

**GAMBARAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN BEBAN KERJA PERAWAT
DALAM PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUANG
PERAWATAN RUMAH SAKIT SAMARINDA MEDIKA CITRA**

SKRIPSI



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2021**

**GAMBARAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN BEBAN KERJA PERAWAT
DALAM PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUANG
PERAWATAN RUMAH SAKIT SAMARINDA MEDIKA CITRA**

SKRIPSI

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



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2021**



SURAT PERNYATAAN ORIGINALITAS PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yuliana Tantra Wijaya

NIM : 19011016

Tempat / Tanggal lahir : Samarinda, 25 Juli 1994

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Institusi : ITKES Wiyata Husada Samarinda

Dengan ini menyatakan bahwa penelitian dengan judul **“Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Beban Kerja Dalam Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Ruang Perawatan Rumah Sakit Samarinda Medika Citra”** belum pernah dipublikasikan dan belum pernah diikutsertakan dalam perlombaan di tingkat Regional, Nasional atau Internasional sebelumnya serta tidak mengandung unsur plagiat di dalamnya.

Demikianlah pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar dan tanpa ada unsur paksaan dari siapapun. Jika di kemudian hari ditemukan ketidakbenaran informasi, maka saya bersedia menerima konsekuensi sesuai dengan aturan yang berlaku.

Samarinda, 17 Maret 2021
Yang menyatakan,

Yuliana Tantra Wijaya
NIM. 19011016

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan BimbinganNya saya dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul **“Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Beban Kerja Dalam Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Ruang Perawatan Rumah Sakit Samarinda Medika Citra”**. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana (S.Kep.) pada Program Studi Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses yepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar – besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. H. Mujito Hadi S.Pd., M.Kep. selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Dr. Eka Ananta Sidharta, SE, MM., AK., CA., CSRS., CSRA., CFrA, selaku Rektor Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda
3. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku Ketua Proram Studi. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya.
4. dr. Teguh Nurwanto, MARS selaku Direktur Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.
5. Ns. Siti Mukharomah, M.Kep.Sp.Kep.,Kom selaku dosen pembimbing satu yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
6. Ns. Aries Abiyoga S.Kep., M.Kep. selaku dosen pembimbing dua yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
7. Ns. Desy Ayu Wardani, M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku dosen penguji utama yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.

8. Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji dua yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
9. Segenap Dosen dan Tenaga Pengajar Kependidikan Program Studi Ilmu Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda.
10. Ns. Risfi Ariyanti S.Kep selaku tim KPRS Rumah Sakit Samarinda Medika Citra yang telah membantu saya dalam mengumpulkan data
11. Kepada seluruh Kepala Ruangan Perawatan yang ada di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra yang telah mengizinkan saya dalam melakukan penelitian dan pengambilan data.
12. Seluruh teman sejawat perawat yang ada di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra yang telah membantu saya dalam menyelesaikan penelitian ini dan bersedia menjadi responden.
13. Kepada Orang tua, saudara, beserta orang terkasih yang telah memberi semangat kepada saya dalam menyelesaikan penelitian ini.
14. Keluarga besar Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda, khususnya teman-teman seperjuangan reguler transfer Samarinda 2019 atas dukungan, semangat dan kerjasamanya.

Dan semua pihak yang telah membantu penyelesaian skripsi ini, semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas kebaikan kita semua dan skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu.

Samarinda, 17 Maret 2021

Yuliana Tantra Wijaya
NIM. 19011016

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yuliana Tantra Wijaya

NIM : B19011016

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah yang berjudul “Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Beban Kerja Dalam Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Ruang Perawatan Rumah Sakit Samarinda Medika Citra” Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasi tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.



Samarinda, 17 Maret 2021

Yang menyatakan,

Yuliana Tantra Wijaya

NIM. 19011016

Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Beban Kerja Dalam Penerapan Budaya Keselamatan Pasien

Abstrak

Yuliana Tantra Wijaya¹, Siti Mukharomah², Aries Abiyoga³

Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Dimana salah satu tujuan rumah sakit ialah memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pengetahuan, sikap, dan beban kerja perawat dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan rancangan deskriptif dan pendekatan *Cross Sectional*. Jumlah sampel penelitian ini sebanyak 80 responden perawat rawat inap di Rumah Sakit samarinda Medika Citra yang didapatkan menggunakan *Consecutive Sampling*. Hasil dari analisa univariat didapatkan bahwa pengetahuan perawat baik, analisis sikap menunjukkan sikap positif, dan beban kerja tinggi dapat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan. Pengetahuan yang tinggi, dan sikap positif berdampak baik dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Sedangkan beban kerja yang tinggi dapat berdampak kurang baik dalam penerapan budaya keselamatan pasien.

Kata Kunci : pengetahuan, sikap, beban kerja, budaya keselamatan pasien.

¹Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

²⁻³Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

Description of Knowledge, Attitudes, and Workload in the Application of a Patient Safety Culture

Abstract

Yuliana Tantra Wijaya¹, Siti Mukharomah², Aries Abiyoga³

Hospital is a health service institution that provides complete individual health services. Where one of the goals of the hospital is to provide protection for patient safety. This study aims to describe the knowledge, attitudes, and workload of nurses in the application of patient safety culture. This research is a type of quantitative research using a descriptive design and a cross sectional approach. The number of samples of this study were 80 nurses at the Samarinda Medika Citra Hospital which were obtained using Consecutive Sampling. The results of the univariate analysis showed that the knowledge of nurses was good, the attitude analysis showed a positive attitude, and high workloads could affect the quality of health services. High knowledge and positive attitude have a good impact on the application of patient safety culture. Meanwhile, a high workload can have a negative impact on the application of patient safety culture.

Keywords: knowledge, attitude, workload, patient safety culture.

¹Student of Nursing Study Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda

²⁻³Lecturers of Nursing Study Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN ORIGINALITAS PENELITIAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan	5
1.Tujuan Umum	5
2.Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat Penelitian	6
E. Penelitian Yang Telah Dilakukan	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Telaah Pustaka	9
1.Konsep Keselamatan Pasien.....	9
2.Konsep Pengetahuan Perawat	21
3.Konsep Sikap Perawat.....	26
4.Konsep Beban Kerja.....	29
5.Konsep Budaya Keselamatan Pasien	33
6.Teori Keperawatan <i>Caring</i> Jean Watson	37
B. Kerangka Teori Penelitian.....	41
BAB III METODE PENELITIAN.....	42
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	42
B. Kerangka Konsep Penelitian	42
C. Populasi dan Sampel	43
D. Variabel Penelitian	45
E. Definisi Operasional.....	46
F. Tempat dan Waktu Penelitian	49
G. Instrumen Penelitian.....	49
H. Uji Instrumen	53
I. Prosedur Pengumpulan Data	55
J. Analisa Data	56
K. Etika Penelitian	58
L. Alur Penelitian	59

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	60
A. Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	60
B. Hasil Penelitian	60
C. Pembahasan.....	65
D. Keterbatasan Penelitian	74
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	76
A. Kesimpulan	76
B. Saran.....	77
DAFTAR PUSTAKA	78



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel <i>Caring Dimensions Inventory</i>	40
Tabel 3.1 Tabel Definisi Operasional Penelitian	46
Tabel 3.2 Kisi – kisi Instrumen Penelitian	51
Tabel 3.3 Tabel Uji Validitas Instrumen Penelitian.....	53
Tabel 3.4 Tabel Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Penelitian.....	55
Tabel 3.5 Tabel Uji Normalitas Data	57
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia.....	60
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan jenis kelamin.....	61
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Status Pernikahan	61
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Masa Bekerja.....	62
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	62
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan	63
Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Sikap.....	64
Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Beban Kerja	65
Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Budaya Keselamatan Pasien.....	65



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skema Konsep Teori Caring Jean Watson.....	41
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	43
Gambar 3.2 Skema Alur Penelitian.....	59



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Biodata Peneliti
- Lampiran 2 : Manuskrip Penelitian
- Lampiran 3 : Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 4 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 5 : Lembar Kuosioner
- Lampiran 6 : Surat Ijin Studi pendahuluan
- Lampiran 7 : Surat ijin Penelitian
- Lampiran 8 : Surat Balasan Ijin Penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dimana salah satu tujuan rumah sakit ialah memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien (UU No 44 tahun 2009). Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global untuk rumah sakit. Ada lima isu penting terkait dengan keselamatan di rumah sakit yaitu keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau tugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang dapat berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan, keselamatan bisnis rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup Rumah Sakit menurut Kemkes RI (2015). Hal ini tertuang dalam penjelasan PERMENKES No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Pasal 5 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.

National Patient Safety Agency (2017) melaporkan dalam rentang waktu Januari – Desember 2016 angka kejadian keselamatan pasien yang dilaporkan dari negara Inggris sebanyak 1.879.822 kejadian. dan untuk negara Indonesia kasus pelaporan insiden keselamatan pasien meningkat dengan jumlah pelaporan IKP naik dari 289 kasus menjadi 7.465 kasus dalam rentang tahun 2015 hingga 2019, Kalimantan Timur dengan presentasi kasus sebesar 15%, untuk RS Samarinda Medika Citra sebanyak 186 kasus sejak Januari hingga Desember tahun 2019. Adapun jenis insiden yang mendominasi adalah KTD (kejadian tidak diharapkan), KNC

(kejadian nyaris cidera), dan KTC (kejadian tidak cidera). Data WHO (2020) mengatakan 1 dari 10 pasien mengalami infeksi nosokomial akibat perawatan di rumah sakit yang seharusnya bisa dicegah. Sedangkan 60% kematian dikarenakan perawatan yang berkualitas buruk. Kualitas dan pelayanan yang tidak aman menimbulkan kerugian yang cukup besar. Misalnya, untuk pasien yang salah dalam pemberian obat dapat menghabiskan biaya sebesar 48 miliar USD.

Salah satu dukungan pemerintah dalam implementasi sistem keselamatan pasien rumah sakit secara nasional diatur dalam Permenkes No 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien di rumah sakit. Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada tanggal 01 juni 2005 (KKP-RS, 2017). Lalu membentuk buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) oleh KEMKES RI Tahun 2006 (Kuncoro, 2012). Rumah sakit memiliki Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKP-RS) yang tergabung di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) yang bertugas melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisis insiden berupa *Root Cause Analysis* (RCA) atau Analisis Akar Masalah dan mengembangkan solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien, selanjutnya melapor secara langsung kepada Direktur Rumah Sakit. (Tim RSUDZA, 2017).

Salah satu bentuk dalam mencegah cedera pada pasien adalah menerapkan budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien adalah produk dari nilai, sikap, kompetensi dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen, *style* dan kemampuan suatu organisasi pelayanan kesehatan terhadap program keselamatan pasien (Kemkes, 2017). Dimensi dalam budaya keselamatan pasien yaitu meliputi keterbukaan komunikasi, *feedback* dan komunikasi tentang kesalahan yang terjadi, frekuensi pelaporan kejadian, *handoff* dan transisi, dukungan organisasi untuk keselamatan pasien, *nonpunitive respon to error/respon* tidak menghakimi pada kesalahan yang dilakukan, *organizational learning* atau pembelajaran berkelanjutan, persepsi keseluruhan mengenai keselamatan pasien, *staffing*, *supervisor* atau harapan manajer dan

tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan keselamatan pasien, kerjasama lintas unit, kerjasama antar unit dan dalam unit. (Sorra *et al.* 2016)

Tujuan dari sistem keselamatan pasien (patient safety) yaitu menurunnya KTD di rumah sakit. (Gibson, 1987) Menurut *Agency For Healthcare Research And Quality* (AHRQ, (2003) dalam Mulyati (2011), menyatakan bahwa KTD bisa terjadi dikarenakan oleh beberapa masalah, yakni masalah sumber daya manusia, kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat dan kegagalan – kegagalan teknis faktor yang berpengaruh dalam resiko terjadinya infeksi dirumah sakit salah satunya yaitu beban kerja yang tidak sesuai dengan staf/perawat yang tersedia (Griffiths *et all*, 2008 dalam Siregar, 2016). Beban kerja merupakan kondisi kerja dan uraian tugasnya yang dalam waktu tertentu mesti terselesaikan, Munandar (2005). Beberapa aspek yang berhubungan dengan beban kerja tersebut adalah jumlah pasien yang harus dirawat, kapasitas kerjanya sesuai dengan pendidikan yang diperoleh, shift yang digunakan untuk mengerjakan tugasnya yang sesuai dengan jam kerja yang berlangsung setiap hari, serta kelengkapan fasilitas yang dapat membantu perawat menyelesaikan kerjanya dengan baik (Irwandy, 2007 dalam Prihatini, 2007).

Upaya lain yang dapat dilakukan rumah sakit bersama tim KPRS adalah meningkatkan pengetahuan karyawan tentang keselamatan pasien guna meningkatkan dan mendorong tumbuhnya nilai budaya keselamatan pasien. Penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit tergantung pada pengetahuan perawat dalam mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien, pengetahuan ini mengenai sasaran keselamatan pasien yang terdiri atas ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan pengurangan risiko pasien jatuh. Oleh karena itu petugas kesehatan dibekali dengan program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien, serta perlu melaksanakan ronde keselamatan pasien dan

meningkatkan peran *champion patient safety* untuk selalu melakukan sosialisasi program keselamatan pasien (Iskandar, *et al* 2016).

Sikap seorang perawat serta kemampuannya sangat berperan penting dalam melaksanakan keselamatan pasien dikarenakan perilaku atau sikap perawat yang dapat membuat pasien merasa tidak nyaman dan terlindungi seperti lupa, kurangnya perhatian, kecerobohan, tidak terlintas dan kemampuan yang tidak memperdulikan dan menjaga keselamatan pasien berisiko yang dapat mengakibatkan cedera bahkan mengancam keselamatan pasien (Muharani, 2020). Hal ini sesuai dengan teori keperawatan *Caring* menurut Jean Watson. *Caring* adalah sentral untuk praktek keperawatan karena *caring* merupakan suatu cara pendekatan yang dinamis, dimana perawat bekerja untuk lebih meningkatkan kepeduliannya kepada pasien. Kunci dari kualitas pelayanan asuhan keperawatan adalah perhatian, empati dan kepedulian perawat (Triwijayanti, 2015). Tingginya tuntutan masyarakat akan pelayanan keperawatan yang berkualitas searah dengan teori *caring* dalam memperbaiki *image* perawat di masyarakat dan membuat profesi keperawatan memiliki tempat khusus di mata para pengguna jasa pelayanan kesehatan, bukan hanya sebagai pelengkap penderita. (Muhlisin dan Ichsan, 2018).

Rumah Sakit Samarinda Medika Citra merupakan salah satu rumah sakit di Kota Samarinda yang telah mendapatkan Akreditasi Tingkat Madya pada tahun 2018. Berdasarkan studi pendahuluan dengan teknik observasi kinerja perawat serta wawancara yang telah dilakukan pada 10 orang perawat, didapatkan bahwa beban kerja yang tinggi akibat tidak sesuai perbandingan jumlah pasien dengan perawat hal ini sesuai dengan peningkatan BOR rumah sakit dari 71,97 % pada tahun 2018 menjadi 75,17 % pada tahun 2019. Selain itu perawat mengatakan banyaknya pekerjaan membuat kurangnya perhatian perawat terhadap keselamatan pasien, dibuktikan dari banyaknya insiden keselamatan yang luput dari perhatian perawat. Melalui hasil observasi yang dilakukan peneliti, banyak perawat yang tidak melakukan identifikasi ulang gelang pasien, tidak membawa daftar pembagian obat saat pembagian obat, pasien

resiko jatuh ada yang tidak terpasang gelang kuning serta, gelang identitas yang kabur atau tidak segera diganti, tidak menerapkan kebersihan tangan dengan benar, dan penggunaan istilah medis saat memberika infomasi pada pasien atau keluarga. Banyaknya kesenjangan yang terjadi dilapangan maka peneliti tertarik meneliti mengenai hubungan pengetahuan, sikap, dan beban kerja perawat dengan penerapan budaya keselamatan pasien.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana pengetahuan, sikap, dan beban kerja dalam penerapan budaya keselamatan pasien di Ruang Perawatan Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.

1. Bagaimana pengetahuan perawat dalam penerapan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra?
2. Bagaimana sikap perawat dalam penerapan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra?
3. Bagaimana beban kerja perawat dalam penerapan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pengetahuan, sikap, dan beban kerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien di ruang perawatan Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.

2. Tujuan Khusus

- 2.1 Mengidentifikasi gambaran pengetahuan perawat dalam penerapan budaya keselamatan pasien
- 2.2 Mengidentifikasi gambaran sikap perawat dalam penerapan budaya keselamatan pasien
- 2.3 Mengidentifikasi gambaran beban kerja perawat dalam penerapan budaya keselamatan pasien

2.4 Menganalisis gambaran pengetahuan, sikap, dan beban kerja perawat dalam penerapan budaya keselamatan pasien

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan informasi tentang hubungan pengetahuan, sikap, dan beban kerja tinggi dalam penerapan keselamatan pasien dengan hasil uji statistik yang dapat dijadikan suatu referensi terkait dengan penemuan hasil riset dan dapat dianggap sebagai Evidence Base Practice of Nursing (acuan penemuan yang akan menjadi suatu konsep atau teori dalam pelaksanaan praktik keperawatan).

2. Manfaat Praktis

- 2.1. Bagi pihak rumah sakit, memberikan fakta tentang gambaran pengetahuan, sikap, dan beban kerja perawat dalam menerapkan budaya keselamatan pasien
- 2.2. Bagi perawat, agar dapat dijadikan acuan bahwa pengetahuan, sikap dan beban kerja yang tinggi dalam menerapkan budaya keselamatan pasien
- 2.3. Bagi institusi pendidikan, memberikan informasi dan menambah sumber kepustakaan mengenai hubungan pengetahuan, sikap, dan beban kerja perawat dalam menerapkan budaya keselamatan pasien
- 2.4. Bagi peneliti, menambah pengetahuan dan wawasan mengenai gambaran pengetahuan, sikap, dan beban kerja perawat dalam menerapkan budaya keselamatan pasien
- 2.5. Bagi peneliti selanjutnya dapat digunakan sebagai perbandingan dan dapat dikembangkan lagi untuk penelitian selanjutnya.

E. Penelitian Yang Telah Dilakukan

1. Safitri, R. (2019). Dengan judul Penerapan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit dan Kendala Yang Sering Dihadapi Perawat Dalam Penerapan Keselamatan Pasien. penelitian dilakukan dengan metode kualitatif di mana maksudnya dengan cara mengumpulkan sebanyak – banyaknya data untuk dianalisis. Yaitu dengan literature review ini dengan menganalisis yang berfokus pada hubungan beban kerja perawat dengan penerapan keselamatan pasien di rumah sakit. Dengan hasil Beban kerja perawat merupakan volume kerja perawat di sebuah unit rumah sakit. Sedangkan pekerjaan perawat merupakan waktu yang dibutuhkan untuk menangani pasien 24 jam per hari. Beban kerja penting diketahui sebagai dasar untuk mengetahui kapasitas kerja perawat agar terdapat keseimbangan antara tenaga perawat dengan beban kerja. Terdapat perbedaan yaitu, jenis penelitian yang menggunakan kualitatif dengan literature review. Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan peneliti adalah metode penelitian yang digunakan yaitu penelitian kualitatif, dengan metode *cross sectional*
2. Yasmi, Y., dan Thabrany, H. (2018). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Karya Bhakti Pratiwi Bogor. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa penelitian menunjukkan budaya keselamatan pasien di RSKBP masih kurang. Faktor – faktor yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien di RSKBP adalah umpan balik laporan insiden, budaya tidak menyalahkan, dan budaya belajar. Penelitian diambil dengan desain *explanatory sequential* pada 115 responden. Dengan tujuan penelitian eksplorasi untuk mengukur budaya keselamatan pasien, melihat struktur organisasi serta pelaksanaan dari program keselamatan pasien di RSKBP dan mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien di RSKBP. Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan peneliti ialah jenis penelitian, lalu metode yang dilakukan dimana tujuan peneliti ialah

melihat hubungan pengetahuan, sikap, dan beban kerja perawat dalam menerapkan budaya keselamatan pasien.

3. Khoshakhlagh *et al* (2019) dengan judul *Analysis Of Affecting Factors On Patient Safety Culture In Public And Private Hospitals In Iran* atau Analisis Faktor yang Mempengaruhi Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Umum dan Swasta di Iran. Penelitian ini menggunakan studi *Cross-Sectional* pada 1.203 petugas kesehatan yang dipekerjakan di enam rumah sakit yang terdiri dari tiga rumah sakit umum dan tiga rumah sakit swasta di Teheran, Iran. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Stratified Random Sampling* yang dikumpulkan menggunakan inventaris burnout Maslach dan kuesioner budaya keselamatan pasien (HSOPSC). Hasil penelitian menunjukkan tanggapan positif mengenai budaya keselamatan pasien di masing-masing rumah sakit dengan presentasi sebesar 65,5% untuk rumah sakit daerah dan 58,3% untuk rumah sakit swasta. Dengan faktor beban kerja, respon atasan terhadap kesalahan, persepsi perawat terhadap budaya keselamatan pasien didapatkan hasil bahwa beban kerja sangat mempengaruhi penerapan budaya keselamatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Keselamatan Pasien

1.1. Pengertian

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah proses dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen risiko, identifikasi, dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko. (KKP-RS, 2015). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017, 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. Keselamatan pasien dapat diartikan sebagai upaya untuk melindungi pasien dari sesuatu yang tidak diinginkan selama proses perawatan (Nasution, Puteri, 2018).

1.2. Tujuan Keselamatan Pasien

Pengaturan Keselamatan Pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam PERMENKES No. 11

Tahun 2017 Pasal 2 menjelaskan tujuan dari keselamatan pasien adalah:

- 1) Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- 2) Meningkatnya akutanbilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- 3) Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
- 4) Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan

1.3. Standar Keselamatan Pasien

Dalam rangka meningkatkan mutu dan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan, maka pemerintah dalam PERMENKES NO. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Pasal 5 menetapkan sistem pelayanan yang menerapkan sebuah standar keselamatan pasien berupa:

- 1) Hak pasien, dimana pasien maupun keluarganya berhak mendapatkan informasi tentang diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, *prognosis* terhadap tindakan yang dilakukan, dan perkiraan biaya pengobatan
- 2) Pendidikan bagi pasien dan keluarga. Merupakan kegiatan mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien dengan;
 - a. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap, dan jujur.
 - b. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
 - c. Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
 - d. Memahami konsekuensi pelayanan.
 - e. Mematuhi nasihat dokter dan menghormati tata tertib fasilitas pelayanan kesehatan.

- f. Memperlihatkan sikap saling menghormati dan tenggang rasa.
 - g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati
- 3) Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan. Merupakan upaya fasilitas pelayanan kesehatan di bidang keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan, dengan kriteria sebagai berikut:
- a. Pelayanan secara menyeluruh dan terkoordinasi mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, pemindahan pasien, rujukan, dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan.
 - b. Koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan ketersediaan sumber daya fasilitas pelayanan kesehatan.
 - c. Koordinasi pelayanan dalam meningkatkan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, asuhan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi, rujukan, dan tindak lanjut lainnya.
 - d. Komunikasi dan penyampaian informasi antar profesi kesehatan sehingga tercapai proses koordinasi yang efektif.
- 4) Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien. Merupakan kegiatan mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang telah ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien, dengan kriteria sebagai berikut:
- 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien. Merupakan kegiatan pimpinan fasilitas pelayanan

kesehatan dalam mendorong dan menjamin implementasi keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien, menjamin berlangsungnya kegiatan identifikasi risiko keselamatan pasien dan menekan atau mengurangi insiden secara proaktif, menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien, mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien, dan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusi setiap unsur dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien

6) Pendidikan bagi staf tentang keselamatan pasien

Merupakan kegiatan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien. Dimana setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan pelatihan/magang dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan Insiden, serta harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama tim (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Merupakan kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan dalam merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal yang tepat waktu dan akurat.

1.4. Sasaran Keselamatan Pasien

Maksud dan tujuan sasaran keselamatan pasien (SNARS, 2017) adalah untuk mendorong rumah sakit agar melakukan perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan rumah sakit dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus para ahli atas permasalahan ini. Sistem yang baik akan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien. Adapun sasaran pertama yaitu:

- 1) Mengidentifikasi pasien secara benar, maksud dan tujuan standar ini: pertama, memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan dan kedua, untuk menelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.
- 2) Meningkatkan komunikasi yang efektif. Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (*ambiguous*), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Macam – macam komunikasi efektif dapat dilakukan dengan cara *hand over* antar perawat atau melalui SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) atau komunikasi via telepon.
- 3) Meningkatkan keamanan obat – obatan yang harus di waspadai (*high alert*) Setiap obat jika salah penggunaannya dapat membahayakan pasien, bahkan bahayanya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien, terutama obat-obat yang perlu diwaspadai. Obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang mengandung risiko yang meningkat bila kita salah menggunakan dan dapat menimbulkan kerugian besar pada pasien. Obat yang perlu diwaspadai terdiri atas obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan (*error*) dapat menimbulkan kematian atau kecacatan seperti,

insulin, heparin, atau kemoterapeutik; obat yang nama, kemasan, label, penggunaan klinik tampak atau kelihatan sama (*look alike*), bunyi ucapan sama (*sound alike*), seperti Xanax dan Zantac atau Hydralazine dan Hydroxyzine atau disebut juga nama obat rupa ucapan mirip (NORUM); elektrolit konsentrat seperti potasium klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 2 mEq/ml, potasium fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40%, atau lebih. Daftar obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) tersedia di berbagai organisasi kesehatan seperti the World Health Organization (WHO) dan Institute for Safe Health Medication Practices (ISMP), di berbagai perpustakaan, serta pengalaman rumah sakit dalam hal KTD atau kejadian sentinel.

- 4) Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar. Salah-Lokasi, Salah-Prosedur, dan Salah-Pasien yang menjalani tindakan serta prosedur merupakan kejadian sangat mengkhawatirkan dan dapat terjadi. Kesalahan ini terjadi antara lain akibat komunikasi yang tidak efektif dan tidak adekuat antar anggota tim; tidak ada keterlibatan pasien untuk memastikan ketepatan lokasi operasi dan tidak ada prosedur untuk verifikasi; asesmen pasien tidak lengkap; catatan rekam medik tidak lengkap; budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim; masalah yang terkait dengan tulisan yang tidak terbaca, tidak jelas, dan tidak lengkap; penggunaan singkatan yang tidak terstandarisasi dan dilarang.
- 5) Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. Secara umum, infeksi terkait pelayanan kesehatan terjadi di

semua unit layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kencing disebabkan oleh kateter, infeksi pembuluh/aliran darah terkait pemasangan infus baik perifer maupun sentral, dan infeksi paru-paru terkait penggunaan ventilator. Upaya terpenting menghilangkan masalah infeksi ini dan infeksi lainnya adalah dengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan. Pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) tersedia dari World Health Organization (WHO). Rumah sakit mengadopsi pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) dari WHO ini untuk dipublikasikan di seluruh rumah sakit. Staf diberi pelatihan bagaimana melakukan cuci tangan dengan benar dan prosedur menggunakan sabun, disinfektan, serta handuk sekali pakai (*towel*), tersedia di lokasi sesuai dengan pedoman.

- 6) Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh. Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh dapat mendadak berubah menjadi berisiko tinggi. Hal ini disebabkan oleh operasi dan/atau anestesi, perubahan mendadak kondisi pasien, serta penyesuaian pengobatan. Banyak pasien memerlukan asesmen selama dirawat inap di rumah sakit. Rumah sakit harus menetapkan kriteria untuk mengidentifikasi pasien yang dianggap berisiko tinggi jatuh

1.5. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien

Berikut uraian tujuh langkah menuju keselamatan pasien dalam PERMENKES No. 11 Tahun 2017 Pasal 5 ialah:

- 1) Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.
- 2) Memimpin dan mendukung staf.
- 3) Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko.
- 4) Mengembangkan sistem pelaporan.
- 5) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien.
- 6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien.

- 7) Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

1.6. *Nine Life Saving Patient Safety Solutions*

WHO *Collaborating Centre for Patient Safety* pada tahun 2007 resmi menerbitkan *Nine Life Saving Patient Safety Solutions* (Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit). Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) mendorong rumah sakit di Indonesia untuk menerapkan sembilan solusi keselamatan pasien rumah sakit secara langsung atau bertahap, sesuai dengan kemampuan dan kondisi rumah sakit masing-masing. Berikut kriteria *nine life saving patient safety*:

- 1) *Look-alike, sound-alike medication names* atau Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip

Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM), yang membingungkan staf pelaksana adalah salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat (*medication error*) dan ini merupakan suatu keprihatinan di seluruh dunia. Dengan puluhan ribu obat yang ada saat ini di pasar, maka sangat signifikan potensi terjadinya kesalahan akibat bingung terhadap nama merek atau generik serta kemasan. Solusi NORUM ditekankan pada penggunaan protokol untuk pengurangan risiko dan memastikan terbacanya resep, label, atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dulu, maupun pembuatan resep secara elektronik.

- 2) *Patient Identification* atau pastikan identifikasi pasien

Kegagalan yang meluas dan terus menerus untuk mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah kepada kesalahan pengobatan, transfusi maupun pemeriksaan; pelaksanaan prosedur yang keliru orang; penyerahan bayi kepada bukan keluarganya, dsb. Rekomendasi ditekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien,

termasuk keterlibatan pasien dalam proses ini; standardisasi dalam metode identifikasi di semua rumah sakit dalam suatu sistem layanan kesehatan; dan partisipasi pasien dalam konfirmasi ini; serta penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

3) *Communication during Patient Hand-Overs* atau Komunikasi Secara Benar saat Serah Terima / Pengoperan Pasien

Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima/pengoperan pasien antara unit-unit pelayanan, dan didalam serta antar tim pelayanan, bisa mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial dapat mengakibatkan cedera terhadap pasien, rekomendasi ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan SPO untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis; memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan pada saat serah terima.

4) *Performance of Correct Procedure at Correct Body Site* atau Pastikan Tindakan Yang Benar Pada Sisi Tubuh Yang Benar

Tujuannya untuk mencegah jenis-jenis kekeliruan yang tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi prapembedahan; pemberian tanda pada sisi yang akan dibedah oleh petugas yang akan melaksanakan prosedur; dan adanya tim yang terlibat dalam prosedur, sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur dan sisi yang akan dibedah.

5) *Control of Concentrated Electrolyte Solution* atau Kendalikan Cairan Elektrolit Pekat

Sementara semua obat-obatan, biologis, vaksin dan media kontras memiliki profil risiko, cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi khususnya adalah berbahaya. Rekomendasinya adalah membuat standarisasi dari dosis, unit

ukuran dan istilah; dan pencegahan atas penyimpanan, pelabelan dan pengenceran cairan elektrolit pekat yang spesifik. Contoh: Penyimpanan elektrolit pekat, pemberian label *high alert*, instruksi yang jelas untuk pengenceran, SPO pemberian obat *high alert* dengan *double check*.

- 6) *Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care* atau Pastikan Akurasi Pemberian Obat Pada Pengalihan Pelayanan
Kesalahan medikasi terjadi paling sering pada saat transisi / pengalihan. Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat (*medication errors*) pada titik-titik transisi pasien. Rekomendasinya adalah menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh medikasi yang sedang diterima pasien juga disebut sebagai "*home medication list*", sebagai perbandingan dengan daftar saat admisi, penyerahan dan atau perintah pemulangan bilamana menuliskan perintah medikasi; dan komunikasikan daftar tsb kepada petugas layanan yang berikut dimana pasien akan ditransfer atau dilepaskan.
- 7) *Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connection* atau Hindari Salah Kateter dan Salah Sambung Selang (*Tube*)
Selang, kateter, dan spuit (*syringe*) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang bisa menyebabkan cedera atas pasien melalui penyambungan spuit dan slang yang salah, serta memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Rekomendasinya adalah menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara detail atau rinci bila sedang mengerjakan pemberian medikasi serta pemberian makan (misalnya selang yang benar), dan bilamana menyambung alat-alat kepada pasien (misalnya menggunakan sambungan & slang yang benar).

8) *Single Use of Injection Devices* atau Gunakan Alat Injeksi Sekali Pakai

Salah satu keprihatinan global terbesar adalah penyebaran dan HIV, HBV, dan HCV yang diakibatkan oleh pakai ulang (*reuse*) dari jarum suntik. Rekomendasinya adalah penlunya melarang pakai ulang jarum di fasilitas layanan kesehatan; pelatihan periodik para petugas di lembaga-lembaga layanan kesehatan khususnya tentang prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mereka mengenai penularan infeksi melalui darah dan praktek jarum sekali pakai yang aman.

9) *Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infection* atau Tingkatkan Kebersihan Tangan Sebagai Pencegahan Infeksi Nosokomial.

Kebersihan Tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang pimer untuk menghindarkan masalah ini. Rekomendasinya adalah mendorong implementasi penggunaan cairan atau dengan *handrub* berbasis alkohol. Beri edukasi teknik mengenai cuci tangan yang benar, mengingatkan penggunaan tangan bersih ditempat kerja; dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan maupun observasi dan teknik – teknik yang lain.

1.7. Insiden Keselamatan Pasien

1) Pengertian

Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lainlain) yang tidak seharusnya terjadi.

2) Jenis – jenis insiden keselamatan pasien

Berikut jenis – jenis insiden keselamatan pasien yang terjadi di lingkungan rumah sakit:

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Event* adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (“*commission*”) atau karena tidak bertindak (“*omission*”), bukan karena “*underlying disease*” atau kondisi pasien.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau *Near Miss* adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena “keberuntungan” (misal: pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau “peringanan” (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan , diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).
- d. Kondisi Potensial Cedera (KPC) / “*reportable circumstance*” adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- e. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) yaitu suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misalnya Amputasi pada kaki yang salah, dan sebagainya) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku. (SNARS, 2017)

2. Konsep Pengetahuan Perawat

2.1. Definisi

Dalam lingkup keselamatan pasien, pengetahuan perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien. insiden keselamatan pasien sangat berhubungan dengan faktor kesalahan yang dilakukan manusia (perawat atau tenaga medis lainnya) dimana kesalahan ini berupa sikap atau tindakan yang dipengaruhi oleh ketidaktahuan atau aktifitas kognitif manusia yang dapat mengancam keselamatan pasien (Cahyono, 2008 dalam Setiyajati, 2014).

Budaya keselamatan pasien yang baik dapat memperkecil insiden yang berhubungan dengan keselamatan pasien. Pengetahuan dan motivasi perawat tentang keselamatan pasien merupakan hal yang penting, karena jika pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien kurang maka akan berpengaruh terhadap kinerja perawat itu sendiri dalam penerapan patient safety di rumah sakit. Upaya penerapan patient safety sangat tergantung dari pengetahuan perawat. Apabila perawat menerapkan patient safety didasari oleh pengetahuan yang memadai, maka perilaku patient safety oleh perawat tersebut akan bersifat menetap (*long lasting*). Seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus memiliki pengetahuan yang benar, keterampilan, dan sikap untuk menangani kompleksitas perawatan kesehatan. Tanpa pengetahuan yang memadai, tenaga kesehatan termasuk perawat tidak biasa menerapkan dan mempertahankan budaya keselamatan pasien (Myers, 2012 dalam Darliana, 2016).

2.2. Aspek – Aspek Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*).

Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan (Notoatmodjo, 2014 dalam Putri, 2018), yaitu:

1) *Know* (Tahu)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang dipelajari sebelumnya termasuk dalam pengetahuan. Tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukurnya antara lain menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan dan sebagainya.

2) *Comprehension* (memahami)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya.

3) *Aplication* (aplikasi)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya).

4) *Analysis* (analisis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) *Synthesis* (Sintesis)

Yang dimaksud sintesis adalah suatu kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

6) *Evaluation* (Evaluasi)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau suatu objek. Penilaian ini didasarkan suatu criteria yang telah ada.

2.3. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Nursalam (2011) dalam Putri (2018) ada dua faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu:

a. Faktor Internal

(1) Umur

Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja dari segi kepercayaan masyarakat yang lebih dewasa akan lebih percaya dari pada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman jiwa.

(2) Pengalaman

Pengalaman merupakan guru yang terbaik (*experience is the best teacher*), pepatah tersebut bisa diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan cara untuk memperoleh suatu kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat dijadikan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan persoalan yang dihadapi pada masa lalu (Notoadmodjo, 2010 dalam Putri, 2018).

(3) Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya semakin pendidikan yang kurang akan menghambat

perkembangan sikap seseorang terhadap nilai – nilai yang baru diperkenalkan.

(4) Pekerjaan

Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya (Menurut Thomas 2007, dalam Nursalam 2011). Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan berulang dan banyak tantangan (Frich 1996 dalam Nursalam, 2011 dalam Putri, 2018)

(5) Jenis Kelamin

Istilah jenis kelamin merupakan suatu sifat yang melekat pada kaum laki-laki maupun perempuan yang dikonstruksikan secara sosial maupun kultural.

b. Faktor Eksternal

(1) Informasi

Menurut (Long, 1996 dalam Nursalam dan Pariani, 2010 dalam Putri, 2018) informasi merupakan fungsi penting untuk membantu mengurangi rasa cemas. Seseorang yang mendapat informasi akan mempertinggi tingkat pengetahuan terhadap suatu hal.

(2) Lingkungan

Menurut (Notoatmodjo, 2010) dalam Putri, 2018) hasil dari beberapa pengalaman dan hasil observasi yang terjadi di lapangan (masyarakat) bahwa perilaku seseorang termasuk terjadinya perilaku kesehatan, diawali dengan pengalaman-pengalaman seseorang serta adanya faktor eksternal (lingkungan fisik dan non fisik).

(3) Sosial Budaya

Semakin tinggi tingkat pendidikan dan status sosial seseorang maka tingkat pengetahuannya akan semakin tinggi pula

2.4. Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) terdapat beberapa cara memperoleh pengetahuan, yaitu:

a. Cara Kuno / Non Modern

Cara kuno atau tradisional dipakai untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum ditemukannya metode ilmiah, atau metode penemuan statistik dan logis. Cara-cara penemuan pengetahuan pada periode ini meliputi:

(1) Cara coba salah (*trial and error*)

Cara ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan tersebut tidak bisa dicoba kemungkinan yang lain.

(2) Pengalaman pribadi

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.

(3) Melalui jalan pikiran

Untuk memperoleh pengetahuan serta kebenarannya manusia harus menggunakan jalan pikirannya serta penalarannya. Banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau tidak. Kebiasaan-kebiasaan seperti ini biasanya diwariskan turun-temurun dari generasi ke generasi berikutnya. Kebiasaan-kebiasaan ini diterima dari sumbernya sebagai kebenaran yang mutlak.

b. Cara modern

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut “metode penelitian ilmiah” atau lebih populer disebut metodologi penelitian, yaitu:

(1) Metode induktif

Mula-mula mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau kemasyarakatan kemudian hasilnya dikumpulkan astu diklasifikasikan, akhirnya diambil kesimpulan umum.

(2) Metode deduktif

Metode yang menerapkan hal-hal yang umum terlebih dahulu untuk seterusnya dihubungkan dengan bagian-bagiannya yang khusus.

2.5. Kriteria Pengetahuan

Menurut Arikunto (2010) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- a. Baik, bila subyek menjawab benar 76% - 100% seluruh pertanyaan.
- b. Cukup, bila subyek menjawab benar 56% - 75% seluruh pertanyaan.
- c. Kurang, bila subyek menjawab benar <56% seluruh pertanyaan.

3. Konsep Sikap Perawat

3.1. Pengertian

Sikap adalah perasaan positif atau negatif atau mental yang selalu disiapkan, dipelajari, dan diatur yang memberikan pengaruh khusus pada respon seseorang terhadap orang lain, objek – objek, dan keadaan. Raftopoulos (2011) dalam Yarnita, (2018) mengatakan diantara banyak faktor individu sikap keselamatan merupakan hal yang berkaitan dengan budaya keselamatan pasien. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap situasi stimulus atau objek. Adanya sikap yang berbeda-beda diantara penyedia layanan kesehatan menjadi penghambat dalam budaya keselamatan pasien

(Zakari, 2011). Dilain sisi sikap dalam budaya keselamatan pasien merupakan hal penting yang menjadi bagian integral budaya keselamatan di rumah sakit (Sammer, 2010).

Robbins (2011) menjelaskan bahwa organisasi yang memiliki budaya yang kuat dapat mempunyai pengaruh yang bermakna bagi perilaku dan sikap anggotanya. Budaya organisasi menurut Tan (2002) dalam Wibowo (2011) merupakan satuan norma yang terdiri dari keyakinan, sikap, *core values*, dan pola perilaku yang dilakukan orang dalam organisasi. Budaya organisasi yang positif meningkatkan motivasi pekerja dengan adanya kepercayaan dan nilai-nilai positif yang dirasakan, dan meningkatkan kinerja untuk mencapai tujuan organisasi yaitu keselamatan pasien.

3.2. Struktur Sikap

Azwar (2012) berpendapat struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu:

- 1) **Komponen Kognitif:** Komponen kognitif berisi kepercayaan stereotipe seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap. Seringkali komponen ini dapat disamakan dengan pandangan (opini), terutama apabila menyangkut masalah isu atau problem yang kontroversial.
- 2) **Komponen Afektif:** Komponen afektif merupakan perasaan individu terhadap objek sikap dan menyangkut masalah emosi. Masalah emosional inilah yang biasanya berakar paling bertahan terhadap perubahan-perubahan yang mungkin akan mengubah sikap seseorang.
- 3) **Komponen Prilaku/Konatif:** Komponen prilaku atau konatif dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya.

3.3. Ciri – Ciri Sikap

Menurut Danang Sunyoto (2012), Sikap mempunyai ciri antara lain :

- 1) Sikap bukan pembawaan manusia sejak lahir, melainkan dibentuk atau dipelajari sepnajng perkembangan orang itu didalam hubungan dengan objeknya.
- 2) Sikap dapat berubah-ubah dan dapat dipelajari, oleh karena itu sikap dapat berubah pada orang bila terdapat keadaan dan syarat tertentu yang memudahkan sikapnya pada orang itu sendiri.
- 3) Sikap itu tidak berdiri sendiri melainkan senantiasa mengandung hubungan pada satu objek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
- 4) Objek sikap merupakan suatu hal tertentu atau kumpulan dari hal – hal tersebut. Sikap dapat di berkenaan dengan suatu objek yang serupa.

3.4. Fungsi Sikap

Menurut Daniel Kazt dalam Damiati (2017) mengklasifikasikan empat fungsi sikap, yaitu:

- 1) Fungsi Utilitarian adalah fungsi yang berhubungan dengan prinsip-prinsip dasar imbalan dan hukuman. Di sini kosumen mengembangkan beberapa sikap terhadap produk atas dasar apakah suatu produk memberikan kepuasan atau kekecewaan.
- 2) Fungsi Ekspresi Nilai Konsumen mengembangkan sikap terhadap suatu merek produk bukan didasarkan atas manfaat produk itu, tetapi lebih didasarkan atas kemampuan merek produk itu mengekspresikan nilai-nilai yang ada pada dirinya.
- 3) Fungsi Mempertahankan Ego Sikap yang dikembangkan oleh konsumen cenderung untuk melindunginya dari tantangan

eksternal maupun perasaan internal, sehingga membentuk fungsi mempertahankan ego.

- 4) Fungsi Pengetahuan Sikap membantu konsumen mengorganisasi informasi yang begitu banyak yang setiap hari dipaparkan pada dirinya. Fungsi pengetahuan dapat membantu konsumen mengurangi ketidakpastian dan kebingungan dalam memilah-milah informasi yang relevan dan tidak relevan dengan kebutuhannya.

4. Konsep Beban Kerja

4.1. Pengertian

Dihubungkan dengan teori – teori yang menjelaskan terjadinya IKP, cukup banyak aspek yang harus diperhatikan dalam implementasi sistem keselamatan pasien dirumah sakit. Implementasi keselamatan pasien dirumah sakit adalah mendesain pekerjaan dengan memperhatikan faktor manusia. Ini berarti dalam penataannya, memperhitungkan jam kerja, beban kerja, *staffing ratio*, dan shift kerja dengan memperhatikan faktor kelelahan dan siklus tidur.

Retraningsih (2016), menunjukkan bahwa terdapat hubungan beban kerja perawat dalam mengimplementasikan patient safety, dimana hasil penelitiannya menunjukkan bahwa beban kerja perawat yang berat berpengaruh pada implementasi keselamatan pasien yang kurang baik karena adanya perbedaan jumlah kegiatan atau aktivitas pada shift kerja, jumlah pasien, jumlah perawat serta perbedaan kelas perawatan. Menurut Wibowo (2013) pengukuran terhadap kinerja perlu dilakukan untuk mengetahui apakah selama pelaksanaan kinerja terhadap deviasi dari rencana yang telah ditentukan, atau apakah kinerja dapat dilakukan sesuai jadwal waktu yang diharapkan.

Salah satu penyebab beban kerja yang tinggi dikarenakan jumlah perawat kurang memadai atau mencukupi untuk jumlah

pasien, serta tugas perawat berlebih yaitu mengerjakan tugas yang bukan semestinya seperti menulis diit pasien yang data dilakukan oleh ahli gizi, mengaplos obat yang dapat dilakukan bidang farmasi serta masih banyak lagi. Banyaknya tugas tambahan yang harus dikerjakan oleh perawat dapat mengganggu penampilan kerja dari perawat. Akibat negatif dari banyaknya tugas tambahan ialah timbulnya emosi perawat yang tidak sesuai dengan yang diharapkan dan berdampak buruk bagi produktivitas perawat (Irwady, 2007 dalam Retnaningsih dan Fatmawati, 2016). Apabila beban kerja perawat lebih maka berdampak pada kinerja perawat yang kurang baik karena dipengaruhi oleh efek yakni kelelahan yang dialami oleh perawat karena tuntutan kerja yang diembankan kepada perawat tersebut terlalu tinggi sehingga secara otomatis kinerja perawat dalam mengimplementasikan keselamatan pasien juga dapat terganggu serta dapat mempengaruhi hasil kerja perawat tersebut kurang dalam Beda, *et al* (2019).

4.2. Pengukuran Beban Kerja

Menurut Ilyas dalam Krisna (2012) ada tiga cara yang dapat digunakan untuk mengukur beban kerja yaitu:

- 1) *Work Sampling Tehnik* ini dikembangkan pada dunia industri untuk melihat beban kerja yang dipangku oleh personil pada suatu unit, bidang ataupun jenis tenaga tertentu. Pada *work sampling* kita dapat mengamati sebagai berikut:
 - a. Aktifitas yang sedang dikerjakan personil pada jam kerja.
 - b. Kaitan antara aktifitas personil dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja.
 - c. Proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif.

- d. Pola beban kerja personil dikaitkan dengan waktu dan schedule jam kerja.
- 2) *Study Time and Motion Technic* ini dilaksanakan dengan mengamati secara cermat kegiatan yang dilakukan oleh personil yang sedang diamati. Pada time and motion study, kita juga dapat mengamati sebagai berikut:
 - a. Aktifitas yang sedang dikerjakan personil pada jam kerja.
 - b. Kaitan antara petugas personil dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja.
 - c. Proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif.
 - d. Pola beban kerja personil dikaitkan dengan waktu dan *schedule* jam kerja
 - 3) *Daily log* merupakan bentuk sederhana dari *work sampling*, dimana orang-orang yang diteliti menuliskan sendiri kegiatan dan waktu yang digunakan untuk kegiatan tersebut. Penggunaan tehnik ini sangat tergantung pada kerjasama dan kejujuran dari personel yang diteliti. Dengan menggunakan formulir kegiatan dapat dicatat jenis kegiatan, waktu, dan lamanya kegiatan dilakukan.

4.3. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Beban Kerja

Secara umum hubungan antara beban kerja dan kapasitas kerja menurut Tarwaka dalam Hariyati yang dikutip dari Astianto dan Supriyadi (2014) dalam Meilinda (2017) dipengaruhi oleh berbagai faktor yang sangat kompleks, baik faktor internal maupun faktor eksternal

1) Faktor Internal

Faktor internal yang berpengaruh terhadap beban kerja adalah faktor yang berasal dari dalam tubuh sendiri sebagai akibat adanya reaksi dari beban kerja eksternal. Reaksi tubuh

tersebut dikenal sebagai strain. Berat ringannya strain dapat dinilai baik secara objektif maupun subjektif. Penilaian secara objektif melalui perubahan reaksi fisiologis, sedangkan penilaian subjektif dapat dilakukan melalui perubahan reaksi psikologis dan perubahan perilaku. Karena itu strain secara subjektif berkaitan erat dengan harapan, keinginan, kepuasan dan penilaian subjektif lainnya. Secara lebih ringkas faktor internal meliputi:

- a. Faktor somatis meliputi jenis kelamin, umur, ukuran tubuh, kondisi kesehatan, status gizi.
- b. Faktor psikis terdiri dari motivasi, persepsi, kepercayaan, keinginan, dan kepuasan.

2. Faktor Eksternal

Faktor eksternal yang berpengaruh terhadap beban kerja adalah beban yang berasal dari luar tubuh karyawan.

Termasuk beban kerja eksternal adalah:

- (1) Tugas (*task*) yang dilakukan bersifat fisik seperti beban kerja, stasiun kerja, alat dan sarana kerja, kondisi atau medan kerja, alat bantu kerja, dan lain-lain.
- (2) Organisasi yang terdiri dari lamanya waktu kerja, waktu istirahat, kerja bergilir, dan lain-lain.
- (3) Lingkungan kerja yang meliputi suhu, intensitas penerangan, debu, hubungan karyawan dengan karyawan, dan sebagainya

4.4. Indikator Beban Kerja

Indikator beban kerja dalam penelitian ini akan diukur dengan indikator sebagai berikut (Hart dan Staveland dalam Astianto, 2014) dalam Meilinda (2017):

- a. Faktor tuntutan tugas (*task demands*)

Faktor tuntutan tugas (*task demands*) yaitu beban kerja dapat ditentukan dari analisis tugas-tugas yang dilakukan oleh

pekerja. Bagaimanapun perbedaan-perbedaan secara individu harus selalu diperhitungkan.

b. Usaha atau tenaga (*effort*)

Jumlah yang dikeluarkan pada suatu pekerjaan mungkin merupakan suatu bentuk intuitif secara alamiah terhadap beban kerja. Bagaimanapun juga, sejak terjadinya peningkatan tuntutan tugas, secara individu mungkin tidak dapat meningkatkan tingkat *effort*.

c. Performansi

Sebagian besar studi tentang beban kerja mempunyai perhatian dengan performansi yang akan dicapai.

5. Konsep Budaya Keselamatan Pasien

5.1. Definisi

Budaya keselamatan pasien adalah produk dari nilai, sikap, kompetensi dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen, *style* dan kemampuan suatu organisasi pelayanan kesehatan terhadap program keselamatan pasien. Jika suatu organisasi pelayanan kesehatan tidak mempunyai budaya keselamatan pasien maka kecelakaan bisa terjadi akibat dari kesalahan laten, gangguan psikologis dan fisiologis pada staf, penurunan produktifitas, berkurangnya kepuasan pasien dan menimbulkan konflik internal (Kemenkes, 2017)

5.2. Aspek Budaya Keselamatan

O'Neal (2012) menilai budaya keselamatan pasien melalui tiga aspek:

- 1) Tingkat unit, mencakup: *supervisor/manager action promoting safety, organizational learning*-perbaikan berkelanjutan, kerjasama dalam unit di rumah sakit, komunikasi yang terbuka, umpan balik dan komunikasi

mengenai kesalahan, respon tidak mempersalahkan terhadap kesalahan, dan manajemen ketenagakerjaan

- 2) Tingkat rumah sakit, mencakup: dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien, kerjasama antar unit di rumah sakit, perpindahan transisi pasien
- 3) Keluaran, mencakup persepsi keseluruhan staf di rumah sakit terkait keselamatan pasien, frekuensi pelaporan kejadian, peringkat keselamatan pasien, jumlah total laporan kejadian dalam 12 bulan terakhir.

5.3. Karakteristik Budaya Keselamatan Pasien

Terdapat beberapa karakteristik sebagai penciri jika suatu rumah sakit berkomitmen untuk menegakkan budaya keselamatan pasien (Commission, 2017), antara lain:

- 1) Pemimpin mendemonstrasikan komitmen untuk keselamatan dalam setiap keputusan dan perilakunya
- 2) Keputusan pimpinan yang mendukung atau mempengaruhi keselamatan merupakan keputusan yang bersifat sistematis, kaku atau mengikat, dan penuh ketelitian
- 3) Rasa saling percaya dan saling menghargai harus ditanamkan dalam suatu organisasi
- 4) Kesempatan untuk belajar mengenai cara mempertahankan keselamatan pasien terbuka lebar dan setelahnya akan diimplementasikan
- 5) Isu-isu terkait yang berdampak pada keselamatan diidentifikasi secara tepat, dievaluasi secara menyeluruh, tepat sasaran dan sepadan dengan signifikansi tindakan yang dilakukan
- 6) Lingkungan kerja yang aman dan penuh kesadaran terkait keselamatan yaitu lingkungan kerja di mana para personelnnya merasa bebas untuk memperhatikan aspek keselamatan tanpa

merasa terintimidasi, tanpa ada gangguan, diskriminasi dan ketakutan akan pembalasan

- 7) Proses perencanaan dan aktifitas kontroling harus diimplementasikan sehingga keselamatan dapat dipertahankan.

5.4. Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Dimensi dalam budaya keselamatan pasien yaitu (Sorra et al. 2016):

- 1) Keterbukaan komunikasi
Staf merasa bebas untuk berbicara jika melihat sesuatu yang negatif yang berpengaruh terhadap pasien dan staf merasa bebas untuk bertanya lebih dalam dengan menggunakan otoritas yang mereka miliki
- 2) *Feedback* dan komunikasi tentang kesalahan yang terjadi.
Staf diinformasikan mengenai kesalahan yang terjadi, diberikan *feedback* mengenai perubahan yang akan diimplementasikan, dan mendiskusikan cara untuk mencegah kesalahan.
- 3) Frekuensi pelaporan kejadian, frekuensi kejadian dilaporkan dalam bentuk kesalahan yang diketahui dan diperbaiki karena menyangkut pasien, kesalahan yang tidak berpotensi membahayakan pasien, kesalahan yang dapat membahayakan pasien
- 4) *Handoff* dan transisi
Pertukaran informasi mengenai perawatan pasien disebarkan antar unit dalam rumah sakit dan disebarkan ketika pergantian shift jaga
- 5) Dukungan organisasi untuk keselamatan pasien
Manajemen rumah sakit menyediakan lingkungan kerja yang mempromosikan keselamatan pasien dan menunjukkan

bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas dalam manajemen rumah sakit

- 6) *Nonopunitive respon to error/respon* tidak menghakimi pada kesalahan yang dilakukan. Staf merasa bahwa kesalahan dan kejadian yang dialporkan tidak ditujukan untuk menyalahkan dirinya, dan kesalahan tersebut tidak hanya menjadi masalah pribadinya saja
- 7) *Organizational learning*-pembelajaran berkelanjutan
Kesalahan akan mendorong perubahan positif dan perubahan tersebut akan dievaluasi untuk menilai keefektifannya
- 8) Persepsi keseluruhan mengenai keselamatan pasien
Sistem dan prosedur yang ada sudah bagus untuk pencegahan kesalahan dan hanya terdapat sedikit masalah mengenai keselamatan pasien
- 9) *Staffing*
Staff yang ada di rumah sakit sudah cukup untuk mengatasi beban kerja yang tinggi dan jam kerja sudah sesuai untuk melakukan perawatan dan pelayanan terbaik untuk pasien
- 10) *Supervisor*
Harapan manajer dan tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan keselamatan pasien. *Supervisor*/manajer mempertimbangkan saran dari staf untuk meningkatkan keamanan pasien, memberikan respon positif terhadap staf yang mengikuti prosedur keselamatan pasien dengan benar dan tidak berlebihan dalam melakukan pembahasan mengenai masalah keselamatan pasien
- 11) Kerjasama lintas unit
Unit-unit dalam rumah sakit bekerja sama dan berkordinasi satu sama lain untuk menyediakan pelayanan terbaik untuk pasien

12) Kerjasama antar unit/dalam unit

Staf dalam unit saling mendukung satu sama lain, saling menghargai satu sama lain dan bekerja sama sebagai satu tim

13) Kerangka Kerja Budaya Keselamatan

Pembelajaran organisasi, kerjasama dan kolaborasi akan secara langsung mempengaruhi budaya keselamatan pasien. Kerjasama tim dan lingkungan kerja yang mendukung suasana kolaborasi akan meningkatkan pertukaran ilmu pengetahuan dan lingkungan kerja yang aman untuk mendukung pelaporan kejadian yang terkait keselamatan pasien dan *adverse event* yang terjadi di tempat bekerja. Dukungan organisasi struktural yang dilakukan seperti menyediakan pelatihan dan penyebaran informasi pengetahuan di dalam tim, dan dalam hirarki organisasi, yang dibutuhkan untuk mengembangkan pembelajaran dalam organisasi dan formalisasi pekerjaan (Goh, Chan, & Kuziemy, 2013 dalam Sulistiani, 2018).

6. Teori Keperawatan *Caring* Jean Watson

6.1. Pengertian

Keperawatan sebagai profesi dan berdasarkan pengakuan masyarakat adalah ilmu kesehatan tentang asuhan keperawatan atau *the health science of caring*. *Caring* merupakan suatu proses memberikan perhatian atau penghargaan kepada seorang manusia dan dapat juga diartikan sebuah upaya memberikan bantuan kepada individu atau sebagai advokasi pada individu yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya. Peningkatan mutu pelayanan keperawatan didukung oleh pengembangan teori-teori keperawatan, salah satunya adalah teori *Caring* menurut *Jean Watson*. *Caring* adalah sentral untuk praktek keperawatan karena *caring* merupakan suatu cara pendekatan yang dinamis, dimana perawat bekerja untuk lebih meningkatkan kepeduliannya kepada

klien. Kunci dari kualitas pelayanan asuhan keperawatan adalah perhatian, empati dan kepedulian perawat. Hal ini sangat sesuai dengan tuntutan masyarakat pada saat ini yaitu mengharapkan pelayanan keperawatan yang berkualitas. (Muhlisin dan Ichsan, 2008) Perawat memiliki peran yang paling dominan dalam mencegah terjadinya kesalahan dalam pengobatan, termasuk pelaporan insiden, mendidik diri sendiri dan perawat lain tentang penting komunikasi, memberikan rekomendasi untuk perubahan prosedur dan kebijakan serta keterlibatan dalam melakukan identifikasi permasalahan

Kualitas pelayanan kesehatan dapat terwujud dengan asuhan keperawatan yang professional meliputi intelektual, tehnikal, dan interpersonal yang mencerminkan perilaku *caring*. Dimana *caring* mempunyai hal yang tidak dapat dipisahkan yaitu perhatian, tanggung jawab, dan perilaku ikhlas.

6.2. Konsep *Caring*

Teori *Human Caring* yang dikembangkan oleh Watson antara tahun 1975-1979, hanya berkisar pada sepuluh *carative factors* sebagai suatu kerangka untuk memberikan suatu bentuk dan fokus terhadap fenomena keperawatan. Watson menganggap istilah “*factors*” terlalu stagnan terhadap sensibilitasnya di masa kini. Ia pun kemudian menawarkan suatu konsep yang lebih sesuai dengan evolusi teorinya dan arahnya di masa depan.

Konsep tersebut adalah “*clinical caritas*” dan “*caritas processes*”, yang dianggapnya lebih cocok dengan ide-ide dan arah perkembangan teorinya (Watson, 2004) *Original carative factors* kemudian dikembangkan oleh Watson menjadi *clinical caritas processes* yang menawarkan pandangan yang lebih terbuka (Watson, 2004), yaitu:

- 1) Menerapkan perilaku yang penuh kasih sayang dan kebaikan dan ketenangan dalam konteks kesadaran terhadap *caring*.

- 2) Hadir dengan sepenuhnya, dan mewujudkan dan mempertahankan sistem kepercayaan yang dalam dan dunia kehidupan subjektif dari dirinya dan orang dirawat.
- 3) Memberikan perhatian terhadap praktekpraktek spiritual dan transpersonal diri orang lain, melebihi ego dirinya.
- 4) Mengembangkan dan mempertahankan suatu hubungan *caring* yang sebenarnya, yang saling bantu dan saling percaya.
- 5) Hadir untuk menampung dan mendukung ekspresi perasaan positif dan negatif sebagai suatu hubungan dengan semangat yang dalam dari diri sendiri dan orang yang dirawat.
- 6) Menggunakan diri sendiri dan semua cara yang diketahui secara kreatif sebagai bagian dari proses *caring*, untuk terlibat dalam penerapan *caring-healing* yang artistik.
- 7) Terlibat dalam pengalaman belajar mengajar yang sebenarnya yang mengakui keutuhan diri orang lain dan berusaha untuk memahami sudut pandang orang lain.
- 8) Menciptakan lingkungan *healing* pada seluruh tingkatan, baik fisik maupun non fisik, lingkungan yang kompleks dari energi dan kesadaran, yang memiliki keholistikan, keindahan, kenyamanan, martabat, dan kedamaian.
- 9) Membantu terpenuhinya kebutuhan dasar, dengan kesadaran *caring* yang penuh, memberikan "*human care essentials*", yang memunculkan penyesuaian jiwa, raga dan pikiran, keholistikan, dan kesatuan diri dalam seluruh aspek *care*; dengan melibatkan jiwa dan keberadaan secara spiritual.
- 10) Menelaah dan menghargai misteri spritual, dan dimensi eksistensial dari kehidupan dan kematian seseorang, "*soul care*" bagi diri sendiri dan orang yang dirawat.

6.3. Perilaku *Caring*

Perawat memiliki peran yang paling dominan dalam mencegah terjadinya kesalahan dalam pengobatan, termasuk

pelaporan insiden, mendidik diri sendiri dan perawat lain tentang penting komunikasi, memberikan rekomendasi untuk perubahan prosedur dan kebijakan serta keterlibatan dalam melakukan identifikasi permasalahan. Dalam penelitian Triwijayanti (2015) menjelaskan bahwa pemberian pelayanan keperawatan yang didasari oleh perilaku *caring* perawat mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Penerapan *caring* yang diintegrasikan dengan pengetahuan biofisikal dan pengetahuan mengenai perilaku manusia akan dapat meningkatkan kesehatan individu dan memfasilitasi pemberian pelayanan kepada pasien. macam-macam perilaku *caring* sesuai dengan dimensi *caring* atau *Caring Dimensions Inventory* (CDI) yang didesain oleh Watson dan Lea (1997) merupakan instrumen yang dikembangkan untuk meneliti perilaku perawat. Daftar dimensi caring tersebut antara lain:

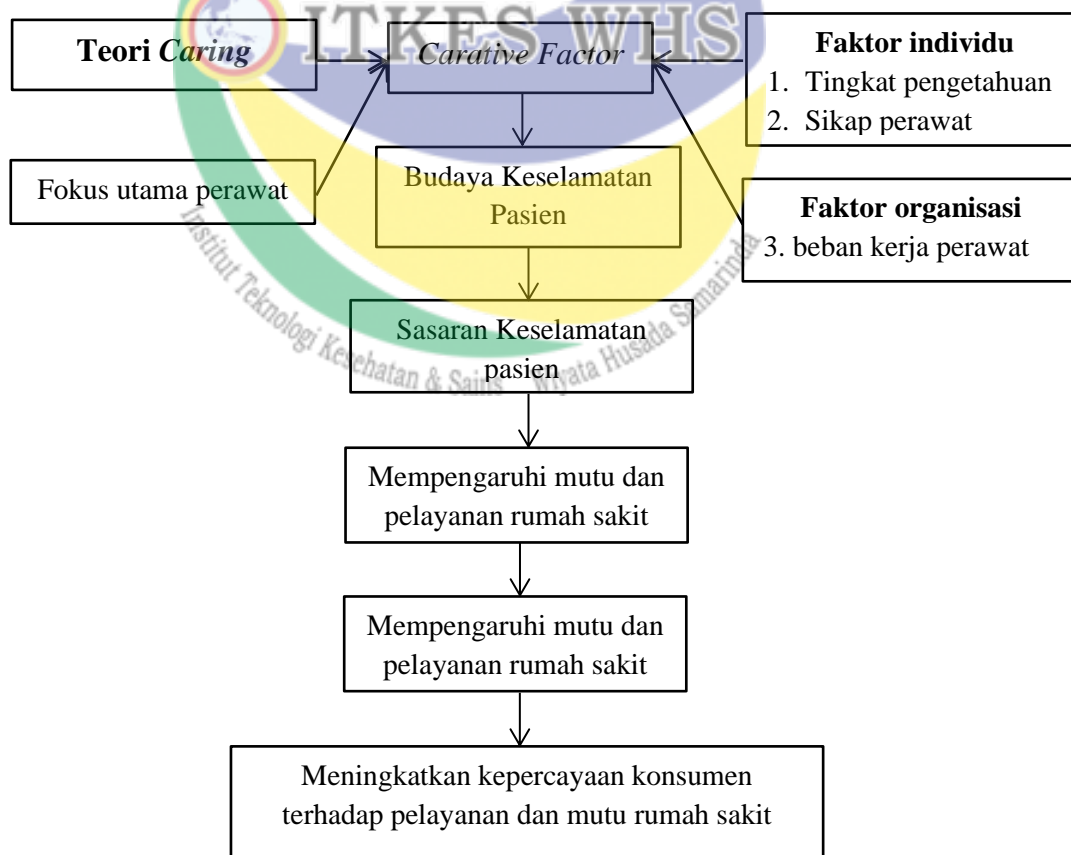
Tabel 2.1 Tabel Caring Dimensions Inventory
(Akansel et al 2013, R Watson et al 1999, Roger Watson, 2009)

Dimensi Caring	Perilaku Caring
CDI 1	Membantu klien dalam ADL
CDI 2	Membuat catatan keperawatan mengenai klien
CDI 3	Merasa bersalah/menyesal kepada klien
CDI 4	Memberikan pengetahuan kepada klien sebagai individu
CDI 5	Menjelaskan prosedur klinik
CDI 6	Berpakaian rapi ketika bekerja dengan klien
CDI 7	Duduk dengan klien
CDI 8	Mengidentifikasi gaya hidup klien
CDI 9	Melaporkan kondisi klien kepada perawat senior
CDI 10	Bersama klien selama prosedur klinik
CDI 11	Bersikap manis dengan klien
CDI 12	Mengorganisasi pekerjaan dengan perawat lain untuk klien
CDI 13	Mendengarkan klien
CDI 14	Konsultasi dengan dokter mengenai klien
CDI 15	Menganjurkan klien mengenai aspek <i>self care</i>
CDI 16	Melakukan sharing mengenai masalah pribadi

	dengan klien
CDI 17	Memberikan informasi mengenai klien
CDI 18	Mengukur tanda vital klien
CDI 19	Menempatkan kebutuhan klien sebelum kebutuhan pribadi
CDI 20	Bersikap kompeten dalam prosedur klinik
CDI 21	Melibatkan klien dalam perawatan
CDI 22	Memberikan jaminan mengenai prosedur klinik
CDI 23	Memberikan <i>privacy</i> kepada klien
CDI 24	Bersikap gembira dengan klien
CDI 25	Mengobservasi medikasi klien

B. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka Teori atau Kerangka Pikir atau Landasan Teori adalah kesimpulan dari Tinjauan Pustaka yang berisi tentang konsep-konsep teori yang dipergunakan atau berhubungan dengan penelitian yang akan dilaksanakan. Kerangka teori pada penelitian ini mengadaptasi Teori Caring Jean Watson



Gambar 2.1 Skema Konsep Teori Caring Jean Watson yang telah diadaptasi

BAB III METODE PENELITIAN

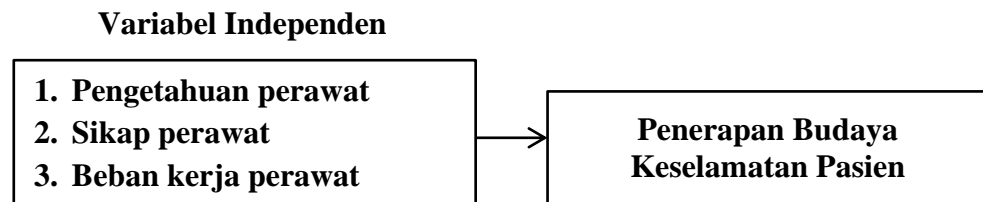
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.

Rancangan Penelitian berdasarkan masalah penelitian adalah memberikan gambaran pengetahuan, sikap, dan beban kerja dalam penerapan budaya keselamatan pasien di Rumah Sskit Samarinda Medika Citra dengan metode deskriptif dan desain *cross sectional* yang menggunakan pendekatan kuantitatif, tidak ada intervensi kepada responden

Desain *cross sectional* yaitu suatu pendekatan yang sifatnya sesaat pada suatu waktu dan tidak diikuti terus menerus dalam kurun waktu tertentu. Jadi jenis penelitian ini menekankan pada waktu pengukuran/observasi data variabel dependen dan independen satu kali pada satu saat. Dinilai secara simultan sehingga tidak ada *Follow Up*. Pada penelitian ini peneliti ingin mengetahui gambaran pengetahuan, sikap, dan beban kerja perawat dalam penerapan budaya keselamatan pasien di Ruang Perawatan RS Samarinda Medika Citra.

B. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah sesuatu yang abstrak dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antara variabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti, Nursalam (2009). Skema kerangka konsep pada penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Keterangan :

Variabel :

Arah hubungan : \longrightarrow

Gambar 2.2 Kerangka Konsep gambaran pengetahuan, sikap, dan beban kerja dalam penerapan budaya keselamatan pasien di Ruang Perawatan RS Samarinda Medika Citra

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian yang akan dikukut/diamati ciri-cirinya dalam Hamani dan Rasyid (2015: 57). Sedangkan menurut Widiyanto (2010: 5) populasi adalah suatu kelompok atau kumpulan objek atau objek yang akan digeneralisasikan dari hasil penelitian. Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Masturoh & Anggita, 2018) Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat di ruang perawatan dengan total 110 perawat, digunakan untuk studi pendahuluan sebanyak 10 perawat sehingga populasi yg didapat sebanyak 100 perawat.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian kecil dari anggota populasi yang diambil menurut prosedur tertentu sehingga dapat mewakili populasinya. Besarnya sampel merupakan langkah penting dalam pengambilan sampel. Secara statistik penentuan besarnya sampel ini tergantung pada jenis dan besarnya populasi. Menetapkan besarnya patau jumlah sampel suatu penelitian tergantung dua hal yaitu, adanya sumber –

sumber yang dapat digunakan untuk menentukan batas maksimal dan besarnya sampel serta kebutuhan dari rencana analisis yang menentukan batas minimal dari besarnya sampel. Hamani dan Rasyid (2015: 57-58). Penentuan kriteria sampel diperlukan untuk mengurangi hasil peneliiian yang bias. Besaran sample dengan rumus menurut Slovin

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

ket:

N = besar populasi

n = besarnya sample

e = tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan 5% atau 0,05

dengan penghitungan sampel sebagai berikut:

$$n = \frac{100}{(1+(100(0,05^2))}$$

$$n = \frac{100}{(1+0,25)}$$

$$n = \frac{100}{1,25}$$

$$n = 80$$

3. Teknik sampling

2.1. Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dengan *non-probability sampling* dengan jenis *consecutive sampling*. *Consecutive sampling* adalah pengambilan sampel non acak dengan pemilihan anggota sampel secara berurutan sampai tercapainya anggota sampel yang direncanakan dalam batas waktu periode penelitian yang telah ditentukan. Subjek harus memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi. (Hasnidar *et al*, 2020)

2.2. Kriteria Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel berdasarkan kriteria pemilihan yang telah ditetapkan, kriteria pemilihan subjek tersebut terdiri dari

kriteria inklusi dan eksklusi. Penentuan sampel juga menggunakan kriteria pemilihan sampel, yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

1) **Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi adalah kriteria yang akan menyaring anggota populasi menjadi sampel yang memenuhi kriteria secara teori yang sesuai dan terkait dengan topik dan kondisi penelitian. Atau dengan kata lain, kriteria inklusi merupakan ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel. (Masturoh & Anggita, Metodologi Penelitian Kesehatan, 2018). Adapun kriteria inklusi yang akan diteliti :

- a. Bersedia menjadi responden dengan bersedia mengisi *informed consent* yang telah disediakan
- b. Perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap
- c. Perawat pelaksana yang sudah/atau bekerja lebih dari 1 tahun

2) **Kriteria Eksklusi**

Kriteria eksklusi adalah kriteria yang dapat digunakan untuk mengeluarkan anggota sampel dari kriteria inklusi atau dengan kata lain ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel. (Masturoh & Anggita, 2018). Adapun kriteria eksklusi pada penelitian ini ialah perawat pelaksana yang terkonfirmasi positif Covid-19 dengan kondisi rawat inap.

D. Variabel Penelitian

Dalam penelitian ini hanya terdapat satu variabel yaitu, variable independen. Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen. Dalam penelitian ini yang menjadi variabel independen adalah gambaran pengetahuan, sikap, dan beban kerja perawat.

E. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi yang berdasarkan konsep teori namun bersifat operasional, agar variabel tersebut dapat diukur atau bahkan dapat diuji baik oleh peneliti maupun peneliti lainnya (Swarjana, 2015 : 49).

Tabel 3.1 Tabel Definisi Operasional Penelitian

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui perawat mengenai budaya keselamatan pasien	Menggunakan kuesioner dengan pertanyaan tertutup dan skala guttman Pertanyaan <i>Favorable</i> jawaban benar : 2 dan jawaban salah : 1 Pertanyaan <i>Unfavorable</i> jawaban benar : 2 dan jawaban salah : 1	1. Tinggi jika skor ≥ 46 data menggunakan median 2. Rendah jika skor < 46 data menggunakan median	Ordinal
Sikap	Penilaian menurut persepsi perawat tentang budaya keselamatan pasien	Menggunakan kuesioner dengan pertanyaan tertutup dan skala likert. Pertanyaan <i>Favorable</i> jawaban Sangat setuju : 4 Setuju : 3 Tidak setuju : 2 Sangat tidak setuju : 1	1. Sikap positif jika skor $\geq 72,5$ data menggunakan median 2. Sikap negatif jika skor $< 72,5$ data menggunakan median	Ordinal

		<p>Pertanyaan <i>Unfavorable</i> jawaban</p> <p>Sangat tidak setuju : 4</p> <p>Tidak setuju : 3</p> <p>Setuju : 2</p> <p>Sangat setuju : 1</p>		
Beban Kerja	Banyaknya tugas yang harus dilakukan oleh perawat dalam suatu waktu	<p>Menggunakan kuesioner dengan pertanyaan tertutup dan skala likert.</p> <p>Pertanyaan <i>Favorable</i> jawaban</p> <p>Selalu : 4</p> <p>Kadang – kadang : 3</p> <p>Jarang : 2</p> <p>Tidak pernah : 1</p> <p>Pertanyaan <i>Unfavorable</i> jawaban</p> <p>Tidak pernah : 4</p> <p>Jarang : 3</p> <p>Kadang – kadang : 2</p> <p>Selalu : 1</p>	<p>1. Beban kerja tinggi jika skor ≥ 40 data menggunakan median</p> <p>2. Beban kerja rendah jika skor < 40 data menggunakan median</p>	Ordinal

Budaya Keselamatan Pasien	Komitmen perawat pelaksana untuk mencegah pasien cedera	<p>Menggunakan kuesioner dengan pertanyaan tertutup dan skala likert.</p> <p>Pertanyaan Favorable jawaban Sangat setuju : 4 Setuju : 3 Tidak setuju : 2 Sangat tidak setuju : 1</p> <p>Pertanyaan Unfavorable jawaban Sangat tidak setuju : 4 Tidak setuju : 3 Setuju : 2 Sangat setuju : 1</p>	<p>1. Budaya keselamatan pasien baik jika skor \geq 115,5 data menggunakan median</p> <p>2. Budaya keselamatan kurang baik jika skor $<$ 115,5 data menggunakan median</p>	Ordinal
---------------------------------	--	---	---	---------



F. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Perawatan (lingkup perawatan non kelas, kelas 1, 2, dan 3) RS Samarinda Medika Citra.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini berlangsung selama kurang lebih 1 bulan, dimulai pada 18 Januari 2021 di Ruang Perawatan Umum I, Ruang Perawatan Umum III, Ruang Perawatan Anak, ICU/PICU/Perina, dan Kamar Bayi Baru Lahir RS Samarinda Medika Citra.

G. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner dan lembar observasi yang mengacu pada kerangka konsep, dimana pernyataan-pernyataan yang dibuat dan dikembangkan dari variable yang ada dan responden diminta untuk menjawab atau hanya memilih jawaban yang sesuai dengan keadaan sebenarnya. Pernyataan yang disusun dalam kuesioner mengacu pada isi dari definisi operasional dengan tingkat pengukuran ordinal dan interval. Pada penelitian ini peneliti menggunakan 4 instrumen yang telah diuji validitas dan realibilitas dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Lembar 1 merupakan lembar persetujuan dan data identitas perawat. Data identitas perawat meliputi: nama, umur, pendidikan terakhir, lama bekerja di Rumah Sakit ini serta asal ruangan. Data ini digunakan sebagai informasi tambahan dalam kepentingan pembahasan hasil-hasil penelitian.
2. Instrumen I yang digunakan adalah kuesioner pengetahuan perawat dengan menggunakan skala Guttman yang diadopsi dari penelitian Setiyaji (2014). dengan pilihan jawaban benar atau salah, dengan total pertanyaan sebanyak 25 butir dengan uji validitas dan realibilitas yang dilakukan pada 25 perawat yang ada di HCU bedah dan HCU interna RSUD dr. Moewardi, Surakarta.

3. Instrumen II yang digunakan adalah kuosioner sikap perawat dengan menggunakan skala Likert yang diadopsi dari penelitian Setiyaji (2014). dengan pilihan jawaban sangat setuju: 4, setuju: 3, tidak setuju: 2, sangat tidak setuju: 1, dengan total pertanyaan sebanyak 24 butir dengan uji validitas dan realibilitas dilakukan pada 25 perawat yang ada di HCU bedah dan HCU interna RSUD dr. Moewardi, Surakarta.
4. Instrumen III yang digunakan adalah kuesioner beban kerja yang berbasis teori *Burnout Syndrome* (Kristyaningsih, 2018) yang diadopsi dari penelitian yang dilakukan Hidayat (2017). yang menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban sangat setuju: 4, setuju: 3, tidak setuju: 2, sangat tidak setuju: 1 dengan total pertanyaan sebanyak 13 butir. Dengan uji validitas dan relaibilitas yang dilakukan di RS Pelamonia Kota Makassar dengan mengambil jumlah sampel sebanyak 30 responden yang berasal dari ruang rawat inap.
5. Instrumen IV yang digunakan adalah kuosioner AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2009) yang di adopsi dari penelitian Sulistiani (2015) yang menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban sangat setuju: 4, setuju: 3, tidak setuju: 2, sangat tidak setuju: 1 dengan total pertanyaan sebanyak 39 butir. Dengan uji validitas dan realibilitas yang dilakukan di RS X dengan mengambil jumlah sampel sebanyak 30 responden yang berasal dari ruang rawat inap.

Tabel 3.2 Kisi – kisi Instrumen Penelitian

No	Variabel	Indikator	Nomor Butir Pertanyaan		
			Butir Pertanyaan	Favorable	Unfavorable
1	Pengetahuan	a. Ketepatan identifikasi pasien	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13		
		b. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai	18, 19, 20	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,	12, 15, 19,
		c. Peningkatan komunikasi yang efektif	1, 2, 3, 4, 5, 6, 14, 15, 16, 17	11, 13, 14, 16, 17, 18,	20, 22, 23
		d. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	21, 22, 23	21, 24, 25	
		e. Pengurangan risiko pasien jatuh	24, 25		
2	Sikap	a. Ketepatan identifikasi pasien	1, 2, 3,		
		b. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai	13, 14, 15, 16, 17	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,	3, 14, 18, 19,
		c. Peningkatan komunikasi yang efektif	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 18, 19, 20, 21	11, 12, 13, 15, 16, 17,	21
		d. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	4, 25	20, 22, 23, 24	
		e. Pengurangan risiko pasien jatuh	22, 23,		
3	Beban Kerja	a. <i>Mental Demand (MD)</i>	1, 9		
		b. <i>Physical Demand (PD)</i>	4, 11		
		c. <i>Temporal Demand (TD)</i>	5, 12	1, 4, 8, 9, 10,	2, 3, 5, 6, dan
		d. <i>Effort (EF)</i>	3, 13	11, 12, dan 13	7
		e. <i>Own Performance (OP)</i>	6, 10		
		f. <i>Frustration (FR)</i>	7 dan 8		

4	Budaya Keselamatan Pasien	Dimensi 1 Tindakan promotif keselamatan oleh manajer	B1, B2, B3, B4		
		Dimensi 2 <i>Organizational learnin</i> – perbaikan berkelanjutan	A6, A9, A13		
		Dimensi 3 Kerjasama dalam unit rumah sakit	A1, A3, A4, A11	A1, A2, A3, A5, A6, A9, A11, A13, A14, A15,	A7, A8, A10, A12, A16,
		Dimensi 4 Keterbukaan komunikasi	C2, C4, C6		A17, B3, B4,
		Dimensi 5 Umpan balik dan komunikasi terkait kesalahan yang terjadi	C1, C3, C5	A18, B1, B2, C1, C2, C3, C4, C5, F1, F4, F8, F9,	C6, F2, F3, F5, F6, F7, F11
		Dimensi 6 Respon yang tidak menyalahkan	A8, A12, A16		
		Dimensi 7 Penyusunan staf	A2, A5, A7, A14		
		Dimensi 8 Dukungan manajemen rumah sakit terhadap budaya keselamatan	F1, F8, F9	F10	
		Dimensi 9 Kerjasama antar unit di rumah sakit	F2, F4, F6, F10		
		Dimensi 10 Serah terima dan transisi pasien dari unit ke unit lain	F3, F5, F7, F11		

H. Uji Instrumen

Kuesioner yang telah disusun sebagai alat ukur harus dilakukan pengujian, semacam uji coba "trial" di lapangan. Respondennya adalah perawat dan kepala ruangan di unit-unit kerja yang akan dilakukan penelitian. Agar diperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal, maka direncanakan jumlah responden untuk uji coba paling sedikit 20 orang, (Notoatmodjo, 2010).

1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur-kuesioner yang telah disusun secara benar mengukur apa yang diukur, (Notoatmodjo, 2010). Suatu instrumen dinyatakan valid jika instrumen tersebut mampu mengukur apa saja yang hendak diukur. Peneliti melakukan uji validitas dengan mengukur korelasi antara masing-masing item validitas pertanyaan dengan skor total menggunakan rumus korelasi pearson product moment. Lakukan uji validitas dengan membandingkan r hitung > r tabel. Jika r hitung > r tabel, maka pertanyaan valid jika r hitung < r tabel, maka pertanyaan tidak valid. Adapun rumus, sebagai berikut :

$$R = \frac{N (\sum xy) - (\sum x \cdot \sum y)}{\{N \sum x^2 - (\sum x)^2\} \{N \sum y^2 - (\sum y)^2\}}$$

Keterangan :

N : Jumlah responden

x : Skor butir soal

y : Skor total.

R : Koefisien korelasi antara x dan y kemudian hanya R dikonsulkan dengan total R. Product moment menggunakan taraf signifikan 0,05 jika r hitung > r tabel maka butir soal valid

Tabel 3.3 Tabel Uji Validitas Instrumen Penelitian

No	Variabel	Nilai r	Kesimpulan
1	Pengetahuan	0,396	Valid
2	Sikap	0,396	Valid
3	Beban kerja	0,863	Valid
4	Budaya keselamatan pasien	0,72	Valid

Berdasarkan perhitungan validitas variabel pengetahuan (X1) diperoleh dari 30 soal terdapat 5 soal yang tidak valid yaitu nomor soal 5, 14, 22, 27 dan 28 yang mempunyai nilai r hitung antara $-0,260 - 0,100$ kurang dari r tabel *product moment* untuk $N = 25$ dengan $\alpha = 5\%$ sebesar $0,396$. Soal yang valid digunakan dalam pengambilan data penelitian sedangkan soal yang tidak valid di buang dan tidak digunakan dalam pengambilan data penelitian.

Berdasarkan perhitungan validitas variabel sikap (X2) diperoleh dari 30 soal terdapat 6 soal yang tidak valid yaitu nomor soal 5, 7, 10, 11, 13 dan 20 yang mempunyai nilai r hitung antara $0,092 - 0,363$ kurang dari r tabel *product moment* untuk $N = 25$ dengan $\alpha = 5\%$ sebesar $0,396$. Soal yang valid digunakan dalam pengambilan data penelitian sedangkan soal yang tidak valid di buang dan tidak digunakan dalam pengambilan data penelitian.

Berdasarkan perhitungan validitas variabel beban kerja (X3) diperoleh 13 soal valid dengan nilai r hitung $0,702 - 0,863$ lebih dari r tabel *product moment*. Seluruh soal digunakan dalam pengambilan data penelitian.

Berdasarkan perhitungan validitas variabel budaya keselamatan pasien (Y) diperoleh dari 44 soal terdapat 5 soal yang tidak valid yaitu nomor soal 10, 15, 28, 29 dan 31 dengan nilai r $0,026 - 0,146$ kurang dari r tabel *product moment*. Soal yang valid digunakan dalam pengambilan data penelitian sedangkan soal yang tidak valid dibuang dan tidak digunakan dalam pengambilan data.

2. Uji Realibilitas

Alat ukur dikatakan reliabel jika alat ukur tersebut memiliki sifat konsisten. Pengujian reliabilitas digunakan untuk mengetahui konsistensi alat ukur apakah dapat diandalkan dan konsisten jika dilakukan pengukuran berulang dengan instrumen tersebut. (Masturoh & Anggita, Metodologi Penelitian Kesehatan, 2018). Kuesioner

menggunakan *cronbach's alpha*. pertanyaan reliabel bila koefisien korelasi $\geq 0,6$. Rumus cronbach's alpha

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum \sigma^2 xL}{\sigma^2 x} \right]$$

Keterangan :

α = Cronbach's Coefficient Alpha atau reliabilitas instrumen

K = jumlah pecahan atau banyak butir pertanyaan

$\sum \sigma^2 xL$ = total dari varian masing-masing pecahan

$\sigma^2 x$ = varian dari total skor

Tabel 3.4 Tabel Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Penelitian

No	Variabel	Nilai r	Kesimpulan
1	Pengetahuan	0,896	Reliable
2	Sikap	0,910	Reliable
3	Beban kerja	0,944	Reliable
4	Budaya keselamatan pasien	0,825	Reliable

I. Prosedur Pengumpulan Data

Dalam melakukan penelitian ini ada beberapa tahapan yang harus dilakukan oleh peneliti. Tahap pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Penelitian ini dimulai dengan mencari fenomena atau masalah yang ada. Pencarian fenomena dilakukan di ruang rawat inap RS Samarinda Medika Citra dengan meminta izin secara lisan kepada kepala ruangan ruang
2. Peneliti mengajukan judul penelitian kepada dosen pembimbing proposal penelitian.
3. Peneliti mulai menyusun proposal penelitian.
4. Peneliti melakukan ujian proposal penelitian setelah proposal penelitian disetujui oleh dosen pembimbing. Setelah melakukan ujian proposal peneliti melakukan revisi dan kemudian disetujui oleh pembimbing dan penguji untuk dilanjutkan penelitian.
5. Peneliti mengurus izin untuk penelitian ke ITKES WHS.
6. Peneliti mengajukan surat izi penelitian ke RS SMC Samarinda dan kemudian di setujui pada 15 November 2020.

7. Setelah surat izin penelitian dari RS SMC Samarinda keluar, peneliti mulai melakukan penelitian dengan kuosioner yang telah di uji validitas dan terlebih dahulu meminta izin kepada kepala ruangan di masing – masing ruang rawat inap (RPU 1, RPU 3, RPA, KBBL, ICU / PERINA)
8. Peneliti memberikan penjelasan dan lembar *informed consent* kepada responden.
9. Pengambilan data dilakukan di bulan Januari 2021.
10. Peneliti kemudian memberikan lembar kuesioner kepada responden tersebut.
11. Setelah pengambilan data selesai, peneliti kemudian melakukan pengolahan dan analisa data.
12. Peneliti melalui proses bimbingan, hingga akhirnya ujian proposal, setelah ujian proposal penelitian melakukan revisi proposal pada penguji I, penguji II, penguji III, dan pembimbing II.

J. Analisa Data

Teknik analisis data adalah suatu metode atau cara untuk mengolah sebuah data menjadi informasi sehingga karakteristik data tersebut menjadi mudah untuk dipahami dan juga bermanfaat untuk menemukan solusi permasalahan.

Deskriptif analitik digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi. Analisis ini hanya berupa akumulasi data dasar dalam bentuk deskripsi semata dalam arti tidak mencari atau menerangkan saling hubungan, menguji hipotesis, membuat ramalan, atau melakukan penarikan kesimpulan. Sebelum data di analisa, terlebih dahulu harus diolah sehingga menjadi informasi. Pengolahan data merupakan proses yang sangat penting, maka harus dilakukan dengan baik dan benar. Kegiatan dalam proses pengolahan data terdiri dari :

1. Uji normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk menilai sebaran data pada sebuah kelompok data atau variabel, apakah sebaran data tersebut berdistribusi normal ataukah tidak. Analisis normalitas data dalam penelitian ini menggunakan *Kolmogorov Smirnov Test*. Hasil analisis normalitas dapat dilihat pada tabel berikut

Tabel 3.5 Tabel Uji Normalitas Data

Variabel	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	df	Sig.
Pengetahuan	0,156	80	0,000
Sikap	0,161	80	0,000
Beban Kerja	0,194	80	0,000
Budaya Keselamatan Pasien	0,155	80	0,000

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan hasil analisis normalitas dengan *Kolmogorov Smirnov Test* diperoleh variabel yang pengetahuan, sikap, beban kerja dan budaya keselamatan pasien mempunyai nilai $p < 0,05$ sehingga dapat disimpulkan keempat variabel mempunyai distribusi yang tidak normal.

2. *Editing* peneliti melakukan pengecekan kelengkapan data dengan cara mengkoreksi data yang telah diperoleh, dengan hasil semua data yang lengkap dan dapat digunakan dalam penelitian ini.
3. *Coding* dalam pengolahan data, peneliti memberi kode pada setiap kuesioner pada *google form*. Salah satunya karakteristik responden :
 - a) Jenis kelamin, dengan kode 1 (laki – laki) dan kode 2 (perempuan)
 - b) Status pernikahan, dengan kode 1 (belum menikah) dan kode 2 (menikah)
 - c) Masa bekerja, dengan kode 1 (1 tahun), kode 2 (2 tahun), kode 3 (3 tahun), kode 4 (4 tahun), kode 5 (5 tahun), kode 6 (6 tahun), dan kode 7 (7 tahun)
 - d) Pendidikan terakhir, dengan kode 1 (S. Kep, Ners) dan kode 2 (D III Kep)
4. *Entry* data yang diperoleh menggunakan *google form* dengan sistem program dipindahkan ke sistem komputerisasi menggunakan bentuk “kode” (angka atau huruf). Penelitian ini menggunakan sistem

komputerisasi dengan langkah pertama uji normalitas data kemudian dilanjutkan dengan analisa univariat dan uji bivariat.

5. *Tabulating* peneliti menyusun data yang merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun dan disajikan serta dianalisis. Peneliti ini melakukan tabulating data dengan cara menghitung rerata dari masing-masing variabel.

K. Etika Penelitian

Peneliti ini memperhatikan beberapa aspek etika penelitian dalam keperawatan, diantaranya adalah sebagai berikut:

1. *Autonomy*

Peneliti akan memberikan lembar *informed consent* sebelum pengambilan data dilakukan. Tujuan *informed consent* yaitu supaya subjek penelitian mengerti maksud dan tujuan penelitian serta mengetahui dampaknya.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Peneliti memberikan jaminan kepada responden dengan tidak mencantumkan nama responden secara terang pada lembar alat ukur dan hanya mencantumkan kode tertentu pada lembar pengumpulan data.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Peneliti memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.

4. *Beneficial*

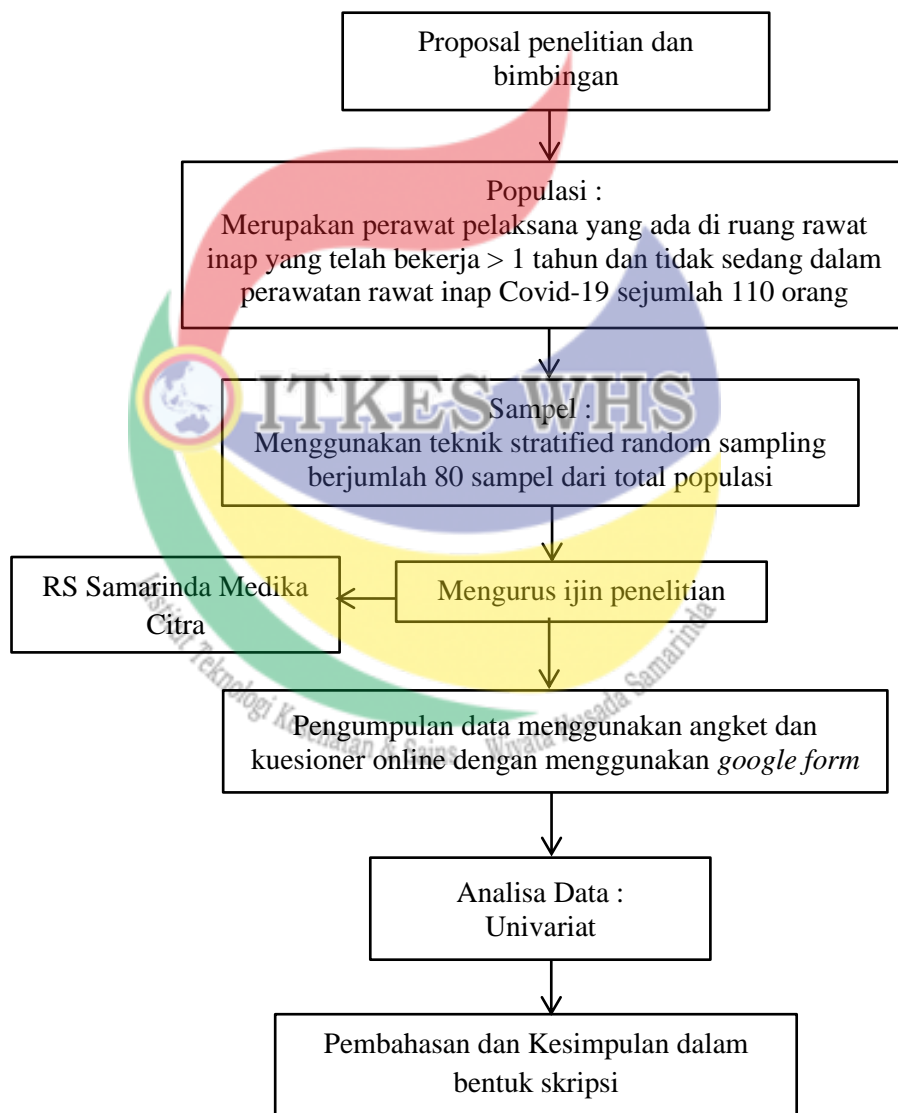
Peneliti memberikan penjelasan kepada responden bahwa penelitian yang dilakukan hanya untuk kebaikan responden. Prinsip berbuat yang terbaik bagi responden tentu saja dalam batas-batas antara peneliti dan responden.

5. *Nonmaleficences*

Penelitian yang dilakukan kepada responden hendaknya tidak menimbulkan bahaya bagi responden, apalagi sampai mengancam jiwa responden. Peneliti memberi penjelasan kepada responden bahwa penelitian ini tidak menimbulkan kerugian atau bahaya bagi responden.

L. Alur Penelitian

Alur penelitian memberikan gambaran keseluruhan mengenai prosedur penelitian (Dahlan, 2014).



Gambar 3.2 Skema Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra yang terletak di Jalan Kadrie Oening No. 86 RT.35, Kelurahan Air Putih, Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda. Rumah Sakit Samarinda Medika Citra merupakan rumah sakit swasta tipe C yang baru berkembang kurang lebih 7 tahun dengan capaian madya pada akreditasi SNARS 2018. Bekerjasama dengan BPJS merupakan salah satu program dari Rumah Sakit Samarinda Medika Citra, yang mana sebelum pasien dirujuk ke rumah sakit tipe A, pasien harus melalui rumah sakit tipe C. Jumlah rata-rata BOR rawat inap sebesar 70%. Fasilitas yang terdapat di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra ialah ruang perawatan umum, ruang perawatan anak, ruang perawatan ibu, kamar bayi baru lahir, ICU/PICU/PERINA serta perawatan isolasi dengan total tempat tidur sebanyak 163 buah dan 110 perawat.

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

Deskripsi karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, status pernikahan, lama bekerja, dan pendidikan terakhir. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh responden pada penelitian ini sebanyak 80 orang.

1.1. Usia

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra Tahun 2021

Variabel	Mean	Median	Min	Max	Std. Error
Usia	28,16	26,50	23	38	0,417

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan karakteristik 80 responden menurut usia, didapatkan bahwa rata – rata usia responden ialah 28 tahun dengan usia

terbanyak 26 tahun dan usia terendah 23 tahun serta usia tertua 38 tahun. Dari data diatas usia kurang dari 30 tahun merupakan masa dewasa seseorang yang produktif dan seseorang secara besar-besaran memodifikasi aktivitasnya. Menurut Mulyana (2013), perawat yang berusia kurang dari 30 tahun memiliki risiko asuhan keperawatan yang tidak aman, sehingga hal ini dapat menyebabkan terjadinya insiden keselamatan pasien. Isu yang penting antara lain karena karena semakin tua usia seseorang semakin tinggi kebijaksanaan dalam mengambil keputusan, mengendalikan emosi dan berfikir rasional serta bertoleransi dalam pandangan orang lain yang pada akhirnya dapat mempengaruhi kinerja seseorang menjadi lebih baik.

1.2. Jenis Kelamin

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan jenis kelamin di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra Tahun 2021

Jenis Kelamin	Jumlah	Presentase (%)
Laki-laki	7	8,8
Perempuan	73	91,3
Total	80	100

Sumber : Data Primer, 2021

Karakteristik perawat pelaksana terhadap jenis kelamin sebagian besar ialah perempuan. Tetapi hal ini tidak menunjukkan perbedaan produktivitas terhadap budaya keselamatan pasien antara tenaga kesehatan laki-laki dan perempuan dalam pelayanan kesehatan.

1.3. Status Pernikahan

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Status Pernikahan di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra Tahun 2021

Status Pernikahan	Jumlah	Presentase (%)
Menikah	55	68,8
Belum Menikah	25	31,3
Total	80	100

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan dari tabel diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah menikah yaitu 55 orang (68,8%). Sedangkan responden yang belum menikah sebanyak 25 orang (31,3%).

1.4. Masa Bekerja

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Masa Bekerja di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra Tahun 2021

Masa Bekerja	Jumlah	Presentase (%)
1 tahun	5	6,3
2 tahun	12	15
3 tahun	31	38,8
4 tahun	8	10
5 tahun	7	8,8
6 tahun	7	8,8
7 tahun	10	12,5
Total	80	100

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa 31 responden (38,8%) perawat rawat inap memiliki waktu lama bekerja dalam waktu 3 tahun lebih dominan. Lama bekerja merupakan pengalaman individu yang akan menentukan pertumbuhan dalam pekerjaan dan jabatan. Seperti diungkapkan oleh Andi Mapiare, pertumbuhan jabatan dalam pekerjaan dapat dialami oleh seorang hanya apabila dijalani proses belajar dan berpengalaman, dan diharapkan orang yang bersangkutan memiliki sikap kerja yang bertambah maju kearah positif, memiliki kecakapan (pengetahuan) kerja yang bertambah baik serta memiliki ketrampilan kerja yang bertambah dalam kualitas dan kuantitas.

1.5. Tingkat Pendidikan

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra Tahun 2021

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Presentase (%)
S. Kep, Ners	20	25
D III Kep	60	75
Total	80	100

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa jumlah perawat lulusan D III Keperawatan lebih banyak yaitu 60 responden (75%) daripada perawat lulusan S.Kep., Ners sebanyak 20 responden (25%). Saat melaksanakan budaya keselamatan pasien dikaitkan dengan tugas dan peran serta kewajiban yang dilakukan oleh perawat pelaksana tanpa melihat tingkat pendidikan dari perawat itu sendiri.

2. Analisa Univariat

Analisa univariat dalam penelitian ini menjelaskan secara deskriptif mengenai variabel-variabel penelitian yang terdiri dari karakteristik responden dan mengenai hasil pengumpulan data sesuai dengan variabel penelitian. Adapun variabel tersebut dapat dilihat dari data-data berikut :

2.1. Pengetahuan

Deskripsi pengetahuan dalam penerapan budaya keselamatan pasien diambil melalui kuosioner dengan total pertanyaan sebanyak 25 butir pertanyaan. Dari 25 pertanyaan diperoleh nilai tertinggi yaitu 49 (98%) dan nilai terendah 40 (80%) dengan rata-rata nilai 45,9 (91,9%). Tingkat pengetahuan dibagi menjadi dua yaitu tingkat pengetahuan tinggi dan tingkat pengetahuan rendah. Deskripsi tingkat pengetahuan dapat dilihat melalui tabel berikut

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra Tahun 2021

Variabel	Jumlah	Presentase (%)
Tinggi	47	58,8
Rendah	33	41,3
Total	80	100

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan sebagian besar responden telah memahami penerapan budaya keselamatan pasien, yaitu sebesar 47 orang (58,8%)

2.2. Sikap

Deskripsi sikap dalam penerapan budaya keselamatan pasien diambil melalui kuosioner dengan total pertanyaan sebanyak 24 butir pertanyaan. Dari 24 pertanyaan diperoleh nilai tertinggi yaitu 95 (98%) dan nilai terendah 15 (15,9%) dengan rata-rata nilai 74,1 (65%). Sikap dibagi menjadi dua yaitu sikap positif dan sikap negatif. Deskripsi sikap dapat dilihat melalui tabel berikut

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Sikap di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra Tahun 2021

Variabel	Jumlah	Presentase (%)
Positif	41	51,3
Negatif	39	48,8
Total	80	100

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan tabel 4.7 responden yang memiliki sikap positif sebanyak 41 orang (51,3%) dan responden yang memiliki sikap negatif sebanyak 39 orang (48,8%).

2.3. Beban Kerja

Beban kerja perawat merupakan volume kerja perawat di sebuah unit rumah sakit. Sedangkan pekerjaan perawat merupakan waktu yang dibutuhkan untuk menangani pasien 24 jam per hari. Beban kerja penting diketahui sebagai dasar untuk mengetahui kapasitas kerja perawat agar terdapat keseimbangan antara tenaga perawat dengan beban kerja. Deskripsi beban kerja dalam penerapan budaya keselamatan pasien diambil melalui kuosioner dengan total pertanyaan sebanyak 13 butir pertanyaan. Dari 13 pertanyaan diperoleh nilai tertinggi yaitu 96 (92,3%) dan nilai terendah 33 (31,7%) dengan rata-rata nilai 43,09 (65%). Beban kerja dibagi menjadi dua yaitu beban kerja tinggi dan beban kerja rendah. Deskripsi beban kerja dapat dilihat melalui tabel berikut

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Beban Kerja di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra Tahun 2021

Variabel	Jumlah	Presentase (%)
Tinggi	42	52,5
Rendah	38	47,5
Total	80	100

Sumber : Data Primer, 2021

Dari data diatas sebanyak 42 (52,5%) responden merasakan beban kerja tinggi. Sedangkan 38 (47,5%) responden merasa beban kerja rendah.

2.4. Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien diambil dengan menggunakan kuosioner AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2009) dengan total pertanyaan sebanyak 39 butir. Dari 39 pertanyaan diperoleh nilai tertinggi yaitu 156 (100%) dan nilai terendah 91 (58,3%) dengan rata-rata nilai 117,4 (53,8%). Budaya keselamatan pasien dibagi menjadi dua yaitu budaya keselamatan pasien baik dan budaya keselamatan pasien kurang. Deskripsi budaya keselamatan pasien dapat dilihat melalui tabel berikut.

Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra Tahun 2021

Variabel	Jumlah	Presentase (%)
Baik	39	48,8
Kurang	41	51,3
Total	80	100

Sumber : Data Primer, 2021

Dari tabel diatas sebanyak 41 (51,3%) responden kurang dalam penerapan budaya keselamatan pasien. sedangkan 39 (48,8%) responden lainnya baik dalam penerapan budaya keselamatan pasien

C. Pembahasan

1. Gambaran Pengetahuan

Pengetahuan merupakan faktor dominan dalam mencapai tingkatan keterampilan tertentu. Dengan pengetahuan yang baik maka individu

akan lebih mudah mengembangkan ketrampilan dengan latihan-latihan yang cukup (Notoatmojo, 2007).

Dalam lingkup keselamatan pasien, pengetahuan perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien. insiden keselamatan pasien sangat berhubungan dengan faktor kesalahan yang dilakukan manusia (perawat atau tenaga medis lainnya) dimana kesalahan ini berupa sikap atau tindakan yang dipengaruhi oleh ketidaktahuan atau aktifitas kognitif manusia yang dapat mengancam keselamatan pasien terdapat dalam Cahyono (2008).

Berdasarkan Laporan FDA *Safety* tahun pada 2001 mengungkapkan bahwa yang menjadi kesalahan yang berhubungan dengan faktor manusia antara lain berhubungan dengan kurangnya pengetahuan sebesar 12,3%. Hal yang sama disampaikan oleh Carayon (2003) dalam Hareva (2019) bahwa tipe error dan bahaya diklarifikasikan menjadi tiga, salah satunya yakni *organizational failure*. Kegagalan secara tidak langsung yang melibatkan salah satunya yaitu transfer pengetahuan. AHRQ (2003) menyatakan bahwa faktor yang dapat menimbulkan insiden keselamatan pasien, salah satunya yakni transfer pengetahuan di rumah sakit (WHO, 2009).

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan baik yaitu 41 responden (51,3%). Sedangkan 39 responden (48,8%) dalam kategori pengetahuan yang kurang. Hasil penelitian menemukan bahwa sebagian besar responden telah memahami atau telah menerapkan budaya keselamatan pasien pada unit tempatnya bekerja. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Asda (2019) yang menyatakan bahwa pengetahuan perawat tentang penerapan sistem *Patient Safety* di Rumah Sakit Mitra Paramedika Sleman Yogyakarta, sebagian besar responden berpengetahuan baik sebanyak 13 responden (52%).

Menurut Nursalam (2011) ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang yaitu umur, pengalaman, pendidikan, pekerjaan, dan jenis kelamin. Melalui tabel 4.1 dapat kita ketahui

sebanyak 54 responden (67,5%) berada pada rentang usia 26 – 35 tahun pada usia ini merupakan masa dewasa seseorang yang produktif dan seseorang secara besar-besaran memodifikasi aktivitasnya. Hal ini menunjukkan bahwa perawat dengan usia persentase tertinggi berada pada usia produktif sehingga akan cenderung lebih baik dalam beradaptasi dan melaksanakan tugasnya.

Dari tabel 4.4 kita dapat melihat bahwa perawat rawat inap rata – rata telah bekerja 3 tahun lamanya. Lama bekerja akan mempengaruhi pengalaman. Pengalaman individu akan menentukan pertumbuhan dalam pekerjaan dan jabatan. Andi Mapiare mengungkapkan, pertumbuhan jabatan dalam pekerjaan dapat dialami oleh seorang hanya apabila dijalani proses belajar dan berpengalaman dan diharapkan orang yang bersangkutan memiliki sikap kerja yang bertambah maju kearah positif, memiliki kecakapan (pengetahuan) kerja yang bertambah baik serta memiliki ketrampilan kerja yang bertambah dalam kualitas dan kuantitas.

Pendidikan merupakan proses pembudayaan dengan kata lain pendidikan dan kebudayaan memiliki hubungan yang tidak dapat di pisahkan Sumatmadja dalam Ruyadi (2010). Sebagian perawat rawat inap berpendidikan D III Keperawatan yaitu sebanyak 60 responden (75%). Dikatakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka tingkat pengetahuan orang tersebut akan semakin tinggi dan mudah untuk menerima informasi (wawan dan dewi, 2010 dalam Asda, 2019).

2. Gambaran Sikap

Sikap merupakan perwujudan nilai-nilai afektif individu yang didasari oleh beberapa variabel termasuk pengetahuan dan dipengaruhi pula oleh kondisi lingkungan (Suparyanto, 2010) dalam Setiyaji (2014). Berdasarkan hasil penelitian yang terdapat pada tabel 4.7 menunjukkan bahwa 41 responden (51,3%) memiliki sikap positif. Sedangkan 39 responden lainnya memiliki sikap negatif (48,8%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Barael *et al* (2020)

yang menyatakan bahwa 74 responden (80,4%) memiliki sikap baik dalam melaksanakan keselamatan pasien di RS GMIM Manado.

Sebagian besar responden memiliki sikap positif, hal tersebut tergambar pada pernyataan ketepatan identifikasi pasien yaitu pentingnya melakukan asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko selama pasien di rumah sakit termasuk ruang lingkup sistem keselamatan pasien, responden yang memilih sikap setuju sebesar 86,2%. Mengidentifikasi pasien secara benar, maksud dan tujuan yaitu memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan dan untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.

Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai dengan pertanyaan diperlukan perhatian tinggi keamanan pemberian obat-obat kepada pasien, responden yang memilih sikap sangat setuju sebesar 87,8%. Setiap obat jika salah penggunaannya dapat membahayakan pasien, bahkan bahayanya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien, terutama obat-obat yang perlu diwaspadai. Obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang mengandung risiko yang meningkat bila kita salah menggunakan dan dapat menimbulkan kerugian besar pada pasien.

Peningkatan komunikasi efektif dengan pertanyaan setiap terjadinya IKP harus didiskusikan, dikaji, dicari akar masalah dan dijadikan bahan pembelajaran bersama, responden yang memilih sikap setuju sebesar 85,9%. Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak bermakna ganda (*ambiguous*), dan dapat diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Salah satu komunikasi efektif dapat dilakukan ialah dengan cara *hand over* antar perawat atau melalui SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) atau komunikasi via telepon.

Pengurangan resiko infeksi dengan pertanyaan memperhatikan setiap upaya pencegahan infeksi nosokomial pasien selama dalam perawatan rumah sakit merupakan hal yang sangat penting, responden

yang memilih setuju sebesar 84%. Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. Secara umum, infeksi dapat terjadi di semua unit layanan kesehatan. Upaya terpenting menghilangkan masalah infeksi ini dan infeksi lainnya adalah dengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan dengan sabun.

Pengurangan resiko pasien jatuh dalam pertanyaan pasien-pasien dengan kemungkinan risiko jatuh lebih besar perlu dilakukan tindakan pencegahan dengan pilihan sangat setuju sebesar 80%. Sikap yang baik dapat terwujud jika didasarkan pada tanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko yang merupakan sikap yang paling tinggi (Rumbewas, 2009). Sikap dalam budaya keselamatan pasien merupakan hal penting yang menjadi bagian integral budaya keselamatan di rumah sakit (Sammer, 2010).

Robbins (2011) menjelaskan bahwa organisasi yang memiliki budaya yang kuat dapat mempunyai pengaruh yang bermakna bagi perilaku dan sikap anggotanya. Budaya organisasi menurut Tan (2002) dalam Wibowo (2011) merupakan satuan norma yang terdiri dari keyakinan, sikap, *core values*, dan pola perilaku yang dilakukan orang dalam organisasi. Budaya organisasi yang positif meningkatkan motivasi pekerja dengan adanya kepercayaan dan nilai-nilai positif yang dirasakan, dan meningkatkan kinerja untuk mencapai tujuan organisasi yaitu keselamatan pasien. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa sikap perawat untuk menerapkan standar keselamatan pasien rata-rata bersikap positif.

3. Gambaran Beban Kerja

Beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan seorang perawat selama bertugas di suatu unit unit pelayanan keperawatan. Dengan demikian beban kerja yang harus ditanggung oleh perawat tergantung pada tugas perawat dalam suatu unit pelayanan keperawatan (Shoker, 2008).

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan bahwa beban kerja dalam kategori tinggi yaitu sebanyak 41 responden (51,3%). Sedangkan 39

responden (48,8%) masuk dalam kategori beban kerja rendah. Beban kerja tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar perawat memiliki aktivitas berupa tugas di suatu unit pelayanan keperawatan dengan intensitas kerja yang tinggi.

Penelitian yang dilakukan Nurjana, Sakka, Paridah (2013) dalam Kusumaningrum (2020), bahwa hasil observasi beban kerja pada ruang rawat inap memiliki beban kerja yang berat, hal ini terjadi karena adanya perbedaan jumlah pasien dan jumlah tenaga perawat yang ada di ruang rawat inap.

Beban kerja perawat dalam penelitian ini yaitu di RS Samrinda Medika Citra pada penelitian ini relatif berat, menurut wawancara dengan salah satu perawat rawat inap kondisi ini salah satunya disebabkan karena banyaknya tindakan keperawatan yang harus dilakukan sementara jumlah tenaga terbatas.

Kondisi ini tentunya disebabkan oleh berbagai faktor, baik faktor internal dari perawat maupun dari faktor eksternal misalnya adanya program pembinaan dan pengawasan dari rumah sakit. Suyanto (2012) dalam Kusumaningrum (2020), Faktor internal yang berpengaruh terhadap beban kerja adalah faktor yang berasal dari dalam tubuh sendiri sebagai akibat adanya reaksi dari beban. Sedangkan, faktor eksternal merupakan faktor yang berasal dari luar tubuh contohnya tugas, lamanya waktu kerja, waktu istirahat, serta lingkungan kerja yang meliputi hubungan karyawan dengan karyawan lainnya.

Sebagian besar responden mengatakan beban kerja tinggi, hal tersebut tergambar pada pernyataan *mental demand* hal ini terdapat pada pertanyaan melakukan observasi klien secara ketat selama jam kerja, sebesar 80% responden menjawab kadang – kadang. *Mental demand* merupakan aktivitas mental dan perseptual yang dibutuhkan untuk melihat, mengingat dan mencari dalam sebuah pekerjaan.

Physical demand hal ini sesuai dengan pertanyaan tugas pemberian obat – obatan yang diberikan secara intensif, dimana sebanyak 84% responden menjawab kadang – kadang. *Physical demand* merupakan

jumlah aktivitas fisik yang dibutuhkan dalam bekerja (misalnya: mengantar pasien ke ruang operasi, mengantar pasien fisioterapi).

Temporal demand hal ini sesuai dengan pertanyaan tugas pemberian obat – obatan yang diberikan secara intensif, dimana sebanyak 84% responden menjawab kadang – kadang. *Temporal demand* merupakan jumlah tekanan yang berkaitan dengan waktu yang dirasakan selama elemen pekerjaan berlangsung.

Effort hal ini sesuai dengan pertanyaan beragamnya jenis pekerjaan yang harus dilakukan demi keselamatan pasien, sebanyak 81,2% responden menjawab kadang – kadang. *Effort* merupakan seberapa keras kerja mental dan fisik yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan. Dengan adanya peningkatan tuntutan tugas, secara individu akan sulit menyelesaikan pekerjaan.

Own performance sesuai dengan pertanyaan pengetahuan dan keterampilan yang saya miliki tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan dirawat inap, sebanyak 60% responden menjawab jarang. *Own performance* merupakan seberapa besar keberhasilan seseorang di dalam pekerjaannya dan seberapa puas dengan hasil kerjanya.

Frustration sesuai dengan pertanyaan harapan pimpinan rumah sakit terhadap pelayanan yang berkualitas, sebanyak 85,3% responden menjawab kadang – kadang. *Frustration* merupakan seberapa tidak aman, putus asa, tersinggung, terganggu, dibandingkan dengan perasaan aman, puas, nyaman, dan kepuasan diri yang dirasakan.

Dari hasil penelitian angka beban kerja karena kondisi pasien seperti, *self care* dimana pasien memerlukan bantuan minimal dalam melakukan tindakan, *partial care* dimana pasien memerlukan bantuan sebagai dalam tindakan keperawatan dan pengobatan tertentu dan *total care* dimana memerlukan bantuan secara penuh dalam perawatan diri dan memerlukan observasi secara ketat dalam Kusumaningrum (2020).

Sriningsih & Agustyaningsih (2018) menyatakan semakin besar beban pekerjaan yang diberikan pada perawat maka semakin sulit perawat tersebut melaksanakan tindakan keselamatan dan menyebabkan tindakan yang tidak aman yang dapat membahayakan

pasien. Dapat dikatakan bahwa beban kerja berpengaruh negatif dan signifikan terhadap tenaga perawat. Dimana makin tinggi beban kerja yang diberikan kepada tenaga perawat khususnya ruang rawat inap pada Rumah Sakit Samarinda Medika Citra, kinerja tenaga perawat semakin rendah. Sehingga perlu adanya perhatian pada manajemen Rumah Sakit Samarinda Medika Citra untuk memperbaiki pemberian pekerjaan kepada tenaga perawat.

4. Gambaran Budaya Keselamatan Pasien

Berdasarkan tabel 4.9 menunjukkan bahwa 39 responden (48,8%) memiliki budaya keselamatan pasien yang baik. Sedangkan, 41 responden (51,3%). Budaya keselamatan pasien yang baik dapat memperkecil insiden yang berhubungan dengan keselamatan pasien.

Berdasarkan hasil penelitian respon positif dari dimensi tindakan promotif kesehatan sebesar 78,4%. (Astuti, 2010 dalam Sulistiani, 2015) menyatakan *safety leadership* sangat berperan sebagai kunci keberhasilan dalam membangun budaya keselamatan yang kuat pada industri beresiko tinggi. Faktor keteladanan dalam *safety leadership* sangat diutamakan dalam membangun budaya keselamatan suatu organisasi. Manajer atau pemimpin dalam organisasi dapat memberi contoh nilai-nilai keselamatan yang ditunjukkan dalam perilaku dan tindakan serta etika kerja untuk meningkatkan keselamatan.

Organizational learning – perbaikan berkelanjutan adalah salah satu dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan AHRQ yang menunjukkan bahwa terdapat budaya 'belajar' dimana kesalahan medis yang terjadi dapat memberikan perubahan positif bagi peningkatan keselamatan pasien. Dimensi ini juga menunjukkan bahwa setiap perubahan yang dilakukan akan evaluasi efektifitasnya (Robb dan Seddon, 2010 dalam Sulistiani, 2015). Berdasarkan hasil analisa data, respon positif dari dimensi *organizational learning* – perbaikan berkelanjutan di RS Samarinda Medika Citra sebesar 86% .

Dimensi kerjasama dalam unit adalah salah satu dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan AHRQ yang menunjukkan adanya dukungan yang diberikan staf satu sama lain. Dimensi ini juga menunjukkan adanya sikap saling menghargai antar staf dan staf yang dapat saling bekerjasama sebagai sebuah tim (Robb dan Seddon, 2010). Berdasarkan hasil analisa data, respon positif dari dimensi kerjasama dalam unit di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra adalah sebesar 86%. Kerjasama dalam unit menunjukkan sejauh mana anggota unit tersebut dapat bekerjasama dalam tim. Kerjasama merupakan aspek penting dalam tiap rumah sakit karena banyak pekerjaan yang melibatkan banyak orang dalam pelaksanaannya. Hal tersebut juga berlaku di rumah sakit dimana hampir semua pelayanan kesehatan yang diberikan melibatkan tenaga kesehatan dalam kelompok interdisiplin (World Health Organization, 2009).

Dimensi keterbukaan komunikasi adalah salah satu dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan AHRQ yang menunjukkan adanya kebebasan staf untuk berbicara tentang hal yang berpotensi menciderai pasien dan bebas untuk mempertanyakan hal-hal tersebut kepada atasan mereka (Robb dan Seddon, 2010 dalam Sulistiani, 2015). Berdasarkan hasil analisa data, respon positif dari dimensi keterbukaan komunikasi dalam unit di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra adalah sebesar 76%. Faktor utama dan terpenting dari terjadinya kesalahan medis di rumah sakit karena tenaga kesehatan dapat meminimalisasi kesalahan medis atau kondisi potensial kesalahan medis di rumah sakit yang sebelumnya dihadapi oleh rekan sejawat dalam timnya. Keterbukaan komunikasi dirasakan oleh staff rumah sakit ketika staff tersebut merasakan kebebasan untuk menanyakan suatu kebijakan atau keputusan dalam rumah sakit. Keterbukaan komunikasi juga dirasakan oleh staff jika staff melakukan suatu tindakan berdasarkan otonomi yang dimilikinya (tidak ada campur tangan dari pihak lain), (Wagner, 2013)

Dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan medis yang terjadi adalah salah satu dimensi budaya keselamatan pasien

berdasarkan AHRQ yang menunjukkan bahwa staf diinformasikan setiap kesalahan yang terjadi dalam rumah sakit, diberikan umpan balik terkait perubahan yang dilakukan untuk mencegah terulangnya kesalahan tersebut dan bagaimana mereka mendiskusikan kesalahan medis yang terjadi serta cara untuk mencegahnya (Robb dan Seddon, 2010 dalam Sulistiani, 2015). Berdasarkan hasil analisa data, respon positif dari dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan medis yang terjadi di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra adalah sebesar 76%. Umpan balik yang efektif memberikan *outcome* positif bagi pemberi, penerima dan juga organisasinya. Ketika individu berbicara maka dia perlu mendapatkan 2 hal dasar dalam komunikasi tersebut yakni mereka perlu paham bahwa mereka dimengerti dan apa yang mereka katakan adalah sesuatu yang bernilai. Umpan balik yang positif juga merupakan kesempatan untuk memberikan penghargaan dan motivasi bagi orang tersebut. Umpan balik juga merupakan kesempatan untuk belajar dari hal sebelumnya yang dikomunikasikan (Ginen, 2014).

Respon tidak menyalahkan atau *no blame culture* (respon tidak menghakimi terhadap kesalahan dan menyalahkan individu atas pelaporan kejadian) bukan suatu hal yang dapat meningkatkan *outcome* keselamatan pasien. Hal tersebut erat kaitannya dengan lingkungan kerja yang kurang memotivasi staff untuk bekerja lebih baik dan sistem dalam lingkungan kerja yang belum mendukung untuk kejadian yang berkaitan dengan keselamatan pasien. Hal ini didukung dengan asumsi bahwa manusia adalah makhluk yang tidak lepas dari suatu kesalahan dan *error*, yang bisa dirubah yaitu kondisi dalam lingkungan pekerjaan sehingga semua aspek maupun semua orang akan terlibat dalam masalah keselamatan pasien (Goh *et al.*, 2013).

D. Keterbatasan Penelitian

Adapun keterbatasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Penelitian ini hanya mengamati sekali saja pada saat pengambilan data dan tidak diamati dalam jangka panjang serta sampel dalam penelitian

ini hanya berskala kecil sehingga hasil penelitian ini belum dapat digeneralisasikan.

2. Data dikumpulkan melalui kuesioner yang sifatnya sangat subjektif, namun untuk mengimbangi subjektifitas tersebut serta menghindari kerjasama antara responden dalam pengisian kuesioner, tetap dilakukan pengecekan kuesioner penelitian agar data yang didapat benar objektif
3. Keterbatasan dalam eksplorasi responden dimana peneliti menggunakan kuesioner dan bukan menggunakan instrument wawancara.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari penelitian yang dilakukan terhadap 80 responden di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra yang di mulai tanggal 18 – 31 Januari 2021. didapatkan bahwa :

1. Berdasarkan karakteristik 80 responden menurut usia, didapatkan bahwa rata- rata usia responden ialah 28 tahun dengan usia terbanyak 26 tahun dan usia terendah 23 tahun serta usia tertua 38 tahun. Responden perempuan sebanyak 73 orang (91,3%) sedangkan laki – laki sebanyak 7 orang (8,8%). Responden yang telah menikah sebanyak 55 orang (68,8%) dan yang belum menikah sebanyak 25 orang (21,3%). Masa bekerja 1 tahun sebanyak 5 orang (6,3%), masa bekerja 2 tahun sebanyak 12 orang (15%), masa bekerja 3 tahun sebanyak 31 orang (38,8%), masa bekerja 4 tahun sebanyak 8 orang (10%), masa bekerja 5 tahun sebanyak 7 orang (8,8%), masa bekerja 6 tahun sebanyak 7 orang (8,8%), dan masa bekerja 7 tahun sebanyak 10 orang (12,5%) . Dengan pendidikan terakhir D III Kep. sebanyak 60 orang (75%) dan S.Kep., Ners sebanyak 20 orang (25%).
2. Pengetahuan tergolong tinggi yaitu 41 responden (51,3%). Sedangkan 39 responden (48,8%) dalam kategori pengetahuan yang kurang. Pengetahuan yang tinggi memiliki pelaksanaan pelayanan budaya keselamatan pasien yang jauh lebih baik daripada pengetahuan perawat yang rendah.
3. Sikap perawat menunjukkan sikap yang positif sebanyak 41 responden (51,3%) memiliki sikap positif. Sedangkan 39 responden lainnya memiliki sikap negatif (48,8%). Dimana sikap positif memiliki pelaksanaan budaya keselamatan yang lebih baik dari pada sikap negatif.

4. Beban kerja perawat tergolong kategori tinggi yaitu sebanyak 41 responden (51,3%). Sedangkan 39 responden (48,8%) masuk dalam kategori beban kerja rendah. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian perawat rawat inap RS samarinda Medika Citra mengalami tingkat beban kerja yang tinggi, adanya beban kerja akan mempengaruhi pelaksanaan budaya keselamatan daripada beban kerja yang rendah.

B. Saran

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini menunjukkan beban kerja yang tinggi dapat mempengaruhi sikap seseorang dalam menerapkan budaya keselamatan pasien. Untuk itu bagi institusi rumah sakit agar dapat memperhatikan beban kerja perawat sehingga tidak menimbulkan stress kerja yang berdampak pada kinerja perawat.

2. Bagi Perawat

Dengan adanya penelitian ini diharapkan semakin meningkatkan mutu kinerja perawat dalam mengimplementasikan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit

3. Bagi Peneliti Lain

Bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian kualitatif agar dapat mengeksplorasi pernyataan dari responden mengenai budaya keselamatan

DAFTAR PUSTAKA

- Hidayati, Tri., Handayani, Ita. & Ikasari, Ines Heidiani. (2019) *Statistika Dasar panduan bagi dosen dan mahasiswa*. Jawa Tengah: CV. Pena Persada
- Yusuf, A. Muri. (2014). *Metode Penelitian: Kuantitatif, Kualitatif & Penelitian Gabungan*. Jakarta: Kencana
- Harnani, Y & Rasyid, Z (2015). *Statistika Dasar Kesehatan*. Yogyakarta: CV. Budi Utama
- Swarjana, I Ketut. (2015). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: CV. Andi Offset
- Asmadi, (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Hal. 126-128.
- Abdullah, B. A., Abdullah, S. M., & Abo Elmagd, N. S. (2020). *Effect of Applying A training Program about International Patient Safety Goals on Patient's Safety Culture*. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 8(22), 133-144. doi:
- Asda, Patria. (2020). *Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Mitra Paramedika Sleman Yogyakarta*. *Jurnal Ilmu Kesehatan Immanuel*. 14. 7. 10.36051/jiki.v14i1.110.
- Prima, R. (2020). *Hubungan Supervisi Kepala Ruang Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana*. *Jurnal Kesehatan*, 11(1), 46-51.
- Muharani, A. (2020). *Pentingnya pengetahuan perawat terhadap sasaran keselamatan pasien di rumah sakit*. doi: 10.31219/osf.io/6xqrj
- Salim, A., Rosniati, R., & Eliawati, U. (2020). *Hubungan Kepemimpinan dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat di Rumah Sakit Awal Bros Pekanbaru Tahun 2017*. *Journal of STIKes Awal Bros Pekanbaru*, 1(2), 18-28.
- Sugiatno, I. A., & Rahayu, S. (2020). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Penerapan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Pada Perawat*. *Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 8(3), 354-364.
- Beda, N. S., Komariah, E. D., Anggriani, E., & Feramita, B. T. (2019). *Hubungan Beban Kerja Dengan Kinerja Perawat Dalam Mengimplementasikan*

Patient Safety Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Bali Medika Jurnal, 6(2), 173-183. doi: 10.36376/bmj.v6i2

- Firmansyah, C. S., Noprianty, R., & Karana, I. (2019). *Perilaku Caring Perawat Berdasarkan Teori Jean Watson di Ruang Rawat Inap. Jurnal Kesehatan Okasional, 4(1), 33-48*
- Khoshakhlagh, A. H., Khatooni, E., Akbarzadeh, I., Yazdanirad, S., & Sheidaei, A. (2019). *Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. BMC Health Services Research, 19(1). doi:10.1186/s12913-019-4863-x*
- Safitri, R. (2019). *Penerapan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakits dan Kendala Yang Sering Dihadapi Perawat Dalam Penerapan Keselamatan Pasien. doi: 10.31219/osf.io/n9gcp*
- Samakori, H. S. (2019). *Hubungan Kepatuhan Perawat Dalam Handover Antar Shift Terhadap Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap RS Umum Bhakti Rahayu Kota Surabaya (Doctoral dissertation, Universitas Merdeka Surabaya).*
- Santi, P. M., Maemunah, N., & Sutriningsih, A. (2019). *Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawat Dalam Melaksanakan Standar Prosedur Operasional (SPO) Pencegahan Resiko Jatuh Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Waluya Malang. Nursing News: Jurnal Ilmiah Keperawatan, 4(2).*
- Widiasari, W., Handiyani, H., & Novieastari, E. (2019). *Kepuasan Pasien Terhadap Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. Jurnal Keperawatan Indonesia, 22(1), 43-52.*
- Alfiani, F., Artiawati, I. R., & Wulandari, R. Y. (2018). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Putera Bahagia Cirebon Tahun 2018. Jurnal Ilmu Kesehatan, 8(1).*
- Arini, T. (2018). *Budaya Keselamatan Pasien Berbasis Pemberdayaan Struktural Dengan Kepuasan Kerja Perawat (Doctoral dissertation, Universitas Airlangga).*
- Hasanah, N., & Widiastuti, F. (2018). *Hubungan Beban Kerja Perawat Dengan Penerapan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi. Jurnal Manajemen Terapan Dan Keuangan, 7(01), 68-78.*

***Corresponding Author :**

Yuliana Tantra Wijaya
 Program Studi S-1 Keperawatan
 ITKES Wiyata Husada Samarinda, Kalimantan Timur
 Email : yulianatantra.k19@student.stikeswhs.ac.id

- Pambudi, Y. D. W., Sutriningsih, A., & Yasin, D. D. F. (2018). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Penerapan 6 Skp (Sasaran Keselamatan Pasien) Pada Akreditasi Jci (Joint Commission International) Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Waluya Malang. Nursing News: Jurnal Ilmiah Keperawatan, 3(1).*
- Retnaningsih, D., & Fatmawati, D. F. (2018). *Beban kerja perawat terhadap implementasi patient safety di Ruang Rawat Inap. Jurnal Keperawatan Soedirman, 11(1), 44-52.*
- Smits, M., Keizer, E., Giesen, P., Deilkås, E. C. T., Hofoss, D., & Bondevik, G. T. (2018). *Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 36(1), 28–35. doi:10.1080/02813432.2018.1426150*
- Triwibowo, C., Yuliawati, S., & Husna, N. A. (2018). *Handover sebagai upaya peningkatan keselamatan pasien (patient safety) di rumah sakit. Jurnal Keperawatan Soedirman, 11(2), 76-80.*
- Yasmi, Y., & Thabrany, H. (2018). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Karya Bhakti Pratiwi Bogor Tahun 2015. Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia, 4(2). doi: http://dx.doi.org/10.7454/arsi.v4i2.2563*
- Yulidar, Y., Girsang, E., & Nasution, A. N. (2018). *Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Perawat dalam Rangka Penerapan Pasien Safety di Rawat Inap Rumah Sakit Royal Prima Jambi Tahun 2018. Scientia Journal, 8(1), 369-380.*
- Hidayat, I. (2017). *Hubungan Motivasi Dan Beban Kerja Perawat Pelaksanaan Dengan Kinerja Perawat Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Pelamoni Makassar.*
- Meilinda, T. (2017). *Analisis Pengaruh Beban Kerja Dan Kompensasi Terhadap Kepuasan Kerja Karyawan PT. Perdana Adhi Lestari Bandar Lampung (Doctoral dissertation, IBI Darmajaya).*
- Ningsih, N. S., & Agustyaningsih, R. (2017). *Hubungan Beban Kerja Terhadap Implementasi Patient Safety Pada Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD Balaraja. Jurnal Kesehatan, 6(3), 33-42.*
- Sutrisno, Y. N., Suryoputro, A., & Fatmasari, E. Y. (2017). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat Rawat Inap di RSUD Kota Semarang. Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal), 5(1), 142-149.*
- Yusuf, M. (2017). *Penerapan patient safety di ruang rawat inap rumah sakit umum daerah dr. Zainoel abidin. Jurnal Ilmu Keperawatan, 5(1), 84-89.*

- Budiono (2016) *Konsep Dasar Keperawatan. PUSDIK SDM kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Hal. 18-19*
- Iskandar, H., Wardhani, V., & Rudijanto, A. (2016). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Niat Melapor Insiden Keselamatan Pasien. Jurnal Aplikasi Manajemen, 14(3), 492-498.*
- Lee, S.-H., Phan, P. H., Dorman, T., Weaver, S. J., & Pronovost, P. J. (2016). *Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. BMC Health Services Research, 16(1).* doi:10.1186/s12913-016-1502-7
- Gunawan, Gunawan & Harijanto, Harijanto & Harijanto, Tatong. (2015). *Analisis Rendahnya Laporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. Jurnal Kedokteran Brawijaya.28. 206-213.* doi:10.21776/ub.jkb.2015.028.02.16.
- Harijanto, T. (2015). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Rendahnya Pelaporan Insiden di Instalasi Farmasi RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. Jurnal Kedokteran Brawijaya, 28(2), 214-220.*
- Sulistiani, L. A. (2015). *Korelasi budaya keselamatan pasien dengan persepsi pelaporan kesalahan medis oleh tenaga kesehatan sebagai upaya peningkatan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit x dan rumah sakit y Tahun 2015.*
- Triwijayanti, R. (2015). *Caring Dimensions Inventory Dalam Tatanan Pelayanan Keperawatan. Jurnal Manajemen Keperawatan, 3(1), 42-47.*
- Widayatiningsih, A. (2015). *Hubungan Peran Caring Perawat Terhadap Kualitas Pelayanan Keperawatan Berdasarkan Indikator Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit dr. Soepraoen Malang (Doctoral dissertation, Universitas Brawijaya).*
- Setiyajati, A. (2014). *Pengaruh Pengetahuan dan Sikap Perawat terhadap Penerapan Standar Keselamatan Pasien di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr. Moewardi (Doctoral dissertation, UNS (Sebelas Maret University)).*
- Nursalam, P. (2014). *Caring Sebagai Dasar Peningkatan Mutu Pelayanan Keperawatan Dan Keselamatan Pasien.*
- Muhlisin, A., & Ichsan, B. (2008). *Aplikasi model konseptual caring dari Jean Watson dalam asuhan keperawatan. Jurnal Berita Ilmu Keperawatan, 1(3), 147-150.*
- World Health Organisation (WHO). (2019) *Patient Safety And Health Service Quality, Patient safety and health service quality in the South-East Asia*

[internet]. Tersedia dalam; <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/patient-safety> [diakses 17 Oktober 2020].

Komisi akreditasi Rumah Sakit. (2017) *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Edisi 1, hal. 45-56* Jakarta: KARS [internet] Tersedia.dalam:http://www.pdpersi.co.id/kanalpersi/manajemen_mutu/daftar/snars_edisi1.pdf [diakses 10 Oktober 2020]

Persatuan Rumah Sakit Indonesia. (2017) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien* [internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia tersedia dalam: <https://persi.or.id/images/regulasi/permenkes/pmk112017.pdf> [diakses 8 Oktober 2020].

Rumah Sakit Umum Daerah Zainoel Abidin Banda Aceh. (2017) *Pentingnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit* [internet] Aceh: Komite Mutu dan Keselamatan Pasien. Tersedia dalam:<https://rsudza.acehprov.go.id/tabloid/2017/12/29/pentingnya-pelaporan-insiden-keselamatan-pasien-di-rumah-sakit/> [diakses 17 Oktober 2020]

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). (2015) *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Report)* Jakarta: KKP-RS [internet] Tersedia dalam: http://www.pdpersi.co.id/kanalpersi/website_ikprs/content/pedoman_pelaporan.pdf [diakses 6 Oktober 2020]

Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit [internet] Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Tersedia dalam: http://dkk.balikpapan.go.id/assets/files/1.UU44-09-RS_.pdf [diakses 7 Oktober 2020]



**INSTITUT KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA SAMARINDA
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
TAHUN 2021**

BIODATA PENELITI



A. Biodata Peneliti

1. Nama : Yuliana Tantra Wijaya
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Samarinda, 25 Juli 1994
4. Agama : Kristen
5. Alamat : Jl. PM. Noor Perum Pondok Surya Indah BF4/9
6. Email : yulianatantra@gmail.com
7. No. Handphone : 085250106015
8. NIM : 19011016
9. Program studi : Ilmu Keperawatan
10. Judul Penelitian : Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Beban Kerja Dalam Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Ruang Perawatan Rumah Sakit Samarinda Medika Citra
11. Dosen Pembimbing : 1) Ns. Siti Mukharomah, M.Kep.Sp.Kep.,Kom
2) Ns. Aries Abiyoga, S.Kep., M.Kep

B. Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri 009 Samarinda
2. SMP Negeri 10 Samarinda
3. SMA Negeri 8 Samarinda
4. STIKES Dirgahayu Samarinda

GAMBARAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN BEBAN KERJA DALAM PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUANG PERAWATAN RUMAH SAKIT SAMARINDA MEDIKA CITRA

Yuliana Tantra Wijaya¹, Siti Mukharomah², Aries Abiyoga³

¹²³Prodi S-1 Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda

Email : yulianatantra.k19@student.stikeswhs.ac.id

ABSTRACT

Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Dimana salah satu tujuan rumah sakit ialah memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pengetahuan, sikap, dan beban kerja perawat dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan rancangan deskriptif dan pendekatan *Cross Sectional*. Jumlah sampel penelitian ini sebanyak 80 responden perawat rawat inap di Rumah Sakit samarinda Medika Citra yang didapatkan menggunakan *Consecutive Sampling*. Hasil dari analisa univariat didapatkan bahwa pengetahuan perawat baik, analisis sikap menunjukkan sikap positif, dan beban kerja tinggi dapat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan. Pengetahuan yang tinggi, dan sikap positif berdampak baik dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Sedangkan beban kerja yang tinggi dapat berdampak kurang baik dalam penerapan budaya keselamatan pasien.

Kata Kunci : pengetahuan, sikap, beban kerja, budaya keselamatan pasien.

PENDAHULUAN

Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dimana salah satu tujuan rumah sakit ialah memberikan perlindungan terhadap

keselamatan pasien (UU No 44 tahun 2009). Ada lima isu penting terkait dengan keselamatan di rumah sakit yaitu keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau tugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang dapat berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan

*Corresponding Author :

Yuliana Tantra Wijaya

Program Studi S-1 Keperawatan

ITKES Wiyata Husada Samarinda, Kalimantan Timur

Email : yulianatantra.k19@student.stikeswhs.ac.id

lingkungan, keselamatan bisnis rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup Rumah Sakit menurut Kemkes RI (2015).

National Patient Safety Agency (2017) melaporkan dalam rentang waktu Januari – Desember 2016 angka kejadian keselamatan pasien yang dilaporkan dari negara Inggris sebanyak 1.879.822 kejadian. dan untuk negara Indonesia kasus pelaporan insiden keselamatan pasien meningkat dengan jumlah pelaporan IKP naik dari 289 kasus menjadi 7.465 kasus dalam rentang tahun 2015 hingga 2019, Kalimantan Timur dengan presentasi kasus sebesar 15%, untuk RS Samarinda Medika Citra sebanyak 186 kasus sejak Januari hingga Desember tahun 2019.

Data WHO (2020) mengatakan 1 dari 10 pasien mengalami infeksi nosokomial akibat perawatan di rumah sakit yang seharusnya bisa dicegah. Sedangkan 60% kematian dikarenakan perawatan yang berkualitas buruk. Kualitas dan pelayanan yang tidak aman menimbulkan kerugian yang cukup besar. Misalnya, untuk pasien yang salah dalam pemberian obat dapat menghabiskan biaya sebesar 48 miliar USD.

Salah satu dukungan pemerintah dalam implementasi sistem keselamatan pasien rumah sakit secara nasional diatur dalam Permenkes No 11 tahun 2017

tentang keselamatan pasien di rumah sakit. Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada tanggal 01 juni 2005 (KKP-RS, 2017). Lalu membentuk buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien (Patient Safety) oleh KEMKES RI Tahun 2006 (Kuncoro, 2012). Rumah sakit memiliki Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKP-RS) yang tergabung di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) yang bertugas melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisis insiden berupa *Root Cause Analysis* (RCA) atau Analisis Akar Masalah dan mengembangkan solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien, selanjutnya melapor secara langsung kepada Direktur Rumah Sakit. (Tim RSUDZA, 2017).

Salah satu bentuk dalam mencegah cedera pada pasien adalah menerapkan budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien adalah produk dari nilai, sikap, kompetensi dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen, *style* dan kemampuan suatu organisasi pelayanan kesehatan terhadap program keselamatan pasien (Kemkes, 2017).

Tujuan dari sistem keselamatan pasien (*patient safety*) yaitu menurunnya KTD di rumah sakit. (Gibson, 1987) Menurut Agency For Healthcare Research And Quality)

***Corresponding Author :**

Yuliana Tantra Wijaya
Program Studi S-1 Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda, Kalimantan Timur
Email : yulianatantra.k19@student.stikeswhs.ac.id

AHRQ, (2003) dalam Mulyati (2011), menyatakan bahwa KTD bisa terjadi dikarenakan oleh beberapa masalah, yakni masalah sumber daya manusia, kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat dan kegagalan – kegagalan teknis faktor yang berpengaruh dalam

resiko terjadinya infeksi dirumah sakit salah satunya yaitu beban kerja yang tidak sesuai dengan staf/perawat yang tersedia (Griffiths et all, 2008 dalam Siregar, 2016).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode deskriptif. Penelitian ini menggunakan pendekatan *Cross Sectional* yang dilakukan di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra pada bulan Januari 2021. Populasi penelitian ini sebanyak

110 perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non-probability sampling* dengan metode *consecutive sampling* berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Sehingga sampel dalam penelitian ini berjumlah 80 orang perawat.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden (N=80)

Variabel	Mean	Median	Min	Max	Std. Error
Usia	28,16	26,50	23	38	0,417
Variabel			Jumlah	Presentase (%)	
Jenis Kelamin	Laki-laki		7	8,8	
	Perempuan		73	91,3	
Status Pernikahan	Menikah		55	68,8	
	Belum menikah		25	31,3	
Masa Bekerja	1 tahun		5	6,3	
	2 tahun		12	15	
	3 tahun		31	38,8	
	4 tahun		8	10	
	5 tahun		7	8,8	
	6 tahun		7	8,8	
	7 tahun		10	12,5	
Tingkat Pendidikan	S. Kep, Ners		20	25	
	D III Kep		60	75	

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan distribusi frekuensi tabel 1 diatas, didapatkan

bahwa rata – rata usia responden ialah 28 tahun dengan usia

*Corresponding Author :

Yuliana Tantra Wijaya
 Program Studi S-1 Keperawatan
 ITKES Wiyata Husada Samarinda, Kalimantan Timur
 Email : yulianatantra.k19@student.stikeswhs.ac.id

terbanyak 26 tahun dan usia terendah 23 tahun serta usia tertua 38 tahun. Dengan Karakteristik perawat pelaksana terhadap jenis kelamin sebagian besar ialah perempuan. Tetapi hal ini tidak menunjukkan perbedaan produktivitas terhadap budaya keselamatan pasien antara tenaga kesehatan laki-laki dan perempuan dalam pelayanan kesehatan.

Sebagian besar responden telah menikah yaitu 55 orang (68,8%). Sedangkan responden yang belum menikah sebanyak 25 orang (31,3%). Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa 31 responden (38,8%) perawat rawat inap memiliki waktu lama bekerja dalam waktu 3 tahun lebih dominan.

Tabel 2 Distribusi Statistik Berdasarkan Variabel (N=80)

Variabel		Jumlah	Presentase (%)
Pengetahuan	Tinggi	47	58,8
	Rendah	33	41,3
Sikap	Positif	41	51,3
	Negatif	39	48,8
Beban Kerja	Tinggi	42	52,5
	Rendah	38	47,5
Budaya Keselamatan	Baik	39	48,8
	Kurang	41	51,3

Sumber : Data Primer, 2021

Dari tabel 2 diatas didapatkan bahwa tingkat pengetahuan 47 responden (58,8%) masuk dalam

Andi Mapiare mengungkapkan pertumbuhan jabatan dalam pekerjaan dapat dialami oleh seorang hanya apabila dijalani proses belajar dan berpengalaman, dan diharapkan orang yang bersangkutan memiliki sikap kerja yang bertambah maju kearah positif, memiliki kecakapan (pengetahuan) kerja yang bertambah baik serta memiliki ketrampilan kerja yang bertambah dalam kualitas dan kuantitas. Dengan perbandingan perawat lulusan D III Keperawatan sebanyak 60 responden (75%) sedangkan perawat lulusan S.Kep., Ners sebanyak 20 responden (25%).

kategori tinggi. Sedangkan 33 responden (41,3%) masuk dalam kategori rendah.

Deskripsi sikap dalam penerapan budaya keselamatan pasien diambil melalui kuisioner dengan total pertanyaan sebanyak 24 butir pertanyaan. Dari 24 pertanyaan diperoleh nilai tertinggi yaitu 95 (98%) dan nilai terendah 15 (15,9%) dengan rata-rata nilai 74,1 (65%). Sikap dibagi menjadi dua yaitu sikap positif dan sikap negatif. Dimana sebanyak 41 responden (51,3%) masuk dalam kategori sikap positif. Sedangkan, 39 responden (48,8%) masuk dalam kategori sikap negatif.

Beban kerja penting diketahui sebagai dasar untuk mengetahui

***Corresponding Author :**

Yuliana Tantra Wijaya
 Program Studi S-1 Keperawatan
 ITKES Wiyata Husada Samarinda, Kalimantan Timur
 Email : yulianatantra.k19@student.stikeswhs.ac.id

kapasitas kerja perawat agar terdapat keseimbangan antara tenaga perawat dengan beban kerja. Deskripsi beban kerja dalam penerapan budaya keselamatan pasien diambil melalui kuisioner dengan total pertanyaan sebanyak 13 butir pertanyaan. Dari 13 pertanyaan diperoleh nilai tertinggi yaitu 96 (92,3%) dan nilai terendah 33 (31,7%) dengan rata-rata nilai 43,09 (65%). Beban kerja dibagi menjadi dua yaitu beban kerja tinggi dan beban kerja rendah. Dari data diatas sebanyak 42 (52,5%) responden merasakan beban kerja tinggi. Sedangkan 38 (47,5%) responden merasa beban kerja rendah.

Budaya keselamatan pasien diambil dengan menggunakan kuisioner AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2009) dengan total pertanyaan sebanyak 39 butir. Dari 39 pertanyaan diperoleh nilai tertinggi yaitu 156 (100%) dan nilai terendah 91 (58,3%) dengan rata-rata nilai 117,4 (53,8%). Budaya keselamatan pasien dibagi menjadi dua yaitu budaya keselamatan pasien baik dan budaya keselamatan pasien kurang. Dari tabel diatas sebanyak 41 (51,3%) responden kurang dalam penerapan budaya keselamatan pasien. sedangkan 39 (48,8%) responden.

PEMBAHASAN

Pengetahuan merupakan faktor dominan dalam mencapai tingkatan keterampilan tertentu. Dengan pengetahuan yang baik maka individu akan lebih mudah mengembangkan ketrampilan dengan latihan-latihan yang cukup (Notoatmojo, 2007).

Dalam lingkup keselamatan pasien, pengetahuan perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien. insiden keselamatan pasien sangat berhubungan dengan faktor kesalahan yang dilakukan manusia (perawat atau tenaga medis lainnya)

dimana kesalahan ini berupa sikap atau tindakan yang dipengaruhi oleh ketidaktahuan atau aktifitas kognitif manusia yang dapat mengancam keselamatan pasien terdapat dalam Cahyono (2008).

Berdasarkan Laporan FDA Safety tahun pada 2001 mengungkapkan bahwa yang menjadi kesalahan yang berhubungan dengan faktor manusia antara lain berhubungan dengan kurangnya pengetahuan sebesar 12,3%. Hal yang sama disampaikan oleh Carayon (2003) dalam Hareva (2019) bahwa tipe error dan bahaya diklarifikasikan menjadi tiga, salah satunya yakni *organizational failure*. Kegagalan secara tidak langsung

*Corresponding Author :

Yuliana Tantra Wijaya
Program Studi S-1 Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda, Kalimantan Timur
Email : yulianatantra.k19@student.stikeswhs.ac.id

yang melibatkan salah satunya yaitu transfer pengetahuan. AHRQ (2003) menyatakan bahwa faktor yang dapat menimbulkan insiden keselamatan pasien, salah satunya yakni transfer pengetahuan di rumah sakit (WHO, 2009).

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan baik yaitu 41 responden (51,3%). Sedangkan 39 responden (48,8%) dalam kategori pengetahuan yang kurang. Hasil penelitian menemukan bahwa sebagian besar responden telah memahami atau telah menerapkan budaya keselamatan pasien pada unit tempatnya bekerja. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Asda (2019) yang menyatakan bahwa pengetahuan perawat tentang penerapan sistem *Patient Safety* di Rumah Sakit Mitra Paramedika Sleman Yogyakarta, sebagian besar responden berpengetahuan baik sebanyak 13 responden (52%).

Menurut Nursalam (2011) ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang yaitu umur, pengalaman, pendidikan, pekerjaan, dan jenis kelamin. Melalui tabel 1 dapat kita ketahui usia rata – rata responden ialah 28 tahun pada usia ini merupakan masa dewasa seseorang yang produktif dan seseorang secara besar-besaran memodifikasi aktivitasnya. Hal ini menunjukkan bahwa perawat dengan usia persentase tertinggi

berada pada usia produktif sehingga akan cenderung lebih baik dalam beradaptasi dan melaksanakan tugasnya.

Sikap merupakan perwujudan nilai-nilai afektif individu yang didasari oleh beberapa variabel termasuk pengetahuan dan dipengaruhi pula oleh kondisi lingkungan (Suparyanto, 2010) dalam Setiyaji (2014). Berdasarkan hasil penelitian yang terdapat pada tabel 2 menunjukkan bahwa 41 responden (51,3%) memiliki sikap positif. Sedangkan 39 responden lainnya memiliki sikap negatif (48,8%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Barael *et al* (2020) yang menyatakan bahwa 74 responden (80,4%) memiliki sikap baik dalam melaksanakan keselamatan pasien di RS GMIM Manado.

Robbins (2011) menjelaskan bahwa organisasi yang memiliki budaya yang kuat dapat mempunyai pengaruh yang bermakna bagi perilaku dan sikap anggotanya. Budaya organisasi menurut Tan (2002) dalam Wibowo (2011) merupakan satuan norma yang terdiri dari keyakinan, sikap, *core values*, dan pola perilaku yang dilakukan orang dalam organisasi. Budaya organisasi yang positif meningkatkan motivasi pekerja dengan adanya kepercayaan dan nilai-nilai positif yang dirasakan, dan meningkatkan kinerja untuk mencapai tujuan organisasi yaitu

***Corresponding Author :**

Yuliana Tantra Wijaya
Program Studi S-1 Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda, Kalimantan Timur
Email : yulianatantra.k19@student.stikeswhs.ac.id

keselamatan pasien. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa sikap perawat untuk menerapkan standar keselamatan pasien rata-rata bersikap positif.

Beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan. Dengan demikian beban kerja yang harus ditanggung oleh perawat tergantung pada tugas perawat dalam suatu unit pelayanan keperawatan (Shoker, 2008).

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa beban kerja dalam kategori tinggi yaitu sebanyak 41 responden (51,3%). Sedangkan 39 responden (48,8%) masuk dalam kategori beban kerja rendah. Beban kerja tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar perawat memiliki aktivitas berupa tugas di suatu unit pelayanan keperawatan dengan intensitas kerja yang tinggi.

Penelitian yang dilakukan Nurjana, Sakka, Paridah (2013) dalam Kusumaningrum (2020), bahwa hasil observasi beban kerja pada ruang rawat inap memiliki beban kerja yang berat, hal ini terjadi karena adanya perbedaan jumlah pasien dan jumlah tenaga perawat yang ada di ruang rawat inap.

Beban kerja perawat dalam penelitian ini yaitu di RS Samrinda Medika Citra pada penelitian ini relatif berat, menurut wawancara dengan salah satu perawat rawat inap kondisi ini salah satunya

disebabkan karena banyaknya tindakan keperawatan yang harus dilakukan sementara jumlah tenaga terbatas.

Kondisi ini tentunya disebabkan oleh berbagai faktor, baik faktor internal dari perawat maupun dari faktor eksternal misalnya adanya program pembinaan dan pengawasan dari rumah sakit. Suyanto (2012) dalam Kusumaningrum (2020), Faktor internal yang berpengaruh terhadap beban kerja adalah faktor yang berasal dari dalam tubuh sendiri sebagai akibat adanya reaksi dari beban. Sedangkan, faktor eksternal merupakan faktor yang berasal dari luar tubuh contohnya tugas, lamanya waktu kerja, waktu istirahat, serta lingkungan kerja yang meliputi hubungan karyawan dengan karyawan lainnya.

Dari hasil penelitian angka beban kerja karena kondisi pasien seperti, *self care* dimana pasien memerlukan bantuan minimal dalam melakukan tindakan, *partial care* dimana pasien memerlukan bantuan sebagai dalam tindakan keperawatan dan pengobatan tertentu dan *total care* dimana memerlukan bantuan secara penuh dalam perawatan diri dan memerlukan observasi secara ketat dalam Kusumaningrum (2020).

Sriningsih & Agustyaningsih (2018) menyatakan semakin besar beban pekerjaan yang diberikan pada perawat maka semakin sulit

***Corresponding Author :**

Yuliana Tantra Wijaya

Program Studi S-1 Keperawatan

ITKES Wiyata Husada Samarinda, Kalimantan Timur

Email : yulianatantra.k19@student.stikeswhs.ac.id

perawat tersebut melaksanakan tindakan keselamatan dan menyebabkan tindakan yang tidak aman yang dapat membahayakan pasien. Dapat dikatakan bahwa beban kerja berpengaruh negatif dan signifikan terhadap tenaga perawat. Dimana makin tinggi beban kerja yang diberikan kepada tenaga perawat khususnya ruang rawat inap pada Rumah Sakit Samarinda Medika Citra, kinerja tenaga perawat semakin rendah. Sehingga perlu adanya perhatian pada manajemen Rumah Sakit Samarinda Medika Citra untuk memperbaiki pemberian pekerjaan kepada tenaga perawat.

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa 39 responden (48,8%) memiliki budaya keselamatan pasien yang baik. Sedangkan, 41 responden (51,3%). Budaya keselamatan pasien yang baik dapat memperkecil insiden yang berhubungan dengan keselamatan pasien.

Berdasarkan hasil penelitian respon positif dari dimensi tindakan promotif kesehatan sebesar 78,4%. (Astuti, 2010 dalam Sulistiani, 2015) menyatakan *safety leadership* sangat berperan sebagai kunci keberhasilan dalam membangun budaya keselamatan yang kuat pada industry beresiko tinggi. Faktor keteladanan dalam *safety leadership* sangat diutamakan dalam membangun budaya keselamatan suatu organisasi.

Faktor utama dan terpenting dari terjadinya kesalahan medis di rumah sakit karena tenaga kesehatan dapat meminimalisasi kesalahan medis atau kondisi potensial kesalahan medis di rumah sakit yang sebelumnya dihadapi oleh rekan sejawat dalam timnya. Keterbukaan komunikasi dirasakan oleh staff rumah sakit ketika staff tersebut merasakan kebebasan untuk menanyakan suatu kebijakan atau keputusan dalam rumah sakit.

Keterbukaan komunikasi juga dirasakan oleh staff jika staff melakukan suatu tindakan berdasarkan otonomi yang dimilikinya (tidak ada campur tangan dari pihak lain), (Wagner, 2013).

Berdasarkan hasil analisa data, respon positif dari dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan medis yang terjadi di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra adalah sebesar 76%. Umpan balik yang efektif memberikan *outcome* positif bagi pemberi, penerima dan juga organisasinya. Ketika individu berbicara maka dia perlu mendapatkan 2 hal dasar dalam komunikasi tersebut yakni mereka perlu paham bahwa mereka dimengerti dan apa yang mereka katakan adalah sesuatu yang bernilai.

SIMPULAN

Studi ini menggambarkan tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan paliatif. Hasil penelitian ini

***Corresponding Author :**

Yuliana Tantra Wijaya
Program Studi S-1 Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda, Kalimantan Timur
Email : yulianatantra.k19@student.stikeswhs.ac.id

menggambarkan bahwa tingkat pengetahuan responden pada rentang baik yang disertai sikap positif dalam pelaksanaan budaya keselamatan, walaupun beban kerja perawat tergolong kategori tinggi.

SARAN

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini menunjukkan beban kerja yang tinggi dapat mempengaruhi sikap seseorang dalam menerapkan budaya keselamatan pasien. Untuk itu bagi institusi rumah sakit agar dapat memperhatikan beban kerja perawat sehingga tidak menimbulkan stress kerja yang berdampak pada kinerja perawat.

2. Bagi Perawat

Dengan adanya penelitian ini diharapkan semakin meningkatkan mutu kinerja perawat dalam mengimplementasikan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit.

3. Bagi Peneliti Lain

Bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian kualitatif agar dapat mengeksplorasi pernyataan dari responden mengenai budaya keselamatan.

Asmadi, (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Hal. 126-128.

Asda, Patria. (2020). *Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Mitra Paramedika Sleman Yogyakarta*. Jurnal Ilmu Kesehatan Immanuel. 14. 7. 10.36051/jiki.v14i1.110.

Samakori, H. S. (2019). *Hubungan Kepatuhan Perawat Dalam Handover Antar Shift Terhadap Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap RS Umum Bhakti Rahayu Kota Surabaya (Doctoral dissertation, Universitas Merdeka Surabaya)*.

Arini, T. (2018). *Budaya Keselamatan Pasien Berbasis Pemberdayaan Struktural Dengan Kepuasan Kerja Perawat (Doctoral dissertation, Universitas Airlangga)*.

Pambudi, Y. D. W., Sutriningsih, A., & Yasin, D. D. F. (2018). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Penerapan 6 Skp (Sasaran Keselamatan Pasien) Pada Akreditasi Jci (Joint Commission International) Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Waluya Malang*. Nursing News: Jurnal Ilmiah Keperawatan, 3(1).

DAFTAR PUSTAKA

Swarjana, I Ketut. (2015). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.

*Corresponding Author :

Yuliana Tantra Wijaya
Program Studi S-1 Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda, Kalimantan Timur
Email : yulianatantra.k19@student.stikeswhs.ac.id

- Retnaningsih, D., & Fatmawati, D. F. (2018). *Beban kerja perawat terhadap implementasi patient safety di Ruang Rawat Inap. Jurnal Keperawatan Soedirman*, 11(1), 44-52.
- Sulistiani, L. A. (2015). *Korelasi budaya keselamatan pasien dengan persepsi pelaporan kesalahan medis oleh tenaga kesehatan sebagai upaya peningkatan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit x dan rumah sakit y Tahun 2015.*
- Harijanto, T. (2015). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Rendahnya Pelaporan Insiden di Instalasi Farmasi RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(2), 214-220.
- Widayatiningsih, A. (2015). *Hubungan Peran Caring Perawat Terhadap Kualitas Pelayanan Keperawatan Berdasarkan Indikator Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit dr. Soepraoen Malang (Doctoral dissertation, Universitas Brawijaya).*
- Nursalam, P. (2014). *Caring Sebagai Dasar Peningkatan Mutu Pelayanan Keperawatan Dan Keselamatan Pasien.*
- World Health Organisation (WHO). (2019) *Patient Safety And Health Service Quality, Patient safety and health service quality in the South-East Asia.*
- Komisi akreditasi Rumah Sakit. (2017) *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit.*
- Persatuan Rumah Sakit Indonesia. (2017) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien.*
- Rumah Sakit Umum Daerah Zainoel Abidin Banda Aceh. (2017) *Pentingnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit [internet] Aceh: Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.*
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). (2015) *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Report).*
- Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

***Corresponding Author :**

Yuliana Tantra Wijaya
 Program Studi S-1 Keperawatan
 ITKES Wiyata Husada Samarinda, Kalimantan Timur
 Email : yulianatantra.k19@student.stikeswhs.ac.id

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama : Yuliana Tantra Wijaya
Umur : 26 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. PM. Noor Perum Pondok Surya Indah Blok BF4 No.9

Saya bermaksud mengadakan penelitian tentang “Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Beban Kerja Perawat Dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien”. Penelitian ini bermanfaat bagi perawat yang bekerja di ruang rawat inap Rumah Sakit Samarinda Medika Citra untuk memberikan informasi kepada perawat sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan tanpa ada kesalahan yang diakibatkan faktor-faktor seperti pengetahuan, sikap, serta beban kerja perawat. Untuk keperluan diatas, saya mohon persetujuan perawat rawat inap untuk ikut serta dalam penelitian ini. Kami mengharapkan jawaban yang perawat berikan sesuai dengan pendapat sendiri tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Kami menjamin kerahasiaan jawaban serta identitas perawat. Jika perawat bersedia menjadi peserta penelitian ini, silahkan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden ini.

Samarinda, 19 Januari 2021

Peneliti

(Yuliana Tantra Wijaya)

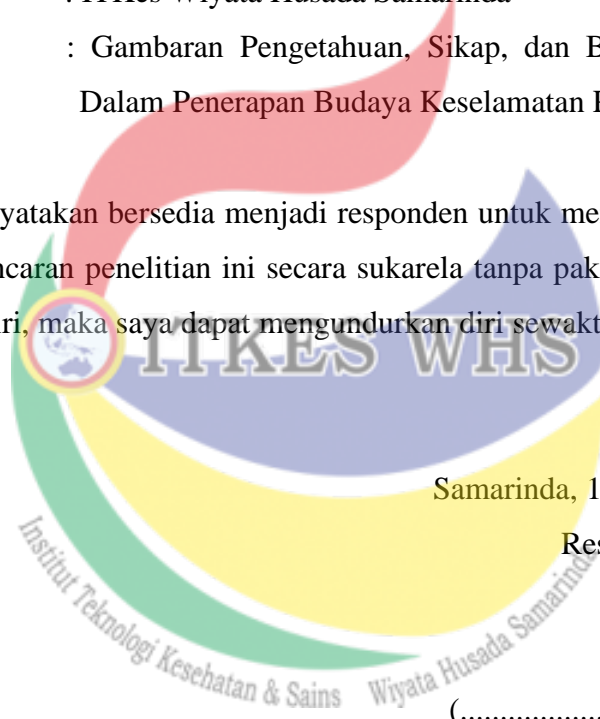
Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Dengan surat ini saya menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Yuliana Tantra Wijaya
Nim : 19011016
Prodi : S1 Ilmu Keperawatan
Institusi : ITKes Wiyata Husada Samarinda
Judul penelitian : Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Beban Kerja Perawat Dalam Penerapan Budaya Keselamatan Pasien

Saya menyatakan bersedia menjadi responden untuk membantu dan berperan serta dalam kelancaran penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila saya ingin mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.



Samarinda, 19 Januari 2021

Responden

(.....)

KUESIONER HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUANG PERAWATAN RUMAH SAKIT SAMARINDA MEDIKA CITRA

I. Identitas Responden

Nama :
 Umur :
 Email :
 No. Handphone :
 Jenis Kelamin : Laki-Laki / Perempuan **)
 Status Pernikahan : Sudah Menikah / Belum Menikah **)
 Masa Kerja : Tahun
 Pendidikan Terakhir :
 Ruang Perawatan :
 **) : Coret yang tidak perlu

II. Petunjuk Pengisian Kuesioner Pengetahuan Perawat :

1. Jawablah pertanyaan dengan jujur sesuai dengan yang anda rasakan.
2. Kemudian berilah tanda “Check list” (√) pada kolom yang disediakan.

(B = Benar S = Salah)

No	Pertanyaan	Pilihan	
		B	S
1	Yang dimaksud dengan keselamatan pasien (patient safety) adalah proses dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman		
2	Yang dimaksud dengan insiden keselamatan pasien adalah kesalahan medis (medical error), kejadian yang tidak diharapkan (<i>adverse event</i>), dan nyaris terjadi (<i>near miss</i>)		
3	Sistem keselamatan pasien hanya meliputi asesmen risiko, identifikasi risiko dan tidak termasuk pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko selama pasien di rumah sakit		
4	KTD adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan tindakan atau tidak mengambil tindakan yang		

	seharusnya diambil, dan bukan penyakit dasarnya atau kondisi pasien		
5	Kejadian Sentinel adalah kejadian yang mengakibatkan kematian atau cedera serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima, seperti operasi pada bagian tubuh yang salah		
6	Tujuan dari sistem keselamatan pasien adalah untuk mencegah dan mengurangi terjadinya KTD, KNC, KPC dan Sentinel.		
7	Tujuan penggunaan identitas pasien dengan minimal dua parameter adalah untuk mencegah dan mengurangi kemungkinan terjadinya Insiden Keselamatan Pasien (IKP).		
8	Tujuan pemasangan gelang identitas pada pasien adalah untuk memastikan kebenaran identitas pasien selama pasien dirawat.		
9	Isi tulisan gelang identitas pasien adalah nama pasien, umur, dan alamat		
10	Pemasangan gelang identitas pasien untuk menunjukkan jenis kelamin pada pergelangan tangan kiri warna biru muda untuk pasien laki-laki dan warna merah muda untuk pasien perempuan		
11	Identifikasi dilakukan terhadap pasien penerima pengobatan & tranfusi darah, pengambilan specimen, penerima prosedur keperawatan		
12	Penggunaan identitas pasien dengan menggunakan minimal dua parameter dimaksudkan untuk menghindari kesalahan disebabkan kesamaan atau kemiripan nama pasien.		
13	Nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medis dan alamat pasien dapat dipakai untuk identifikasi pasien dan harus tertulis pada gelang tangan pasien		
14	Proses komunikasi berupa perintah lengkap atau informasi hasil pemeriksaan secara lisan via telepon dicatat, dibaca ulang oleh si penerima diberi stempel <i>read back</i> dan diverifikasi oleh pemberi perintah dalam waktu 24 jam		
15	Komunikasi efektif adalah komunikasi yang diulang-ulang, tidak berkaitan dengan instruksi verbal/lisan dan via telepon		
16	Instruksi dari dokter baik secara verbal maupun telepon wajib di bacakan kembali oleh penerima instruksi (<i>read</i>		

	<i>back</i>) dan diberikan tanda cap pada lembar terintegrasi untuk di periksa oleh dokter yang bersangkutan.		
17	Operan jaga dilakukan dari satu shift ke shift berikutnya merupakan bagian dari komunikasi berkesinambungan		
18	Merupakan hal yang potensial bagi terjadinya kesalahan di Rumah Sakit disebabkan banyaknya jenis obat dan jenis pemeriksaan dan prosedur		
19	Obat-obat dengan konsentrasi pekat boleh ada di ruangan perawatan		
20	Keamanan pemberian obat-obat kepada pasien tidak perlu diperhatikan perawat, karena sudah dijamin oleh bagian apotik		
21	Membatasi jumlah pengunjung pasien dan keluarganya bukan dimaksudkan untuk mengurangi risiko infeksi nosokomial		
22	Tindakan lebih ketat dalam <i>hand-hygiene</i> hanya ditujukan untuk perawat karena perawat yang lebih sering kontak dengan pasien		
23	Cuci tangan hanya dilakukan saat sebelum dan sesudah menyentuh pasien		
24	Pengkajian ulang resiko jatuh wajib dilakukan pada pasien yang akan pindah dari ruangan atau bangsal lain		
25	Asesmen risiko ulang kemungkinan pasien jatuh selama dalam perawatan dimaksudkan untuk mencegah dan mengurangi KTD pasien jatuh		

III. Petunjuk Pengisian Kuesioner Sikap Perawat :

1. Jawablah pertanyaan dengan jujur sesuai dengan yang anda rasakan.
2. Kemudian berilah tanda “Check list” (√) pada kolom yang disediakan.

3. Keterangan Pilihan :

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

TS = Tidak setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

No	Pertanyaan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1	Penerapan sistem keselamatan rumah sakit dalam asuhan keperawatan menjamin pasien lebih aman				
2	Pentingnya melakukan asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko selama pasien di rumah sakit termasuk ruang lingkup sistem keselamatan pasien				
3	Menurut saya identifikasi pasien tidak perlu dilakukan karena sudah hafal dengan pasien saya				
4	Memperhatikan setiap upaya pencegahan infeksi nosokomial pasien selama dalam perawatan rumah sakit merupakan hal yang sangat penting				
5	Dalam menerapkan standar keselamatan pasien pada pekerjaan sehari-hari tanpa diawasi orang lain				
6	Setiap terjadinya Insiden Keselamatan Pasien harus dilaporkan, bukan untuk ditutupi atau disembunyikan				
7	Setiap terjadinya IKP harus didiskusikan, dikaji, dicari akar masalah dan dijadikan bahan pembelajaran bersama				
8	Perlu ditulis lengkap dan dibaca ulang untuk instruksi dokter yang diberikan melalui verbal/lisan dan via telepon				
9	Sangat penting penggunaan identitas pasien dengan minimal dua parameter untuk mencegah atau menghindari terjadinya IKP				
10	Memerlukan perhatian seksama penggunaan identitas pasien dengan minimal dua parameter hanya penting pada saat memberikan obat-obat suntikan dan melaksanakan transfusi darah				

11	Dalam implementasi sistem keselamatan pasien tidak untuk mencari-cari kesalahan rekan sekerja atau petugas lainnya				
12	Hasil kritis pemeriksaan penunjang perlu segera dilaporkan kepada dokter				
13	Diperlukan perhatian tinggi keamanan pemberian obat-obat kepada pasien				
14	Sangat dibenarkan adanya obat-obat dengan konsentrasi pekat boleh ada di ruangan perawatan				
15	Memerlukan perhatian akurasi tinggi cara/rute pemberian obat kepada pasien				
16	Memerlukan perhatian khusus rupa dan kemasan obat-obatan yang mempunyai kemiripan				
17	Memerlukan pengkajian pasien dengan riwayat alergi obat				
18	Bila terjadi insiden keselamatan pasien selama pasien di rumah sakit tidak harus dilaporkan, dianalisis atau dikaji bersama sebab-sebabnya untuk dijadikan bahan pembelajaran bersama.				
19	Tidak perlu dilaporkan secara tertulis apabila ada pasien jatuh dalam perawatan, karena berdampak merugikan bagi pelayanan asuhan keperawatan				
20	Penting adanya singkatan-singkatan di rumah sakit yang dibakukan karna dapat menjadi penyebab terjadinya IKP				
21	Tidak selalu diperlukan upaya verifikasi untuk akurasi/ketepatan komunikasi verbal/lisan dan via telepon				
22	Perawat perlu melakukan asesmen ulang untuk pasien-pasien dengan risiko jatuh selama dalam perawatan				
23	Pasien-pasien dengan kemungkinan risiko jatuh lebih besar perlu dilakukan tindakan pencegahan				
24	Perawat memerlukan perhatian lebih ketat dalam <i>hand hygiene</i> untuk tindakan keperawatan khusus untuk pasien penyakit menular atau pasien isolasi				

IV. Petunjuk Pengisian Kuesioner Beban Kerja :

1. Jawablah pertanyaan dengan jujur sesuai dengan yang anda rasakan.
2. Kemudian berilah tanda “Check list” (√) pada kolom yang disediakan.

3. Keterangan Pilihan :

S = Sering

K = Kadang - Kadang

J = Jarang

TP = Tidak Pernah

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban			
		S	K	J	TP
1	Melakukan observasi klien secara ketat selama jam kerja				
2	Banyaknya pekerjaan yang harus dilakukan demi keselamatan pasien				
3	Beragamnya jenis pekerjaan yang harus dilakukan demi keselamatan pasien				
4	Kontak langsung perawat dengan klien di ruang rawat inap secara terus menerus selama jam kerja				
5	Kurangnya tenaga perawat disbanding dengan klien				
6	Pengetahuan dan keterampilan yang saya miliki tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan dirawat inap				
7	Harapan pimpinan rumah sakit terhadap pelayanan yang berkualitas				
8	Tuntutan keluarga untuk keselamatan pasien				
9	Setiap saat dihadapkan pada keputusan yang tepat				
10	Tanggung jawab dalam melaksanakan perawatan klien				
11	Setiap saat menghadapi klien dengan karakteristik yang berbeda				
12	Tugas pemberian obat – obatan yang diberikan secara intensif				
13	Tindakan penyelamatan pasien				

V. Petunjuk Pengisian Kuesioner Budaya Keselamatan Pasien :

1. Jawablah pertanyaan dengan jujur sesuai dengan yang anda rasakan.
2. Kemudian berilah tanda “Check list” (√) pada kolom yang disediakan.
3. Keterangan Pilihan :
 - SS = Sangat Setuju
 - S = Setuju
 - TS = Tidak Setuju
 - STS = Sangat Tidak Setuju

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban			
		SS	S	TS	STS
A1	Setiap petugas di unit saya saling mendukung satu sama lain dalam bekerja				
A2	Saya merasa unit ini memiliki cukup petugas untuk mengerjakan semua tugas yang ada di unit ini				
A3	Ketika banyak pekerjaan yang harus diselesaikan dengan cepat, kami bekerjasama sebagai sebuah tim untuk mengerjakannya				
A4	Di unit saya, setiap petugas memperlakukan rekan kerja yang lain dengan baik				
A5	Setiap petugas di unit saya bekerja lebih lama dari waktu yang seharusnya (lebih dari 8 jam sehari; atau lebih dari 40 jam seminggu) demi keselamatan pasien				
A6	Kami secara aktif melakukan kegiatan – kegiatan yang dapat meningkatkan kualitas keselamatan pasien				
A7	Saya merasa unit ini lebih banyak menggunakan tenaga honorer untuk kegiatan pelayanan disini				
A8	Saya merasa kesalahan yang kami lakukan di unit ini digunakan untuk menyalahkan kami				
A9	Di unit saya, kesalahan – kesalahan yang dilaporkan berperan penting untuk membawa perubahan yang positif				
A10	Jarang sekali tidak ada kesalahan yang serius terjadi disini				
A11	Ketika salah satu petugas di unit saya sibuk dengan pekerjaannya, petugas yang lain akan membantu				
A12	Ketika kesalahan yang berdampak negatif pada				

	pasien dilaporkan, saya merasa pelakunya yang utama dibicarakan bukan masalahnya				
A13	Kami mengevaluasi efektivitas setiap program peningkatan keselamatan pasien yang telah dijalankan				
A14	Kami bekerja dalam — mode krisis, yaitu berusaha melakukan pekerjaan yang begitu kompleks dalam waktu yang sangat singkat				
A15	Keselamatan pasien tidak pernah dikorbankan hanya agar lebih banyak pekerjaan yang diselesaikan				
A16	Saya khawatir kesalahan yang saya perbuat akan dicatat dalam penilaian kinerja saya				
A17	Saya merasa ada masalah keselamatan pasien di unit ini				
A18	Prosedur dan sistem di unit ini sudah baik dalam mencegah kesalahan terjadi				
B1	Atasan saya akan memberikan pujian ketika pekerjaan yang saya lakukan sesuai dengan prosedur keselamatan pasien				
B2	Atasan saya selalu mempertimbangkan saran dari stafnya untuk meningkatkan keselamatan pasien				
B3	Ketika banyak tuntutan pekerjaan yang harus diselesaikan, atasan saya menginginkan kami bekerja lebih cepat, meskipun kami harus mengambil jalan pintas untuk menyelesaikannya				
B4	Atasan saya mengabaikan masalah keselamatan pasien yang terus terjadi secara berulang				
C1	Kami selalu diberi umpan balik tentang perubahan yang dilakukan setelah terjadi suatu insiden				
C2	Saya bebas untuk berpendapat jika melihat sesuatu yang dapat memberikan dampak negatif terhadap keselamatan pasien				
C3	Kami selalu diberitahu mengenai setiap kesalahan – kesalahan apapun yang terjadi di unit kami				
C4	Saya memiliki kewenangan yang bebas untuk mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasan saya				
C5	Pada unit kami, kami selalu mendiskusikan langkah- langkah yang dapat dilakukan untuk mencegah suatu kesalahan terjadi lagi di unit				

	kami				
C6	Petugas takut untuk bertanya jika terdapat suatu hal yang tidak benar sedang terjadi berkaitan dengan keselamatan pasien				
F1	Pihak manajemen rumah sakit selalu menciptakan suasana kerja yang berorientasi pada keselamatan pasien				
F2	Unit – unit di rumah sakit kurang berkoordinasi dengan baik antara satu dengan yang lain				
F3	Kesalahan yang terjadi di unit ini, seringkali menjadi penyebab terjadinya kesalahan di unit lain yang berdampak negatif pada keselamatan pasien				
F4	Ada kerjasama yang baik antar unit di rumah sakit dalam menyelesaikan pekerjaan yang harus dilakukan secara bersama-sama				
F5	Informasi penting yang berkaitan dengan keselamatan pasien seringkali tidak tersampaikan kepada petugas berikutnya saat pergantian shift kerja				
F6	Saya merasa kurang nyaman bekerjasama dengan petugas dari unit lain di rumah sakit ini				
F7	Kadang muncul masalah saat melakukan pertukaran informasi antar unit di rumah sakit				
F8	Tindakan – tindakan yang dilakukan pihak manajemen di rumah sakit menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas yang diutamakan				
F9	Manajemen rumah sakit memperhatikan keselamatan pasien hanya saat terjadi kejadian tidak diharapkan yang menciderai pasien				
F10	Unit – unit dalam rumah sakit bekerjasama dengan baik dalam memberikan pelayanan yang bereorientasi pada keselamatan pasien				
F11	Pergantian shift menimbulkan masalah bagi pasien di rumah sakit ini				



**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/I/2019

itkeswhs

itkeswhs

www.itkeswhs.ac.id

info@itkeswhs.ac.id

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

Nomor : 264 /ITKES-WHS/LT/2021
Lampiran : -
Hal : Permohonan Studi Pendahuluan dan Pengambilan data

17 Februari 2021

Kepada Yth.
Direktur RS. Samarinda Medika Citra
Cq. Diklit RS. Samarinda Medika Citra

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 tempat yang Bapak/ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : YULIANA TANTRA WIJAYA
NIM : B19011016
Semester : III
Program Studi : SI Keperawatan
Judul Penelitian : **Gambaran pengetahuan sikap dan beban kerja dalam penerapan budaya keselamatan pasien**

Kami tidak akan menginformasikan/menyebarkan data yang kami peroleh tanpa seijin pihak rumah sakit/Puskesmas/Instansi bapak/ibu.

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

Wakil Rektor I,



Chandta Sulistyorini, S.ST., M.Keb

NIK. 114104.87.13.07



**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/II/2019

itkeswhs

itkeswhs

www.itkeswhs.ac.id

info@itkeswhs.ac.id

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

Nomor : 265 /ITKES-WHS/LT/2021
Lampiran : -
Hal : Permohonan Izin Penelitian

17 Februari 2021

Kepada Yth.
Direktur RS. Samarinda Medika Citra
Cq. Diklit RS. Samarinda Medika Citra
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 penelitian di tempat yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah:

Nama : YULIANA TANTRA WIJAYA
NIM : B19011016
Semester : III
Program Studi : SI Keperawatan
Judul Penelitian : **Gambaran pengetahuan sikap dan beban kerja dalam penerapan budaya keselamatan pasien**

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

Wakil Rektor I,



Chandra Sulistyorini, S.ST., M.Keb

NIP. 14104.87.13.075