkungan Kerja Terhadap Produktivitas Karyawan. *E-Journal, 4*.
- Notoatmodjo. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika .
- Pratiwi, P. D. (2018). Faktor yang berhubungan dengan keselamatan pasien oleh perawat di ruang rawat inap RSI Ibnu Sina Padang.
- Purwanto. (2012). *Pengaruh Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang Terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana Di Rs Haji Jakarta .*

Putri, D. (2018). *Hubungan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Di Ruang Rawat Inap RSI Sina Padang* .

Ramos, R. R., & Calidgid, C. C. (2018). *Patient Safety Culture Among Nurse At A Tertiary Government Hospital In The Philippines*.

Ratnasih. (2001). *Hubungan Antara Kemampuan Kepala Ruangan Dalam Melaksanakan Fungsi Manajemen Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap RS Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto*.

RI, M. K. (2011). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

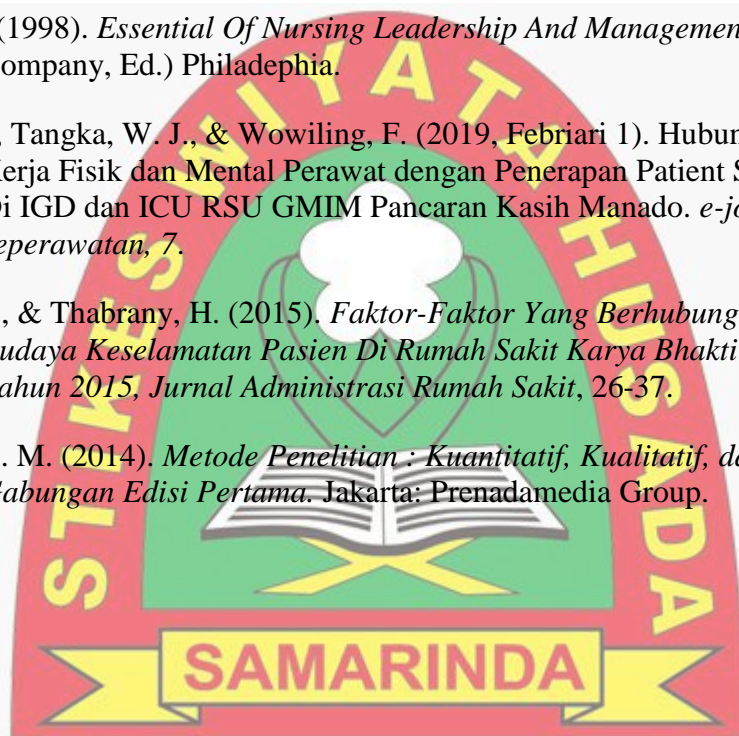
Swansburg, R. (1999). *Introductory management and leadership* 8. (Mosby, Ed.)

Tappen. (1998). *Essential Of Nursing Leadership And Management*. (F. Company, Ed.) Philadelphia.

Yudi, D., Tangka, W. J., & Wowiling, F. (2019, Februari 1). Hubungan Beban Kerja Fisik dan Mental Perawat dengan Penerapan Patient Safety Culture Di IGD dan ICU RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado. *e-journal keperawatan*, 7.

Yulia, Y., & Thabrany, H. (2015). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Karya Bhakti Pratiwi Bogor Tahun 2015*, *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 26-37.

Yusuf, A. M. (2014). *Metode Penelitian : Kuantitatif, Kualitatif, dan Penelitian Gabungan Edisi Pertama*. Jakarta: Prenadamedia Group.





**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008

TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/V/2015

PERINGKAT B

Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp./Fax. (0541) 7272431

www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id



Nomor : /STIKES-WHS/LT/2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Studi Pendahuluan & Pengambilan Data

27 Februari 2019

Kepada Yth.

Direktur RSUD IA. Moeis Samarinda
Cq. Diklit RSUD IA. Moeis Samarinda
di -

Tempat

Dengan hormat,


Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan Studi Pendahuluan dan pengambilan data di rumah sakit yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : Devi Selvia Saputri
NIM : 15.0166.501.01
Semester : VII
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : **Hubungan Fungsi Perencanaan Kepala Ruangan Dengan Penerapan Patient Safety Culture**

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Ketua I,

Ns. Sumiati Sinaga.,M.Kep
NIK-113072.82.09.006



**PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN
RSUD I.A. MOEIS**

Jln. H.A.M.M Rifaddin Samarinda Telp. 0541-7269006 7268960
Fax. 0541 7268893 e.mail rsud_iam@yahoo.com

Nomor : 445.1.05/ 586 /100.02.028
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Izin Studi Pendahuluan &
Pengambilan Data

Kepada Yth.

**Ka. Prodi. Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda**
di-

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat Saudara nomor /STIKES-WHS/LT/2019 tanggal 27 Februari 2019, perihal Permohonan Izin Studi Pendahuluan & Pengambilan Data atas:

Nama : Devi Selvia Saputri
NIM : 15.0166.501.01
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : **Hubungan Fungsi Perencanaan Kepala Ruangan
dengan Penerapan Patient Safety Culture**

DAPAT DIBERIKAN dengan memperhatikan dan mematuhi peraturan yang berlaku di RSUD I.A. Moeis Samarinda.

Demikian surat pemberitahuan ini disampaikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 12 Maret 2019

plh. DIREKTUR
RSUD I.A. Moeis Samarinda

dr. Yuniarto Setiawan, Sp.B

Penata Tk.I/IIId

NIP. 19720619 200912 1 001



YAYASAN SETIA BUDI SAMARINDA
**RUMAH SAKIT DIRGAHAYU
SAMARINDA**



TERAKREDITASI PARIPURNA
KARS

STATUS TERAKREDITASI PARIPURNA KARS

Jalan Gn. Merbabu RT. 17 No. 62 Telp. (0541) 742161 Fax. (0541) 744636, 748308 E-mail : sekretariat@rsdirgahayu.com Samarinda 75122

Samarinda, 03 Juli 2019

Nomor : 165/SDM-DIKLAT/RSD/VII/2019
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Permohonan Izin Uji Validitas Data

Kepada Yth.
Wakil Ketua I
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Wiyata Husada Samarinda
Di -
Samarinda

Dengan hormat,

Menanggapi surat dari Wakil Ketua I Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda No : 1188/STIKES-WHS/LT/2019 tertanggal 01 Juli 2019 perihal Permohonan Izin Uji Validitas Data atas nama Devi Selvia Saputri (NIM : 15.0166.501.01), dengan ini kami memberikan persetujuan kepada yang bersangkutan untuk melakukan Uji Validitas Data dengan judul "Hubungan Fungsi Perencanaan Kepala Ruangan Dengan Penerapan Patient Safety Culture Di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda" untuk kepentingan penyusunan skripsi dengan memperhatikan semua prosedur yang berlaku dan tidak dipublikasikan untuk kepentingan lain.

Demikian persetujuan izin Validasi Data ini dibuat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Hormat kami,
RS. Dirgahayu Samarinda



Dr. Indriani Lim
Direktur

Tembusan :
1. Arsip



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN
RSUD I.A. MOEIS

Jln. H.A.M.M Rifaddin Samarinda Telp. 0541-7269006 7268960
Fax. 0541 7268893 e.mail rsud_iam@yahoo.com

Nomor : 445.1.05/1953/100.02.028
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Izin Penelitian

Samarinda, 23 Juli 2019
Kepada Yth.
Ketua Prodi. Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda
di-

Tempat

Sehubungan dengan surat Saudara nomor 1189/STIKES-WHS/LT/2019 tanggal 01 Juli 2019, perihal Permohonan Izin Penelitian atas:

Nama : Devi Selvia Saputri
NIM : 15.0166.501.01
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : **Hubungan Fungsi Perencanaan Kepala Ruangan dengan Penerapan Patient Safety Culture di RSUD I.A. Moeis Samarinda**

DAPAT DIBERIKAN dengan memperhatikan dan mematuhi peraturan yang berlaku di RSUD I.A. Moeis Samarinda. **Kepada Mahasiswa yang bersangkutan diwajibkan untuk mempresentasikan hasil penelitian di RSUD I.A. Moeis Samarinda sebelum mempresentasikan di kampus.**

Demikian surat pemberitahuan ini disampaikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

plh. DIREKTUR
RSUD I.A. Moeis Samarinda
24.07.19
dr. Yuniarto Setiawan, Sp.B
Penata Tk.I/IIId
NIP. 19720619 200912 1 001

Lampiran

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama/ Inisial :

Umur :

Alamat :

Dengan ini saya bersedia menjadi responden pada penelitian dengan judul
“Hubungan Fungsi Perencanaan Kepala Ruangan dengan Penerapan Patient
Safety Culture di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda”, yang diteliti oleh :

Nama : Devi Selvia Saputri

Nim : 15.0166.501.01

Demikian persetujuan ini saya buat dengan sesungguhnya dan tidak ada
paksaan dari pihak manapun.

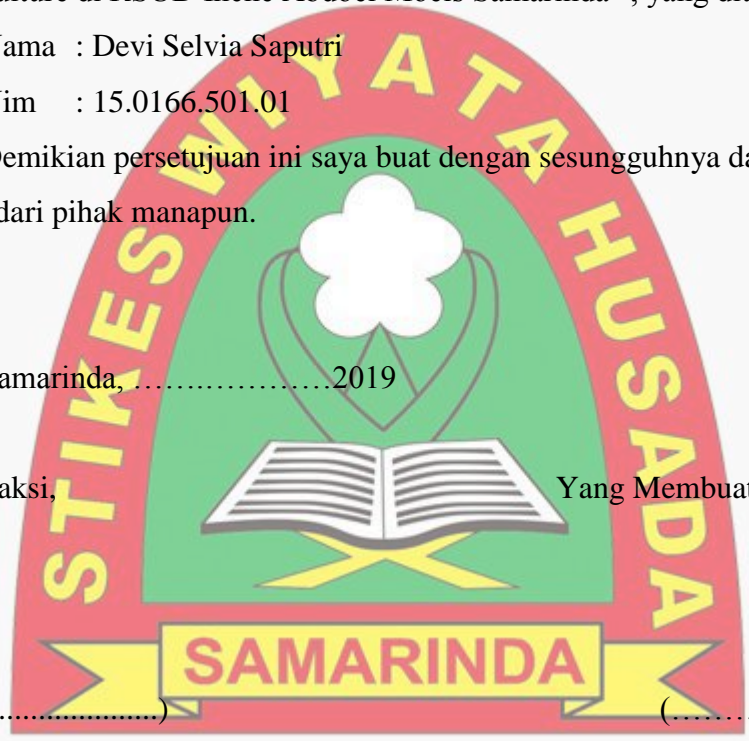
Samarinda,2019

Saksi,

Yang Membuat Pernyataan

(.....)

(.....)



Karakteristik Responden

jeniskelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
laki-laki	14	34.1	34.1	34.1
Valid perempuan	27	65.9	65.9	100.0
Total	41	100.0	100.0	

umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
17-25	9	22.0	22.0	78.0
Valid 26-35	31	75.6	75.6	87.8
36-45	1	2.4	2.4	100.0
Total	41	100.0	100.0	

pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
D3 keperawatan	32	78.0	78.0	78.0
Valid s1 keperawatan	4	9.8	9.8	87.8
Profesi ners	5	12.2	12.2	100.0
Total	41	100.0	100.0	

lamakerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
< 5 tahun	24	58.5	58.5	58.5
Valid >5 tahun	17	41.5	41.5	100.0
Total	41	100.0	100.0	

Uji Normalitas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Perencanaan karu	41	100.0%	0	0.0%	41	100.0%
<i>Patient safety culture</i>	41	100.0%	0	0.0%	41	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
perencanaankaru	Mean	129.83	1.996	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	125.79	
		Upper Bound	133.86	
	5% Trimmed Mean	129.17		
	Median	130.00		
	Variance	163.395		
	Std. Deviation	12.783		
	Minimum	115		
	Maximum	156		
	Range	41		
	Interquartile Range	18		
	Skewness	.706	.369	
	Kurtosis	-.391	.724	
	patientsafety	Mean	63.76	1.219
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	61.29	
		Upper Bound	66.22	
5% Trimmed Mean		63.18		
Median		62.00		
Variance		60.889		
Std. Deviation		7.803		
Minimum		53		
Maximum		84		
Range		31		
Interquartile Range	7			

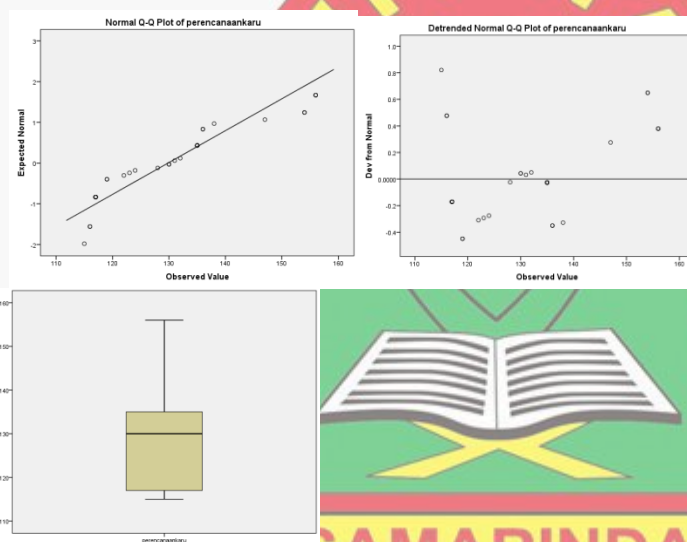
Skewness	1.185	.369
Kurtosis	.592	.724

Tests of Normality

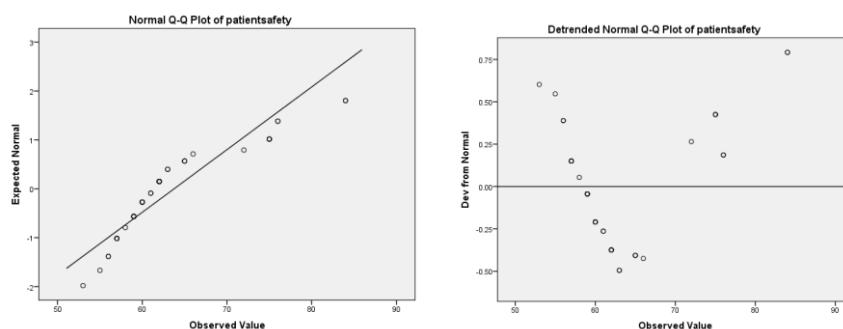
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
perencanaankaru	.167	41	.005	.864	41	.000
patientsafety	.223	41	.000	.854	41	.000

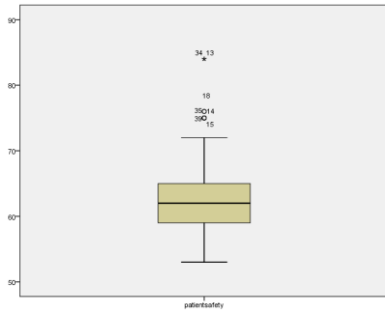
a. Lilliefors Significance Correction

Perencanaan kepala ruangan



Patient Safety Culture





Uji Univariat

Perencanaan kepala ruangan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
baik	22	53.7	53.7	53.7
Valid kurang baik	19	46.3	46.3	100.0
Total	41	100.0	100.0	

patientsafety2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
baik	21	51.2	51.2	51.2
Valid kurang baik	20	48.8	48.8	100.0
Total	41	100.0	100.0	

Uji Bivariat (Chi Square)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
perencanaankaru1 * patientsafety2	41	100.0%	0	0.0%	41	100.0%

perencanaankaru1 * patientsafety2 Crosstabulation

			patientsafety2		Total
			baik	kurang baik	
perencanaankaru1	baik	Count	13	9	22
		% within perencanaankaru1	59.1%	40.9%	100.0%
	kurang baik	Count	8	11	19
		% within perencanaankaru1	42.1%	57.9%	100.0%
Total		Count	21	20	41
		% within perencanaankaru1	51.2%	48.8%	100.0%



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.177 ^a	1	.278	.354	.220
Continuity Correction ^b	.596	1	.440		
Likelihood Ratio	1.183	1	.277		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.149	1	.284		
N of Valid Cases	41				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.27.

b. Computed only for a 2x2 table



Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for perencanaankaru1 (baik / kurang baik)	1.986	.571	6.902
For cohort patientsafety2 = baik	1.403	.746	2.639
For cohort patientsafety2 = kurang baik	.707	.376	1.329

N of Valid Cases	41		
------------------	----	--	--



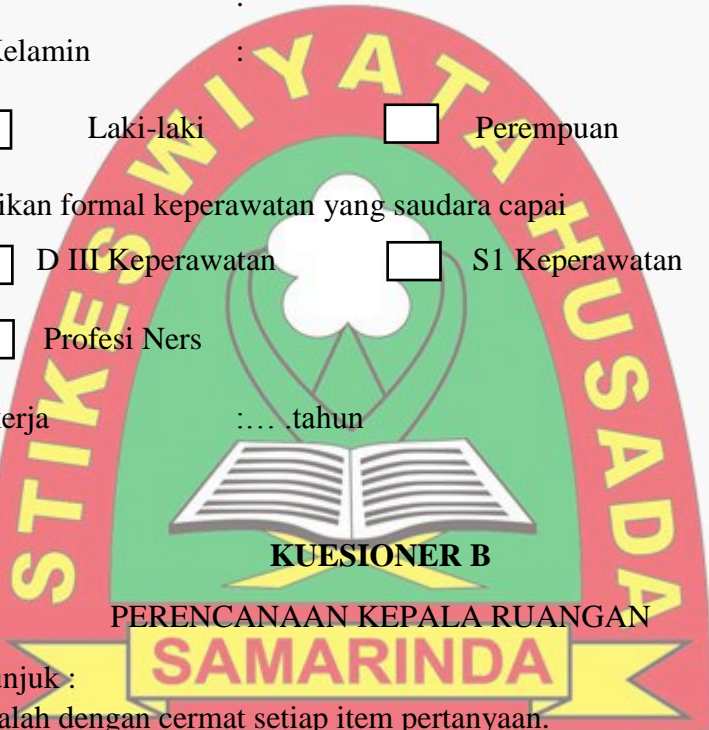
Lampiran 8

KUESIONER A
IDENTITAS RESPONDEN

Petunjuk Pengisian :

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda (V) pada salah satu pilihan jawaban yang menurut saudara benar dan menuliskan jawaban singkat pada tempat yang disediakan.

1. Inisial :
2. Usia :
3. Jenis Kelamin :
 Laki-laki Perempuan
4. Pendidikan formal keperawatan yang saudara capai :
 D III Keperawatan S1 Keperawatan
 Profesi Ners
5. Masa kerja :.... tahun



Petunjuk :

- A. Bacalah dengan cermat setiap item pertanyaan.
- B. Berilah tanda check (V) pada jawaban yang tersedia sesuai jawaban yang saudara/I pilih sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dengan alternative jawaban sebagai berikut :
 4. SS = Sangat Setuju
 3. S = Setuju
 2. TS = Tidak setuju
 1. STS = Sangat tidak setuju
- C. Jawaban saudara/i akan kami jaga dan kami jamin kerahasiaannya dan tidak mempengaruhi karier dan penilaian kerja saudara/i

No	Pernyataan	Jawaban			
		STS	TS	S	SS
1	kepala ruangan membuat visi saaran keselamatan pasien untuk di ruang rawatnya				
2	kepala ruangan mensosialisasikan visi yang telah dibuat kepada perawat diruangan nya				
3	kepala ruangan melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun visi tentang sasaran keselamatan pasien untuk diruangannya				
4	kepala ruangan membuat misi sasaran keselamatan pasien untuk diruangan nya				
5	Kepala ruangan mensosialisasikan misi keselamatan pasien untuk di ruangan				
6	Kepala ruangan melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun misi tentag sasaran keselamatan pasien diruangannya				
7	Kepala ruang membuat filosofi sasaran keselamatan pasien untuk diruangannya				
8	Kepala ruangan mensosialisasikan filosofi yang telah dibuat kepada perawat diruangan				
9	Kepala ruangan melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun				
10	Kepala ruangan membuat tujuan umum sasaran keselamatan pasien untuk diruangannya				
11	Kepala ruangan mensosialisasikan tujuan umum yang telah dibuat kepada perawat di ruangan				
12	Kepala ruangan melibatkan tujuan khusus sasaran keselamatan pasien diruangannya				
13	Kepala ruangan membuat tujuan khusus sasaran keselamatan pasien untu diruangannya				
14	Kepala ruangan mensosialisasikan tujuan khusus yang telah dibuat kepada perawat diruangan				
15	Kepala ruangan melibatkan perawat pelaksana dalam menyusun tujuan khusus tentang sasaran keselamatan pasien				
16	Kepala ruangan mensosialisasikan kebijakan SK peningkatan identifikasi pasien dengan tepat				
17	Kepala ruangan mensosialisasikan kebijakan SK komunikasi efektif				
18	Kepala ruangan mensosialisasikan kebijakan SK pedoman peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai				
19	Kepala ruangan mensosialisasikan kebijakan SK checklist <i>safe surgery</i> dikamar bedah				
20	Kepala ruangan mensosialisasikan kebijakan SK upaya mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan				
21	Kepala ruangan mensosialisasikan kebijakan SK upaya mengurangi risiko pasien jatuh				
22	Kepala ruangan mensosialisasikan prosedur identifikasi pemasangan gelang identitas pasien				

No	Pertanyaan	STS	TS	S	SS
23	Kepala ruangan mensosialisasikan prosedur identifikasi pasien yang akan dilakukan pemeriksaan klinis yang didistribusikan ke ruangan				
24	Kepala ruangan mensosialisasikan prosedur identifikasi pasien yang akan dilakukan pemberian pengobatan				
25	Kepala ruangan mensosialisasikan prosedur identifikasi pasien yang akan dilakukan tindakan				
26	Kepala ruangan mensosialisasikan prosedur penyerahan bayi saat pulang atau pindah ruang				
27	Kepala ruangan mensosialisasikan prosedur komunikasi pada saat operan (hand-offer)				
28	Kepala ruangan mensosialisasikan prosedur komunikasi melalui telepon				
29	Kepala ruang mensosialisasikan prosedur komunikasi saat visit bersama dokter				
30	Kepala ruangan mensosialisasikan prosedur identifikasi obat yang perlu diwaspadai				
31	Kepala ruangan mensosialisasikan prosedur pengelolaan cairan elektrolit konsentrat				
32	Kepala ruangan mensosialisasikan prosedur pelayanan perioperative				
33	Kepala ruangan mensosialisasikan prosedur mencuci tangan				
34	Kepala ruangan mensosialisasikan peraturan yang telah dibuat oleh kepala ruangan kepada perawat ruangan				
35	Kepala ruangan mensosialisasikan prosedur pengurangan risiko pasien jatuh di ruangan perawatan				
36	Kepala ruangan mensosialisasikan peraturan yang telah dibuat oleh kepala ruangan				
37	Kepala ruangan melibatkan perawat pelaksana dalam membuat peraturan di ruangan tentang sasaran keselamatan pasien				
38	Kepala ruangan mensosialisasikan peraturan yang telah dibuat oleh kepala ruangan RS kepada perawat ruangan				
39	Kepala ruangan memberikan teguran sebelum melaporkan kepimpinan jika perawat ruangan tidak mentaati peraturan				

Sumber : Purwanto. (2012). *Pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Haji Jakarta. Tesis Tidak Dipublikasi.*

KUESIONER C

PENERAPAN PATIENT SAFETY CULTURE

Petunjuk :

- A. Bacalah dengan cermat setiap item pertanyaan
- B. Berilah tanda check (V) pada jawaban yang tersedia sesuai jawaban yang saudara/i pilih sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dengan alternative jawaban sebagai berikut :
 - 4 SL (Selalu), apabila pernyataan tersebut sering dilakukan (tidak pernah tidak dilakukan)
 - 3 Sr (Sering), apabila pernyataan tersebut sering dilakukan (lebih banyak melakukan dibandingkan dengan tidak melakukan)
 - 2 Jr (Jarang), apabila pernyataan tersebut jarang dilakukan (lebih banyak tidak melakukan dibandingkan dengan melakukan)
 - 1 TP (Tidak Pernah), apabila pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan sama sekali
- C. Jawaban saudara/i akan kami jaga dan kami jamin kerahasiaanya

No	Pertanyaan	Jawaban			
		TP	Jr	Sr	SL
1	Pasien yang dirawat di RS diidentifikasi dengan menggunakan dua identitas (nama pasien dan nomor rekam medis pasien) pada gelang tangan pasien				
2	Pasien yang dirawat di RS diidentifikasi dengan menggunakan tiga identitas (nama pasien, tanggal lahir pasien, dan nomor rekam medis pasien) pada gelang tangan pasien				
3	Saya melakukan identifikasi pasien sebelum pemberian obat cukup sekali aja				
4	Saya melakukan identifikasi pasien sebelum pemberian produk darah				
5	Saya melakukan identifikasi pasien sebelum mengambil specimen lain untuk pemeriksaan klinis pasien				
6	Saya memberikan laporan seperlunya saja saat serah terima <i>shift</i> berikutnya				
7	Saya memperkenalkan diri saat berinteraksi dengan pasien				
8	Saya cukup melihat pasien pada serah terima pergantian <i>shift</i>				
9	Saya mudah mendapatkan obat-obat yang perlu diwaspadai (kalium klorida 2meq, kalium fosfat, natrium klorida 0,9%, magnesium sulfat 50%)				
10	Saya memberi label secara benar pada obat-obat yang perlu diwaspadai (kalium klorida 2meq, kalium fosfat, natrium klorida, 0,9%, magnesium sulfat 50%)				

11	Saya meletakkan obat-obat seperti : kalium klorida 2meq, kalium fosfat, natrium klorida 0,9%, magnesium sulfat 50% ada dimeja kerja walaupun sudah tidak digunakan				
12	Saya sebelum melakukan tindakan pengobatan memperhatikan teknik 6 benar (1. Benar obat, 2.Benar dosis, 3.Benar pasien, 4.Benar rute, 5. Benar waktu, 6. Benar dokumen)				
13	Saya sebelum melakukan tindakan pengobatan memperhatikan teknik 12 benar (1. Benar obat, 2.Benar dosis, 3.Benar pasien, 4.Benar rute, 5. Benar waktu, 6. Benar dokumen, 7. Benar informasi, 8. Benar pengkajian, 9. Benar pasien menolak pengobatan, 10. Benar evaluasi 11. Benar reaksi terhadap makanan, 12. Benar reaksi dengan obat lain)				
14	Pasien yang akan dilakukan tindakan operasi diidentifikasi sebelum di bawa ke kamar operasi				
15	Saya melakukan komunikasi dengan anggota tim bedah jika menyerahkan pasien ke kamar bedah				
16	Saya mencuci tangan sesudah melakukan tindakan pada pasien				
17	Saya mencuci tangan pada air yang tidak mengalir				
18	Saya menggunakan alat proteksi diri (APD) jika dilihat kepala ruang				
19	Saya melakukan observasi pada pasien yang berisiko jatuh pada saat aplusan saja				
20	Saya melibatkan keluarga dalam perawatan pada pasien yang berisiko jatuh				
21	Pasien yang berisiko jatuh dibiarkan sendiri pergi ke kamar mandi pasien				

Sumber : Purwanto. (2012). *Pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Haji Jakarta. Tesis Tidak Dipublikasi.*

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien telah menjadi isu global yang sedang hangat dibahas diseluruh negara. Adanya kekhawatiran mengenai keselamatan pasien meningkat secara signifikan selama decade terakhir (Silverstone,2013), sehingga organisasi kesehatan dunia (WHO) tahun 2011 mengembangkan dan mempublikasikan Kurikulum Panduan Keselamatan Pasien (Patient Safety Curriculum Guide), yang menyoroti kebutuhan diseluruh dunia, untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mengajarkan keterampilan yang berorientasi pada keselamatan pasien (Tingle, 2011). Keselamatan pasien merupakan salah satu prinsip penting dari perawatan pasien dan dianggap sebagai komponen penting dari kualitas layanan kesehatan. Keselamatan pasien di definisikan sebagai "tindakan menghindari, mencegah, atau memperbaiki hasil buruk atau cedera yang disebabkan dalam proses perawatan di rumah sakit (Ramod & Calidgid 2018)

Mengungkapkan bahwa perawat bertanggung jawab untuk 78% dari efek samping. Selain itu penelitian juga membuktikan bahwa kematian akibat cedera medis 50% diantaranya sebenarnya dapat dicegah (Cahyono, 2012). Laporan yang diterbitkan oleh *Institut of Mediciene* (IOM) Amerika Serikat tahun 2000 tentang "*To Err is Human, Building to Safer Health System*"terungkap bahwa rumah sakit di Utah dan Colorado ditemukan KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) sebesar 2,9% dan 6,6% diantaranya meninggal, sedangkan di New York ditemukan 3,7% KTD dan 13,6% diantaranya meninggal. Lebih lanjut, angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di Amerika Serikat berjumlah 33,6 juta per tahun

berkisar 44.000 jiwa sampai 98.000 jiwa. Depkes, (2006) menyebutkan bahwa pada tahun 2004 WHO mempublikasikan KTD rumah sakit di berbagai negara yaitu Amerika, Inggris, Denmark dan Australia terjadi dengan rentang 3,2 -16,6 (Anwar et al., 2016).

Data Kejadian Tidak Diharapkan di rumah sakit Indonesia hingga Februari 2016 mencapai 289 laporan. KTD terbanyak jenisnya berupa 69 kejadian (43,67%) Kejadian Nyaris Cedera (KNC) pada pasien rawat inap, yaitu salah pemberian obat (29,2%), pasien jatuh (23,4%), batal operasi (14,3%), dan kesalahan identifikasi pasien (11%). Jenis insiden keselamatan pasien di Indonesia masih sulit diperoleh, namun tentu saja insiden keselamatan pasien ini dapat terjadi dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Kepala ruang merupakan manajer keperawatan yang langsung berhubungan dengan kegiatan pelayanan kesehatan pada pasien. Kepala ruang sebagai *lower manager* dalam keperawatan harus mampu menjalankan fungsi manajemen sehingga tujuan organisasi dapat tercapai. (Anwar, Rochadi, Daulay, & Yuswardi, 2016). Peran dan fungsi kepala ruangan diruang rawat dalam fungsi manajemen keperawatanantara lain perencanaan, pengorganisasian, pengaturan ketenagaan, pengarahan, pengawasan dan pengendalian mutu yang merupakan satu siklus yang saling berkaitan satu sama lain (Marquis, B.L & Huston, 2012). Kesalahan medis dan efek samping telah menjadi perhatian serius dalam beberapa tahun terakhir bagi pembuat kebijakan kesehatan dan penyedia layanan kesehatan dunia. Menurut statistik tahunan, di Amerika Serikat saja sekitar 98.000 kasus kematian pasien dilaporkan karena kesalahan medis (Castle, 2006). Program pengamatan lima tahun

Data yang didapatkan di RSUD Inche Abdoel Moeis pada tahun 2015 terdapat kesalahan lokasi operasi 21 orang, pasien jatuh terdapat 4 orang, data alergi 15 orang, data resiko jatuh 14 orang, data obat high alert 14 orang. Pada tahun 2019 terdapat pasien resiko jatuh sebanyak 20 orang. Upaya yang sangat penting untuk dilakukan dalam meningkatkan keselamatan pasien adalah menciptakan *patient safety culture*. Hal tersebut sejalan dengan apa yang diungkapkan oleh Sashkein & Kisher, dalam Tika (2006) bahwa budaya (*culture*) keyakinan, dimana nilai mengacu pada sesuatu yang diyakini oleh anggota organisasi untuk mengetahui apa yang benar dan apa yang salah, sedangkan keyakinan mengacu pada sikap tentang cara bagaimana seharusnya bekerja dalam organisasi. Dengan adanya nilai dan keyakinan yang berkaitan dengan keselamatan pasien yang ditanamkan pada setiap anggota organisasi, maka setiap anggota akan mengetahui apa yang seharusnya dilakukan dalam penerapan keselamatan pasien. Dengan demikian, perilaku tersebut pada akhirnya menjadi suatu budaya yang tertanam dalam setiap anggota organisasi berupa perilaku *patient safety culture*.

Terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit akan memberikan dampak yang merugikan bagi pihak rumah sakit, staf yang bertugas, dan pasien. Dampak yang ditimbulkan antara lain peningkatan biaya pelayanan, timbulnya konflik antara petugas kesehatan dengan pasien sehingga menimbulkan sengketa medis yang bisa masuk ke ranah hukum. Dampak lainnya yaitu tuduhan malpraktik dan citra buruk rumah sakit di masyarakat yang dapat menurunkan rasa kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan di rumah sakit. Untuk itu, dengan adanya penerapan sistem

keselamatan pasien yang baik diharapkan KTD dapat dikurangi dan dihindarkan agar pelayanan rumah sakit bermutu dan terpercaya (Pratiwi,P.D, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Anwar et al pada tahun 2016, mengatakan bahwa terdapat menunjukkan ada hubungan bermakna antara fungsi manajemen kepala ruang pada perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, dan pengendalian dengan penerapan *patient safety culture*. Penelitian yang dilakukan oleh Ramos, R. R., & Calidgid, C. C pada tahun 2018 mengatakan bahwa 292 perawat menyelesaikan survei, menghasilkan tingkat respons 86,65%. Dari 12 komposit dievaluasi, Kerja Tim dalam Unit (91,50%) adalah nilai positif tertinggi diikuti oleh Pembelajaran Organisasi - Peningkatan Berkesinambungan (86,89%) sedangkan tidak dihukum. Respons terhadap Kesalahan (17,65%) adalah yang berperingkat paling positif. Sebagian besar (71,48%) responden memiliki tidak melaporkan peristiwa apa pun dalam 12 bulan terakhir. Mayoritas (45%) melaporkan bahwa secara keseluruhan tingkat keamanan pasien di rumah sakit sangat baik dan tidak ada yang mengira itu gagal.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di RSUD Inche Abdoel Moeis. Diketahui populasi sebanyak 70 orang perawat pelaksana hasil 10 dari 7 orang perawat pelaksana mengatakan bahwa program pelaksanaan keselamatan pasien sudah dijalankan, namun pelaksanaan dilapangan belum dilaksanakan secara optimal. Masih ada pasien yang beresiko jatuh dan perawat yang jarang memperkenalkan diri saat berinteraksi dengan pasien. Berdasarkan permasalahan yang sudah dipaparkan diatas, maka

peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul "Hubungan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* di RSUD I.A Moeis".

laki dan perempuan dengan kemampuan memecahkan masalah motivasi, dan kemampuan belajar oleh Robbins (2001) dalam Purwanto 2012.

TUJUAN

Umur	Jumlah (n)	Presentase (%)
17-25	9	22%
26-35	31	75.6%
36-45	1	2.4%
Jumlah	41	100%

Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan fungsi

perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda

METODE

Penelitian kuantitatif dengan rancangan *cross sectional* yang dilakukan pada bulan juli 2019 dengan jumlah sampel sebanyak 41 orang Pengukuran variabel dilakukan dengan menggunakan kuisioner.

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Ruang Rawat Inap RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda pada tanggal 23-25 Juli 2019.

1 Karakteristik Responden

a. Jenis Kelamin

Table 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah (n)	Presentase (%)
Laki-laki	14	34.1%
Perempuan	27	65.9%
Jumlah	41	100

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan table 4.1 dapat dilihat bahwa frekuensi karakteristik responden terbanyak terdapat pada jenis kelamin perempuan yaitu 27 responden atau 65.9%. perbedaan gender tidak menjadi masalah perawat dalam memberi asuhan keperawatan .bahwa tidak ada perbedaan antara jenis kelamin laki-

b. Umur

Hasil pengumpulan data berkaitan dengan umur adalah sebagai berikut :

Table 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur

Berdasarkan table 4.2 diatas didapatkan hasil data menurut umur. Hasil penelitian terdapat pada kelompok umur yang terbesar pada kelompok umur 26-35 yaitu sebanyak 31 atau sebesar 75.6%. menurut Kumbadewi (2016), usia produktif seorang pekerja berada dalam rentang 15 sampai 65 tahun sehingga dapat terlihat responden dalam penelitian ini tergolong usia produktif.

c. Pendidikan

Hasil pengumpulan data berkaitan dengan pendidikan responden adalah sebagai berikut :

Table 4.3 Distribusi Frekuensi berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Jumlah (n)	Presentse (%)
D3 Keperawatan	32	78%
S1 Keperawatan	4	9.8%
Profesi Ners	5	12.2%
Jumlah	41	100

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan table 4.3 berdasarkan hasil data menurut tingkat pendidikan responden. Hasil penelitian karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan yang terbanyak terdapat pada D3 keperawatan yaitu sebanyak 32

atau sebesar 78%. Tingkat pendidikan yang tinggi umumnya menyebabkan seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawab oleh Mulyaningsih (2013).

d. Lama kerja

Hasil pengumpulan data berkaitan dengan lama kerja adalah sebagai berikut :

Table 4.4 Distribusi Frekuensi Lama Kerja

Perencanaan Kepala ruangan	Jumlah (n)	Presentase (%)
Baik	22	53.7%
Kurang baik	19	46.3%
Jumlah	41	100%

Berdasarkan table 4.5 diatas didapatkan data tentang fungsi perencanaan kepala ruangan. Hasil penelitian diketahui bahwa fungsi perencanaan kepala ruangan terbanyak pada kategori baik. hal ini menunjukkan bahwa perencanaan yang baik dari

Lama kerja	Jumlah (n)	Presentase (%)	kepal a ruang an dapat menja di
<5 tahun	24	58.5%	
>5 tahun	17	41.5%	
Jumlah	41	100%	

pedoman bagi staf untuk menunjukkan perilaku yang baik. (David, 2009).

b. Patient Safety Culture

Table 4.6 Patient Safety Culture
Sumber data primer 2019

Berdasarkan tabel 4.6 diatas hasil data menurut patient safety culture. Hasil penelitian diketahui bahwa patient safety culture terbanyak pada kategori baik. hal ini karena budaya keselamatan pasien merupakan faktor penting dalam upaya untuk mengurangi resiko yang merugikan dirumah sakit dan meningkatkan keselamatan pasien dalam Wang dkk (2014).

3. Analisa Bivariat

Setelah dilakukan analisa data secara univariate, maka selanjutnya dilakukan analisa bivariate yang mengetahui hubungan antara variable independen dan variable dependen yang dilakukan dengan menggunakan uji chi square. Hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut :

Table 4.7 Distribusi Responden berdasarkan Perencanaan kepala ruangan dengan penerapan patient safety culture di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda

Berdasarkan dari table 4.4 didapatkan hasil data menurut lama kerja Hasil penelitian karakteristik responden berdasarkan lama kerja yang terbanyak terdapat pada <5 tahun yaitu sebanyak 24 atau sebesar 58.5%. masa kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja tidak bisa menjadi penentu dalam memperkirakan produktivitas staf. Kemungkinan karena banyak faktor lain yang mempengaruhi produktivitas seseorang. Selain itu masa kerja yang lama dengan rutinitas pekerjaan yang sama tidak lagi menimbulkan tantangan sehingga memicu kejenuhan pada perawat. Hal ini mempengaruhi perilakunya dalam bekerja dan menurunkan kinerja seseorang. Menurut Robbins (2003) dalam Sari Candra Dewi (2011).

. Analisa Univariat

a. Fungsi Perencanaan Kepala Ruangan

Hasil pengumpulan data berkaitan dengan fungsi perencanaan kepala ruangan adalah sebagai berikut :

Table 4.5 Fungsi Perencanaan Kepala Ruangan

Fungsi Perencanaan Kepala Ruangan	Penerapan Patient Safety Culture				Total	P value
	Baik		Kurang baik			
	n	%	n	%	n	%
Baik	13	59.1	9	40.9	22	100.0
Kurang Baik	8	47.4	11	57.9	19	100.0
Total	21	51.2	20	48.8	41	100.0

Sumber : Data Primer,2019

Hubungan antara perencanaan kepala ruangan dengan penerapan patient safety culture dapat dilihat dari table 4.7. hasil uji statistic penelitian dengan menggunakan uji Chi Square pada 41 responden perawat pelaksana di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda didapatkan tidak terdapat hubungan perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture*.

PEMBAHASAN

1. Pembahasan hasil analisis Univariat

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa 41 perawat pelaksana terkait perencanaan kepala ruangan terbanyak pada kategori baik sebanyak 22 orang (53.7%) dan 19 orang (46.3%) . hal ini karena perencanaan yang baik merupakan sarana penting agar tujuan dari upaya kesehatan bisa tercapai dengan baik pula. Dengan perencanaan manajer perawat juga akan mampu memperkirakan kuantitas, kualitas serta menganalisis pekerjaan dan kebutuhan tenaga yang dikelolanya guna menjalankan fungsi-fungsi jabatan di unit kerjanya.

Menurut peneliti perencanaan kepala ruangan yang baik menandakan bahwa responden sudah memiliki keyakinan bahwa perencanaan kepala ruangan ruang rawat inap mampu melaksanakan salah satu tugas manajemen kepala ruangan dengan baik

Hasil dalam penelitian ini didapatkan penerapan *patient safety culture* secara baik karena baik ada 21 orang (51.2%) dan yang kurang baik didapatkan ada 20 orang (48.8%).hal ini karena pengetahuan perawat pelaksana yang baik akan keselamatan pastinya memiliki sikap yang baik dalam

meingkatkan mutu dalam pelayanan kesehatan

3 . Pembahasan Hasil analisis Bivariat

Hasil perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda.hasil uji Chi square (Continuity Correction) pada 41 responden didapatkan hasil sebesar p value 0,440 dan nilai X_2 hitung sebesar 0,596 yang artinya P value lebih besar dari alpha 0,05 dan nilai X_2 hitung lebih kecil dari 3,841 atau nilai X_2 tabel maka H_0 diterima dan H_a ditolak sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture*.

Perencanaan merupakan fungsi manajemen pertama yang sangat menentukan dan mempengaruhi keberhasilan dari fungsi-fungsi manajemen lainnya. Perencanaan harus dikerjakan lebih dahulu sebelum mengerjakan fungsi manajemen yang lainnya. Kepala ruangan merupakan manajer pada level pertama dalam manajemen di unit perawatan rawat inap yang memiliki tugas mengontrol kinerja perawat secara langsung oleh Tappen (1998)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Dumauli (2008), bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pelaksanaan fungsi perencanaan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana.demikian pula hasil penelitian Ratnasih (2001), bahwa tidak ada hubungan kemampuan melaksanakan fungsi perencanaan dengan kinerja perawaat (p value = 0,512). Hal ini disebabkan perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan masih berkotak-kotak pada jenis tugas tertentu, sehingga pekerjaan yang dilakukan oleh perawat masih bersifat rutinitas.

Didukung oleh penelitian Fithriyani (2017) dengan judul Analisis Hubungan Fungsi Manajerial Kepala Ruangan Dengan Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat

Inap RSUD Pariaman didapatkan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa fungsi perencanaan yang baik dengan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan baik yaitu 17,55 dan kurang baik 82,5% dengan (p values = 0,756) tidak adanya hubungan antara fungsi perencanaan dengan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan dalam hal membuat peraturan diruangan tentang sasaran keselamatan pasien tidak melibatkan perawat pelaksana agar peraturan dapat diterima baik oleh semua pihak, sebaiknya meminta pendapat dari berbagai pihak dalam penyusunan peraturan tentang sasaran keselamatan pasien akan memberikan rasa tanggung jawab yang lebih besar.

Patient safety merupakan komponen penting dan vital dalam asuhan keperawatan yang berkualitas. Hal ini menjadi penting karena *patient safety* merupakan suatu langkah memperbaiki mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan oleh Cahyono (2008). Penerapan keselamatan pasien dilaksanakan dengan baik maka pelayanan yang mengutamakan keselamatan dan kualitas yang optimal akan memberikan dampak yang luas. Terutama bagi masyarakat akan mendapatkan pelayanan yang lebih berkualitas, aman dan memenuhi harapan mereka. Bagi rumah sakit menjadi nilai tambah untuk pencapaian pelayanan yang berstandar nasional dan internasional. (Agency for Healthcare Research and Quality/AHRQ,2001).

Menurut teori Choo dkk (2011) perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien harus menerapkan keselamatan pasien. Perawat harus melibatkan kognitif, afektif, dan tindakan yang mengutamakan keselamatan pasien. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus penuh kepedulian. Persepsi perawat untuk menjaga keselamatan pasien sangat berperan penting dalam pencegahan,

pengendalian, dan peningkatan keselamatan pasien.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Desiana Yudi (2019) yang berjudul Hubungan Beban Kerja Fisik dan Mental Perawat dengan Penerapan *Patient Safety* di IGD dan ICU RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado . Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa penerapan *patient safety* oleh responden paling banyak tergolong kurang 18 perawat (60%) hal ini disebabkan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi penerapan *patient safety* seperti lingkungan kerja yang tidak kondusif seperti tidak ada kerja sama, kejenuhan, kelelahan, dan beban kerja berlebihan dari perawat dapat menimbulkan risiko melakukan kesalahan. Didapatkan dari hasil penelitian yang dilakukan bahwa masih ada yang tidak melakukan komunikasi terapeutik bahwa diketahui sangat penting dilakukan komunikasi terapeutik bertujuan penyembuhan pasien.kemampuan perawat untuk berkomunikasi mempengaruhi penilaian pasien terhadap perawat dan juga yang perawat rasakan tentang dirinya. Setiap intervensi yang dibuat oleh perawat dilaksanakan dengan menggunakan komunikasi terapeutik.

Menurut peneliti berdasarkan hasil uji Chi Square menunjukan tidak ada hubungan perencanaan kepala ruangan dengan penerapan *patient safety culture* di RSUD Inche Abdoel Moeis Samararinda dengan nilai p value = 0,440. Hasil analisa menunjukan responden yang menerapkan *patient safety culture* baik maupun tidak, tidak terkait dengan fungsi perencanaan kepala ruangan baik maupun tidak baik. hal ini dikarenakan sebagian besar perawat pelaksana tingkat pendidikannya D3 sebanyak 32 (78%), dimana tenaga keperawatan yang ada terbanyak ahli madya yang sifatnya hanya operasional. Untuk masa kerja kerja perawat pelaksanaan

yang terbanyak 24 (58.5%) dimana pengalaman yang dimiliki masih kurang termasuk rasa tanggung jawab dan menurut peneliti sendiri bahwa karakteristik masing-masing individu berbeda-beda dan berdampak langsung dengan penerapan budaya keselamatan pasien.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda Tahun 2019, didapatkan hasil tidak ada hubungan yang signifikan antara perencanaan kepala ruangan dengan penerapan patient safety culture. Hal ini dibuktikan dengan nilai p value lebih besar dari alpha ($0,440 > 0,05$) dan nilai X_2 hitung yang lebih kecil dari X_2 tabel ($0,596 < 3,481$).

SARAN

4 Rumah Sakit

Setelah dilakukan penelitian ini, harapannya perawat dapat meningkatkan penerapan *patient safety culture*.

5 Profesi Keperawatan

Menambah wawasan mahasiswa ilmu keperawatan tentang penerapan *patient safety culture*.

6 Peneliti Selanjutnya

Dapat dikembangkan dengan menggunakan metode observasi dan wawancara

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, R, R. K., Daulay, & Yuswardi. (2016). *Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang Dengan Penerapan Patient Safety Culture Di Rumah Sakit Dr.Zainoel Abidin Banda Aceh*.
- Choo, Chinsan, J. H., & Backnali. (2010). *Journal of Nursing Management. Nurse's Role In Medication Safety*, 18.
- Dahlan, S. (2011). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dewi, S. C. (2011). *Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruang dan Karakteristik Perawat dengan Penerapan keselamatan dan pasien dan perawat di IRNA I RSUP DR.SARDJITO*.
- Dumauli. (2008). *Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Pelaksanaan Fungsi Manajerial Kepala Ruangan Dengan Kinerja Perawat Di Ruang MPKP dan NONMPKP RSUD Budhi Asih*.
- Fithriyani, Wahyuni, F. S., & Priscilla, V. (2017, Maret 1). *Jurnal Akadenmika Baiturrahim. Analisis Hubungan Fungsi Manajerial Kepala Ruangan Dengan Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Pariaman*, 6.
- Iriviranty, A. (2014). *Analisis Budaya Organisasi dan Budaya Keselamatan Pasien Sebagai langkah Pengembangan Keselamatan Pasien di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2014*, 196-204.
- Kumbadewi, L. (2016). *Pengaruh Umur, Pengalaman Kerja, Upah, Teknologi dan Lingkungan Kerja Terhadap Produktivitas Karyawan*. *E-Journal*, 4.
- Notoatmodjo. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika .

- Pratiwi, P. D. (2018). Faktor yang berhubungan dengan keselamatan pasien oleh perawat di ruang rawat inap RSI Ibnu Sina Padang.
- Purwanto. (2012). *Pengaruh Penggunaan Pedoman Perencanaan Kepala Ruang Terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana Di Rs Haji Jakarta* .
- Putri, D. (2018). *Hubungan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Di Ruang Rawat Inap RSI Sina Padang* .
- Ramos, R. R., & Calidgid, C. C. (2018). *Patient Safety Culture Among Nurse At A Tertiary Government Hospital In The Philippines*.
- Ratnasih. (2001). *Hubungan Antara Kemampuan Kepala Ruangan Dalam Melaksanakan Fungsi Manajemen Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap RS Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto*.
- RI, M. K. (2011). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- Kasih Manado. *e-journal keperawatan*, 7.
- Yulia, Y., & Thabrany, H. (2015). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Karya Bhakti Pratiwi Bogor Tahun 2015, Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 26-37.
- Yusuf, A. M. (2014). *Metode Penelitian : Kuantitatif, Kualitatif, dan Penelitian Gabungan Edisi Pertama*. Jakarta: Prenadamedia Group.

Swansburg, R. (1999). *Introductory management and leadership* 8. (Mosby, Ed.)

Tappen. (1998). *Essential Of Nursing Leadership And Management*. (F. Company, Ed.) Philadelphia.

Yudi, D., Tangka, W. J., & Wowiling, F. (2019, Februari 1). Hubungan Beban Kerja Fisik dan Mental Perawat dengan Penerapan Patient Safety Culture Di IGD dan ICU RSU GMIM Pancaran



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES)

Wiyata Husada Samarinda

BIODATA PENELITI

A. Biodata Pribadi

1. Nama : Devi Selvia Saputri
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat Tanggal Lahir : Tenggarong, 08 Maret 1997
4. Agama : Islam
5. Alamat : Jl. Dimbak Rt 10 Melak Ilir
6. Email : dselviasaputri@gmail.com
7. No.Hp : 081250074088
8. Program Studi : S1-Ilmu Keperawatan
9. Nim : 15.0166.501.01
10. Judul Skripsi : Hubungan Fungsi Perencanaan Kepala Ruang dengan Penerapan *Patient Safety Culture* di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda
11. Dosen Pembimbing : 1. Ns. Edy Mulyono., S.Pd., S.Kep., M.Kep
: 2. Ns. Wahyu Oktoviyanti, S.Kep., MM

B. Riwayat Pendidikan

1. SD : Sekolah Dasar Negeri 001 Melak
2. SMP : Sekolah Menengah Pertama Negeri 2 Sendawar
3. SMA : Sekolah Menengah Atas Negeri 1 Sendawar

Samarinda, 19 Agustus 2019

Peneliti

Devi Selvia Saputri

15.0166.501.01



