



**GAMBARAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN PADA PERAWAT  
DALAM MELAKSANAKAN PELAYANAN DI INSTALASI RAWAT INAP  
RSD BALUNG KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

**Oleh**

**WULLINGGA ELITA DEBORA  
NIM 152110101200**

**PEMINATAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2020**



**GAMBARAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN PADA PERAWAT  
DALAM MELAKSANAKAN PELAYANAN DI INSTALASI RAWAT INAP  
RSD BALUNG KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan  
Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat  
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**Oleh**

**WULLINGGA ELITA DEBORA  
NIM 152110101200**

**PEMINATAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2020**

## HALAMAN PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Keluarga tercinta saya Bapak Siswoto (Almarhum) dan Ibu Netty Kusumawati yang telah membesarkan, mencurahkan doa dan kasih sayang setiap waktu, serta memberikan semangat dan mengajarku arti hidup yang sebenarnya untuk melangkah menuju kesuksesan;
2. Guru-guru yang mendidik saya sampai dengan perguruan tinggi yang telah memberikan ilmunya;
3. Agama, Bangsa dan Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

**MOTTO**

“Sebab tidak pernah orang membenci tubuhnya sendiri, tetapi mengasuhnya dan merawatinya, sama seperti Kristus terhadap jemaat..”

(Efesus 5:29)\*

“Kuatkanlah hatimu, jangan lemah semangatmu,  
karena ada upah bagi semangatmu!”

(2 tawarikh 15:7)\*\*

---

<sup>1)</sup> Departemen Agama Republik Indonesia. 2009, *Alkitab dan Terjemahannya*. Jakarta; Lembaga Alkitab Indonesia.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Wullingga Elita Debora

NIM : 152110101200

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Pada Perawat Dalam Melaksanakan Pelayanan Di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember” merupakan karya saya sendiri dan bukan jiplakan kecuali tanpa kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya. Saya bertanggungjawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta saya bersedia menerima sanksi akademik jika dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 14 Februari 2020

Yang menyatakan

Wullingga Elita Debora

NIM 152110101200

**PEMBIMBINGAN**

**SKRIPSI**

**GAMBARAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN PADA PERAWAT DALAM  
MELAKSANAKAN PELAYANAN DI INSTALASI RAWAT INAP  
RSD BALUNG KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Wullingga Elita Debora

NIM 152110101200

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama

: Christyana Sandra, S.KM. M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota

: dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc.

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul *Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Pada Perawat Dalam Melaksanakan Pelayanan di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember Pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 18 Februari 2020

Tempat : Ruang Sidang 1 FKM Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

DPU : Christyana Sandra, S.KM. M.Kes.

NIP. 19820416 201012 2003

(.....)

DPA : dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc.

NIP. 19811005 200604 2002

(.....)

Penguji

Ketua : Dr. Farida Wahyu N, S.KM. M.Kes.

NIP. 19801009 200501 2002

(.....)

Sekretaris : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes.

NIP. 19820723 201012 1003

(.....)

Anggota : Wahyudi Slamet R, S.Kep.Ners., M.MKes.

NIP. 19750416 199603 1004

(.....)

Mengesahkan

Dekan,

Dr. Farida Wahyu Ningtyas, S.KM., M.Kes.

NIP. 19801009 200501 2 002

## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas hikmat, kasih dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Gambaran Budaya Keselamatan Pasien pada Perawat dalam Melaksanakan Pelayanan di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember”**. Skripsi ini diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM).

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan proposal skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa bantuan, doa, usaha, dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak. Penulis ingin menyampaikan terimakasih yang sangat dalam kepada Ibu Christyana Sandra, S.KM., M.Kes selaku pembimbing Utama dan Ibu dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc selaku pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, masukan dan saran sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Terimakasih dan pengharapan penulis sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Ibu Dr. Farida Wahyu N, S.KM. M.Kes., selaku Dekan Fakultas Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ibu Mury Ririanty, S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Akademik;
3. Ibu Dr. Farida Wahyu N, S.KM. M.Kes., selaku Ketua Penguji; Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes selaku sekretaris penguji; Bapak Wahyudi Slamet Raharjo, S.Kep.Ners., M.MKes., selaku anggota penguji, atas saran, koreksi dan bimbingannya dalam memperbaiki skripsi ini;
4. Keluarga besar RSD Balung Jember yang telah meluangkan waktu dan membantu penulis dalam melakukan penelitian ini;
5. Kedua Orangtua, Bapak Siswoto (Almarhum) dan Ibu Netty Kusumawati yang telah membesarkan, mencurahkan doa dan kasih



sayang setiap waktu serta memberikan semangat, Adik terkasih Dimas Asa Prayoga dan keluarga besar Abdulgani serta keluarga besar Saipin yang telah memberikan motivasi, dukungan, semangat dan doa demi terselesaikan skripsi ini;

6. Sahabat sepersambatan Qori Alifa Novendasari, Rossa Valentina, Dian Sulusi, Meda Vio Azara yang telah banyak memberikan inspirasi motivasi, kebahagiaan, semangat dan telah membantu dalam proses penelitian;
7. Terimakasih untuk teman-teman yang selalu mendorong penulis dalam penyelesaian skripsi ini melalui doa, semangat dan motivasi; Udhma Alamanah, Ikke Dyah, Febri Tungga Dewi, Dinda Putri, Yohannes Rahardjo, Ruthia Putri, Iyanta Destian Sitorus, Deri Hendra Binawan serta teman-teman dari SD hingga SMA yang masih mendukung sampai saat ini;
8. Terimakasih teman-teman seperjuangan AKK 2015, Kelompok 4 PBL 2018 FKM UNEJ, Kelompok Magang di Dinkes Banyuwangi dan seluruh angkatan 2015 FKM UNEJ atas pengalaman dan kebersamaan yang diberikan;
9. Teman-teman UKMKK UNEJ dan SISTER 26 yang telah menjadi keluarga selama di Jember. Terimakasih untuk setiap waktu dan pengalaman yang menyenangkan serta semua pihak yang telah membantu terimakasih atas kerjasamanya, hanya Tuhan yang bisa membalas segala kebbaikannya.

Penulis telah menyusun skripsi ini dengan optimal, namun penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis memohon maaf atas segala kekurangan, semoga tulisan ini membawa manfaat kepada pihak yang memanfaatkan.

Jember, 14 Februari 2020

Penulis

## RINGKASAN

**Gambaran Budaya Keselamatan Pasien pada Perawat Dalam Melaksanakan Pelayanan di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember;** Wullingga Elita Debora; 152110101200; 2019; 89 halaman; Bagian Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem rumah sakit yang membuat asuhan pasien menjadi lebih aman. Rumah sakit harus memprioritaskan pelaksanaan keselamatan pasien. Hal tersebut dikarenakan mutu dan citra rumah sakit berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit. Salah satu unit pelayanan di rumah sakit yang mendukung aktivitas dalam pemberian pelayanan kesehatan pada masyarakat adalah instalasi rawat inap. Perawat merupakan petugas pelaksana kesehatan dengan jumlah lebih dominan serta waktu kerja paling tinggi selama 24 jam, sehingga perawat berperan besar dalam penerapan budaya keselamatan pasien.

RSD Balung Jember terus melakukan perbaikan secara terus-menerus melalui Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) yaitu dengan tingkat insidensi 0%. Untuk mencapai sasaran tersebut RSD Balung mempunyai komitmen melakukan perbaikan yaitu dengan menerapkan budaya keselamatan pasien. Data insiden keselamatan pasien di ruang instalasi rawat inap RSD Balung terdapat 8 laporan KTD dan terdapat 5 laporan KNC. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien pada perawat dalam melaksanakan pelayanan di instalasi rawat inap RSD Balung Jember.

Penelitian yang dilakukan merupakan jenis penelitian deskriptif, dengan desain penelitian *cross sectional*. Data dianalisis menggunakan analisis deskriptif dengan mendeskripsikan tiap-tiap variabel yaitu 12 dimensi keselamatan pasien menurut AHRQ. Penelitian ini memiliki responden penelitian sebanyak 51 orang perawat yang tersebar dalam 8 instalasi rawat inap di RSD Balung Jember. Teknik sampling penelitian menggunakan *simple random sampling*. Instrumen penelitian yang

digunakan dalam penelitian ini berupa Angket. Instrumen yang digunakan yaitu instrumen yang dikeluarkan oleh AHRQ yaitu *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

Hasil dari penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (72,55%) dan sebagian besar responden berusia antara 31-40 tahun (64,71%), sedangkan rata-rata responden memiliki masa kerja selama 10,7 tahun di instalasi rawat inap. Penelitian ini mengukur 12 dimensi pada instalasi rawat inap RSD Balung Jember, secara keseluruhan dikategorikan dalam budaya keselamatan sedang. Hasil penelitian di RSD Balung Jember yang mendapatkan respon positif paling tinggi yaitu pada dimensi umpan balik dan komunikasi terkait kesalahan, yang dibuktikan melalui jawaban setuju pada pernyataan setiap kesalahan-kesalahan yang terjadi selalu diberitahukan, sedangkan yang paling tinggi mendapatkan respon negatif yaitu pada dimensi frekuensi pelaporan, yang dibuktikan melalui banyaknya jawaban tidak pada pernyataan sering adanya laporan kejadian kesalahan terkait keselamatan pasien yang dapat membahayakan pasien.

Saran yang dapat diberikan dalam penelitian ini yaitu RSD Balung diharapkan mempunyai supervisor yang secara khusus melakukan supervisi secara rutin ke setiap unit instalasi rawat inap, RSD Balung Jember dapat melakukan peningkatan terkait persepsi keselamatan pasien dengan mengadakan *upgrading* pelatihan secara rutin dan berkesinambungan, kepala ruangan dapat melakukan sosialisasi tentang SOP pelaporan insiden keselamatan pasien secara rutin atau terjadwal serta RSD Balung dapat memberikan umpan balik berupa tindakan perbaikan atau korektif kepada sistem keselamatan pasien yang telah berjalan.

## SUMMARY

*Overview of Patient Safety Culture on Nurses Carrying out Services at RSD Balung Jember Inpatient Installation; Wullingga Elita Debora; 152110101200; 2019; 89 pages; Administration and Health Policy Studies Undergraduate Programme of Public Health, Faculty Public Health, Jember University.*

Patient safety is a hospital system that makes patient care safer. Hospitals must prioritize the implementation of patient safety. It is because the quality and image of the hospital are related to hospital patient safety. One of the service units in hospitals that support activities in providing health services to the public is inpatient installation. Nurses are health care workers with more dominant numbers and the highest working time for 24 hours, so nurses play a major role in the application of patient safety culture.

RSUD Balung Jember continues to make continuous improvements, one of which is the Patient Safety Target at zero defect. To achieve the objective, RSUD Balung has a commitment to make improvements by applying a patient safety culture. RSUD Balung is a type C government hospital, based on patient safety incident data in the inpatient installation room until August 2019 there were 8 Adverse Event reports and 5 Near Miss reports. While the patient safety incident data in the inpatient room of Kalisat Hospital which is also a type C government hospital, Adverse Event 1 report and 3 Near Miss reports. The aim of this research was to describe the patient safety culture in nurses in carrying out services in the inpatient installation at RSUD Balung Jember.

This research was a descriptive research, with cross-sectional research design. Data were analyzed using descriptive analysis by describing each variable which is 12 dimensions of patient safety according to the AHRQ. This research had 51 respondents who were nurses that spread out in 8 inpatient installations at RSD Balung Jember. samples selected using simple random sampling. The instrument using a questionnaire of Hospital Survey on Patient Safety Culture by AHRQ.

The results of this research showed that most respondents were female (72.55%) and most respondents were aged between 31-40 years (64.71%), while the average respondent had a job tenure of 10.7 years at inpatient installation. This research found the dimension that has the highest positive response was the dimension of feedback and communication about errors, that proven through the answers of respondents who agree if any errors that occur are always notified, while the dimension that has the highest negative response was frequency of events reported dimension, that proven through the answers not in reporting the occurrence of errors related to patient safety can endanger the patient.

The overall patient safety culture in the inpatient installation at RSD Balung were in medium culture category. Suggestions that can be given in this research are RSD Balung is expected to have a supervisor who specifically conducts routine supervision to each inpatient installation unit, RSD Balung Jember can improve the perception of patient safety by conducting regular and continuous upgrading of training, the head of the room can conduct socialization regarding standard operating procedure for reporting routine or scheduled patient safety incidents and RSD Balung can provide feedback with corrective actions to the patient safety system that has been running.

DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>MOTTO</b> .....	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>PEMBIMBINGAN</b> .....	<b>v</b>
<b>PENGESAHAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>ix</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xx</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI</b> .....	<b>xxi</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	<b>6</b>
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	<b>7</b>
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	7
1.4.2 Manfaat Praktis.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>9</b>
<b>2.1 Rumah Sakit</b> .....	<b>9</b>
2.1.1 Definisi Rumah Sakit.....	9
2.1.2 Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit .....	9
2.1.3 Klasifikasi Rumah Sakit .....	10
<b>2.2 Perawat</b> .....	<b>11</b>

2.2.1	Definisi Perawat .....	11
2.2.2	Peran dan Fungsi Perawat .....	11
<b>2.3</b>	<b>Keselamatan pasien .....</b>	<b>14</b>
2.3.1	Definisi Keselamatan pasien .....	14
2.3.2	Standar Keselamatan Pasien.....	14
2.3.3	Sasaran Keselamatan Pasien .....	16
2.3.4	Langkah Menuju Keselamatan Pasien.....	17
2.3.5	Insiden Keselamatan Pasien.....	18
<b>2.4</b>	<b>Budaya keselamatan Pasien .....</b>	<b>18</b>
2.4.1	Definisi Budaya Keselamatan Pasien .....	18
2.4.2	Aspek Budaya Keselamatan Pasien.....	19
2.4.3	Dimensi Budaya Keselamatan Pasien.....	20
2.4.4	Survei Budaya Keselamatan Pasien.....	23
<b>2.5</b>	<b>Kerangka Teori .....</b>	<b>28</b>
<b>2.6</b>	<b>Kerangka Konsep .....</b>	<b>29</b>
<b>BAB 3</b>	<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>31</b>
<b>3.1</b>	<b>Jenis Penelitian.....</b>	<b>31</b>
<b>3.2</b>	<b>Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>31</b>
<b>3.3</b>	<b>Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>31</b>
3.3.1	Populasi penelitian.....	31
3.3.2	Sampel Penelitian .....	32
3.3.3	Teknik Pengambilan Sampel.....	33
<b>3.4</b>	<b>Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....</b>	<b>34</b>
3.4.1	Variabel penelitian.....	34
3.4.2	Definisi Operasional .....	35
<b>3.5</b>	<b>Data dan Sumber Data.....</b>	<b>39</b>
3.5.1	Data Primer .....	39
3.5.2	Data Sekunder .....	40
<b>3.6</b>	<b>Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian.....</b>	<b>40</b>
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data.....	40
3.6.2	Instrumen Penelitian .....	41

<b>3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data .....</b>	<b>42</b>
3.7.1 Teknik Pengolahan Data .....	42
3.7.2 Teknik Penyajian Data.....	43
3.7.3 Teknik Analisis Data .....	43
<b>3.8 Alur Penelitian.....</b>	<b>45</b>
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>46</b>
<b>4.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>46</b>
4.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian .....	46
4.1.2 Karakteristik Responden.....	47
4.1.3 Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan 12 Dimensi	48
<b>4.2 Pembahasan.....</b>	<b>64</b>
4.2.1 Dimensi Persepsi Perawat Terkait Keseluruhan Prosedur Keselamatan Pasien.....	64
4.2.2 Dimensi Frekuensi Pelaporan.....	65
4.2.3 Dimensi Harapan Dan Tindakan Supervisor Mempromosikan Keselamatan Pasien.....	67
4.2.4 Dimensi Pembelajaran Organisasi Dan Perbaikan Berkelanjutan.	69
4.2.5 Dimensi Kerjasama Tim Dalam Unit .....	70
4.2.6 Dimensi Keterbukaan Komunikasi.....	71
4.2.7 Dimensi Dimensi Umpan Balik Dan Komunikasi Mengenai Kesalahan.....	72
4.2.8 Dimensi Respon Tidak Menyalahkan.....	73
4.2.9 Dimensi <i>Staffing</i> .....	75
4.2.10 Dimensi Dukungan Manajemen Terhadap Upaya Keselamatan Pasien.....	76
4.2.11 Dimensi Kerjasama Tim Antar Unit.....	77
4.2.12 Dimensi Pemindehan Dan Pergantian .....	78
<b>4.3 Keterbatasan Penelitian .....</b>	<b>79</b>
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>81</b>
<b>5.1 Kesimpulan .....</b>	<b>81</b>
<b>5.2 Saran .....</b>	<b>82</b>



<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>84</b>
<b>LAMPIRAN</b> .....	<b>90</b>



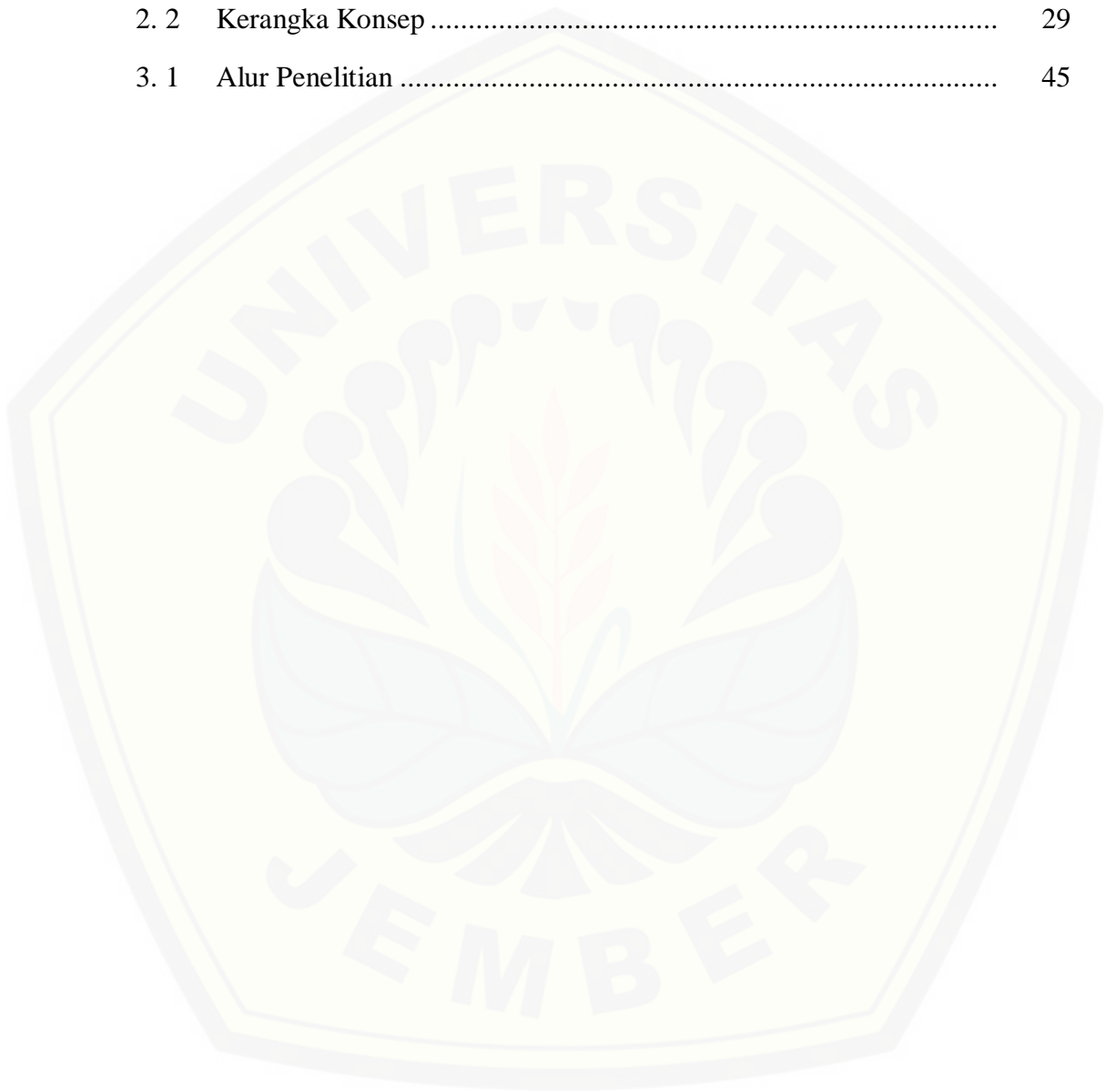
**DAFTAR TABEL**

2.1	Perbandingan Komponen Instrumen Budaya Keselamatan Pasien.....	25
3.1	Jumlah Perawat di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Tahun 2019 .....	32
3.2	Proporsi besar sampel pada masing-masing ruangan rawat inap.....	33
3.3	Definisi Operasional .....	35
3.4	Distribusi pertanyaan positif dan negatif pada kuesioner .....	42
4.1	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	47
4.2	Distribusi Responden Berdasarkan Usia .....	48
4.3	Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja.....	48
4.4	Gambaran Dimensi Persepsi Terkait Keseluruhan Prosedur Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat inap RSD Balung Jember .....	49
4.5	Distribusi Jawaban Perawat Terkait Persepsi Keseluruhan Prosedur di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember .....	49
4.6	Gambaran Dimensi Frekuensi Pelaporan di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember .....	50
4.7	Distribusi Jawaban Perawat Terkait Frekuensi Pelaporan Kejadian....	50
4.8	Gambaran Dimensi Harapan dan Tindakan Supervisor mempromosikan Keselamatan Pasien di Instalasi rawat Inap RSD Balung Jember.....	51
4.9	Distribusi Jawaban Perawat Terkait Harapan dan Tindakan Supervisor Mempromosikan Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember .....	52
4.10	Gambaran Dimensi Pembelajaran Organisasi dan Perbaikan Berkelanjutan di Instalasi rawat inap RSD Balung Jember .....	53
4.11	Distribusi Jawaban Perawat Terkait Pembelajaran Organisasi dan Perbaikan Berkelanjutan di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember.....	53
4.12	Gambaran Dimensi Kerjasama Tim Dalam Unit Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember .....	54

4.13	Distribusi Jawaban Perawat Terkait Kerjasama Tim Dalam Unit di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember.....	54
4.14	Gambaran Dimensi Keterbukaan Komunikasi di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember .....	55
4.15	Distribusi Jawaban Perawat Terkait Keterbukaan Komunikasi di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember.....	56
4.16	Gambaran Umpan Balik dan Komunikasi Terkait kesalahan di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember.....	56
4.17	Distribusi Jawaban Perawat Terkait Umpan Balik Dan Komunikasi Terkait Kesalahan Di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember .....	57
4.18	Gambaran Respon Tidak Menyalahkan di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember.....	57
4.19	Distribusi Jawaban Perawat Terkait Respon Tidak Menyalahkan di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember .....	58
4.20	Gambaran <i>Staffing</i> di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember .....	59
4.21	Distribusi Jawaban Perawat Terkait <i>Staffing</i> Di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember .....	59
4.22	Gambaran Dukungan Manajemen Terhadap Upaya Keselamatan Pasien di instalasi rawat Inap RSD Balung Jember .....	60
4.23	Distribusi Jawaban Perawat Terkait Dukungan Manajemen Terhadap Upaya Keselematan Pasien Di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember.....	61
4.24	Gambaran Kerjasama Tim Antar Unit di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember.....	62
4.25	Distribusi Jawaban Perawat Terkait Kerjasama Tim Antar Unit Di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember.....	62
4.26	Gambaran Pemandahan dan Pergantian di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember.....	63
4.27	Distribusi Jawaban Perawat Terkait Pemandahan Dan Pergantian Di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember.....	63

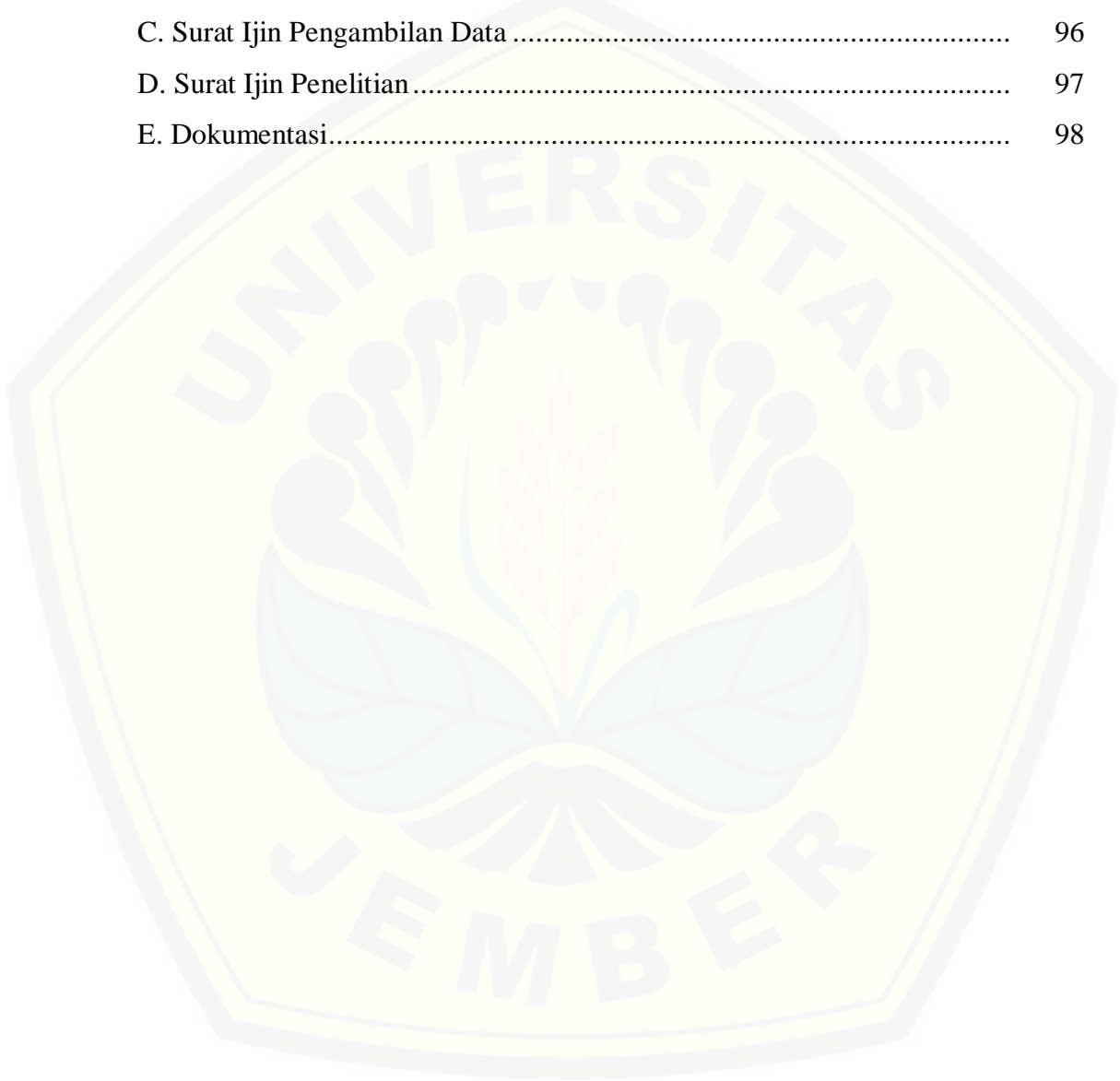
**DAFTAR GAMBAR**

2. 1	Kerangka Teori.....	28
2. 2	Kerangka Konsep .....	29
3. 1	Alur Penelitian .....	45



**DAFTAR LAMPIRAN**

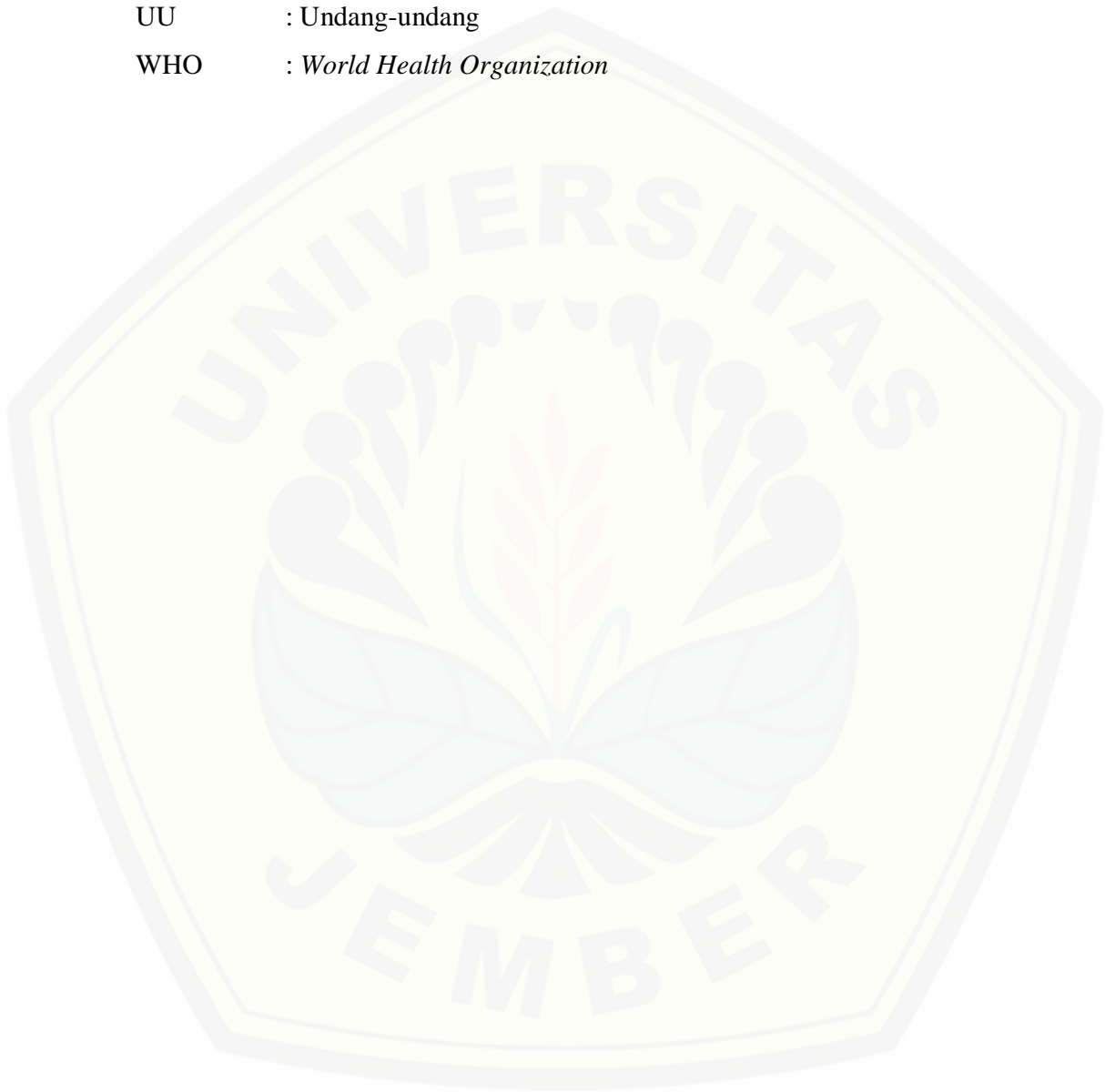
A. Lembar Persetujuan.....	90
B. Lembar Kuesioner Budaya Keselamatan Pasien.....	91
C. Surat Ijin Pengambilan Data .....	96
D. Surat Ijin Penelitian .....	97
E. Dokumentasi.....	98



**DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI**

AHRQ	: <i>Agency for Healthcare Research Quality</i>
ASRI	: Atensi Senyum Ramah Informatif
Dinkes	: Dinas Kesehatan
e	: Persentase batas toleransi kesalahan
GDR	: <i>Gross Death Rate</i>
HSOPC	: <i>Hospital Survey On Patient Safety Culture</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
IGD	: Instalasi Gawat darurat
K3RS	: Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit
KBK	: Kinerja dan Budaya Keselamatan
KKPRS	: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
KNKP	: Komite Nasional Keselamatan Pasien
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KPC	: Kejadian Potensial Cedera
KPRS	: Keselamatan Pasien Rumah Sakit
KTC	: Kejadian Tidak Cedera
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
MBWA	: <i>Management By Walking Around</i>
MRS	: Mutu Rumah sakit
MSI	: <i>Modified Stanford Instrumen</i>
N	: Ukuran populasi
n	: Ukuran sampel atau jumlah responden
NDR	: <i>Net Death Rate</i>
Nh	: Populasi masing-masing ruangan instalasi rawat inap
ni	: Besar sampel masing-masing ruangan instalasi rawat inap
NPSA	: <i>National Patient Safety Agency</i>
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PPI	: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
RS	: Rumah Sakit
RSD	: Rumah Sakit Umum Daerah

SAQ	: <i>safety Attitudes Questionnaire</i>
SBAR	: <i>Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>
SI	: <i>Standford Instrumen</i>
SKP	: Sasaran Keselamatan Pasien
UU	: Undang-undang
WHO	: <i>World Health Organization</i>



## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem rumah sakit yang membuat asuhan pasien menjadi lebih aman. Sistem yang dimaksud berupa asesmen risiko, identifikasi risiko pasien, pelaporan insiden, analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya hingga implementasi solusi dalam rangka menurunkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat meminimalkan terjadinya cedera yang dikarenakan kesalahan akibat melakukan suatu tindakan atau tidak melaksanakan tindakan yang harus dilakukan (Permenkes No 11 Tahun 2017, pasal 1).

Rumah sakit harus memprioritaskan pelaksanaan keselamatan pasien. Hal tersebut dikarenakan mutu dan citra rumah sakit berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit. Selain itu, keselamatan pasien juga merupakan standar pelayanan yang harus dipenuhi oleh rumah sakit terkait standar akreditasi versi 2012 yang mengacu pada *Joint Commission International*. Menteri Kesehatan membentuk Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) yang bertugas menyelenggarakan keselamatan pasien melalui penerapan standar keselamatan pasien, sasaran keselamatan pasien dan tujuh langkah menuju keselamatan pasien guna meningkatkan keselamatan pasien (Permenkes No 11 Tahun 2017, pasal 3).

Salah satu unit pelayanan di rumah sakit yang mendukung aktivitas dalam pemberian pelayanan kesehatan pada masyarakat adalah instalasi rawat inap. Pelayanan secara menyeluruh dan intensif dapat diakses melalui pelayanan rawat inap. Peran penting yang dimiliki instalasi rawat inap dalam memberikan pelayanan kesehatan yaitu mengobservasi, mendiagnosis, mengobati dan memberikan pelayanan lain dengan cara menginap di rumah sakit. Dalam menjamin keselamatan pasien, rumah sakit melibatkan peran seluruh petugas pelaksana kesehatan terutama perawat. Perawat merupakan petugas pelaksana kesehatan dengan jumlah lebih dominan serta waktu kerja paling tinggi selama 24 jam terus menerus. Hal tersebut menjadikan perawat lebih mengetahui perubahan fisik dan psikis yang dialami pasien sehingga perawat dipandang lebih memahami



hal-hal yang dibutuhkan pasien dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang lain (Cahyono, 2008:334).

Perawat sebagai pelaksana pelayanan kesehatan berperan besar untuk mencegah terjadinya kesalahan dalam mengobati seperti melaporkan kejadian, berfungsi sebagai pendidik dalam pencegahan penyakit, memberikan waktu kepada pasien dan keluarga untuk berkonsultasi, memberikan rekomendasi terkait perubahan prosedur dan kebijakan serta keterlibatan dalam identifikasi masalah. Keselamatan pasien bagi perawat bukan hanya menjadi pedoman tentang apa yang harus dilakukan, namun merupakan komitmen yang tertuang dalam kode etik untuk memberikan pelayanan sesuai kompetensi serta pelayanan yang aman bagi pasien. Luasnya peran perawat tersebut menjadikan perawat untuk berperan penting dalam penerapan budaya keselamatan pasien terutama dalam pelaporan kesalahan pelayanan yang berhubungan dengan keselamatan pasien (Twigg, 2014:159).

Penerapan budaya keselamatan pasien menjadi poin yang penting sebagai peningkatan kinerja dan kualitas secara keseluruhan dalam suatu organisasi pelayanan kesehatan. Dengan mempertahankan budaya keselamatan pasien maka keselamatan pasien akan meningkat (El-Jardali *et al.*, 2014:14). Dalam menilai budaya keselamatan pasien di rumah sakit terdapat beberapa aspek yang perlu diperhatikan diantaranya keterbukaan komunikasi, umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan yang terjadi, pelaporan kejadian, pemindahan dan transisi, dukungan manajemen, respon tidak menghakimi pada kesalahan yang dilakukan, pembelajaran berkelanjutan, persepsi mengenai keselamatan pasien, *staffing*, harapan supervisor yang dilakukan untuk meningkatkan keselamatan pasien, kerjasama lintas unit dan kerjasama dalam unit (Sorra *et al.*, 2016:3).

Insiden keselamatan pasien merupakan kejadian secara tidak sengaja dan kondisi yang berpotensi mengakibatkan pasien mengalami cedera yang dapat dicegah. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan kejadian tidak diharapkan atau tidak diduga yang dapat menimbulkan cedera terhadap pasien. Kejadian Tidak Cedera (KTC) yaitu kejadian pasien sudah terpapar namun tidak menimbulkan cedera. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah suatu kejadian yang

berpotensi menimbulkan cedera yang dapat dicegah sehingga pasien belum sampai terpapar. Kejadian Potensial Cedera (KPC) merupakan situasi atau kondisi yang sangat berpotensi dapat menimbulkan cedera, namun insiden belum sampai terjadi (Permenkes No 11 Tahun 2017, pasal 14).

Menurut Utarini & Djasri (2012:1) menyebutkan data terkait KTD di Amerika pada tahun 2010 yaitu sebesar 32%. Data yang diperoleh dari *International and Australian patient safety* memperlihatkan sekurangnya 1 berbanding 10 pasien yang menerima perawatan di rumah sakit mengalami KTD (Lim, 2010:37). Data terkait KTD dan KNC di Indonesia masih sulit untuk didapatkan. Berdasarkan laporan yang diterbitkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) dalam data triwulan I insiden keselamatan pasien pada tahun 2009 terdapat 114 laporan, tahun 2010 terdapat 103 laporan dan pada tahun 2011 ada 34 laporan (KKPRS, 2012).

Penelitian yang dilakukan oleh Wagner *et al.*, (2013:218) yaitu penelitian terkait budaya keselamatan pasien di rumah sakit beberapa negara. Hasil penelitian menjelaskan budaya keselamatan pasien antar beberapa Negara memiliki tingkat perbedaan. Tingkat budaya keselamatan pasien di Negara Amerika lebih tinggi apabila dibandingkan dengan rumah sakit yang berada di Negara Taiwan dan Belanda serta responden yang berada di Negara Amerika memiliki sikap positif terhadap keselamatan pasien. Hal tersebut menunjukkan budaya keselamatan pasien setiap berbeda-beda dan terdapat rumah sakit yang berani untuk melaporkan angka kejadian keselamatan pasien meskipun data kejadian keselamatan pasien rumah sakit tersebut tinggi (Fujita *et al.*, 2013)

Rumah Sakit Umum Daerah (RSD) Balung merupakan salah satu rumah sakit milik pemerintah di Kabupaten Jember. RSD Balung di tahun 2017 naik kelas menjadi C. Hal tersebut menjadikan RSD Balung lebih mengoptimalkan penerapan pelayanan kepada masyarakat dan fokus dalam perbaikan terus-menerus. Perbaikan-perbaikan yang dilakukan di RSD Balung salah satunya yaitu Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) seperti ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan pada obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, kepastian tepat prosedur, kepastian tepat

pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko pasien jatuh. SKP di rumah sakit diharapkan berada pada nilai *zero defect* (tingkat insidensi 0%). Untuk mencapai sasaran tersebut RSD Balung mempunyai komitmen melakukan perbaikan yaitu dengan menerapkan budaya keselamatan pasien. RSD Balung sudah menerapkan budaya keselamatan sejak tahun 2018. Pelaksanaan budaya keselamatan pasien merupakan salah satu cara yang dilakukan RSD Balung agar pasien terhindar dari kecelakaan selama perawatannya. Setiap tenaga kesehatan juga telah diberi arahan terkait pencegahan pasien risiko jatuh serta diarahkan untuk melaporkan insiden secara resmi ke tim keselamatan pasien RSD Balung.

Dari data insidensi keselamatan pasien di ruang instalasi rawat inap RSD Balung Jember pada tahun 2018 sebanyak 4 laporan KTD sedangkan, di tahun 2019 hingga bulan Agustus terdapat 8 laporan KTD dan terdapat 5 laporan KNC. Angka insiden pada tahun 2019 di RSD Balung Jember lebih tinggi dibandingkan dengan angka insiden di rumah sakit pemerintah tipe C lainnya. RSD Kalisat Jember merupakan rumah sakit pemerintah tipe C dengan data pelaporan angka KTD sebanyak 1 laporan dan 3 laporan data KNC hingga bulan November 2019. Peningkatan mutu terus dilakukan sesuai dengan komitmen yang tertuang pada 6 Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) yang mengedepankan mutu pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien merupakan pertimbangan utama dalam meningkatkan pelayanan rumah sakit.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti Dapat diketahui KTD di ruang rawat inap RSD Balung terdapat insiden keselamatan pasien diantaranya tertusuk jarum bekas pakai, pasien jatuh dari kursi, pasien jatuh dari tempat tidur, dan terpeleset. Sedangkan untuk KNC di ruang rawat inap RSD Balung seperti salah pemberian identitas pasien yaitu salah memberikan gelang sebelum dilakukan tindakan, kejadian terkait manajemen obat, kejadian terkait sumber fasilitas kesehatan. Jenis kesalahan yang dilakukan oleh petugas dalam pelayanan perawatan meliputi kesalahan dalam kedisiplinan, kesalahan komunikasi yang menyebabkan salah informasi sehingga pesan atau apa yang dibicarakan tidak tersampaikan dengan jelas dan kesalahan teknis. Perawat yang

bertugas masih kurang disiplin dalam melaporkan setiap insiden keselamatan pasien, hal tersebut menggambarkan masih lemahnya budaya pelaporan di RSD Balung. Oleh karenanya dibutuhkan suatu upaya untuk meningkatkan keberhasilan sistem pelaporan yang termasuk dalam budaya keselamatan pasien yang berfokus pada sistem mengurangi terjadinya cedera di RSD Balung Jember.

Penelitian ini dilakukan di instalasi rawat inap RSD Balung Jember dengan menggunakan instrumen penelitian dari *Agency Health Research Quality (AHRQ)* tahun 2018 yaitu *Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC)* yang telah diterjemahkan oleh Tim Keselamatan Pasien Nasional. HSOPSC memiliki tujuan untuk mengukur budaya keselamatan pasien yang meliputi kerjasama dalam unit, kerjasama antar unit, harapan dan tindakan supervisor, pembelajaran organisasi, dukungan manajemen, persepsi keselamatan pasien, umpan balik dan komunikasi, keterbukaan komunikasi, pelaporan kejadian, penyusunan staf, pemindahan dan transisi, dan respon tidak menyalahkan. HSOPSC merupakan survei yang mencakup 4 komponen seperti keterbukaan, keadilan, pelaporan, pembelajaran serta dapat digunakan untuk umum, didesain untuk semua kalangan staf di rumah sakit, komprehensif dan spesifik (AHRQ, 2018).

Berdasarkan uraian permasalahan terkait keselamatan pasien diatas dan mengingat pentingnya budaya keselamatan pasien serta belum adanya penelitian lebih lanjut mengenai budaya keselamatan pasien di RSD Balung, maka peneliti ingin menggambarkan budaya keselamatan pasien pada perawat dalam melaksanakan pelayanan di instalasi rawat inap RSD Balung Jember.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan pemaparan latar belakang maka rumusan masalah yang dapat ditarik adalah bagaimana budaya keselamatan pasien pada perawat dalam melaksanakan pelayanan di instalasi rawat inap RSD Balung Jember?.

### 1.3 Tujuan Penelitian

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Bertujuan untuk menggambarkan budaya keselamatan pasien pada perawat dalam melaksanakan pelayanan di instalasi rawat inap RSD Balung Jember.

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan budaya keselamatan pasien dalam dimensi persepsi perawat tentang keseluruhan prosedur keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSD Balung Jember.
- b. Menggambarkan budaya keselamatan pasien pada dimensi pelaporan kejadian dari perspektif perawat di instalasi rawat inap RSD Balung Jember.
- c. Menggambarkan budaya keselamatan pasien dalam dimensi harapan dan tindakan supervisor mempromosikan keselamatan pasien dari sudut perawat di instalasi rawat inap RSD Balung Jember.
- d. Menggambarkan budaya keselamatan pasien pada dimensi pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan dari sudut perawat di instalasi rawat inap RSD Jember.
- e. Menggambarkan budaya keselamatan pasien pada dimensi kerjasama tim dalam unit dari sudut perawat di instalasi rawat inap RSD Balung Jember.
- f. Menggambarkan budaya keselamatan pasien pada dimensi keterbukaan komunikasi dari sudut perawat di instalasi rawat inap RSD Balung Jember.
- g. Menggambarkan budaya keselamatan pasien pada dimensi umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan dari sudut perawat di instalasi rawat inap RSD Balung Jember.
- h. Menggambarkan budaya keselamatan pasien pada dimensi respon tidak menyalahkan terhadap kesalahan dari sudut perawat di instalasi rawat inap RSD Balung Jember.
- i. Menggambarkan budaya keselamatan pasien pada dimensi *staffing* dari sudut perawat di instalasi rawat inap RSD Balung Jember.

- j. Menggambarkan budaya keselamatan pasien pada dimensi dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien dari sudut perawat di instalasi rawat inap RSD Balung Jember.
- k. Menggambarkan budaya keselamatan pasien pada dimensi kerjasama tim antar unit di rumah sakit dari sudut perawat di instalasi rawat inap RSD Balung Jember.
- l. Menggambarkan budaya keselamatan pasien pada dimensi pemindahan dan pergantian pasien dari sudut perawat di instalasi rawat inap RSD Balung Jember.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian yang dilakukan dapat bermanfaat sebagai bahan referensi dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat serta sebagai tempat penelitian mengenai budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

##### **1.4.2 Manfaat Praktis**

###### **a. Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi dan pengetahuan dalam keilmuan kesehatan masyarakat dan sebagai sarana untuk menerapkan teori-teori yang diperoleh selama di Fakultas Kesehatan Masyarakat.

###### **b. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu referensi kepustakaan untuk mengembangkan penelitian di masa yang akan datang, khususnya yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

###### **c. Bagi Tempat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan terkait budaya keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien bagi RSD

Balung Jember dalam meningkatkan program keselamatan pasien. Selain itu dapat bermanfaat sebagai bahan evaluasi pelaksanaan program keselamatan pasien di RSD Balung Jember



## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Rumah Sakit

#### 2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan institusi pelayan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan serta gawat darurat secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif atau pelayanan kesehatan secara paripurna (Permenkes No 56 Tahun 2014, pasal 1). Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang mengatur dan menyusun staf tenaga medis dan staf profesi lain untuk memberikan pelayanan selama 24 jam sehari dalam 7 hari seminggu melalui fasilitas rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit berupa pelayanan untuk pasien dengan kondisi yang akut, kondisi menuju kesembuhan dan kondisi pasien dalam perawatan terminal dengan menggunakan pelayanan secara *diagnostic* maupun kuratif (WHO, 2017).

#### 2.1.2 Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit memiliki beberapa fungsi yang dijelaskan di dalam Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, sebagai berikut:

- a. Menyesuaikan standar pelayanan rumah sakit dengan diselenggarakannya pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan
- b. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan sesuai kebutuhan medis dengan pelayanan kesehatan secara paripurna baik tingkat kedua maupun tingkat ketiga
- c. Menyelenggarakan pelatihan dan pendidikan tenaga kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan
- d. Menyelenggarakan pengembangan dan penelitian serta penapisan teknologi dalam bidang kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan sesuai etika ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.



### 2.1.3 Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit dikategorikan berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan menjadi 2 yaitu rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum dalam pelayanannya memberikan pelayanan pada semua jenis penyakit dan semua bidang. Sedangkan rumah sakit khusus dalam pelayanan yang diberikan mengutamakan pelayanan pada satu jenis penyakit atau pada satu bidang tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan usia, organ atau kekhususan lainnya. Rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi 4 klasifikasi, antara lain:

a. Rumah sakit umum kelas A

Pelayanan dalam rumah sakit umum kelas A yang diberikan meliputi pelayanan medik paling sedikit terdiri dari pelayanan gawat darurat harus 24 jam secara terus menerus setiap hari, 4 pelayanan medik spesialis dasar, 5 pelayanan medik spesialis penunjang, 12 pelayanan medik spesialis lain, 16 pelayanan medik subspecialis dan 7 pelayanan medik spesialis gigi dan mulut (Permenkes No 56 Tahun 2014, pasal 14).

b. Rumah sakit umum kelas B

Pelayanan dalam rumah sakit umum kelas B yang diberikan meliputi pelayanan medik paling sedikit pelayanan gawat darurat selama 24 jam terus menerus setiap hari, 4 pelayanan medik spesialis dasar, 5 pelayanan medik spesialis penunjang, 8 pelayanan medik spesialis lain dari 13 pelayanan, 2 pelayanan subspecialis lain dari 4 subspecialis dasar dan 3 pelayanan medik spesialis gigi dan mulut (Permenkes No 56 Tahun 2014, pasal 25).

c. Rumah sakit umum kelas C

Pelayanan dalam rumah sakit umum kelas C yang diberikan meliputi pelayanan medik paling sedikit pelayanan gawat darurat 24 jam terus menerus, 4 pelayanan medik umum, 4 pelayanan medik spesialis dasar, 3 pelayanan

medik spesialis penunjang, dan 1 pelayanan medik spesialis gigi dan mulut (Permenkes No 56 Tahun 2014, pasal 37).

d. Rumah sakit umum kelas D

Pelayanan dalam rumah sakit umum kelas D yang diberikan meliputi pelayanan medik paling sedikit pelayanan gawat darurat 24 jam secara terus menerus, 4 pelayanan medik umum, 2 pelayanan medik spesialis dasar dari 4 pelayanan, dan 2 pelayanan medik spesialis penunjang (Permenkes No 56 tahun 2014, pasal 47).

## 2.2 Perawat

### 2.2.1 Definisi Perawat

Berdasarkan Undang-undang RI Nomor 38 tahun 2014, mendefinisikan perawat merupakan seseorang yang telah diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan yang berlaku bahwa telah lulus baik di dalam maupun diluar negeri pendidikan tinggi keperawatan. Sedangkan keperawatan merupakan suatu kegiatan memberikan asuhan kepada individu, keluarga, kelompok ataupun masyarakat baik dalam kondisi sakit atau sehat. Pelayanan keperawatan dimaksud suatu bentuk pelayanan secara profesional yang menjadi bagian keseluruhan dari pelayanan kesehatan yang berdasarkan pada ilmu keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat baik dalam kondisi sakit ataupun sehat (UU RI No 38 Tahun 2014, pasal 1).

### 2.2.2 Peran dan Fungsi Perawat

Dalam memberikan asuhan keperawatan peran dan fungsi perawat menjadi suatu bentuk upaya untuk memberikan kepuasan dan kenyamanan kepada pasien. Peran perawat berdasarkan ilmu kesehatan adalah sebagai berikut (Kusnanto, 2010):

a. Pemberi asuhan keperawatan (*care giver*)

Perawat memberikan layanan berupa asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangannya secara langsung kepada pasien, keluarga maupun komunitas. Dalam proses memberikan asuhan keperawatan kepada pasien perawat berpedoman pada standar keperawatan serta dilandasi dengan kode etik dan etika pelayanan keperawatan. Perawat yang berperan sebagai *care provider* memiliki tugas memberikan rasa nyaman dan aman bagi pasien, melindungi hak serta kewajiban supaya terlaksana dengan seimbang, memberikan fasilitas dengan anggota tim kesehatan lain dan berusaha untuk mengembalikan kesehatan pasien (Kusnanto, 2010:84).

b. Sebagai advokat keluarga pasien

Perawat berfungsi sebagai advokat bagi pasien dan keluarga pasien dalam upaya untuk memenuhi kebutuhannya, membela kepentingan dan membantu untuk memahami semua informasi yang diberikan oleh tim kesehatan melalui pendekatan tradisional maupun profesional. Peran perawat yang sebagai advokasi sekaligus mengharuskan perawat bertindak sebagai fasilitator dan narasumber dalam pengambilan keputusan mengenai upaya kesehatan yang harus dijalani oleh pasien. Perawat juga diharuskan dapat melindungi serta memfasilitasi keluarga dalam keperawatan dengan mempertahankan hak-hak pasien yang didapat selama menjalani masa perawatannya (Kusnanto, 2010:84).

c. Konseling (*Consellor*)

Perawat berperan sebagai *consellor* atau pemberi bimbingan/konseling baik kepada pasien maupun keluarga tugasnya mengidentifikasi perubahan pola interaksi individu/keluarga terhadap keadaan sehat sakitnya. Interaksi yang dimaksudnya menjadikan dasar untuk merencanakan metode yang digunakan sebagai meningkatkan kemampuan adaptasi. Konsultasi yang dilakukan juga memberikan dukungan emosi, psikologis dan intelektual tentang masalah kesehatan sesuai dengan prioritas. Konseling kepada individu/keluarga diharapkan dapat memberikan integrasi pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu dan pemecahan masalah difokuskan terhadap masalah

keperawatan serta mengubah perilaku hidup ke arah yang lebih sehat (Kusnanto, 2010:86).

d. Pendidik (*Educator*)

Sebagai *educator* perawat dapat mampu membantu pasien atau keluarga untuk meningkatkan kesehatannya melalui pemberian pengetahuan yang berkaitan dengan keperawatannya dan tindakan medik yang diterima sehingga dapat menerima tanggung jawab terhadap hal-hal yang diketahuinya. Melalui pengetahuan tersebut diharapkan pasien tidak mengalami gangguan yang sama terlebih dapat mengubah perilaku ke arah yang lebih sehat. Salah satu contoh dari peran perawat sebagai pendidik yaitu memberikan penyuluhan kepada pasien dan keluarga yang seluruh tujuannya untuk meminimalkan stres pada pasien dan juga keluarga pasien, mengajarkan mengenai asuhan keperawatan dan terapi di rumah sakit serta memastikan bahwa keluarga mampu memberikan asuhan yang tepat dan sesuai ketika pulang di rumah. Sebagai pendidik perawat juga dapat memberikan penyuluhan pengetahuan kesehatan terhadap kelompok keluarga yang berisiko tinggi, kader kesehatan dan masyarakat lain (Kusnanto, 2010:86).

e. Kolaborasi (*Collaborator*)

Dalam peran kolaborasi artinya tindakan kerja sama yang dilakukan oleh perawat beserta tim kesehatan lain dan keluarga dalam menentukan rencana ataupun pelaksanaan asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Kolaborasi yang dimaksud melibatkan tim kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, psikolog, dan tenaga medis lain sesuai kebutuhan, mengingat pasien merupakan individu yang kompleks dalam perkembangan membutuhkan perhatian (Kusnanto, 2010:87).

f. Koordinator (*Coordinator*)

Perawat sebagai *coordinator* memanfaatkan semua sumber-sumber dan potensi yang ada, baik materi maupun kemampuan pasien secara terorganisir sehingga intervensi tidak ada yang terlewatkan ataupun tumpang tindih. Dalam melaksanakan perannya hal-hal yang dilakukan antara lain seperti mengoordinasi seluruh pelayanan keperawatan, mengatur tenaga yang akan

bertugas, mengembangkan sistem pelayanan dalam keperawatan dan memberi informasi mengenai hal-hal yang berhubungan dengan pelayanan pada sarana kesehatan (Kusnanto, 2010:87).

g. Pembaru (*Change agent*)

Perawat dalam perannya sebagai pembaru yaitu mengadakan inovasi dalam pola pikir, bersikap, bertindak laku dan meningkatkan keterampilan pasien atau keluarga untuk menjadi sehat. Fungsi ini mencakup perencanaan, kerjasama dan perubahan yang sistematis dalam berhubungan dengan pasien serta cara memberikan perawatannya (Kusnanto, 2010:87).

## 2.3 Keselamatan pasien

### 2.3.1 Definisi Keselamatan pasien

Keselamatan pasien menurut *National Patient Safety Foundation* merupakan sebagai upaya menghindari, mencegah dan memperbaiki dari *outcome* yang merugikan atau menimbulkan cedera dalam proses pelayanan kesehatan (Mc Fadden *et al.*, 2009). Sedangkan keselamatan pasien rumah sakit dapat diartikan menjadi suatu sistem yang mana rumah sakit menciptakan asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi assesmen risiko, identifikasi risiko, pengelolaan risiko, pelaporan insiden, analisis insiden, kemampuan untuk mempelajari dari insiden yang terjadi dan langkah apa yang yang harus dilakukan, mengimplementasikan solusi untuk mengurangi adanya risiko dan mencegah terjadinya cedera karena kesalahan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes No 11 Tahun 2017 pasal 1).

### 2.3.2 Standar Keselamatan Pasien

Rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan wajib menerapkan standar keselamatan pasien mengingat masalah keselamatan pasien menjadi masalah yang harus ditangani dengan segera. Standar keselamatan pasien mengacu pada

Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien yang menjelaskan tujuh standar keselamatan pasien, antara lain:

a. Hak pasien

Pasien beserta keluarga memiliki hak untuk mendapatkan informasi mengenai rencana dan hasil pelayanan hingga kemungkinan terjadinya insiden.

b. Mendidik pasien dan keluarga

Fasilitas pelayanan kesehatan wajib mendidik pasien beserta keluarga pasien mengenai kewajiban juga tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Fasilitas pelayanan kesehatan secara berkesinambungan menjamin keselamatan pasien serta memberikan jaminan koordinasi antara sumber tenaga dan lintas unit pelayanan.

d. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Fasilitas pelayanan kesehatan harus merancang proses baru atau memperbaiki proses yang sudah ada, memonitor, mengevaluasi kinerja, menganalisa insiden secara intensif dan melakukan perubahan yang dapat meningkatkan kinerja juga keselamatan pasien.

e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

1) Pimpinan memberi dorongan dan memberi jaminan implementasi program keselamatan pasien dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien secara terintegrasi.

2) Pimpinan memberikan jaminan dengan berlangsungnya program proaktif untuk mengidentifikasi risiko keselamatan pasien dan program yang menekan atau mengurangi insiden.

3) Pimpinan mendorong serta menumbuhkan koordinasi dan komunikasi antar unit bagian dan individu yang berkaitan dengan pengambilan keputusan mengenai keselamatan pasien.

4) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat guna mengkaji, mengukur dan meningkatkan keselamatan pasien dan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan.

- 5) Pimpinan mengkaji dan mengukur efektifitas kontribusi dalam meningkatkan keselamatan pasien dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan.
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
  - 1) Fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit utamanya memiliki proses pendidikan, orientasi dan pelatihan untuk setiap jabatan yang mencakup keterkaitan keselamatan pasien dengan jabatan secara jelas.
  - 2) Fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit terutama harus menyelenggarakan pelatihan dan pendidikan yang berkelanjutan untuk memelihara dan meningkatkan kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien
  - 1) Fasilitas pelayanan kesehatan merencanakan dan menggambarkan proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk mencukupi kebutuhan informasi secara eksternal dan internal.
  - 2) Transmisi atau penerusan informasi dan data harus akurat dan tepat waktu.

### 2.3.3 Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) bertujuan untuk mendorong perbaikan secara spesifik dalam keselamatan pasien serta menyoroti bagian yang menjadi masalah dalam pelayanan kesehatan yang memberikan bukti dan solusi berdasarkan nasihat para ahli. SKP yang diberlakukan secara nasional untuk seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yaitu (Permenkes No 11 Tahun 2017):

- a. Sasaran I: Mengidentifikasi pasien dengan benar
- b. Sasaran II: Meningkatkan komunikasi yang efektif
- c. Sasaran III: Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai
- d. Sasaran IV: Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
- e. Sasaran V: Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan
- f. Sasaran VI: Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

#### 2.3.4 Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Langkah menuju keselamatan pasien sangat penting dilakukan fasilitas pelayanan kesehatan untuk memperbaiki proses yang ada atau merancang proses yang baru dan menilai kemajuan yang telah dicapai dalam memberikan asuhan yang lebih aman. Terdapat tujuh langkah menuju keselamatan pasien yang dapat membantu fasilitas pelayanan kesehatan agar mencapai sasaran. Sasaran berdasarkan Permenkes No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, yaitu:

- a. Membangun kesadaran tentang nilai keselamatan pasien  
Menciptakan budaya secara adil dan terbuka.
- b. Memimpin dan mendukung pegawai  
Menegakkan fokus secara kuat dan secara jelas mengenai keselamatan pasien disetiap fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko  
Membangun sistem serta proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan kesalahan terjadi.
- d. Mengembangkan sistem pelaporan  
Memastikan pegawai dapat mudah untuk melaporkan setiap insiden baik secara lokal maupun secara nasional.
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien  
Mengembangkan berbagai cara berkomunikasi secara terbuka serta menjadi pendengar yang baik bagi pasien.
- f. Belajar serta berbagi pengalaman mengenai keselamatan pasien  
Mendorong pegawai agar menggunakan analisa akar masalah untuk pembelajaran mengenai suatu insiden dapat terjadi.
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien  
Fasilitas pelayanan kesehatan untuk mencegah cedera membutuhkan perubahan budaya serta komitmen yang besar bagi seluruh pegawai dalam waktu yang relatif lama. Pembelajaran sistem yang dilakukan dapat melalui perubahan-perubahan didalam praktek, proses maupun sistem.



### 2.3.5 Insiden Keselamatan Pasien

Insiden merupakan suatu kejadian di fasilitas pelayanan kesehatan yang secara tidak sengaja dan kondisi yang menyebabkan atau berpotensi menyebabkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Insiden yang dimaksud terdiri dari 4 kejadian diantaranya (KKPRS, 2015:5):

a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Suatu kejadian yang tidak diharapkan atau diinginkan karena suatu tindakan maupun karena tidak bertindak yang mengakibatkan cedera pada pasien, bukan karena kondisi pasien.

b. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Suatu kejadian yang telah terpapar ke pasien tetapi tidak menyebabkan cedera, kejadian yang terjadi karena keberuntungan, ataupun peringatan. Kejadian yang dikarenakan keberuntungan misalnya pasien menerima obat kontraindikasi namun tidak menimbulkan reaksi obat, sedangkan kejadian karena peringatan misalnya suatu obat yang dapat menimbulkan reaksi alergi, tetapi diketahui terlebih dahulu lalu diberikan antidotumnya.

c. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Suatu kejadian ataupun insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menimbulkan cedera pada pasien.

d. Kejadian Potensial Cedera (KPC)

Suatu kondisi yang sangat memiliki potensi untuk menyebabkan cedera, namun belum terjadi insiden.

## 2.4 Budaya keselamatan Pasien

### 2.4.1 Definisi Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien merupakan suatu keluaran dari nilai, sikap, kompetensi dan pola perilaku individu serta kelompok yang menentukan komitmen, gaya, dan kemampuan terhadap program keselamatan pasien di suatu organisasi fasilitas pelayanan kesehatan. Budaya keselamatan pasien merupakan bagaimana dan seperti apa organisasi untuk fokus terhadap keselamatan pasien

(Commission, 2017:2). Budaya keselamatan pasien merujuk pada suatu kondisi yang mana budaya organisasi menjunjung dan mempromosikan keselamatan pasien. Budaya tersebut sesuatu yang dapat diukur melalui cara menghargai setiap yang dilakukan oleh pegawai, dukungan yang diberikan serta penerimaan sesuatu yang terkait keselamatan pasien dari organisasi (Sorra *et al.*, 2016:1).

Menurut Bird dalam Rosyada (2014) budaya keselamatan pasien memiliki manfaat sebagai berikut:

- a. Organisasi pelayanan kesehatan lebih mengetahui jika terdapat kesalahan yang akan terjadi maupun sudah terjadi.
- b. Menurunkan kejadian yang memiliki kemungkinan sama dapat terulang kembali dan tingkat keparahan insiden dari pembelajaran atas laporan kejadian yang telah dibuat.
- c. Memiliki kesadaran terhadap keselamatan pasien melalui tujuan bekerja sebagai mencegah kesalahan dan melaporkan jika terjadi kesalahan.
- d. Meminimalkan perawat yang memiliki rasa bersalah, tertekan dan malu terhadap kesalahan yang telah dilakukan.
- e. Berkurangnya perpanjangan rawat pasien, hal tersebut berhubungan ketika pasien mengalami insiden maka pasien akan mengalami perpanjangan pengobatan serta hari perawatan yang semestinya diterima.
- f. Mengurangi sumber daya baik tenaga kesehatan maupun sumber daya yang lain dalam hal menangani keluhan pasien.

#### 2.4.2 Aspek Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien dinilai melalui tiga aspek yang terbagi kedalam dimensi keselamatan pasien, antara lain (Sorra *et al.*, 2016:3):

- a. Tingkat unit, yang terdiri atas tindakan promotif keselamatan pasien oleh supervisor, pembelajaran dan perbaikan berkelanjutan, kerjasama tim dalam unit rumah sakit, keterbukaan komunikasi, umpan balik serta komunikasi terkait kesalahan yang terjadi, respon yang tidak mempersalahkan terhadap kesalahan dan manajemen staf atau penyusunan staf.

- b. Tingkat rumah sakit, yang terdiri atas dukungan manajemen terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit, kerjasama antar unit rumah sakit dan serah terima atau transisi pasien dari unit ke unit yang lain.
- c. Keluaran, yang terdiri dari persepsi keselamatan secara keseluruhan dan kejadian yang dilaporkan.

#### 2.4.3 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Berikut ini merupakan penjelasan dari dimensi-dimensi yang digunakan untuk mengukur budaya keselamatan pasien berdasarkan *Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC)* di tahun 2018:

- a. Persepsi prosedur dari keselamatan pasien secara keseluruhan  
Persepsi oleh tenaga kesehatan secara keseluruhan mengenai sistem dan prosedur yang baik untuk mencegah kesalahan serta kekurangan dari masalah keselamatan pasien (AHRQ, 2018:4). Persepsi dapat dipengaruhi oleh faktor yang berasal dari pihak yang membentuk persepsi, target yang dipersepsikan atau dalam situasi bagaimana persepsi tersebut dibuat (Robin, dalam Nivalinda, 2013:10).
- b. Pelaporan Kejadian  
Laporan kejadian oleh tenaga kesehatan yang meliputi kesalahan yang diketahui dan diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien, kesalahan yang tidak berpotensi membahayakan pasien dan kesalahan yang dapat membahayakan pasien (AHRQ, 2018:4).
- c. Tindakan promotif keselamatan pasien oleh supervisor  
Supervisor melakukan tindakan promosi keselamatan pasien melalui pertimbangan masukan dari staf untuk meningkatkan keamanan pasien, pemberian respon yang baik atau positif terhadap staf yang melakukan prosedur keselamatan pasien dengan sesuai dan tidak berlebihan dalam membahas mengenai keselamatan pasien (AHRQ, 2018:4). Ketika keselamatan pasien dapat diterapkan atau diprioritaskan oleh supervisor maka

angka kesalahan medis yang terjadi dapat mengalami penurunan (WHO, 2009).

d. Pembelajaran dan perbaikan organisasi secara berkelanjutan

Fasilitas kesehatan terutama rumah sakit harus mampu menjadi organisasi pembelajar untuk dapat melakukan perbaikan secara berkelanjutan pada program keselamatan pasien. Dengan adanya *organizational learning* yang baik diharapkan setiap kesalahan yang terjadi dapat mendorong perubahan secara positif dan perubahan tersebut dapat menjadi bahan evaluasi sejauh mana keefektifannya (AHRQ, 2018:4). Proses pembelajaran organisasi merupakan suatu bentuk komitmen untuk mempelajari insiden yang sudah terjadi dan selanjutnya untuk dikomunikasikan serta diingatkan kepada staf (Carthey & Clarke, 2010).

e. Kerjasama tim dalam unit bagian

Kerjasama diartikan sebagai bentuk staf dalam unit satu sama lain saling mendukung, saling menghargai, dan mampu bekerja sama sebagai satu tim dalam unit bagian (AHRQ, 2018:4). Kerja sama tim menjadi faktor tantangan bagi tenaga kesehatan terutama perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan secara aman dan kontribusi dalam keselamatan pasien (Setiowati, 2010).

f. Komunikasi yang terbuka

Keterbukaan komunikasi artinya staf merasa bebas untuk berbicara ketika melihat sesuatu yang negatif yang dapat mempengaruhi pasien dan staf dapat menggunakan otoritas yang dimiliki untuk bertanya lebih dalam seputar keselamatan pasien (AHRQ, 2018:4). Keterbukaan komunikasi diwujudkan melalui komunikasi yang efektif secara menyeluruh terkait hal-hal yang terjadi dan berhubungan dengan keselamatan pasien ketika perpindahan maupun pada saat *briefing*. Keterbatasan komunikasi dapat menyebabkan kurang bahkan hilangnya informasi yang penting ketika pergantian *shift* pada rekan berikutnya yang menangani pasien tersebut. Keterbukaan komunikasi juga melibatkan pasien untuk mendapatkan penjelasan terkait tindakan dan

informasi mengenai kondisi yang dapat menimbulkan risiko terjadinya kesalahan serta yang berhubungan dengan keselamatan pasien (Nurmalia, 2012).

g. Umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan yang terjadi

Staf diberi informasi terkait kesalahan yang terjadi, diberikan *feedback*/ umpan balik terkait perubahan yang akan dilaksanakan dan mendiskusikan cara untuk melakukan suatu pencegahan kesalahan terjadi (AHRQ, 2018:4). Kegagalan komunikasi dapat diartikan sebagai ketiadaan atau sedikitnya *feedback* mengenai kesalahan medis yang terjadi. Kegagalan komunikasi sering terjadi dikarenakan kombinasi antara kegagalan sistem dengan keledoran sumber daya tenaga kesehatan yang laten dalam sistem keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit (White, 2013).

h. Respon tidak menghakimi terhadap kesalahan yang dilakukan

*Nonpunitive respon to error* diartikan staf merasa bahwa kesalahan yang dilakukan dan dilaporkan tidak untuk menyalahkan dirinya serta kesalahan tersebut tidak hanya menjadi masalah pribadinya saja (AHRQ, 2018:4). Respon yang tidak menyalahkan diperlukan untuk dapat mendukung budaya pelaporan terkait kesalahan medis secara efektif, karena hal tersebut masih menjadi faktor penghambat pelaporan kejadian. Menciptakan lingkungan dengan respon tidak menghakimi dapat dibangun dengan pendekatan sistem dimana yang menjadi fokus *outcome* yang dihasilkan pada kesalahan medis bukan fokus pada siapa yang melakukan kesalahan medis tersebut (Kachalia dan Bates, 2014:64).

i. Penyusunan staf atau *staffing*

*Staffing* merupakan kondisi staf yang ada di rumah sakit sudah mampu untuk mengatasi beban kerja yang tinggi dan jam kerja yang telah sesuai untuk dilakukannya pelayanan serta melakukan perawatan pada pasien dengan baik (AHRQ, 2018:4). Dengan adanya penyusunan staf tersebut diharapkan jumlah dan kemampuan yang dimiliki tiap-tiap staf terutama perawat sesuai dengan kebutuhan beban kerja di setiap unit rumah sakit, sehingga dapat berpengaruh terhadap kinerja tenaga kesehatan untuk meningkatkan keselamatan pasien (Beginta, 2012:25).

j. Dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien

Dukungan manajemen rumah sakit merupakan promosi yang dilakukan manajemen rumah sakit tentang keselamatan pasien dalam lingkungan kerja dan menjadikan keselamatan pasien sebagai prioritas yang utama (AHRQ, 2018:4).

k. Kerjasama tim lintas unit

Kerjasama lintas unit merupakan setiap unit dalam rumah sakit saling bekerjasama dan saling berkoordinasi dengan yang lain dengan tujuan untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien (AHRQ, 2018:4). Kerjasama lintas unit memperlihatkan sejauh mana kekompakkan antar bagian dalam melayani pasien, misalnya ketika suatu unit membutuhkan bantuan maka unit yang lainnya dapat memberikan bantuan dengan mudah (Rosyada, 2014:39).

l. Pergantian dan pemindahan pasien

Pertukaran informasi mengenai perawatan pasien penting disampaikan di seluruh unit dan terutama selama perubahan *shift* jaga (AHRQ, 2018:4). Kegiatan yang sangat rawan yaitu ketika pergantian dan pemindahan pasien dari satu lingkungan ke lingkungan yang lain, sehingga memungkinkan menghasilkan kesalahan medis karena terdapat informasi yang tidak tersampaikan atau bahkan terlewat pada yang bertugas selanjutnya. Pada saat pemindahan pasien juga rentan terjadi suatu kesalahan yang dapat membahayakan pasien seperti jatuhnya pasien ketika pemindahan (Rosyada, 2014:40).

#### 2.4.4 Survei Budaya Keselamatan Pasien

Survei budaya keselamatan pasien dapat dilakukan berdasarkan elemen yang berdasarkan tingkat *maturity* atau tingkat kematangan dari organisasi dalam menerapkan budaya keselamatan pasien. Standar pengukuran budaya keselamatan pasien dikembangkan oleh beberapa organisasi diantaranya *Agency for Healthcare Research Quality* (AHRQ) dan Standford. Survei yang dilakukan menggunakan metode kuantitatif yang menggunakan instrumen berupa kuesioner.

Instrumen tersebut sebagian besar melihat budaya dari perspektif pegawai di rumah sakit (AHRQ, 2004).

Survei yang dikembangkan oleh *Agency for Healthcare Research Quality* (AHRQ) yaitu *The Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) dengan 12 elemen yang bertujuan untuk mengukur budaya keselamatan pasien, yang meliputi kerjasama dalam unit, kerjasama antar unit, harapan dan tindakan supervisor, pembelajaran organisasi, dukungan manajemen, persepsi keselamatan pasien, umpan balik dan komunikasi, keterbukaan komunikasi, pelaporan kejadian, penyusunan staf, pemindahan dan transisi, dan respon tidak menyalahkan.

Standford mengembangkan instrumen *safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) mengidentifikasi 6 elemen yang berupa kerja sama, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi stres, persepsi manajemen dan kondisi kerja. SAQ juga mengembangkan *Stanford Instrumen* (SI) yang melihat dari 5 elemen budaya keselamatan pasien, antaranya organisasi, departemen, produksi, pelaporan, dan kesadaran diri. Sedangkan SI di modifikasi kembali menjadi *Modified Stanford Instrumen* (MSI) dengan mengidentifikasi 3 elemen yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien, yaitu nilai keselamatan, takut dan reaksi negatif, persepsi keselamatan. Perbandingan dari setiap komponen budaya keselamatan pasien dapat dilihat pada tabel dibawah ini (Rosyada, 2014:41) :

Tabel 2. 1 Perbandingan Komponen Instrumen Budaya Keselamatan Pasien

No	Komponen Keselamatan Pasien	Instrumen			
		HSPSC	SAQ	SI	MSI
1	Keterbukaan ( <i>Informed culture</i> )	a) Keterbukaan Komunikasi b) Kerjasama dalam unit c) Kerjasama antar unit d) Persepsi	a) Kerjasama b) Iklim keselamatan c) Persepsi manajemen	a) Kesadaran diri	a) Nilai keselamatan b) Persepsi keselamatan
2	Keadilan ( <i>Just Culture</i> )	e) Umpan balik & komunikasi f) <i>Staffing</i> g) Respon tidak menyalahkan	d) Kepuasan kerja e) Kondisi stres f) Kondisi kerja	b) Produksi c) Departemen	c) Takut atau reaksi negatif
3	Pelaporan ( <i>Report Culture</i> )	h) Pelaporan kejadian i) Pemindehan & pergantian	-	d) Pelaporan	-
4	Pembelajaran ( <i>Learning Culture</i> )	j) Pembelajaran organisasi k) Harapan & tindakan supervisor l) Dukungan manajemen	-	d) Pengorganisasian	-

Sumber: Carthey & Clarke (2010); Hamdani (2007) dalam Rosyada (2014:42)

Budaya keselamatan pasien terdiri dalam 4 (empat) komponen antara lain Keterbukaan (*informed culture*), keadilan (*Just Culture*), pelaporan (*report Culture*) dan pembelajaran (*learning culture*). Berdasarkan teori tersebut terdapat 4 survei yang telah berkembang untuk mengukur budaya keselamatan pasien diantaranya adalah:

Survei yang dikembangkan oleh *Agency Healthcare Research Quality* (AHRQ) yang dikenal dengan *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) dengan mengembangkan pengukuran budaya keselamatan pasien dari 12 dimensi antara lain: persepsi prosedur keseluruhan keselamatan pasien, pelaporan kejadian, tindakan promotif supervisor keselamatan keselamatan pasien, pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan, kerjasama tim dalam unit, keterbukaan komunikasi, umpan balik dan komunikasi tentang keselamatan, respon tidak menyalahkan, penyusunan staf, dukungan manajemen terhadap



budaya keselamatan pasien, kerjasama antar unit, pemindahan dan pergantian pasien (AHRQ, 2018:3).

Instrumen *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) dengan mengembangkan pengukuran budaya keselamatan pasien ke dalam 6 elemen yaitu kerjasama, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi stres, persepsi manajemen dan kondisi kerja. *Standford Instrument* (SI) menilai budaya keselamatan pasien dengan melihat 5 elemen seperti organisasi, departemen, produksi, pelaporan dan kesadaran diri. SI mengalami modifikasi menjadi *Modified Standford Instrument* (MSI) dengan hanya menilai budaya keselamatan pasien melalui 3 elemen yaitu nilai keselamatan, takut dan reaksi negatif, persepsi pelaporan.

Dari keempat pengukuran budaya keselamatan pasien yang memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing, kelebihan pengukuran budaya keselamatan pasien yang dikembangkan oleh AHRQ adalah:

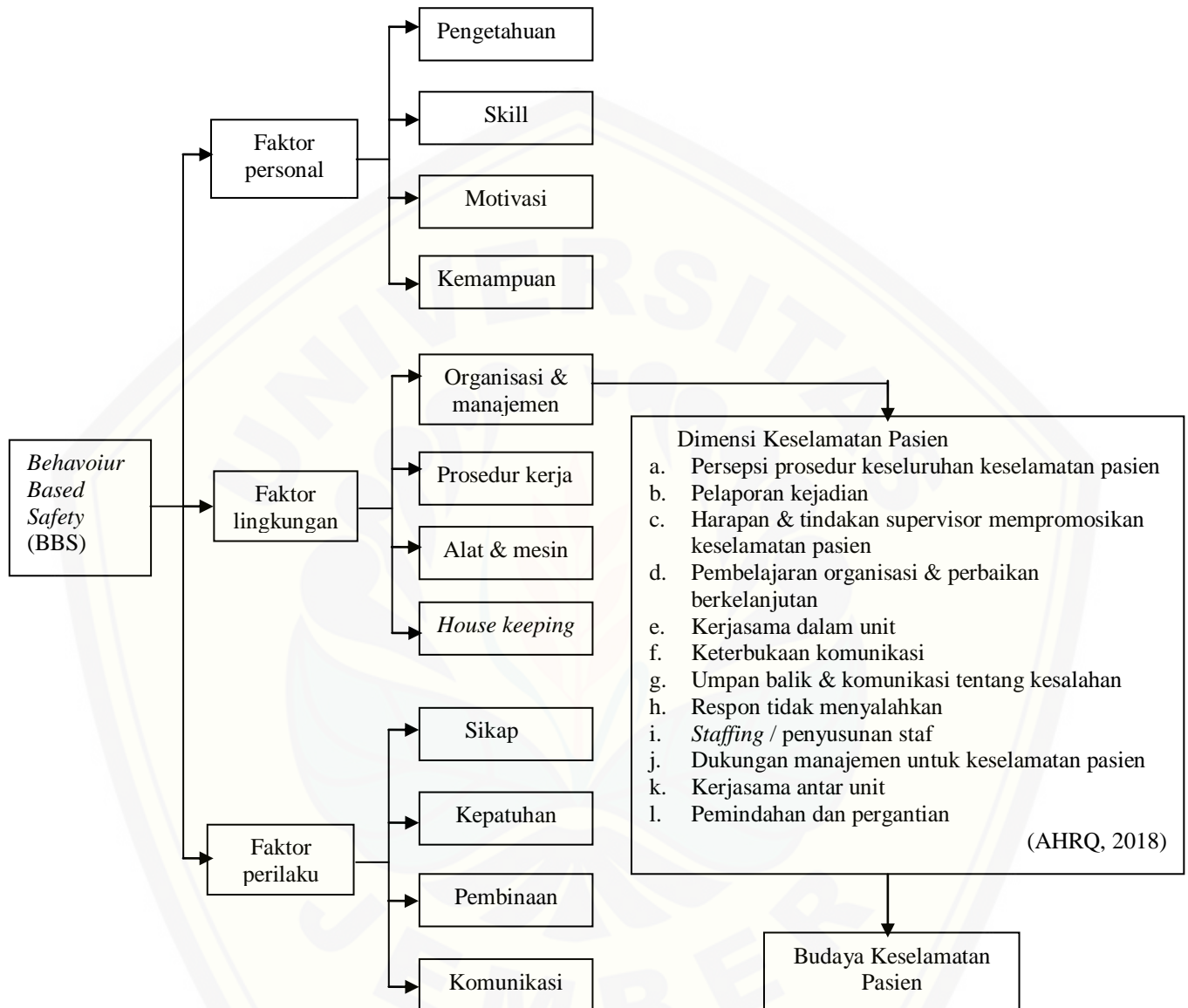
- a. Survei dapat digunakan untuk umum dan untuk mengakses dokumen melalui web resminya dapat secara gratis tanpa dipungut biaya.
- b. Instrumen didesain untuk semua kalangan staf di rumah sakit termasuk tenaga medis dan non medis.
- c. Instrumen dapat digunakan pada tingkat unit, tingkat departemen, atau tingkat organisasi rumah sakit.
- d. Reliabel dan Valid. Pengembangan dilakukan berdasarkan tinjauan ulang dari penelitian sebelumnya dan survei budaya keselamatan yang lain.
- e. Komprehensif dan spesifik. Karena mencakup sebagian area keselamatan pasien, menyediakan informasi yang detail untuk membantu organisasi mengidentifikasi kekuatan suatu area/unit dan unit yang perlu pengembangan budaya keselamatan pasien.
- f. Mudah untuk digunakan. Dilengkapi beberapa *toolkit* yang dapat digunakan sebagai panduan rumah sakit untuk melakukan survei yang dapat diakses melalui *website* resmi AHRQ (AHRQ, 2018).

Survei mengenai budaya keselamatan pasien yang dilakukan di rumah sakit bertujuan untuk mengumpulkan pendapat dan penilaian staf rumah sakit tentang

budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Manfaat lain mengenai budaya keselamatan pasien adalah sebagai berikut (Sorra *et al.*, 2016:1):

- a. Meningkatkan kesadaran tentang keselamatan pasien kepada staf.
- b. Mengamati dan menganalisis kondisi terkini terkait budaya keselamatan pasien.
- c. Mengidentifikasi yang membutuhkan peningkatan pada setiap aspek budaya keselamatan pasien.
- d. Mengidentifikasi kecenderungan atau bahkan perubahan yang terjadi mengenai budaya keselamatan pasien dari waktu ke waktu.
- e. Mengevaluasi budaya yang memiliki pengaruh pada intervensi dan inisiasi terhadap keselamatan pasien.
- f. Membandingkan pada pada setiap organisasi terkait budaya keselamatan pasien yang diterapkan.

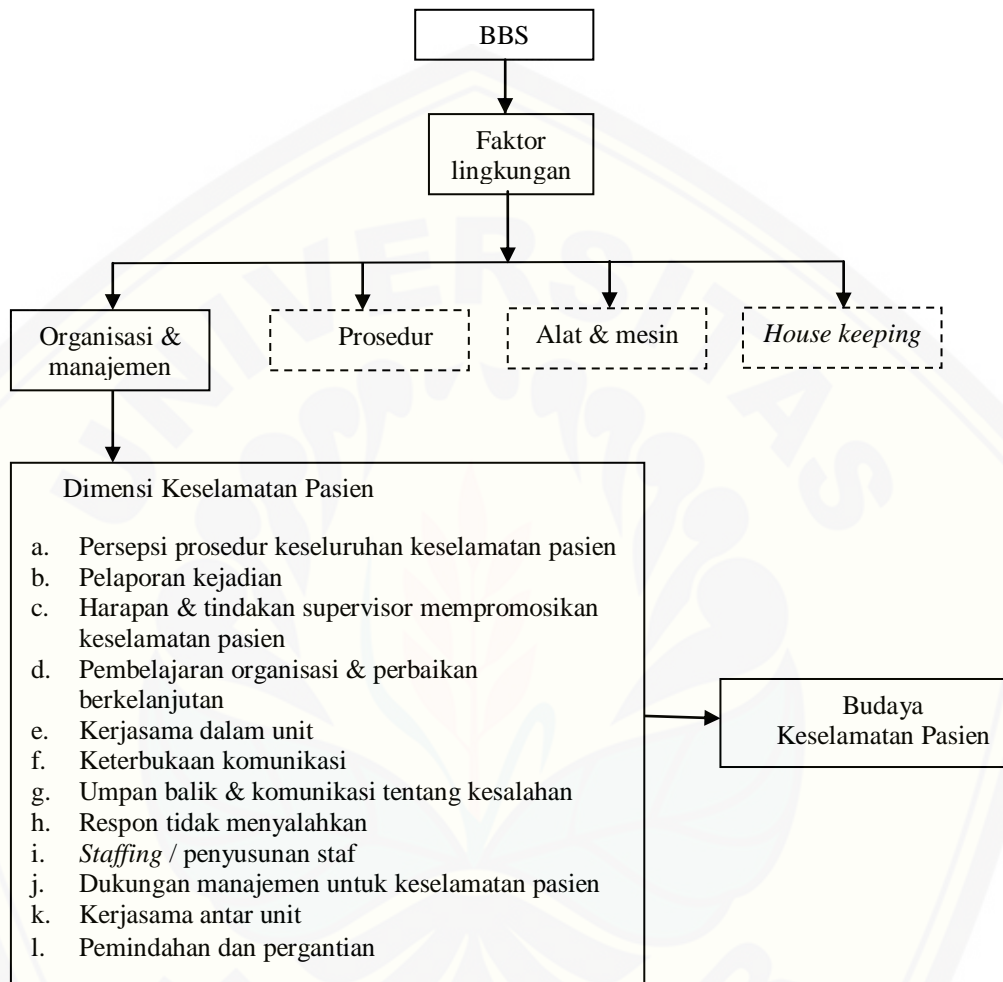
## 2.5 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber : modifikasi teori model *Behaviour Based safety* (Geller, 2001 dalam Cooper, 2009), Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien dan *Agency for Healthcare Research Quality* (AHRQ, 2018)

## 2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Keterangan:

- - - - - : Variabel yang tidak diteliti

————— : Variabel yang diteliti

Budaya Keselamatan dapat dicapai dengan pendekatan teori *Behaviour Based Safety (BBS)* melalui konsep faktor personal, faktor lingkungan dan faktor perilaku. Faktor personal merupakan faktor internal yang meliputi pengetahuan, skill, motivasi dan kemampuan. Faktor lingkungan merupakan faktor yang berasal dari luar manusia yang mempengaruhi seperti organisasi dan manajemen, prosedur kerja, alat dan mesin, serta *house keeping*. Faktor perilaku merupakan faktor yang dapat terlihat seperti sikap, kepatuhan, komunikasi dan pembinaan.

Berdasarkan kerangka konsep diketahui bahwa peneliti akan meneliti budaya keselamatan pasien berdasarkan 12 dimensi keselamatan pasien diantaranya persepsi prosedur keseluruhan keselamatan pasien, pelaporan kejadian, tindakan promotif supervisor keselamatan keselamatan pasien, pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan, kerjasama tim dalam unit, keterbukaan komunikasi, umpan balik dan komunikasi tentang keselamatan, respon tidak menyalahkan, penyusunan staf, dukungan manajemen terhadap budaya keselamatan pasien, kerjasama antar unit, pemindahan dan pergantian pasien. Untuk memfokuskan dalam penelitian, peneliti tidak meneliti variabel prosedur, alat dan mesin serta *house keeping* dikarenakan variabel yang diteliti sudah mencakup area keselamatan pasien di instalasi rawat inap, informasi yang didapat sudah detail untuk membantu organisasi mengidentifikasi kekuatan suatu unit dan unit yang masih perlu pengembangan budaya keselamatan pasien.

## BAB 3 METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Penelitian yang dilakukan merupakan jenis penelitian deskriptif dengan menggambarkan budaya keselamatan pasien pada perawat dalam melaksanakan pelayanan di instalasi rawat inap RSD Balung Jember. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang bertujuan menjelaskan berbagai kondisi, situasi dan variabel yang muncul sebagai objek penelitian berdasarkan yang terjadi (Bungin, 2017: 44). Penelitian deskriptif juga diartikan sebagai suatu metode untuk menyelesaikan masalah melalui penggambaran objek penelitian yang berdasarkan fakta-fakta yang ada pada keadaan sekarang, yang selanjutnya di analisis dan diinterpretasikan (Siregar, 2014:8). Berdasarkan waktu penelitiannya menggunakan pendekatan *cross sectional* dimana dalam suatu penelitian mempelajari hubungan antar variabel. Penelitian ini menggunakan waktu pengukuran atau observasi data variabel hanya satu kali terhadap variabel dependen dan independen ketika penelitian (Bungin, 2017:52).

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Peneliti melakukan penelitian di RSD Balung Jember pada instalasi 8 rawat inap yaitu di ruang Edelweis, Melati, Mawar, Flamboyan, Dahlia, Nusa Indah, Bougenvil dan ICU. Penelitian di RSD Balung Jember ini dilakukan pada bulan Oktober-November 2019.

### 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.3.1 Populasi penelitian

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu terdiri dari objek atau subjek yang menjadi sasaran penelitian (Sugiyono, 2015:80; Bungin, 2017:109). Yang menjadi populasi dalam penelitian ini yaitu perawat yang bertugas di ruang rawat inap Edelweis, Mawar, Melati, Nusa Indah, Flamboyan, Dahlia, Bougenvil dan ICU RSD Balung jember.

Keseluruhan jumlah populasi tersebut berjumlah 102 perawat, yang sudah diketahui berdasarkan data jumlah tenaga perawat tahun 2019 RSD Balung Jember.

Tabel 3. 1 Jumlah Perawat di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Tahun 2019

No	Nama Ruangan	Jumlah
1	Melati	13
2	Mawar	11
3	Flamboyan	12
4	Dahlia	11
5	Edelweis	15
6	Nusa Indah	11
7	Bougenvil	17
8	ICU	12
Jumlah		102

Sumber: RSD Balung, 2019

### 3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian yang dipilih untuk mewakili seluruh populasi (Bungin, 2017:111). Untuk menentukan jumlah sampel yang dapat mewakili populasinya maka dilakukan sebuah sampling. Peneliti menggunakan rumus Slovin guna mempersempit populasi dalam penelitian. Rumus Slovin dalam penelitian ini dapat berguna dalam penarikan sampel dan jumlahnya harus *representative* supaya hasil penelitian dapat digeneralisasikan. Dalam menentukan minimal besarnya sampel yang dibutuhkan menggunakan rumus Slovin sebagai berikut (Setyawan, 2017:106):

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

Keterangan:

n = Ukuran sampel atau jumlah responden

N = Ukuran populasi

e = Persentase batas toleransi kesalahan, 10% = 0,1

Untuk mengetahui sampel penelitian, maka perhitungan rumus slovin sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2} = \frac{102}{1 + 102(0,1)^2} = \frac{102}{2,02} = 50,5$$

Jumlah sampel yang diketahui berdasarkan perhitungan diatas yaitu 50,5, kemudian oleh peneliti dibulatkan menjadi 51 responden yang merupakan jumlah perawat di 8 instalasi rawat inap RSD Balung Jember.

### 3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *simple random sampling*. Sampel yang dibutuhkan dalam masing-masing unit yang dihitung menggunakan alokasi proporsi yang seimbang (Supriyadi, 2014). Perhitungan proporsi besar sampel masing-masing unit instalasi rawat inap sebagai berikut:

$$ni = \frac{Nh}{N} n$$

Keterangan:

$ni$  = besar sampel masing-masing ruangan instalasi rawat inap

$Nh$  = populasi masing-masing ruangan instalasi rawat inap

$N$  = besar populasi

$n$  = besar sampel

Tabel 3. 2 Proporsi besar sampel pada masing-masing ruangan rawat inap

No	Nama Ruangan	$Nh$	$N$	$n$	$Ni$
1	Rawat Inap 1 (Melati)	13	102	51	7
2	Rawat Inap 2 (Mawar)	11	102	51	5
3	Rawat Inap 3 (Flamboyant)	12	102	51	6
4	Rawat Inap 4 (Dahlia)	11	102	51	5
5	Rawat Inap 5 (Edelweiss)	15	102	51	8
6	Rawat Inap 6 (Nusa Indah)	11	102	51	5
7	Rawat Inap 7 (Bougenvil)	17	102	51	9
8	Rawat Inap 8 (ICU)	12	102	51	6
Total Populasi		102			
Total Sampel					51

Kriteria inklusi merupakan kriteria setiap anggota sampel populasi harus terpenuhi untuk dijadikan sampel (Notoatmodjo, 2018:130). Kriteria inklusi yang



ditetapkan dalam penelitian ini adalah perawat yang bersedia diwawancarai. Sedangkan kriteria eksklusi merupakan kriteria yang tidak bisa menjadi sampel penelitian (Notoatmodjo, 2018:130). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah perawat yang sedang tugas belajar dan perawat yang sedang cuti hamil.

### 3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

#### 3.4.1 Variabel penelitian

Variabel penelitian merupakan suatu bentuk dari nilai atau sifat dari orang, obyek maupun kegiatan yang ditetapkan oleh peneliti untuk diperoleh suatu informasi, dipelajari dan selanjutnya dapat ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2015:38). Dalam suatu penelitian terdapat dua jenis variabel yaitu variabel bebas (*independent*) dan variabel terikat (*dependent*). Adapun variabel-variabel dalam penelitian yang akan dilakukan adalah:

##### a. Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas diartikan sebagai variabel yang dapat mempengaruhi atau menjadi sebab perubahan variabel lain (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:302). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel bebas yaitu dua belas dimensi budaya keselamatan pasien yang meliputi persepsi, pelaporan kejadian, tindakan promotif supervisor, pembelajaran dan perbaikan berkelanjutan organisasi, kerjasama dalam unit, komunikasi yang terbuka, timbal balik dan komunikasi terhadap kejadian kesalahan, respon tidak menyalahkan, penyusunan staf, dukungan manajemen RS, kerjasama seluruh atau antar bagian serta pemindahan dan pergantian.

##### b. Variabel Terikat (*Dependent Variable*)

Variabel terikat diartikan sebagai variabel yang dapat berubah terjadi karena perubahan pada variabel *Independent* atau variabel bebasnya (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:302). Variabel terikat dalam penelitian ini yaitu pelaksanaan budaya keselamatan pasien di RSD Balung Jember.

### 3.4.2 Definisi Operasional

Menurut Nazir (2014:11) definisi operasional merupakan pemberian definisi dengan cara memberikan makna atau batasan operasional terhadap suatu variabel untuk dilakukan pengukuran pada variabel tersebut. Hal tersebut dapat membantu dalam penelitian untuk mencegah terjadinya kerancuan pada saat pengukuran variabel, analisis data hingga kesimpulan. Pemberian batasan operasional yang tepat berguna untuk menentukan kesesuaian variabel dalam suatu penelitian (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:60).

Tabel 3. 3 Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan	Kriteria Pengukuran
	Budaya keselamatan pasien	Suatu nilai dan keyakinan yang diyakini bersama dalam suatu organisasi untuk membuat asuhan pasien yang lebih aman.		
A.	Persepsi terkait prosedur keselamatan pasien	Pemahaman responden mengenai keseluruhan prosedur keselamatan pasien dan sistem yang sesuai untuk mencegah masalah dalam keselamatan pasien.	Angket	<p>Diukur menggunakan 4 pertanyaan: 2 Pertanyaan positif dengan skala likert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sangat tidak setuju (1)</li> <li>Tidak setuju (2)</li> <li>Setuju (3)</li> <li>Sangat Setuju (4)</li> </ol> <p>2 pertanyaan negatif dengan skala likert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sangat tidak setuju (4)</li> <li>Tidak setuju (3)</li> <li>Setuju (2)</li> <li>Sangat setuju (1)</li> </ol> <p>Kategori penilaian = 3 Rentang = skor maks – min = 16 - 4 = 12 Interval = rentang : kategori = 12: 3 = 4</p> <p>Kriteria penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kuat = 13 – 16</li> <li>Sedang = 9 – 12</li> <li>Lemah = 4 – 8</li> </ol>
B.	Pelaporan Kejadian	Adanya laporan kejadian yang terkait keselamatan pasien yang dilaporkan ke	Angket	<p>Diukur menggunakan 3 pertanyaan: 3 pertanyaan positif dengan penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ya (2)</li> <li>Tidak (1)</li> </ol> <p>Kategori penilaian = 3</p>

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan	Kriteria Pengukuran
		pihak manajerial, baik tingkat bawah menengah maupun manajerial tingkat atas		<p>Rentang = skor maks – min = 6 – 3 = 3 Interval = rentang : kategori = 3 : 3 = 1</p> <p>Kriteria penilaian: a. Budaya kuat = &gt; 5 b. Budaya sedang = 4 - 5 c. Budaya lemah = &lt; 4</p>
C.	Harapan dan tindakan supervisor terkait keselamatan pasien	Persepsi responden terkait harapan dan tindakan supervisor dalam meningkatkan keselamatan pasien	Angket	<p>Diukur menggunakan 4 pertanyaan: 2 pertanyaan positif dengan skala likert: a. Sangat tidak setuju (1) b. Tidak setuju (2) c. Setuju (3) d. Sangat setuju (4)</p> <p>2 pertanyaan negatif dengan skala likert: a. Sangat tidak setuju (4) b. Tidak setuju (3) c. Setuju (2) d. Sangat setuju (1)</p> <p>Kategori penilaian = 3. Rentang = skor maks – min = 16 – 4 = 12 Interval = rentang : kategori = 12 : 3 = 4</p> <p>Kriteria penilaian: a. Budaya kuat = 13 – 16 b. Budaya sedang = 9 – 12 c. Budaya lemah = 4 – 8</p>
D.	Pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan	Proses pembelajaran dari kesalahan yang dapat menyebabkan perubahan secara positif dan dapat mengevaluasi efektivitas perubahan	Angket	<p>Diukur menggunakan 3 pertanyaan: 3 pertanyaan positif dengan penilaian: a. Sangat tidak setuju (1) b. Tidak setuju (2) c. Setuju (3) d. Sangat setuju (4)</p> <p>Kategori penilaian = 3 Rentang = skor maks – min = 12 – 3 = 9 Interval = rentang : kategori = 9 : 3 = 3</p> <p>Kriteria penilaian: a. Budaya kuat = 10 – 12 b. Budaya sedang = 7 – 9 c. Budaya lemah = 3 – 6</p>
E.	Kerjasama dalam unit	Hubungan yang tercipta antara rekan kerja yang mendukung pelaksanaan pekerjaan dalam suatu unit	Angket	<p>Diukur menggunakan 4 pertanyaan: 4 pertanyaan positif dengan skala likert a. Sangat tidak setuju (1) b. Tidak setuju (2) c. Setuju (3) d. Sangat setuju (4)</p> <p>Kategori penilaian = 3 Rentang = skor maks – min = 16 – 4 = 12 Interval = rentang : kategori = 12 : 3 = 4</p>

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan	Kriteria Pengukuran
				Kriteria penilaian: a. Budaya kuat = 13 – 16 b. Budaya sedang = 9 – 12 c. Budaya lemah = 4 – 8
F.	Keterbukaan komunikasi	Kebebasan dalam mengemukakan pendapat antara responden dan supervisor terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pasien, ruangan, maupun segala permasalahan keselamatan pasien yang terjadi di tempat kerja	Angket	Diukur menggunakan 3 pertanyaan: 2 pertanyaan positif dengan penilaian: a. Sangat tidak setuju (1) b. Tidak setuju (2) c. Setuju (3) d. Sangat setuju (4)  1 pertanyaan negatif dengan penilaian: a. Sangat tidak setuju (4) b. Tidak setuju (3) c. Setuju (2) d. Tidak setuju (1)  Kategori penilaian = 3 Rentang = skor maks – min = 12 – 3 = 9 Interval = rentang : kategori = 9 : 3 = 3  Kriteria penilaian: a. Budaya kuat = 10 – 12 b. Budaya sedang = 7 – 9 c. Budaya lemah = 3 – 6
G.	Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan	Supervisor memberitahukan kepada responden mengenai kebijakan terkait prosedur keselamatan pasien	Angket	Diukur dengan 3 pertanyaan: 3 pertanyaan positif dengan skala likert: a. Sangat tidak setuju (1) b. Tidak setuju (2) c. Setuju (3) d. Sangat setuju (4)  Kategori penilaian = 3 Rentang = skor maks – min = 12 – 3 = 9 Interval = rentang : kategori = 9 : 3 = 3  Kriteria penilaian: a. Budaya kuat = 10 – 12 b. Budaya sedang = 7 – 9 c. Budaya lemah = 3 – 6
H.	Respon tidak menyalahkan	Respon yang tidak bertujuan untuk menyalahkan atau menghakimi yang ditujukan kepada responden yang berbuat kesalahan	Angket	Diukur dengan 3 pertanyaan: 3 pertanyaan negatif dengan skala likert: a. Sangat tidak setuju (4) b. Tidak setuju (3) c. Setuju (2) d. Sangat setuju (1)  Kategori penilaian = 3 Rentang = skor maks – min = 12 – 3 = 9 Interval = rentang : kategori = 9 : 3 = 3  Kriteria penilaian : a. Budaya kuat = 10 – 12

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan	Kriteria Pengukuran
				b. Budaya sedang = 7 – 9 c. Budaya lemah = 3 – 6
I.	Penyusunan staf	Pengaturan staf rumah sakit yang bertujuan untuk memberikan perawatan yang terbaik bagi pasien dan mengurangi kesalahan terkait keselamatan pasien	Angket	Diukur menggunakan 4 pertanyaan: 1 pertanyaan positif dengan skala likert: a. Sangat tidak setuju (1) b. Tidak setuju (2) c. Setuju (3) d. Sangat setuju (4)  3 pertanyaan negatif dengan skala likert: a. Sangat tidak setuju (4) b. Tidak setuju (3) c. Setuju (2) d. Sangat setuju (1)  Kategori penilaian = 3 Rentang = skor maks – min = 16 – 4 = 12 Interval = rentang : kategori = 12 : 3 = 4  Kriteria penilaian: a. Baik = 13 – 16 b. Cukup = 9 – 12 c. Kurang = 4 – 8
J.	Dukungan manajemen untuk keselamatan pasien	Dukungan yang bersifat positif yang diberikan rumah sakit untuk menunjukkan kepedulian terkait keselamatan pasien	Angket	Diukur menggunakan 3 pertanyaan: 2 pertanyaan positif dengan skala likert: a. Sangat tidak setuju (1) b. Tidak setuju (2) c. Setuju (3) d. Sangat setuju (4)  1 pertanyaan negatif dengan skala likert: a. Sangat tidak setuju (4) b. Tidak setuju (3) c. Setuju (2) d. Sangat setuju (1)  Kategori penilaian = 3 Rentang = skor maks – min = 12 – 3 = 9 Interval = rentang : kategori = 9 : 3 = 3  Kriteria penilaian: a. Budaya kuat = 10 – 12 b. Budaya sedang = 7 – 9 c. Budaya lemah = 3 – 6
K.	Kerjasama antar unit	Hubungan yang tercipta antara rekan kerja diluar unit kerja yang mendukung pelaksanaan pekerjaan dalam suatu unit	Angket	Diukur menggunakan 4 pertanyaan: 2 pertanyaan positif dengan skala likert: a. Sangat tidak setuju (1) b. Tidak setuju (2) c. Setuju (3) d. Sangat setuju (4)  2 pertanyaan negatif dengan skala likert: a. Sangat tidak setuju (4)

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan	Kriteria Pengukuran
				b. Tidak setuju (3) c. Setuju (2) d. Sangat setuju (1)  Kategori penilaian = 3 Rentang = skor maks – min = 16 – 4 = 12 Interval = rentang : kategori = 12 : 3 = 4  Kriteria penilaian: a. Budaya kuat = 13 – 16 b. Budaya sedang = 9 – 12 c. Budaya lemah = 4 – 8
L.	Pemindahan dan pergantian	Pertukaran informasi perawatan pasien dan hal yang terkait dengan ruangan, yang terjadi ketika pergantian <i>shift</i> jaga	Angket	Diukur menggunakan 4 pertanyaan: 4 pertanyaan negatif dengan skala likert: a. Sangat tidak setuju (4) b. Tidak setuju (3) c. Setuju (2) d. Sangat setuju (1)  Kategori penilaian = 3 Rentang = skor maks – min = 16 – 4 = 12 Interval = rentang : kategori = 12 : 3 = 4  Kriteria penilaian: a. Budaya kuat = 13 – 16 b. Budaya sedang = 9 - 12 c. Budaya lemah = 4 – 8

### 3.5 Data dan Sumber Data

Zuldafrial (2012:46) menyebutkan yang dimaksud dengan sumber data merupakan suatu subjek dari mana data atau informasi dapat diperoleh. Menurut sumbernya data dapat dibedakan menjadi sumber data primer dan sumber data sekunder.

#### 3.5.1 Data Primer

Sumber data primer merupakan sumber data pertama yang diperoleh langsung pada objek penelitian atau di lokasi penelitian (Bungin, 2017:132). Data primer dalam penelitian ini mengenai gambaran budaya keselamatan pasien di instalasi rawat inap dalam perspektif perawat di RSD Balung Jember.

### 3.5.2 Data Sekunder

Sumber data sekunder merupakan memperoleh data dari sumber kedua atau sumber sekunder. Data sekunder berfungsi membantu peneliti memberikan keterangan tambahan dan sebagai data pelengkap penelitian (Bungin, 2017:132). Data sekunder dalam penelitian ini yaitu jumlah tenaga perawat di instalasi rawat inap RSD Balung tahun 2019 dan data Insiden pada tahun 2018 sampai 2019 di RSD Balung Jember.

## 3.6 Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian

### 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Menurut Firdaus dan Fakhry Zamzam (2018:103) pengumpulan data adalah suatu langkah yang penting dalam penelitian, sehingga agar dapat menghasilkan data yang sesuai harus menggunakan teknik pengumpulan data yang tepat. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini peneliti menggunakan angket dan dokumentasi.

#### a. Angket

Angket merupakan instrument penelitian yang berisi serangkaian pertanyaan atau pernyataan untuk menjangkau data atau informasi yang harus dijawab responden secara bebas sesuai dengan pendapatnya (Arifin, 2012:228). Dalam penelitian ini peneliti mengumpulkan data primer dengan menggunakan lembar angket. Setiap responden akan mendapatkan *inform consent* atau lembar persetujuan sebagai bentuk responden menyetujui menjadi subjek dalam penelitian.

#### b. Dokumentasi

Teknik pengumpulan data secara dokumentasi merupakan suatu metode pengumpulan data secara dokumentasi dengan mencatat data-data yang sudah ada (Yusuf, 2017:373). Teknik dokumentasi dalam penelitian ini digunakan dalam mengumpulkan data sekunder dengan melakukan studi dokumentasi data jumlah perawat di instalasi rawat inap RSD Balung Jember serta Studi pendahuluan terkait insiden keselamatan pasien di RSD Balung Jember.

### 3.6.2 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data-data penelitian oleh peneliti yang sudah disesuaikan dengan teknik pengumpulan data yang digunakan. Instrumen penelitian dapat dimaknai sebagai alat ukur penelitian (Kristanto, 2018:66). Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini berupa angket. Angket merupakan alat pengumpul data yang berisi daftar pertanyaan-pertanyaan yang telah disusun sehingga responden tinggal menulis jawaban atau memberikan tanda dalam daftar pertanyaan tersebut.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu instrumen yang dikeluarkan oleh AHRQ pada *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Instrumen tersebut telah digunakan dalam penelitian pada rumah sakit di Amerika untuk mengukur budaya *patient safety* di rumah sakit. Instrumen yang digunakan peneliti merupakan instrumen yang telah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia dan sudah digunakan pada penelitian sebelumnya yang telah di uji validitas serta uji realibilitasnya. Penelitian tersebut merupakan tesis dengan judul *Budaya Keselamatan Pasien Berbasis Pemberdayaan Struktural Dengan Kepuasan Kerja Perawat* yang dilakukan Tantri Arini pada tahun 2018.

Instrumen yang digunakan terdiri dari 42 pertanyaan yang mencakup 12 dimensi keselamatan pasien. Dari 42 pertanyaan tersebut memiliki pertanyaan positif dan negatif. Distribusi pertanyaan positif dan negatif pada instrumen adalah sebagai berikut:



Tabel 3. 4 Distribusi pertanyaan positif dan negatif pada kuesioner

No	Dimensi	Pertanyaan positif	Pertanyaan negatif	Total
1	Persepsi	A1, A2	A3, A4	4
2	Pelaporan kejadian	B1, B2, B3	-	3
3	Harapan dan tindakan supervisor	C1, C2	C3, C4	4
4	Pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan	D1, D2, D3	-	3
5	Kerjasama dalam unit	E1, E2, E3, E4		4
6	Keterbukaan komunikasi	F1, F2	F3	3
7	Umpan balik dan komunikasi	G1, G2, G3	-	3
8	Respon tidak menyalahkan	-	H1, H2, H3	3
9	<i>Staffing</i>	I1	I2, I3, I4	4
10	Dukungan manajemen untuk keselamatan pasien	J1, J2	J3	3
11	Kerjasama antar unit	K1, K2	K3, K4	4
12	Pemindahan dan pergantian	-	L1, L2, L3, L4	4
<b>Total pertanyaan</b>				<b>42</b>

### 3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

#### 3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan kegiatan lanjutan setelah dilaksanakan pengumpulan data. Tahapan-tahapan yang dilakukan dalam pengolahan data adalah sebagai berikut (Bungin, 2017:174):

a. *Editing* (menyunting data)

Menyunting data memiliki tujuan untuk meneliti ulang dan melihat kelengkapan pengisian jawaban pada angket. Selain itu *editing* juga bertujuan untuk melihat konsistensi jawaban serta memastikan tidak ada kesalahan pada pengisian angket.

b. *Scoring* dan *Coding* (Pemberian bobot dan kode)

Pemberian kode merupakan kegiatan memberikan klasifikasi pada setiap bagian pertanyaan yang kemudian diberikan kode berupa angka sehingga memudahkan proses *entry* data hingga analisis. Pemberian nilai tergantung pada setiap pertanyaan positif atau negatif di angket. Untuk pertanyaan positif aturan nilai yang diberikan dari yang lebih besar, sedangkan pada pertanyaan

negatif aturan nilai yang diberikan berlaku sebaliknya dari nilai pada pertanyaan positif.

c. *Entry* (memasukkan data)

Memasukkan data yang didapatkan dari jawaban setelah diisi oleh responden di lembar angket ke dalam program komputer.

d. *Cleaning* (membersihkan data)

Membersihkan data merupakan kegiatan pengecekan ulang data yang telah dimasukkan untuk memastikan bahwa data tersebut tidak terjadi kesalahan, baik pada kesalahan pengkodean ataupun pada kesalahan pembacaan kode. Dengan demikian diharapkan data benar-benar siap untuk dianalisis.

### 3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan suatu pemaparan hasil yang telah disusun secara teratur dari suatu penelitian. Teknik penyajian data dalam penelitian ini dalam bentuk *textular* dan tabel. Penyajian data secara *textular* merupakan pemberian penjelasan dengan bentuk narasi untuk memberikan gambaran data. Sedangkan penyajian dalam bentuk tabel merupakan penyajian data kedalam tabel secara sistematis dari data numerik (Notoadmodjo, 2018:188). Dalam penelitian ini data yang telah dianalisis kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi untuk menjelaskan dan membahaskan hasil penelitian.

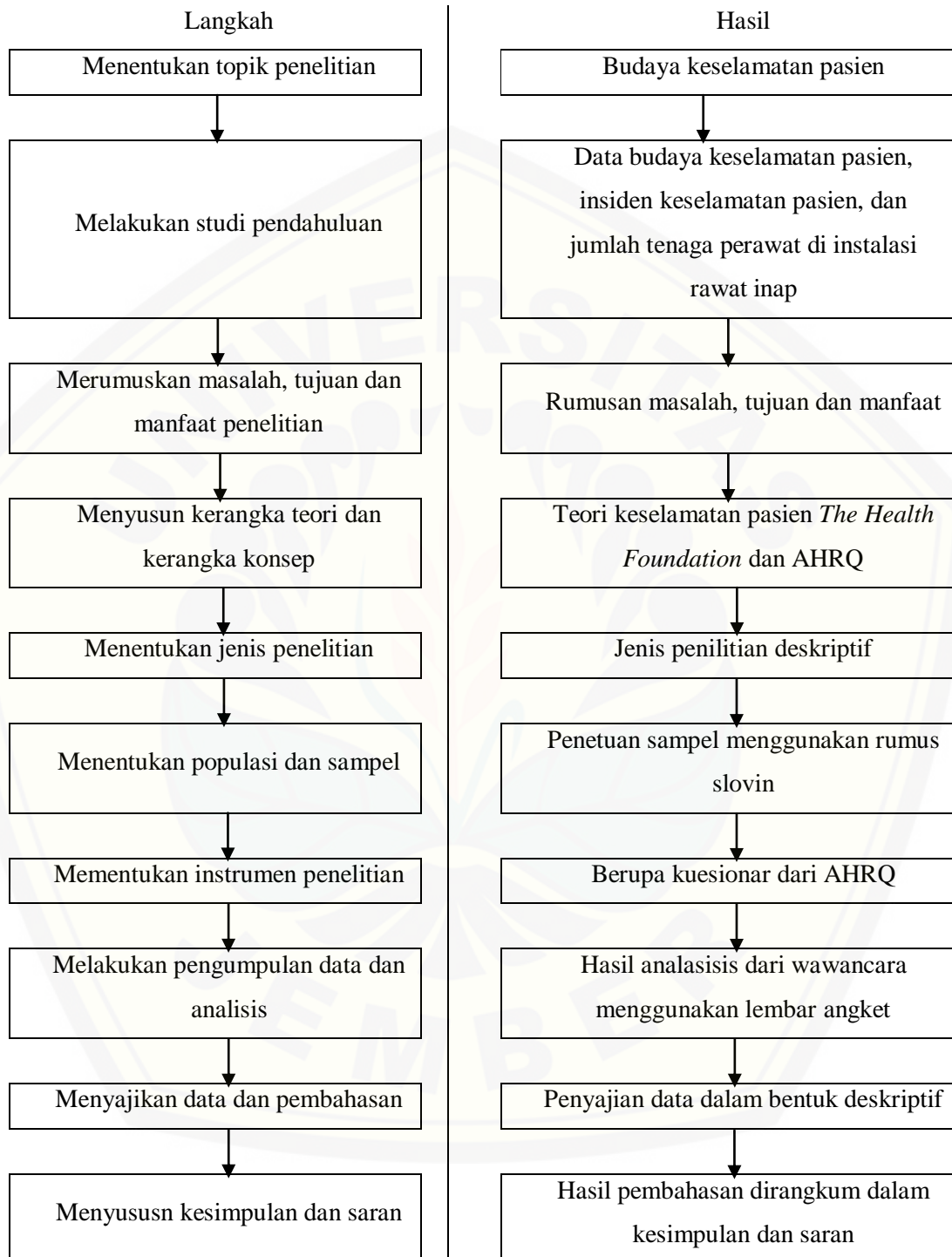
### 3.7.3 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan kegiatan menginterpretasikan data yang didapat melalui pengelompokan data dari seluruh responden, pentabulasian data, penyajian data, perhitungan data dan menghasilkan makna yang dapat menjadi jawaban rumusan masalah yang telah ditetapkan dalam tujuan penelitian (Notoatmodjo, 2018:182). Dalam penelitian ini menggunakan analisis deskriptif yang merupakan suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan menyajikan data berupa frekuensi, proporsi, rasio, ukuran kecenderungan pusat

ataupun ukuran variasi (Nursalam, 2017). Analisis deskriptif digunakan untuk mendeskripsikan tiap-tiap variabel yaitu 12 dimensi keselamatan pasien.

Setelah dilakukan pengolahan data, peneliti mengklasifikasikan data dengan membagi 2 jenis jawaban yaitu jawaban respon positif dan jawaban dengan respon negatif. Jawaban respon positif merupakan jawaban yang bernilai 3 dan 4 pada pertanyaan positif serta yang bernilai 1 dan 2 pada pertanyaan negatif. Respon negatif adalah yang menjadi kebalikan dari respon positif yaitu jawaban yang bernilai 1 dan 2 pada pertanyaan positif serta yang bernilai 3 dan 4 pada pertanyaan negatif. Setelah diketahui sifat dari setiap jawaban, maka nilai komposit masing-masing dimensi dapat dihitung dan dikategorikan dalam 2 kategori yaitu baik dan kurang. Nilai komposit dalam setiap dimensi yang menjadi hasil analisis deskriptif budaya keselamatan pasien.

### 3.8 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

## BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

### 4.1 Hasil Penelitian

#### 4.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

RSD Balung Jember merupakan rumah sakit umum daerah pemerintah tipe C milik pemerintah Kabupaten Jember yang berada di Jalan Rambipuji nomor 19 Balung Kabupaten Jember. RSD Balung Jember memiliki visi yaitu terwujudnya rumah sakit balung yang prima, profesional dan modern di bidang pelayanan kesehatan. Misi RSD Balung Jember yaitu menyediakan sarana prasarana sesuai dengan perkembangan teknologi, mengembangkan sumber daya manusia profesional melalui pendidikan dan pelatihan serta penelitian, mengembangkan sistem dan prosedur pelayanan yang efektif dan terintegrasi, menerapkan sistem dan prosedur yang didukung oleh sistem informasi manajemen rumah sakit secara komprehensif dan terintegrasi, melaksanakan pendidikan dan pelatihan secara terpadu untuk menunjang pelayanan yang prima. Moto pelayanan RSD Balung Jember yaitu ASRI (Atensi Senyum Ramah Informatif).

Tugas RSD Balung Jember dalam Peraturan Bupati Jember Nomor 71 tahun 2009 adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya dan tugas lain yang diberikan oleh bupati sesuai standar pelayanan rumah sakit kelas C. Indikator mutu RSD Balung Jember terdiri atas enam sasaran keselamatan pasien diantaranya angka kepatuhan pemasangan gelang identifikasi pada pasien rawat inap, kepatuhan penandatanganan lembar komunikasi via telepon oleh dokter pemberi instruksi dalam 1 x 24 jam, pelabelan *high alert* pada Obat *high alert*, angka kepatuhan dokter bedah memberikan marker site di rawat inap, kepatuhan terhadap cuci tangan dokter di rawat inap, kelengkapan pengkajian risiko pasien jatuh pada pasien rawat inap.

RSD Balung Jember telah memiliki Komite Khusus yang menangani keselamatan pasien rumah sakit. Komite tersebut bernama Komite Mutu dan Keselamatan Pasien. Komite tersebut bertanggung jawab atas 6 sub komite diantaranya sub komite atau tim Mutu Rumah sakit (MRS), sub komite atau tim Kinerja dan Budaya Keselamatan (KBK), sub komite atau tim Manajemen Risiko (MR) klinis dan non klinis, sub komite atau tim keselamatan pasien rumah sakit (KPRS), sub komite atau tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), dan sub komite atau tim Keselamatan dan Kesehatan Kerja (RS). Tugas dari Komite Mutu dan Keselamatan Pasien yaitu menangani permasalahan yang terkait dengan keselamatan pasien rumah sakit (Profil Kesehatan RSD Balung, 2018).

#### 4.1.2 Karakteristik Responden

##### a. Jenis Kelamin

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin laki-laki dan perempuan dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Karakteristik Responden	Jenis Kelamin	N	Persentase (%)
1	Laki-Laki		14	27,45
2	Perempuan		37	72,55
<b>Total</b>			<b>51</b>	<b>100</b>

Jenis kelamin perawat di instalasi rawat inap yang menjadi responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 4.1 yang menunjukkan bahwa jenis kelamin yang paling banyak yaitu jenis kelamin perempuan sebesar 72,55%.

##### b. Usia

Distribusi karakteristik usia perawat dalam penelitian ini dibedakan menjadi tiga yaitu responden yang berusia 21-30 tahun, usia 31-40 tahun dan usia 41-50 tahun. Distribusi karakteristik usia responden lebih lengkapnya dapat dilihat pada tabel dibawah berikut ini:

Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia

No	Karakteristik Usia Responden	N	Persentase (%)
1	21 – 30 Tahun	15	29,41
2	31 – 40 Tahun	33	64,71
3	41 – 50 Tahun	3	5,88
<b>Total</b>		<b>51</b>	<b>100</b>

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat yang menjadi responden berada pada usia 31-40 tahun yaitu sebesar 64,71%.

#### c. Masa Kerja

Karakteristik responden berdasarkan masa kerja di instalasi rawat inap dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja

No	Karakteristik Responden	Masa Kerja	Frekuensi	Persentase (%)
1	< 1 Tahun		1	1,96
2	1 – 5 Tahun		4	7,84
3	6 – 10 Tahun		13	25,49
4	> 10 Tahun		33	64,71
<b>Total</b>			<b>51</b>	<b>100</b>

Distribusi lama kerja responden di instalasi rawat inap dibedakan menjadi empat kategori, sebagian besar responden sudah bekerja lebih dari 10 tahun di instalasi rawat inap sebanyak 64,71%.

#### 4.1.3 Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan 12 Dimensi

##### a. Dimensi Persepsi Terkait Keseluruhan Prosedur Keselamatan Pasien

Persepsi responden terkait keseluruhan prosedur keselamatan pasien di instalasi rawat inap dikategorikan menjadi lemah dengan skor penilaian 4-8, sedang dengan skor penilaian 9-12 dan kuat dengan skor penilaian 13-16 sehingga dapat diperoleh distribusi sebagai berikut:

Tabel 4.4 Gambaran Dimensi Persepsi Terkait Keseluruhan Prosedur Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat inap RSD Balung Jember

Kategori Persepsi terkait keseluruhan prosedur	Frekuensi	Persentase (%)
Budaya Lemah	0	0
Budaya Sedang	30	58,82
Budaya Kuat	21	41,18
Jumlah	51	100

Tabel 4.4 menggambarkan bahwa dimensi persepsi keseluruhan prosedur keselamatan pasien pada perawat di instalasi rawat inap paling banyak berada pada kategori sedang sebesar 58,82% yang dapat dibuktikan melalui distribusi jawaban responden terkait persepsi keseluruhan prosedur keselamatan pasien yang terdiri dari 4 pernyataan. Pernyataan tersebut terbagi dalam 2 pernyataan positif (A1 dan A2) dan 2 pernyataan negatif (A3 dan A4). Pengkategorian dalam distribusi penilaian responden dibagi menjadi empat yaitu sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. Hasil distribusi jawaban responden untuk menggambarkan persepsi keseluruhan prosedur keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSD Balung dapat dilihat pada tabel 4.5 berikut ini:

Tabel 4.5 Distribusi Jawaban Responden Terkait Persepsi Keseluruhan Prosedur di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Total
<b>Positif</b>						
A1	Kami tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien dengan alasan banyak pekerjaan	2 (3,9%)	0	15 (29,4%)	34 (66,7%)	51 (100%)
A2	Prosedur dan sistem di RS kami sudah baik dalam mencegah terjadinya kesalahan/error (KTD atau KNC)	0	8 (15,7%)	36 (70,6%)	7 (13,7%)	51 (100%)
<b>Negatif</b>						
A3	Jika ada insiden (KTD/KNC) pada pasien terjadi di unit ini adalah suatu hal yang kebetulan	2 (3,9%)	27 (52,9%)	21 (41,2%)	1 (2,0%)	51 (100%)
A4	Unit kami memiliki masalah mengenai keselamatan pasien	7 (13,7%)	30 (58,8%)	14 (27,5%)	0	51 (100%)

Dari Tabel 4.5 diketahui responden penelitian memberikan respon positif baik pada pernyataan positif (A1 dan A2) dan pernyataan negatif (A3 dan A4). Proporsi jawaban mengenai persepsi terkait keseluruhan prosedur keselamatan



pasien diperoleh pada pernyataan positif sebagian besar menjawab setuju (70,6%), sedangkan pada pernyataan negatif lebih dari setengah responden menjawab tidak setuju (58,8%).

b. Dimensi Frekuensi Pelaporan Kejadian

Dalam menggambarkan budaya frekuensi pelaporan kejadian di instalasi rawat inap terdiri dari 3 kategori yaitu budaya lemah dengan skor penilaian <4, budaya sedang dengan skor penilaian 4-5 dan budaya kuat dengan skor penilaian >5 sehingga diperoleh distribusi responden sebagai berikut:

Tabel 4.6 Gambaran Dimensi Frekuensi Pelaporan di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

Kategori Gambaran Frekuensi Pelaporan Kejadian	Frekuensi	Persentase (%)
Budaya Lemah	22	43,14
Budaya Sedang	26	50,98
Budaya Kuat	3	5,88
Jumlah	51	100

Pada Tabel 4.6 menggambarkan bahwa budaya frekuensi pelaporan kejadian di instalasi rawat inap RSD Balung paling banyak pada kategori budaya sedang yaitu sebesar 50,98%. Budaya pelaporan dibuktikan dalam distribusi jawaban responden yang terdiri dari 3 pernyataan positif. Pengkategorian dalam distribusi penilaian responden dibagi menjadi jawaban ya dan tidak. Hasil distribusi jawaban responden untuk menggambarkan frekuensi pelaporan kejadian di instalasi rawat inap RSD Balung Jember dapat dilihat pada tabel 4.7

Tabel 4. 7 Distribusi Jawaban Responden Terkait Frekuensi Pelaporan Kejadian

No	Pernyataan	Ya	Tidak	Total
<b>Positif</b>				
<b>B1</b>	Di unit kerja kami, sering dilaporkan kejadian kesalahan terkait keselamatan pasien, dan kesalahan tersebut akan segera diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien	26 (51%)	25 (49%)	51 (100%)
<b>B2</b>	Di unit kerja kami, sering dilaporkan kejadian kesalahan terkait keselamatan pasien, tetapi kesalahan tersebut tidak membahayakan pasien	15 (29,4%)	36 (70,6%)	51 (100%)
<b>B3</b>	Di unit kerja kami, sering dilaporkan kejadian kesalahan terkait keselamatan pasien, dan kesalahan tersebut membahayakan pasien	5 (9,8%)	46 (90,2%)	51 (100%)

Berdasarkan laporan yang dilakukan diketahui dari Tabel 4.7 mayoritas responden memberikan jawaban tidak yaitu sebesar 90,2% pada pernyataan di unit instalasi rawat inap tidak sering dilaporkan kejadian kesalahan terkait keselamatan pasien yang membahayakan pasien.

c. Dimensi Harapan Dan Tindakan Supervisor Mempromosikan Keselamatan Pasien

Dalam dimensi harapan dan tindakan supervisor mempromosikan keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSD Balung Jember digambarkan dalam tiga kategori budaya lemah dengan skor penilaian 4-8, budaya sedang dengan skor penilaian 9-12 dan budaya kuat dengan skor penilaian 13-16 yang disajikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 4.8 Gambaran Dimensi Harapan dan Tindakan Supervisor mempromosikan Keselamatan Pasien di Instalasi rawat Inap RSD Balung Jember

Kategori Gambaran Harapan Tindakan Terhadap Supervisor	Frekuensi	Persentase (%)
Budaya Lemah	0	0
Budaya Sedang	35	68,63
Budaya Kuat	16	31,37
Jumlah	51	100

Berdasarkan Tabel 4.8 dapat digambarkan bahwa dimensi harapan dan tindakan supervisor mempromosikan keselamatan pasien sebagian besar responden pada kategori budaya sedang yaitu sebesar 68,63%. Budaya sedang pada dimensi harapan dan tindakan supervisor dibuktikan dalam distribusi jawaban responden yang terdiri dari 4 pernyataan. Pernyataan tersebut terbagi dalam 2 pernyataan positif (C1 dan C2) dan 2 pernyataan negatif (C3 dan C4). Pengkategorian dalam distribusi penilaian responden dibedakan menjadi empat yaitu sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. Hasil distribusi jawaban responden untuk menggambarkan harapan dan tindakan supervisor dalam mempromosikan keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSD Balung jember dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.9 Distribusi Jawaban Responden Terkait Harapan dan Tindakan Supervisor Mempromosikan Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Total
<b>Positif</b>						
C1	Supervisor kami memberikan pujian ketika pekerjaan yang saya lakukan sesuai dengan prosedur keselamatan pasien	0	8 (15,7%)	34 (66,7%)	9 (17,6%)	51 (100%)
C2	Supervisor kami selalu mempertimbangkan saran dari stafnya untuk meningkatkan keselamatan pasien	0	3 (5,9%)	34 (66,7%)	14 (27,5%)	51 (100%)
<b>Negatif</b>						
C3	Ketika banyak tuntutan pekerjaan yang harus diselesaikan, Supervisor menginginkan kami bekerja lebih cepat, meskipun harus dengan cara yang tidak benar	10 (19,6%)	36 (70,6%)	5 (9,8%)	0	51 (100%)
C4	Supervisor gagal mengantisipasi masalah keselamatan pasien (KTD/KNC) yang telah terjadi berulang-ulang	6 (11,8%)	36 (70,6%)	9 (17,6%)	0	51 (100%)

Dari Tabel 4.9 diketahui sebagian besar responden dalam penelitian memberikan respon positif baik pada pernyataan positif (C1 dan C2) maupun pada pernyataan negatif (C3 dan C4). Pada pernyataan positif sebagian besar (66,7%) responden menyetujui bahwa supervisor memberikan pujian ketika pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan prosedur serta supervisor mempertimbangkan saran dari stafnya, sedangkan pada pernyataan negatif sebagian besar (70,6%) tidak menyetujui ketika banyak tuntutan pekerjaan yang diselesaikan supervisor menginginkan responden bekerja lebih cepat meskipun harus dengan cara yang tidak benar serta tidak setuju ketika supervisor gagal dalam mengantisipasi masalah yang terjadi berulang-ulang.

#### d. Dimensi Pembelajaran Organisasi Dan Perbaikan Berkelanjutan

Dalam dimensi pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan di instalasi rawat inap RSD Balung Jember digambarkan dalam tiga kategori budaya lemah dengan skor penilaian 3-6, budaya sedang dengan skor penilaian 7-9 dan budaya kuat 13-16 yang disajikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 4.10 Gambaran Dimensi Pembelajaran Organisasi dan Perbaikan Berkelanjutan di Instalasi rawat inap RSD Balung Jember

Kategori Gambaran pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan	Frekuensi	Persentase (%)
Budaya Lemah	0	0
Budaya Sedang	39	76,47
Budaya Kuat	12	23,53
Total	51	100

Tabel 4.10 menggambarkan bahwa dimensi pembelajaran organisasi dan pembelajaran berkelanjutan mengenai keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSD Balung Jember sebagian besar dalam kategori budaya sedang yaitu sebesar 76,47%. Budaya sedang tersebut dibuktikan dengan distribusi jawaban responden yang terdiri dari 3 pertanyaan positif. Kategori dalam dimensi pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan dibagi menjadi empat yaitu sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. Hasil distribusi jawaban responden terkait pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan di instalasi rawat inap RSD Balung dapat dilihat pada Tabel 4.11

Tabel 4. 11 Distribusi Jawaban Responden Terkait Pembelajaran Organisasi dan Perbaikan Berkelanjutan di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Total
<b>Positif</b>						
D1	Kami aktif melakukan kegiatan-kegiatan yang dapat meningkatkan kualitas keselamatan pasien	0	0	42 (82,4%)	9 (17,6%)	51 (100%)
D2	Kesalahan (pelayanan pasien) yang terjadi berperan penting untuk membawa perubahan yang positif	0	4 (7,8%)	40 (78,4%)	7 (13,7%)	51 (100%)
D3	Kami mengevaluasi efektivitas setiap program peningkatan keselamatan pasien yang telah dijalankan	0	0	45 (88,2%)	6 (11,8%)	51 (100%)

Dari Tabel 4.11 tersebut dapat diketahui mayoritas responden yaitu sebesar 88,2% memberikan jawaban setuju. Hal tersebut menunjukkan bahwa perawat mengevaluasi efektivitas setiap program peningkatan keselamatan pasien yang telah dijalankan.

e. Dimensi Kerjasama Tim Dalam Unit

Dalam dimensi kerja sama tim dalam unit instalasi rawat inap RSD Balung Jember digambarkan dalam tiga kategori budaya lemah dengan skor penilaian 4-8, budaya sedang dengan skor penilaian 9-12 dan budaya kuat dengan skor penilaian 13-16 yang disajikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 4.12 Gambaran Dimensi Kerjasama Tim Dalam Unit Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

Kategori Gambaran Kerjasama Tim Dalam Unit	Frekuensi	Persentase (%)
Budaya Lemah	0	0
Budaya Sedang	30	58,82
Budaya Kuat	21	41,18
Total	51	100

Berdasarkan Tabel 4.12 menggambarkan bahwa dimensi kerjasama tim dalam unit paling banyak yaitu pada budaya sedang sebesar 58,82%. Hasil tersebut dibuktikan dengan distribusi jawaban responden yang terdiri dari 4 pernyataan positif. Kategori penilaian jawaban dalam dimensi kerjasama dalam unit dibedakan menjadi empat yaitu sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. Hasil distribusi jawaban responden terkait kerjasama tim dalam unit di instalasi rawat inap RSD Balung dapat dilihat pada Tabel 4.13

Tabel 4. 13 Distribusi Jawaban Responden Terkait Kerjasama Tim Dalam Unit di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Total
<b>Positif</b>						
E1	Kami saling mendukung satu sama lain	0	0	32 (62,7%)	19 (37,3%)	51 (100%)
E2	Kami bekerja sama sebagai tim dengan baik untuk menyelesaikan pekerjaan yang harus diselesaikan dengan cepat	0	0	33 (64,7%)	18 (35,3%)	51 (100%)
E3	Setiap orang di unit ini saling menghargai satu sama lain	0	0	36 (70,6%)	15 (29,4%)	51 (100%)
E4	Ketika salah satu staf di unit saya sibuk dengan pekerjaannya, petugas yang lain akan membantu	0	2 (3,9%)	38 (74,5%)	11 (21,6%)	51 (100%)

Tabel 4.13 diketahui sebagian besar responden memberikan respon positif yaitu sebesar 74,5% menjawab setuju bahwa kerjasama tim dalam unit terjadi

ketika salah satu staf di unit satu sibuk dengan pekerjaannya, petugas yang lain akan membantu.

f. Berdasarkan Dimensi Keterbukaan Komunikasi

Dalam dimensi keterbukaan komunikasi di instalasi rawat inap RSD Balung Jember digambarkan dalam tiga kategori budaya kuat dengan skor penilaian 10-12, budaya lemah dengan skor penilaian 3-6 dan budaya sedang dengan skor penilaian 7-9 sehingga diperoleh distribusi responden sebagai berikut:

Tabel 4.14 Gambaran Dimensi Keterbukaan Komunikasi di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

Kategori Gambaran Keterbukaan Komunikasi	Frekuensi	Persentase (%)
Budaya Lemah	0	0
Budaya Sedang	38	74,51
Budaya Kuat	13	25,49
Total	51	100

Tabel 4.14 menggambarkan bahwa dimensi keterbukaan komunikasi di instalasi rawat inap RSD Balung Jember sebagian besar dalam kategori budaya sedang yaitu sebesar 74,51%. Budaya sedang tersebut dibuktikan dengan distribusi jawaban responden yang terbagi dalam 3 pernyataan, dimana 2 pernyataan positif (F1 dan F2) dan 1 pernyataan negatif (F3). Pengkategorian dalam distribusi penilaian responden dibedakan menjadi 4 jawaban yaitu sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. Hasil distribusi jawaban responden terkait keterbukaan komunikasi di instalasi rawat inap RSD Balung Jember dapat dilihat pada Tabel 4.15

Tabel 4. 15 Distribusi Jawaban Responden Terkait Keterbukaan Komunikasi di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Total
<b>Positif</b>						
<b>F1</b>	Kami merasa bebas berpendapat jika melihat suatu kejadian yang dapat berdampak negatif bagi pasien	0	4 (7,8%)	44 (86,3%)	3 (5,9%)	51 (100%)
<b>F2</b>	Kami merasa bebas untuk bertanya kepada sesama perawat lain/dokter tentang keputusan atau tindakan yang diambil di unit ini	0	6 (11,8%)	37 (72,5%)	8 (15,7%)	51 (100%)
<b>Negatif</b>						
<b>F3</b>	Kami merasa takut bertanya ketika mengetahui ada sesuatu yang tidak wajar dalam pelayanan pasien	12 (23,5%)	29 (56,9%)	9 (17,6%)	1 (2%)	51 (100%)

Berdasarkan Tabel 4.15 dapat diketahui bahwa responden penelitian memberikan respon yang positif baik pada pernyataan positif (F1 dan F2) maupun pada pernyataan negatif (F3). Mayoritas responden memberikan jawaban setuju pada pernyataan positif yaitu sebesar 86,3%, sedangkan pada pernyataan negatif paling banyak responden memberikan jawaban tidak setuju yaitu sebesar 56,9%.

#### g. Dimensi Umpan Balik Dan Komunikasi Terkait Kesalahan

Dalam dimensi umpan balik dan komunikasi terkait kesalahan di instalasi rawat inap RSD Balung Jember digambarkan dalam tiga kategori budaya kuat dengan skor penilaian 10-12, budaya sedang dengan skor penilaian 7-9 dan budaya lemah dengan skor penilaian 3-6 sehingga dapat diketahui distribusi responden sebagai berikut:

Tabel 4.16 Gambaran Umpan Balik dan Komunikasi Terkait kesalahan di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

Kategori Gambaran Umpan Balik dan Komunikasi	Frekuensi	Persentase (%)
Budaya Lemah	2	3,92
Budaya Sedang	37	72,55
Budaya Kuat	12	23,53
Total	51	100

Berdasarkan Tabel 4.16 menggambarkan bahwa dimensi umpan balik dan komunikasi terkait kesalahan sebagian besar dalam kategori budaya sedang yaitu

sebesar 72,55%. Budaya sedang tersebut dibuktikan dengan distribusi jawaban responden yang terdiri dari 3 pernyataan positif. Pengkategorian dalam distribusi penilaian jawaban responden terbagi menjadi empat yaitu sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. Hasil distribusi jawaban responden terkait umpan balik dan komunikasi terkait kesalahan di instalasi rawat inap RSD Balung Jember dapat dilihat pada Tabel 4.17

Tabel 4.17 Distribusi Jawaban Responden Terkait Umpan Balik Dan Komunikasi Terkait Kesalahan Di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Total
<b>Positif</b>						
G1	Supervisor kami memberikan umpan balik / <i>feedback</i> kearah perbaikan berdasarkan laporan kejadian (KTD/KNC)	0	2 (3,9%)	44 (86,3%)	5 (9,8%)	51 (100%)
G2	Kami selalu diberitahu mengenai setiap kesalahan-kesalahan apapun yang terjadi di unit kami	0	2 (3,9%)	47 (92,2%)	2 (3,9%)	51 (100%)
G3	Kami selalu mendiskusikan langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk mencegah kesalahan terjadi kembali di unit kami	0	3 (5,9%)	40 (78,4%)	8 (15,7%)	51 (100%)

Dari Tabel 4.17 dapat diketahui bahwa mayoritas responden yaitu sebesar 92,2% responden menyetujui bahwa perawat selalu diberitahu mengenai setiap kesalahan-kesalahan apapun yang terjadi di unit kerja perawat.

#### h. Berdasarkan Dimensi Respon Tidak Menyalahkan

Dalam dimensi respon tidak menyalahkan di instalasi rawat inap RSD Balung Jember dapat digambarkan dalam tiga kategori budaya lemah dengan skor penilaian 3-6, budaya sedang dengan skor penilaian 7-9 dan budaya kuat dengan skor penilaian 10-12 dengan distribusi responden dibawah ini:

Tabel 4.18 Gambaran Respon Tidak Menyalahkan di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

Kategori Gambaran Respon Tidak Menyalahkan	Frekuensi	Persentase (%)
Budaya Lemah	6	11,76
Budaya Sedang	43	84,31
Budaya Kuat	2	3,92
Total	51	100



Tabel 4.18 menggambarkan bahwa dimensi respon tidak menyalahkan mayoritas dalam kategori budaya sedang yaitu sebesar 84,31%. Hal tersebut dibuktikan dengan distribusi jawaban responden yang terdiri dari 3 pernyataan negatif. Kategori dalam distribusi penilaian responden dibagi menjadi empat yaitu sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. Hasil distribusi jawaban responden terkait respon tidak menyalahkan di instalasi rawat inap RSD Balung Jember dapat dilihat pada Tabel 4.19

Tabel 4. 19 Distribusi Jawaban Responden Terkait Respon Tidak Menyalahkan di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Total
<b>Negatif</b>						
<b>H1</b>	Bila melakukan kesalahan dalam melayani pasien kami merasa kesalahan tersebut akan memojokkan/ mengancam kami	1 (2%)	28 (54,9%)	22 (43,1%)	0	51 (100%)
<b>H2</b>	Bila sesuatu kejadian dilaporkan maka yang menjadi fokus pembicaraan adalah orang yang berbuat salah bukan masalahnya	2 (3,9%)	40 (78,4%)	8 (15,7%)	1 (2%)	51 (100%)
<b>H3</b>	Kami merasa khawatir jika kesalahan yang dilakukan akan dicatat dalam penilaian kinerja	2 (3,9%)	22 (43,1%)	26 (51%)	1 (2%)	51 (100%)

Berdasarkan Tabel 4.19 diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu sebesar 78,4% memberikan respon yang positif dengan tidak menyetujui apabila sesuatu kejadian dilaporkan maka yang menjadi fokus pembicaraan adalah orang yang berbuat salah bukan masalahnya.

i. Dimensi *Staffing*

Dalam dimensi *staffing* atau penyusunan staf di instalasi rawat inap RSD Balung Jember digambarkan melalui tiga kategori yaitu budaya kuat dengan skor penilaian 13-16, budaya sedang dengan skor penilaian 9-12 dan budaya lemah dengan skor penilaian 4-8, sehingga distribusi responden disajikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 4.20 Gambaran *Staffing* di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

Kategori Gambaran <i>Staffing</i>	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	4	7,84
Cukup	46	90,20
Kurang	1	1,96
Total	51	100

Tabel 4.20 menggambarkan bahwa dimensi penyusunan staf di instalasi rawat inap RSD Balung Jember mayoritas digambarkan dalam kategori cukup yaitu sebesar 90,20%. Kategori cukup tersebut dibuktikan dalam distribusi jawaban responden yang terdiri dalam 4 pernyataan, dimana 1 pernyataan positif (I1) dan 3 pernyataan negatif (I2, I3 dan I4). Kategori dalam distribusi penilaian responden terbagi menjadi empat yaitu sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. Hasil distribusi jawaban responden terkait *staffing* di instalasi rawat inap RSD Balung Jember dapat dilihat pada Tabel 4.21

Tabel 4. 21 Distribusi Jawaban Responden Terkait *Staffing* Di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Total
<b>Positif</b>						
<b>I1</b>	Jumlah staf di tempat saya bekerja sudah mencukupi untuk menangani beban kerja yang ada	0	26 (51%)	21 (41,2%)	4 (7,8%)	51 (100%)
<b>Negatif</b>						
<b>I2</b>	Setiap staf bekerja lebih lama dari waktu yang biasanya demi pelayanan pasien	0	26 (51%)	18 (35,3%)	7 (13,7%)	51 (100%)
<b>I3</b>	Unit kami sering menggunakan tenaga cadangan/ pegawai tambahan untuk melayani pasien	2 (3,9%)	38 (74,5%)	11 (21,6%)	0	51 (100%)
<b>I4</b>	Kami bekerja dengan melakukan pekerjaan yang kompleks dalam waktu yang singkat (terburu-buru)	1 (2%)	41 (80,4%)	9 (17,6%)	0	51 (100%)

Berdasarkan Tabel 4.21 diketahui bahwa pada pernyataan positif lebih dari setengah responden yaitu sebesar 51% tidak setuju apabila jumlah staf sudah mencukupi untuk menangani beban kerja yang ada. Pada pernyataan negatif mayoritas responden yaitu sebesar 80,4% tidak setuju apabila dalam bekerja melakukan pekerjaan yang kompleks dengan waktu yang singkat atau terburu-buru.

j. Dimensi Dukungan Manajemen Terhadap Upaya Keselamatan Pasien

Dalam dimensi dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSD Balung Jember dapat digambarkan melalui tiga kategori budaya kuat dengan skor penilaian 10-12, budaya lemah dengan skor penilaian 3-6 dan budaya sedang dengan skor penilaian 7-9. Distribusi responden dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.22 Gambaran Dukungan Manajemen Terhadap Upaya Keselamatan Pasien di instalasi rawat Inap RSD Balung Jember

Kategori Gambaran Dukungan Manajemen	Frekuensi	Persentase (%)
Budaya Lemah	1	1,96
Budaya Sedang	41	80,39
Budaya Kuat	9	17,65
Total	51	100

Berdasarkan Tabel 4.22 diatas bahwa mayoritas gambaran dimensi dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien dalam kategori budaya sedang yaitu sebesar 80,39%. Budaya sedang tersebut dibuktikan dengan distribusi jawaban responden yang terdiri dari 3 pernyataan, dimana 2 pernyataan positif (J1 dan J2) dan 1 pernyataan negatif (J3). Pengkategorian penilaian responden dibedakan menjadi empat yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Hasil distribusi jawaban responden terkait dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSD Balung Jember dapat dilihat pada Tabel 4.23

Tabel 4.23 Distribusi Jawaban Perawat Terkait Dukungan Manajemen Terhadap Upaya Keselamatan Pasien Di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Total
<b>Positif</b>						
<b>J1</b>	Manajemen RS menyediakan iklim kerja yang mendukung keselamatan pasien	0	2 (3,9%)	46 (90,2%)	3 (5,9%)	51 (100%)
<b>J2</b>	Keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam RS (tercemin dari tindakan-tindakan yang dilakukan oleh seluruh staf RS)	0	3 (5,9%)	33 (64,7%)	15 (29,4%)	51 (100%)
<b>Negatif</b>						
<b>J3</b>	Pihak RS baru melakukan sesuatu setelah terjadi insiden keselamatan pasien	2 (3,9%)	22 (43,1%)	27 (52,9%)	0	51 (100%)

Tabel 4.23 diatas menggambarkan bahwa pada pernyataan positif mayoritas responden yaitu sebesar 90,2% menyetujui terkait manajemen rumah sakit menyediakan iklim kerja yang mendukung keselamatan pasien. Pada pernyataan negatif lebih dari setengah responden yaitu sebesar 52,9% menyetujui apabila pihak rumah sakit baru melakukan sesuatu setelah terjadi insiden keselamatan pasien.

k. Dimensi Kerjasama Tim Antar Unit

Dalam dimensi kerjasama tim antar unit di instalasi rawat inap RSD Balung Jember dapat digambarkan dalam tiga kategori budaya lemah dengan skor penilaian 4-8, budaya kuat dengan skor penilaian 13-16 dan budaya sedang dengan skor penilaian 9-12. Distribusi responden dimensi tersebut dapat dilihat padat tabel berikut ini:

Tabel 4.24 Gambaran Kerjasama Tim Antar Unit di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

Kategori Gambaran Kerjasama Tim Antar Unit	Frekuensi	Persentase (%)
Budaya Lemah	0	0
Budaya Sedang	42	82,35
Budaya Kuat	9	17,65
Total	51	100

Tabel 4.24 menggambarkan bahwa dimensi kerjasama tim dalam unit instalasi rawat inap RSD Balung Jember mayoritas digambarkan dalam kategori budaya sedang yaitu sebesar 82,35%. Budaya sedang tersebut di buktikan dengan distribusi jawaban responden yang terdiri dari 4 pernyataan, dimana 2 pernyataan positif (K1 dan K2) dan 2 pernyataan negatif (K3 dan K4). Kategori penilaian responden dibedakan menjadi empat yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Hasil distribusi jawaban responden terkait kerjasama tim antar unit di instalasi rawat inap RSD Balung Jember dapat dilihat pada Tabel 4.25

Tabel 4.25 Distribusi Jawaban Responden Terkait Kerjasama Tim Antar Unit Di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Total
<b>Positif</b>						
<b>K1</b>	Terdapat kerjasama yang baik antar unit dalam RS	0	0	46 (90,2%)	5 (9,8%)	51 (100%)
<b>K2</b>	Unit-unit dalam RS bekerjasama dengan baik untuk menyediakan pelayanan terbaik untuk pasien	0	0	46 (90,2%)	5 (9,8%)	51 (100%)
<b>Negatif</b>						
<b>K3</b>	Unit satu dengan unit yang lain tidak berkoordinasi dengan baik	3 (5,9%)	42 (82,4%)	6 (11,8%)	0	51 (100%)
<b>K4</b>	Kami sering merasa tidak nyaman bila harus bekerjasama dengan staf unit lain di RS ini	2 (3,9%)	44 (86,3%)	5 (9,8%)	0	51 (100%)

Dari Tabel 4.25 diatas dapat diketahui pada pernyataan positif, mayoritas responden yaitu sebesar 90,2% menjawab setuju bahwa terdapat kerjasama yang baik antar unit untuk menyediakan pelayanan yang terbaik bagi pasien. Pada pernyataan negatif, mayoritas responden yaitu sebesar 86,3% menjawab tidak setuju bahwa merasa tidak nyaman ketika harus bekerjasama dengan staf unit lain.

### 1. Dimensi Pemindahan Dan Pergantian

Dalam dimensi pemindahan dan pergantian di instalasi rawat inap RSD Balung Jember digambarkan dalam tiga kategori budaya kuat dengan skor penilaian 13-16, budaya sedang dengan skor penilaian 9-12 dan budaya lemah dengan skor penilaian 4-8, sehingga distribusi responden sebagai berikut:

Tabel 4.26 Gambaran Pemindahan dan Pergantian di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

Kategori Gambaran Pemindahan dan Pergantian	Frekuensi	Persentase (%)
Budaya Lemah	0	0
Budaya Sedang	44	86,27
Budaya Kuat	7	13,73
Total	51	100

Berdasarkan Tabel 4.26 dapat diketahui gambaran dimensi pemindahan dan pergantian mayoritas dikategorikan dalam budaya sedang yaitu sebesar 86,27%. Budaya sedang tersebut dibuktikan dengan distribusi jawaban responden yang terdiri dari 4 pernyataan negatif. Kategori dalam penilaian responden dibedakan menjadi empat yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Hasil distribusi jawaban responden terkait pemindahan dan pergantian di instalasi rawat inap dapat dilihat pada Tabel 4.27

Tabel 4. 27 Distribusi Jawaban Responden Terkait Pemindahan Dan Pergantian Di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Total
<b>Negatif</b>						
L1	Terdapat masalah yang terjadi ketika transfer pasien dari satu unit ke unit yang lain	1 (2%)	42 (82,4%)	8 (15,7%)	0	51 (100%)
L2	Ketika pergantian shift, informasi penting mengenai pasien sering hilang dan tidak tersampaikan	6 (11,8%)	43 (84,3%)	2 (3,9%)	0	51 (100%)
L3	Terdapat masalah ketika pertukaran informasi antar unit dalam RS ini	3 (5,9%)	41 (80,4%)	7 (13,7%)	0	51 (100%)
L4	Pergantian shift merupakan sesuatu yang menjadi masalah dalam RS ini	7 (13,7%)	39 (76,5%)	5 (9,8%)	0	51 (100%)

Berdasarkan Tabel 4.27 dapat diketahui mayoritas responden memberikan respon yang positif yaitu sebesar 84,3% dengan menjawab tidak setuju pada saat

pergantian shift, informasi yang penting mengenai pasien sering hilang dan tidak tersampaikan.

## 4.2 Pembahasan

Budaya keselamatan pasien merupakan nilai dan keyakinan yang diyakini bersama dalam sebuah organisasi untuk membuat asuhan pasien yang lebih aman (Comission, 2017:2). Budaya keselamatan pasien tersebut kemudian mempengaruhi tindakan dan keyakinan individu dalam melakukan pelayanan. Budaya keselamatan pasien. Penelitian ini mengukur 12 dimensi pada instalasi rawat inap RSD Balung Jember yang menghasilkan gambaran secara keseluruhan dikategorikan dalam budaya keselamatan yang sedang, berikut penjelasan setiap dimensinya:

### 4.2.1 Dimensi Persepsi Perawat Terkait Keseluruhan Prosedur Keselamatan Pasien

Usia seseorang menentukan perilaku dan kemampuan untuk bekerja, termasuk bagaimana merespon stimulus yang diberikan individu, termasuk dalam individu merespon stimulus (Rosyada,2014:94). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan rata-rata responden berusia antara 31-40 tahun. Usia perawat di instalasi rawat inap RSD Balung Jember saat ini sebagian besar termasuk dalam kondisi usia yang ideal dalam bekerja. Rata-rata responden pada usia dewasa yang merupakan usia dimana kebiasaan berfikir rasionalnya akan meningkat dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki (Rosyada, 2014:94). Kondisi seperti ini yang akan mempengaruhi perawat dalam menerapkan ilmu pengetahuan, kreativitas dan ketrampilan yang dimiliki termasuk dalam menerapkan keselamatan pasien.

Rata-rata responden memiliki masa kerja di unit instalasi rawat inap selama 10,7 tahun. Hal tersebut memperlihatkan bahwa sebagian besar responden sudah lama menjalankan profesinya sebagai perawat. Semakin lama perawat bekerja semakin banyak kasus yang dihadapi sehingga pengalamannya semakin meningkat, sedangkan semakin singkat orang bekerja maka semakin sedikit kasus yang

ditangani. Pengalaman bekerja yang banyak memberikan keahlian dan ketrampilan kerja yang meningkat (Rosyada, 2014:96).

Persepsi mengenai keseluruhan prosedur keselamatan pasien merupakan suatu proses mengamati yang berasal dari komponen kognisi seseorang. Faktor-faktor yang mempengaruhi dapat berupa pengalaman, proses belajar, wawasan dan pengetahuan dari komponen-komponen yang terdapat dalam keselamatan pasien (Robbin, 2003 dalam Rosyada, 2014:124). Persepsi mengenai keselamatan pasien dapat berbentuk apabila rumah sakit mengimplementasikan sistem atau prosedur yang baik dalam pencegahan kesalahan terkait keselamatan pasien (Arini, 2018:128). Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan dimensi persepsi dalam kategori budaya sedang diasumsikan masih kurangnya pemahaman keselamatan pasien di dalam setiap unit. Selain itu, ditemukan perbedaan persepsi mengenai keselamatan pasien, prosedur, dan sistem diantara sesama perawat. Hal ini tergambar pada hasil jawaban responden yang bervariasi terkait keselamatan pasien. Bervariasinya jawaban perawat menandakan tidak samanya persepsi dan informasi yang perawat dapatkan selama ini mengenai keselamatan pasien. Seperti pada pernyataan jika terjadi insiden di unit pada pasien adalah suatu hal yang kebetulan bahwa responden yang menyatakan setuju sebesar 52,9% dan sebesar 41,2% menyatakan tidak setuju. RSD Balung dapat melakukan penyamaan persepsi terkait prosedur keselamatan pasien pada perawat dengan mengadakan *upgrading* pelatihan secara rutin dan berkesinambungan. Serta dapat mengusulkan untuk mensosialisasikan terkait keselamatan pasien baik pada tenaga kesehatan juga pada pasien.

#### 4.2.2 Dimensi Frekuensi Pelaporan

Frekuensi pelaporan kejadian merupakan adanya laporan yang terkait dengan keselamatan pasien yang dilaporkan pada pihak manajerial berupa kesalahan yang diketahui dan diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien, kesalahan yang tidak berpotensi untuk membahayakan pasien dan kesalahan yang



dapat berpotensi untuk membahayakan pasien (AHRQ, 2018:4). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada perawat di instalasi rawat inap RSD Balung Jember, sebanyak 22 responden mengungkapkan tidak melaporkan kejadian terkait insiden keselamatan pasien dalam 1 tahun terakhir yang sesuai dengan tidak adanya kejadian. Frekuensi pelaporan kejadian di instalasi rawat inap RSD Balung Jember sebagian besar diartikan dalam kategori budaya sedang. Insiden keselamatan pasien akan dilaporkan kepada kepala ruang yang bertugas yang kemudian melaporkan kepada tim mutu keselamatan pasien rumah sakit untuk dipantau dan direspon dengan cara mengkaji laporan insiden serta memanggil pihak terkait untuk memberikan penjelasan dan klarifikasi terkait permasalahan keselamatan pasien.

Dalam keselamatan pasien, pelaporan merupakan unsur penting yang harus dilakukan. Informasi yang kuat pada pelaporan akan menjadi bahan dalam pembelajaran oleh organisasi. Organisasi dapat melakukan identifikasi faktor risiko terjadinya insiden dari pengalaman sebelumnya sehingga dapat mengurangi ataupun mencegah insiden yang dapat terjadi (Rosyada, 2014:125). Hambatan atau kendala dalam pelaporan diantaranya yaitu perasaan takut akan disalahkan, perasaan kegagalan, takut terhadap hukuman, dan kurang menyadari keuntungan dari pelaporan. Perawat akan membuat pelaporan jika merasa aman dan merasa bebas untuk bercerita apabila tidak menerima hukuman terhadap kejadian yang terjadi. Perlakuan yang adil terhadap perawat, tidak menyalahkan secara individu, serta organisasi lebih fokus terhadap sistem yang berjalan akan meningkatkan budaya pelaporan (Beginta 2012 dalam Rosyada, 2014:126).

Pelaporan yang sistematis merupakan kegiatan yang dapat menggambarkan budaya keselamatan pasien. Pelaporan kejadian adalah titik awal dalam program keselamatan pasien. Dalam mekanisme pelaporan yang baik akan dapat mengidentifikasi permasalahan yang akhirnya dapat dirumuskan suatu solusi perbaikan. Rumah sakit dapat menjadikan pelaporan kejadian menjadi proses pembelajaran dengan setidaknya mempersiapkan dua hal. Hal pertama yaitu tersedianya SDM yang mampu untuk melaksanakan analisis terhadap kejadian atau insiden. Perihal kedua adalah rumah sakit mempunyai kebijakan yang dapat

menjabarkan kriteria pelaksanaan analisis akar masalah dan analisis akibat maupun analisis kegagalan (Kemenkes, 2011).

Hal positif yang dapat dilakukan rumah sakit untuk mendorong pelaporan kejadian yaitu dengan membuat suatu sistem yang dapat melacak kesalahan yang dilakukan, mencari tahu penyebab kesalahan terjadi dan memberikan penegasan bahwa pelaporan insiden keselamatan pasien akan memberikan manfaat dalam merencanakan tindakan yang dapat mencegah hal tersebut kembali terulang serta menegaskan untuk tidak menghakimi orang maupun unit yang melaporkan kesalahan (Tomazon *et al.*, 2015). Hal positif tersebut dapat diterapkan oleh RSD Balung Jember karena melihat dimensi frekuensi pelaporan kejadian di instalasi rawat inap dalam kategori budaya sedang. Hal tersebut menggambarkan bahwa pelaporan kejadian oleh perawat di instalasi rawat inap RSD Balung Jember masih perlu ditingkatkan pada pelaporan kejadian yang terkait keselamatan pasien baik pada kejadian Tidak Diinginkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC), Kejadian Tidak Cidera (KTC) dan Kejadian Potensial Cidera (KPC). Hal lain yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelaporan kejadian dengan memberikan *reward* untuk tenaga kesehatan yang melaporkan kejadian pada tim keselamatan pasien di RSD Balung.

#### 4.2.3 Dimensi Harapan Dan Tindakan Supervisor Mempromosikan Keselamatan Pasien

Pada dimensi harapan dan tindakan supervisor mempromosikan keselamatan pasien yang dimaksud supervisor merupakan atasan langsung dari setiap perawat pelaksana yaitu kepala ruang. Kepala ruang merupakan seorang perawat yang mempunyai wewenang untuk mengatur dan mengendalikan kegiatan perawat serta memiliki tanggung jawab yang besar dibandingkan dengan perawat pelaksana (Rosyada, 2014:98). Harapan dan tindakan yang dilakukan merupakan suatu strategi yang dapat membangun budaya keselamatan pasien di tingkat rumah sakit. Kepala ruang memiliki peran kritis melalui kepemimpinan yang efektif dalam menciptakan lingkungan yang positif bagi keselamatan pasien.

Hal tersebut didukung dalam penelitian budaya keselamatan pasien dari 1889 staf yang bekerja pada 87 unit di 19 rumah sakit di seluruh belanda yang dilakukan Wagner, *et al.*, (2009) dalam Setiowati (2010) menyebutkan perawat manajer mempunyai persepsi yang lebih positif terhadap budaya keselamatan pasien dibandingkan dengan perawat pelaksana dalam perawatan di rumah sakit Amerika Serikat dan Kanada.

Harapan dan tindakan supervisor terkait keselamatan pasien merupakan persepsi terkait harapan dan tindakan supervisor dalam meningkatkan keselamatan pasien (AHRQ, 2018:4). Berdasarkan hasil penelitian dimensi harapan dan tindakan supervisi di RSD Balung Jember dalam budaya sedang. Perbedaan jawaban responden terkait harapan dan tindakan supervisor memberikan gambaran bahwa masih perlu ditingkatkan persepsi terkait harapan dan tindakan supervisor dalam meningkatkan keselamatan pasien. Sebanyak 17,6% responden menyatakan setuju bahwa supervisor gagal dalam mengantisipasi masalah keselamatan pasien serta sebanyak 15,7% responden menyatakan tidak setuju bahwa supervisor memberikan pujian ketika melihat pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan prosedur keselamatan pasien. Hal tersebut yang menyebabkan harapan dan tindakan supervisor dalam kategori budaya sedang.

Angka kesalahan insiden yang terjadi dapat mengalami penurunan ketika supervisor dapat menerapkan atau memprioritaskan keselamatan pasien (WHO,2009). Hal-hal yang perlu ditingkatkan oleh kepala ruang di unit rawat inap yaitu dengan memberikan dukungan yang positif terhadap keselamatan pasien seperti memberikan pujian ketika melihat pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan prosedur keselamatan pasien, mempertimbangkan masukan atau saran dari stafnya untuk meningkatkan keselamatan pasien serta mempunyai kemampuan untuk mengatur pekerjaan tim walaupun dengan beban kerja yang tinggi. Hal tersebut merupakan bagian dalam kepemimpinan efektif yang perlu ditingkatkan kepala ruangan di instalasi rawat inap RSD Balung Jember dalam mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien.

Penanaman nilai-nilai keselamatan pasien dapat dilakukan oleh Komite Keselamatan Pasien RSD Balung Jember maupun oleh kepala ruangan dengan cara melakukan sosialisasi baik secara formal maupun informal. Sosialisasi dapat dilakukan melalui *walk the walk* atau MBWA (*management By Walking Around*) serta dapat dilakukan supervisi secara berkala mendatangi tiap-tiap unit bagian untuk mengontrol juga untuk mengingatkan pentingnya keselamatan pasien. Penanaman budaya keselamatan pasien juga dapat melalui pemasangan poster, simbol dan slogan yang mempromosikan keselamatan pasien di tempat-tempat yang strategis agar seluruh staf dan pasien dapat ikut berpartisipasi dalam keselamatan pasien.

#### 4.2.4 Dimensi Pembelajaran Organisasi Dan Perbaikan Berkelanjutan

Pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan merupakan suatu kemampuan organisasi dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit yang bertujuan mendorong perubahan positif (Goth *et al.*, 2013). Dilihat dalam hasil penelitian, instalasi rawat inap RSD Balung Jember sudah menjadikan kesalahan yang terjadi sebagai pemicu kearah yang lebih baik dengan mengevaluasi keefektifan setiap program pelayanan yang dibuktikan melalui hasil respon positif oleh responden. Hal tersebut menggambarkan bahwa instalasi rawat inap RSD Balung Jember merupakan suatu bentuk organisasi yang belajar dari kesalahan serta menjadikan kesalahan yang terjadi merupakan upaya perbaikan pada setiap lini organisasi untuk menjamin keselamatan pasien di rumah sakit.

Pembelajaran organisasi dilakukan oleh setiap lini organisasi baik perawat ataupun manajemen dengan menjadikan insiden yang terjadi merupakan proses belajar. Respon balik dari rekan satu tim merupakan bentuk dari organisasi yang belajar dan menjadi suatu upaya dalam mengevaluasi keefektifan program yang telah berjalan (Rosyada, 2014:102). Hasil penelitian membuktikan bahwa perawat secara aktif melakukan kegiatan-kegiatan yang dapat meningkatkan keselamatan pasien yang dilihat dari respon positif dalam lembar angket. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan antara lain seperti kegiatan sosialisasi, bertukar informasi serta

diskusi mengenai keselamatan pasien. Selain peningkatan keselamatan pasien dalam organisasi, upaya peningkatan di tingkat individu juga penting dilakukan. Hal-hal yang dapat dilakukan untuk menumbuhkan budaya keselamatan pasien di tingkat individu melalui peningkatan pengetahuan, perubahan sikap, serta perilaku yang lebih berorientasi pada keselamatan.

Proses pembelajaran organisasi merupakan suatu bentuk komitmen untuk mempelajari insiden yang telah terjadi dan kemudian untuk diingatkan serta dikomunikasikan kepada staf (Charthey & Clarke, 2010). Melalui hasil penelitian tersebut instalasi rawat inap RSD Balung Jember diharapkan dapat meningkatkan pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan agar terus berjalan secara terus menerus. Proses pembelajaran yang dapat dilakukan oleh RSD Balung Jember yaitu dari laporan insiden yang disampaikan secara rutin baik oleh tim ataupun manajemen pada setiap pertemuan. Informasi tersebut dapat dikemas dengan solusi sehingga dapat menjadi informasi yang penting bagi setiap individu untuk meningkatkan pengetahuan tentang keselamatan pasien sebagai bagian dari proses pembelajaran.

#### 4.2.5 Dimensi Kerjasama Tim Dalam Unit

Kerjasama merupakan bentuk saling mendukung, saling menghargai, dan mampu bekerja sama sebagai satu tim dalam unit (AHRQ, 2018:4). Kerjasama tim dalam unit di RSD Balung Jember didapatkan sebagian besar dalam kategori budaya sedang. Penelitian Wagner (2013) menyatakan bahwa staf rumah sakit saling mendukung satu dengan yang lain hal ini dapat terwujud karena adanya saling kerjasama dan saling menghormati satu sama lain. Kerjasama dalam unit memperlihatkan sejauh mana setiap anggota dapat kompak dan bekerjasama dalam tim. Kerjasama menurut Ilyas (2003) dalam Rosyada (2014:105) merupakan kumpulan individu dengan keahlian spesifik yang berinteraksi dan bekerjasama dalam mencapai suatu tujuan bersama.

Berdasarkan hasil penelitian, perawat di instalasi rawat inap RSD Balung Jember dalam bekerja saling mendukung, bekerjasama sebagai tim untuk

menyelesaikan pekerjaan dengan cepat, saling menghargai satu sama lain dan saling membantu ketika staf yang lain sibuk. Hal tersebut dibuktikan melalui hasil respon positif dari responden. Kerjasama tim untuk memberikan pelayanan di rumah sakit dapat mempengaruhi kualitas dan keselamatan pasien. Potensi konflik dapat terjadi dalam berinteraksi antar tim yang dapat berakibat pada pelaksanaan kerjasama tim. Konflik yang muncul dapat mempengaruhi dan menurunkan persepsi individu atas tim, sehingga mengganggu pada pelayanan dan berakibat memungkinkan terjadinya insiden. Hal ini didukung oleh sebuah penelitian yang menunjukkan individu yang memiliki persepsi kurang terhadap kerjasama tim berpontesi terjadi insiden keselamatan pasien 3 kali lebih besar (Lestari *et al.*, 2013). Dimensi kerjasama tim dalam unit rawat inap RSD Balung Jember dalam kategori budaya sedang. Hal tersebut menunjukkan bahwa kerjasama tim dalam unit telah berjalan dan masih perlu peningkatan pada sikap saling mendukung, saling menghargai dan kemampuan bekerjasama sebagai tim dalam satu unit.

#### 4.2.6 Dimensi Keterbukaan Komunikasi

Keterbukaan komunikasi merupakan staf merasa bebas untuk berbicara terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pasien ataupun segala permasalahan keselamatan pasien yang terjadi (AHRQ, 2018:4). Keterbukaan komunikasi di instalasi rawat inap RSD Balung Jember menunjukkan hasil sebagian besar berada dalam kategori budaya sedang. Dengan dimensi keterbukaan komunikasi dalam budaya sedang dikarenakan masih adanya perbedaan persepsi mengenai kebebasan berpendapat, kebebasan bertanya, dan perasaan takut bertanya di dalam setiap unit. Hal ini tergambar pada hasil jawaban responden yang bervariasi mengenai keterbukaan komunikasi. Sebanyak 17,6% responden menyatakan setuju bahwa merasa takut untuk bertanya terkait sesuatu yang tidak wajar dalam pelayanan pasien. Pernyataan tersebut yang menyebabkan dimensi keterbukaan komunikasi dalam budaya sedang.

Keterbukaan komunikasi tidak dapat terbentuk ketika staf merasa malu untuk berbicara ataupun bertanya tentang sesuatu yang terlihat tidak wajar dalam

pelayanan pasien. Keterbukaan komunikasi dapat diwujudkan ketika serah terima pasien, *briefing*, dan diskusi keperawatan. Komunikasi terbuka dapat dilakukan oleh perawat ketika serah terima pasien dengan mengkomunikasikan kepada perawat lain mengenai risiko insiden yang mungkin terjadi. *Briefing* juga dapat digunakan untuk mewujudkan keterbukaan komunikasi dengan tujuan untuk berbagi informasi yang terkait isu-isu keselamatan pasien dan perawat bebas untuk bertanya seputar keselamatan pasien yang berpotensi terjadi dalam sehari-hari. Hal lain yang dapat dilakukan yaitu diskusi keperawatan secara terjadwal dan fokus hanya pada keselamatan pasien (Rosyada, 2014:108).

Komunikasi efektif merupakan hal pokok dalam komunikasi yang menjadi salah satu strategi dalam membangun budaya keselamatan pasien. Komunikasi efektif dalam asuhan medis sangat berperan untuk menurunkan angka KTD. Strategi yang tepat dalam proses komunikasi antar profesi sangat dibutuhkan dalam rumah sakit yang menjadi tempat interaksi profesi yang kompleks. Strategi dengan metode SBAR (*situation, background, assessment, recommendation*) dapat menjadi pilihan untuk proses komunikasi antar profesi. Metode berdasarkan situasi, latar belakang, penilaian dan rekomendasi yang diterapkan dengan komunikasi yang baik dapat memberikan kondisi pengobatan pasien lebih informatif, terstruktur dan jelas. Hal tersebut dapat meminimalkan potensi insiden yang tidak diharapkan (Cahyono, 2008). Berdasarkan hasil penelitian sebagian besar memberikan respon positif pada dimensi keterbukaan komunikasi di instalasi rawat inap RSD Balung Jember. Keterbukaan komunikasi yang berjalan diantara perawat dengan tenaga kesehatan lainnya dapat ditingkatkan lagi melalui kebebasan berpendapat diantara tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

#### 4.2.7 Dimensi Dimensi Umpan Balik Dan Komunikasi Mengenai Kesalahan

Umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan yang terjadi menurut AHRQ (2018:4) diartikan supervisor memberikan informasi terkait perubahan yang akan dilaksanakan dan terkait kebijakan prosedur keselamatan pasien. Pada

penelitian yang dilakukan di RSD Balung Jember, supervisor yang dimaksud merupakan atasan langsung seperti kepala ruang. Hasil penelitian dalam dimensi umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan di instalasi rawat inap RSD Balung Jember dalam kategori budaya sedang. Dimensi umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan merupakan bagian terpenting sesudah dilakukannya pelaporan insiden keselamatan pasien. Prinsip dalam pelaporan insiden yaitu pelaporan hanya mampu memberikan manfaat jika direspon positif, atau minimal mendapat umpan balik dari analisis temuan. Idealnya terdapat rekomendasi perubahan pada sistem atau pada prosesnya. Kurangnya umpan balik merupakan suatu hambatan dalam proses pelaporan insiden keselamatan pasien (Rosyada, 2014:113).

Berdasarkan hasil penelitian di instalasi rawat inap RSD Balung Jember yang menggambarkan budaya sedang yang dibuktikan melalui respon positif bahwa perawat selalu diberitahu mengenai setiap kesalahan-kesalahan apapun yang terjadi di unit instalasi rawat inap. Diharapkan umpan balik dari kejadian yang dilaporkan dapat meningkatkan perbaikan pada sistem keselamatan pasien yang sudah berjalan. Oleh karena itu, instalasi rawat inap RSD Balung Jember dapat melakukan 3 hal mendasar yang dapat membangun sistem pelaporan menurut *National Patient Safety Agency* (NPSA, 2006:43) diantaranya mendorong semua staf untuk melaporkan masalah keselamatan pasien khususnya pada kelompok-kelompok dengan tingkat pelaporan insiden yang rendah, mengoptimalkan sistem pelaporan internal dengan sistem pelaporan nasional serta sistem pembelajaran dan hal ketiga yang dapat dilakukan yaitu dengan mengurangi keparahan insiden melalui manajemen risiko dengan melihat laporan kejadian tidak terduga atau tidak diinginkan.

#### 4.2.8 Dimensi Respon Tidak Menyalahkan

Budaya tidak menyalahkan kepada perawat penting dilakukan untuk mengembangkan budaya keselamatan pasien. Perawat dan pasien mendapat perlakuan yang sama dan adil pada saat terjadi insiden. Pada saat insiden terjadi,



hindari untuk berfokus mencari kesalahan individu tetapi fokus utama lebih mencari penyebab masalah tersebut dapat terjadi. Menurut Nurmalia (2012) dalam penelitiannya menjelaskan perawat akan menyusun laporan kejadian apabila yakin bahwa laporan tersebut tidak memberikan dampak hukuman dari kesalahan yang terjadi. Lingkungan juga mendukung dalam keselamatan pasien, dimana lingkungan yang adil dan terbuka dapat membantu untuk membuat laporan yang dapat menjadi pembelajaran.

Respon tidak menyalahkan menurut AHRQ (2018:4) merupakan respon yang tidak bertujuan untuk menyalahkan atau menghakimi kepada yang berbuat kesalahan. Fokus pada kesalahan yang diperbuat oleh perawat dapat mempengaruhi psikologis perawat. Kesalahan yang dilakukan perawat akan berdampak pada psikologis yang kemudian dapat menurunkan kinerjanya (Yahya, 2006). Menurut Reason (2000) dalam Rosyada (2014:116) kesalahan yang terjadi lebih banyak dikarenakan sistem eror dan hambatan yang menyebabkan kesalahan serta risiko lain yang dapat terjadi dapat menjadikan pembelajaran dari pada hanya terfokus pada siapa yang melakukan kesalahan.

Berdasarkan hasil penelitian dimensi respon tidak menyalahkan dalam kategori budaya sedang. Budaya sedang tersebut diakarenakan adanya perbedaan persepsi responden terkait respon tidak menyalahkan. Bahwa sebanyak 51% responden menyatakan setuju apabila kesalahan yang dilakukan akan dicatat dalam penilaian kinerja dan sebanyak 43,1% menyatakan setuju apabila kesalahan yang dilakukan dalam melayani pasien akan memojokkan atau mengancam perawat. Hal tersebut yang menyebabkan dimensi respon tidak menyalahkan dalam kategori budaya sedang. Oleh karena hal tersebut instalasi rawat inap RSD Balung Jember diharapkan dapat menumbuhkan motivasi pada perawat untuk menghilangkan rasa takut disalahkan ketika memberikan laporan, tidak menghukum ketika terjadi kesalahan, tidak menyalahkan atau memojokkan pelapor kejadian serta membuat atau mengubah prosedur yang sudah ada dengan prosedur pelaporan yang sederhana dan lebih mudah dilakukan.

#### 4.2.9 Dimensi *Staffing*

Sumber daya manusia di rumah sakit merupakan individu pelaksana pelayanan langsung yang harus mencukupi baik secara kualitas maupun kuantitas. Berdasarkan aspek kualitas individu dapat dilihat dari standar kompetensi yang dimiliki dan latar belakang pendidikan. Kompetensi sumber daya manusia di rumah sakit dapat dipenuhi dengan menyesuaikan standar yang ditetapkan di setiap profesi. Rumah sakit dapat melakukan upaya dalam pemenuhan standar kompetensi seperti mengirimkan staf untuk mengikuti pelatihan berbasis kompetensi untuk setiap profesi yang ada. Hal tersebut sesuai dengan perencanaan SDM rumah sakit khususnya pada bidang bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit (Rosyada, 2014: 118).

Dalam manajemen keperawatan tidak ada batas ideal perbandingan antara perawat laki-laki dan perempuan. Namun dalam pengaturan jadwal bekerja, dianjurkan dalam satu *shift* terdapat perawat laki-laki dan perempuan, sehingga apabila dalam melakukan tindakan privasi dapat dilakukan oleh perawat yang berjenis kelamin sama misalnya *personal hygiene*, perekaman EKG (Elektrokardiogram), pemasangan asesoris *bed side monitor* dan lain-lain (Nivalinda, 2013:90). Perawat di instalasi rawat inap RSUD Balung Jember saat ini memiliki 24 perawat laki-laki dari 102 perawat. Maka dalam tindakan yang bersifat privasi di ruang rawat inap umum dan ICU dapat dilakukan oleh perawat laki-laki.

*Staffing* merupakan pengaturan staf dalam rumah sakit yang mempunyai tujuan untuk memberikan perawatan yang terbaik bagi pasien dan mengurangi kesalahan terkait keselamatan pasien (AHRQ, 2018:4). Berdasarkan hasil penelitian di instalasi rawat inap RSD Balung jember dimensi *staffing* dalam kategori cukup. Dengan dimensi *staffing* dalam kategori cukup diasumsikan masih belum mencukupi jumlah staf yang bekerja untuk menangani beban kerja yang ada. Hal tersebut dibuktikan dengan jawaban responden yang menyatakan tidak setuju sebesar 51% bahwa jumlah perawat mencukupi dalam menangani beban kerja dalam suatu unit. Perbedaan persepsi mengenai jumlah staf, waktu bekerja,

pegawai tambahan dan pekerjaan yang kompleks menyebabkan budaya *staffing* dalam kategori cukup.

Penyusunan staf diharapkan dapat menyesuaikan jumlah dan kemampuan yang dimiliki setiap staf, sehingga dapat mempengaruhi pada kinerja tenaga kesehatan untuk meningkatkan keselamatan pasien (Beginta, 2012:25). Perhitungan kebutuhan perawat yang tepat di rumah sakit sangat diperlukan untuk meminimalkan beban kerja bagi setiap individu. Pembagian jumlah tenaga kesehatan dengan jumlah pasien serta waktu pelayanan harus diperhitungkan dengan baik oleh rumah sakit. Alternatif yang dapat dilakukan rumah sakit melalui perhitungan kebutuhan dengan metode analisis beban kerja. Hal tersebut dapat berguna untuk rumah sakit menentukan perencanaan perawat dengan jumlah tenaga yang masih terbatas.

#### 4.2.10 Dimensi Dukungan Manajemen Terhadap Upaya Keselamatan Pasien

Menurut IOM (2000) dalam Rosyada (2014:119) terdapat lima prinsip untuk merancang sistem keselamatan pasien dalam organisasi kesehatan. Prinsip pertama yaitu *provide leadership* yang meliputi keselamatan pasien sebagai tujuan utama, tanggung jawab bersama, menugaskan seseorang dalam program keselamatan pasien sebagai penanggung jawab, menyediakan sumber dana dan sumber daya manusia untuk *redesign system* dan *analysis error*, serta mengembangkan mekanisme yang efektif untuk mengidentifikasi tindakan tidak aman. Prinsip kedua yaitu memperhatikan keterbatasan manusia dalam perancangan proses yang meliputi gambaran kerja untuk keselamatan, menyederhanakan proses, dan membuat proses yang standar. Prinsip ketiga yaitu mengembangkan tim yang efektif. Prinsip keempat antisipasi untuk kejadian tak terduga yang meliputi pendekatan proaktif dan menyediakan training simulasi. Prinsip kelima yaitu menciptakan suasana pembelajaran.

Dukungan manajemen rumah sakit merupakan dukungan yang bersifat positif yang diberikan oleh pihak rumah sakit dalam menunjukkan kepedulian terhadap keselamatan pasien. Dukungan yang bersifat positif tersebut dapat berupa

promosi yang dilakukan manajemen rumah sakit terkait keselamatan pasien dan menjadikan keselamatan pasien sebagai prioritas yang utama (AHRQ, 2018:4). Berdasarkan hasil penelitian, dukungan manajemen RSD Balung jember terhadap upaya keselamatan pasien dalam kategori budaya sedang. Budaya sedang tersebut dikarenakan adanya perbedaan persepsi terkait pihak rumah sakit melakukan sesuatu setelah terjadi insiden keselamatan pasien yaitu sebesar 52,9% menyatakan setuju dan sebesar 43,1% menyatakan tidak setuju. Perbedaan jawaban responden yang menyebabkan dimensi dukungan manajemen dalam budaya sedang dan menandakan tidak sama rata nya persepsi mengenai dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien. RSD Balung diharapkan dapat meningkatkan dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien di instalasi rawat inap melalui promosi keselamatan pasien yang dilakukan oleh manajemen dan menjadikan keselamatan pasien menjadi prioritas yang utama.

#### 4.2.11 Dimensi Kerjasama Tim Antar Unit

Pelayanan kesehatan di rumah sakit terdiri dari rangkaian pelayanan berbagai unit. Kerjasama antar unit terbentuk karena adanya kerjasama antara satu unit dan unit yang lain. Kerjasama lintas unit memperlihatkan sejauh mana kekompakkan dan kerjasama dalam melayani pasien lintas unit. Kerjasama tim antar unit dapat dirasakan ketika perawat memindahkan pasien antar unit ataupun antar rumah sakit, sehingga dalam hal tersebut dibutuhkan kerjasama yang baik agar tidak terjadi kesalahan dalam memindahkan pasien (Wagner, 2013). Kerjasama tim antar unit dikatakan positif, ketika suatu unit keperawatan lain membutuhkan bantuan maka unit yang lain siap membantu. Faktor yang mempengaruhi kerjasama tim antar unit yaitu aturan serta kebijakan-kebijakan yang diatur oleh rumah sakit mengenai tata kelola dalam setiap unit. Proses pemindahan pasien dari satu unit ke unit yang lain diatur dalam prosedur operasional yang berlaku untuk setiap ruangan yang akan menerima pasien (Chen & li, 2010).

Menurut *Canadian Nurse Association* tahun 2004, menyebutkan faktor yang dapat menjadi tantangan bagi perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang aman serta memberikan kontribusi dalam keselamatan pasien salah satunya yaitu kerjasama tim (Rosyada, 2014: 122). Kerjasama tim yang tidak baik atau terganggu juga merupakan salah satu penyebab insiden keselamatan pasien yang termasuk dalam suatu kegagalan sistem. Gangguan lingkungan dan kerjasama yang tidak berjalan merupakan suatu contoh dari kondisi yang memudahkan terjadinya kesalahan (Cahyono, 2008).

Kerjasama lintas unit merupakan hubungan saling bekerjasama dan saling berkoordinasi antar unit dengan tujuan untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien (AHRQ, 2018:4). Kerjasama tim antar unit di instalasi rawat inap RSD Balung Jember digambarkan sebagian besar dalam kategori budaya sedang. Dibuktikan dari jawaban responden yang menyatakan setuju sebesar 90,2% bahwa terdapat kerjasama yang baik antar unit dan setiap unit bekerjasama dengan baik untuk menyediakan pelayanan terbaik untuk pasien. Budaya sedang tersebut juga disebabkan karena adanya perbedaan jawaban sebesar 11,8% yang menyatakan bahwa tidak setuju antar unit berkoordinasi dengan baik. Hal tersebut yang menggambarkan RSD Balung perlu untuk meningkatkan kerjasama yang lebih positif antar unit di RSD Balung Jember.

#### 4.2.12 Dimensi Pemindehan Dan Pergantian

Transisi atau pemindehan dan pergantian merupakan suatu proses berpindahnya pasien dari satu lingkungan ke lingkungan yang lain (Kumar, 2003 dalam Rosyada, 2014:122). Perpindahan tersebut dapat berupa perpindahan pasien dari Instalasi Gawat darurat (IGD) ke unit instalasi lainnya dalam rangka mendapatkan pengobatan dan perawatan. Dalam perpindahan tersebut memungkinkan terjadinya suatu kesalahan yang dapat menyebabkan bahaya pada pasien seperti jatuhnya pasien dan kesalahan informasi terkait pasien tersebut. Kesalahan informasi yang berkaitan dengan pasien juga dapat terjadi pada saat pergantian *shift* antar perawat yang bertugas (Rosyada, 2014:123).

Dimensi pemindahan dan pergantian di instalasi rawat inap RSD Balung Jember digambarkan dalam kategori budaya sedang. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Wagner tahun 2013, yang menyebutkan bahwa setengah dari responden penelitiannya di rumah sakit menganggap ada informasi yang terlewat tentang pasien ketika pergantian *shift*. RSD Balung Jember sudah memberlakukan timbangan terima pada saat pergantian *shift* dan RSD Balung Jember juga telah memberlakukan standar prosedur operasional mengenai pemindahan pasien di setiap ruangan. Pelaksanaan pemindahan pasien di setiap ruangan berjalan melalui komando dari kepala ruangan, apabila kepala ruangan berhalangan, maka ketua tim keperawatan yang menjadi penanggung jawab pemindahan pasien. Berdasarkan hasil penelitian, dimensi pemindahan dan pergantian dikategorikan dalam budaya sedang, sehingga RSD Balung Jember perlu untuk memperhatikan proses pemindahan dan pergantian antar unit pelayanan agar dapat berjalan secara optimal.

#### **4.3 Keterbatasan Penelitian**

Pelaksanaan penelitian ini didukung oleh pihak Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan pihak RSD Balung jember, namun dalam pelaksanaannya penelitian ini tidak lepas dari keterbatasan-keterbatasan diantaranya:

- a. Pertanyaan pada instrumen cukup banyak, dikhawatirkan terdapat hasil yang bias dikarenakan responden membutuhkan waktu yang cukup lama untuk mengisi angket yakni sekitar 10-15 menit, melihat banyaknya pekerjaan yang harus dikerjakan oleh perawat, sehingga perawat cenderung lebih terburu-buru dalam menjawab angket dan jawabannya kurang akurat.
- b. Pengumpulan data hanya menggunakan lembar angket tanpa ada observasi sehingga data yang didapatkan masih kurang objektif.
- c. Pengambilan data sebagian besar menggunakan angket dikarenakan banyaknya pekerjaan yang dilakukan perawat tidak memungkinkan untuk

dilakukan wawancara secara keseluruhan. Hal ini juga dikarenakan responden yang bertugas secara *shift* malam membuat peneliti harus meninggalkan atau menitipkan instrumen kepada kepala unit untuk diberikan kepada responden.



## BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang gambaran budaya keselamatan pasien oleh perawat dalam melaksanakan pelayanan di instalasi rawat inap RSD Balung Jember, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Persepsi terkait keseluruhan prosedur keselamatan pasien tergolong dalam kategori budaya sedang bahwa sebanyak 70,6% menyetujui prosedur dan sistem di RS sudah baik dalam mencegah terjadinya kesalahan.
- b. Frekuensi pelaporan kejadian tergolong dalam budaya sedang bahwa sebanyak 51% sering melaporkan kejadian terkait keselamatan pasien, dan kesalahan tersebut segera diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien.
- c. Harapan dan tindakan supervisor atau kepala ruang dalam mempromosikan keselamatan pasien tergolong sedang bahwa sebanyak 17,6% menyetujui bahwa supervisor gagal mengantisipasi masalah keselamatan pasien yang terjadi berulang-ulang.
- d. Pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan dalam kategori budaya sedang bahwa sebanyak 88,2% menyetujui melakukan evaluasi efektivitas setiap program peningkatan keselamatan pasien.
- e. Kerjasama tim dalam unit tergolong dalam kategori budaya sedang bahwa sebanyak 74,5% menyetujui petugas yang lain saling membantu ketika salah satu staf sibuk dengan pekerjaannya.
- f. Keterbukaan komunikasi tergolong dalam budaya sedang bahwa sebanyak 17,6% menyetujui merasa takut bertanya ketika mengetahui ada sesuatu yang tidak wajar dalam pelayanan pasien.
- g. Umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan dalam kategori budaya sedang bahwa sebanyak 92,2% menyetujui mengenai setiap kesalahan-kesalahan yang terjadi di unit selalu diberitahukan.



- h. Respon tidak menyalahkan terhadap kesalahan termasuk dalam kategori budaya sedang bahwa sebanyak 51% menyetujui merasa khawatir jika kesalahan yang dilakukan dicatat dalam penilaian kinerja.
- i. *Staffing* dalam kategori budaya sedang bahwa sebanyak 51% tidak setuju terhadap jumlah staf di unit kerja sudah mencukupi untuk menangani beban kerja.
- j. Dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien tergolong dalam kategori budaya sedang bahwa sebanyak 52,9% menyetujui pihak RS baru melakukan sesuatu setelah terjadi insiden keselamatan pasien.
- k. Kerjasama tim antar unit termasuk dalam kategori budaya sedang bahwa sebanyak 90,2% terdapat kerjasama yang baik antar unit dalam rumah sakit.
- l. Pemandangan dan pergantian termasuk dalam kategori budaya sedang bahwa sebanyak 15,7% menyetujui terdapat masalah yang terjadi ketika transfer pasien dari satu unit ke unit yang lain.

## 5.2 Saran

### a. Bagi RSD Balung Jember

1. RSD Balung diharapkan mempunyai supervisor yang secara khusus melakukan supervisi secara rutin ke setiap unit instalasi rawat inap, mengingat belum adanya supervisor dari pihak manajemen rumah sakit di setiap instalasi rawat inap yang melakukan supervisi.
2. RSD Balung dapat melakukan peningkatan terkait persepsi keselamatan pasien pada perawat di instalasi rawat inap terutama pada perawat yang masih memiliki persepsi atau pengetahuan yang rendah dengan mengadakan *upgrading* pelatihan secara rutin dan berkesinambungan. *Pretest* dan *posttest* dapat dilakukan untuk memonitor sejauh mana perkembangan pengetahuan perawat terkait keselamatan pasien.
3. Kepala ruangan dapat melakukan sosialisasi tentang SOP pelaporan insiden keselamatan pasien secara rutin atau terjadwal dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

4. RSD Balung dapat memberikan umpan balik berupa tindakan perbaikan atau korektif kepada sistem keselamatan pasien yang telah berjalan. Beberapa cara yang dapat dilakukan dalam member umpan balik terhadap kejadian yang dilaporkan yaitu berfokus pada pembelajaran terkait kejadian dengan akar masalah, pelatihan mengenai pelaporan, lomba pelaporan internal, membuat alat yang mudah untuk mencatat laporan kejadian, membudayakan pelaporan menjadi upaya peningkatan mutu bukan untuk mencari kesalahan individu.
- b. Bagi Perawat  
Perawat dapat memaksimalkan pelaksanaan budaya keselamatan pasien di unit ruangan masing-masing melalui peningkatan kerjasama dalam unit, meningkatkan kerjasama antar unit, membangun komunikasi yang terbuka serta efektif dan melakukan timbang terima pasien sesuai dengan standar prosedur.
  - c. Bagi Peneliti Selanjutnya
    1. Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian terkait keselamatan pasien dengan menggunakan metode kualitatif agar mendapatkan hasil yang lebih lengkap dan lebih mendalam dapat tergali informasi yang didapat.
    2. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian dengan mengukur budaya keselamatan pasien pada seluruh staf rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- AHRQ. 2004. *Hospital Survey On Patient Safety Culture: User Guides*. US: Departement Of Health and Human Service. [online] <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
- AHRQ. 2018. *Hospital Survey On Patient Safety Culture: 2018 User Database Report*. US: Departement Of Health and Human Service. [online] <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/2018hospitalsopsreport.pdf> [1 Sept 2019]
- Arini, T. 2018. Budaya Keselamatan Pasien Berbasis Pemberdayaan Struktural Dengan Kepuasan Kerja Perawat. *Tesis*. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
- Beginta, R. 2012. Pengaruh Keselamatan Pasien, Gaya Kepemimpinan, Tim Kerja, Terhadap Persepsi Pelaporan Kesalahan Pelayanan Oleh Perawat Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Kabupaten Bekasi Tahun 2011. *Tesis*. Jakarta: FKM Universitas Indonesia.
- Bungin, M. B. 2017. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. edisi 2. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Cahyono, J. B. S. B. 2008. *Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Carthey, K & Clarke, J. 2010. *Implementing Human Factor In Healthcare: How To Guide*. London: Patient Safety First
- Chen, C., & Li, H. 2010. Measuring Patient Safety Culture in Taiwan Using the Hospital Survey on Patient safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research*, 10:152, [Online] <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-152> [13 Nov 2019]

Cooper, D. 2009. *Behavioural safety a Framework for Success*. Indiana: BSMS Inc.

Dinas Kesehatan Jember. 2017. *Profil Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2016*

El-Jardali, F., Sheikh, F., Gracia, N. A., Jamal, D., & Abdo, A. 2014. Patient Safety Culture in a Large Teaching Hospital in Riyadh: baseline assesment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Reasearch*, 14:122. [Online] <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-122> [31 Agust 2019].

Firdaus & Zamzam, F. 2018. *Aplikasi Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Deepublish

Fujita, S., Seto, K., Ito, S., Wu, Y., Huang, C., & Hasegawa, T. 2013. The Characteristics of Patient Safety Culture in Japan, Taiwan and the United States, *BMC Health Services Research*, 13:20. [online] <https://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/20> [13 Nov 2019].

Goth, S. C., Chan, C., & Kuziemsy, C. 2013. Teamwork, Organizational Learning, Patient Safety and Job Outcomes. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(5), 420-432. [online] <https://doi.org/10.1108/IJHCQA05-20110032> [13 Nov 2019]

Joint Commission International. 2017. Sentinel Alert Event. Issue 57, pg 2. [Online] [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org) [5 Sept 2019]

Kachalia, A., & Bates, D. W. 2014. Disclosing medical errors: the view from the USA. *The Surgeon*, 12, 64-67.

KKPRS. 2008. *Laporan Insiden Keselamatan Pasien*. Jakarta: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

KKPRS. 2012. *Laporan Insiden Keselamatan Pasien*. Jakarta: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

- KKPRS. 2015. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*. Jakarta: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- Kristanto. 2018. *Metodologi Penelitian Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI)*. Yogyakarta: Deepublish.
- Kusnanto, A. 2010. *Pengantar profesi dan paktik keperawatan profesional*. Jakarta: EGC.
- Lestari, N. P., Sunjaya, D. K., Syaefullah, A. 2013. *Konsep manajemen Keselamatan Pasien Berbasis Program di RSD Kapuas Provinsi Kalimantan Tengah*
- Lim, A. 2010. New Course Takles Patient Safety. *Australian Nursing Journal*. North Fitzroy: May 2010. Vol 17, Iss. 10:37.
- Mc. Fadden, K. L., Henagan, S. C., & Gowen, C. R. (2009). The patient safety chain: Transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, outcomes. *Journal of Operation Management*: 1-15. [online] <https://www.semanticscholar.org/paper/The-patient-safety-chain%3A-Transformational-effect-McFadden-Henagan/0774e7e0d0f9b36cfc2e7cf9b6b2101cee8554f7> [01 Sept 2019].
- Morello, R. T., Lowthian, J. A., Barker, A. L., McGinnes, R., Dunt, D., & Brand, C. 2013. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 22(1), 11-18. [online] <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000582> [14 Nov 2019].
- National Patient Safety Agency. 2006. Seven Steps to Patient Safety For Primary Care The Full Reference Guide. [online] <https://improvement.nhs.uk> [11 nov 2019]
- Nazir. 2014. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Nivalinda. 2013. Pengaruh Motivasi Perawat dan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruang Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat

Pelaksana pada RS Pemerintah di Semarang. *Skripsi*. Semarang: FK Universitas Diponegoro.

Notoatmodjo, S. 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Nurmalia, D. 2012. Pengaruh Program Mentoring keperawatan Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan pasien di Ruang Rawat Inap RS Sultan Agung Semarang. *Tesis*. Jakarta: FKM Universitas Indonesia.

Nursalam. 2017. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Edisi 4. Jakarta: salemba Medika.

Pemerintah Indonesia. 2009. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 *tentang Rumah Sakit*. Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072 Tahun 2009. Jakarta: Sekretariat Negara

Pemerintah Indonesia. 2014. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan*. Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612 tahun 2014. Jakarta: Sekretariat Negara

Perbup Jember. 2009. Peraturan Bupati Jember Nomor 71 tahun 2009 *tentang Tugas Pokok dan Fungsi Organisasi Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember*.

Permenkes RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 *tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*.

Permenkes RI. 2017. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 *tentang Keselamatan Pasien*.

Rosyada, S. D. 2014. Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Pada Perawat Unit Rawat Inap Kelas III RSD Pasar Rebo Bulan Juni Tahun 2014. *Skripsi*. Jakarta: FKM UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.

- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. 2014. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Setiowati, D. 2010. Hubungan Kepemimpinan efektif head Nurse dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Pearawat Pelaksana di RSUPN dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Tesis*. Jakarta: UI.
- Setyawan, F. E. B. 2017. *Pedoman Metodologi Penelitian: Statistika Praktis*. Sidoardjo: Penerbit Zifatama Jawara.
- Shaw, R., Drever, F., Hughes, H., Osbom, S., & Wiliams, S. 2005. Adverse Events and Near Miss Reporting in The NHS. *Qual Saf Health Care*: Aug 2005. Vol. 14, Iss. 4:279-283. [Jurnal Online] <https://qualitysafety.bmj.com/content/14/4/279> [31 Agustus 2019]
- Siregar, S. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif: Dilengkapi Perbandingan Perhitungan Manual & SPSS*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Sorra, J., Liu, H., Flashener, E., Burns, W., Yount, N. D., & Famolaro, T. 2016. *Hospital Survey On Patient safety Culture: 2016 User Comparative database Report*. US: Department of Health and Human Services. [online] <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/29957/Hospital-Survey-on-Patient-Safety-Culture-2016-User-Comparative-Database-Report> [31 Agust 2019].
- Sugiyono. 2015 *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- The Health Foundation. 2011. *Report: Measuring Patient Safety Culture*. UK.
- Tomazon, A., Rocha, P., Kusahara, D., Souza, A., & Macedo, R. 2015. Evaluation of the Patient Safety Culture in Neonatal Intensive Care. *The Context of Nuersing*, 161-169. [online] <https://dx.doi.org/101590/010407072015000490014> [13 Nov 2019]

- Twigg, D., Attree, M. 2014. Patient Safety: Committing to learn and acting to improve. *Nurse Educ.* Feb;34(2):159-161. [Online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24268744> [01 Sept, 2019].
- Utarini, A. & Dhasri, H. 2012. Keselamatan Pasien Dan Mutu Pelayanan Kesehatan: Menuju Kemana?. *Jurnal Pelayanan Kesehatan.* 15(4):159-160. [Online] <https://jurnal.ugm.ac.id/jmpk/article/viewFile/5163/4238> [31 Agust 2019].
- Wagner, C., Smits, M., Sorra, J., & Huang, C. 2013. Assesing Patient Safety Culture in Hospitals Across Countries. *International Journal for Quality in Health Care,* 23(3), 213-221 [Online] <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt024> [13 Nov 2019]
- White, A. A., & Thomas, H. G. 2013. Chapter 8: Medical Error and disclosure. *Handbook of Clinical Neurology.* Elsevier.
- WHO. 2009. *Better Knowledge For Safer Care: Human Factors In Patient Safety, Review Of Topics And Tools.* [online] [https://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf) [2 Sept 2019].
- WHO. 2017. Hospitals. [online] <https://www.who.int/hospitals/en/> [1 Sept 2019].
- Yusuf. 2017. *Metodologi Penelitian Kualitatif, Kualitatif & Penelitian Gabungan.* Jakarta: Prenada Media Group.
- Zuldafrial. 2012. *Penelitian Kuantitatif.* Yogyakarta: Media Perkasa.



**LAMPIRAN**

**Lampiran A. Lembar Persetujuan**

***INFORMED CONSENT***

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : .....

Alamat : .....

No Telepon : .....

Menyatakan persetujuan saya untuk menjadi subjek (responden) dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Wullingga Elita Debora

Nim : 152110101200

Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat

Judul : Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Pada Perawat Dalam Melaksanakan Pelayanan Di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan risiko dan dampak apapun terhadap subjek (responden) penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Oleh karena itu, saya bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara jujur.

Jember, .....2019

Responden

(.....)

**Lampiran B. Lembar Kuesioner Budaya Keselamatan Pasien**

**LEMBAR KUESIONER BUDAYA KESELAMATAN PASIEN**

Judul : Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Pada Perawat Dalam Melaksanakan Pelayanan Di Instalasi Rawat Inap RSD Balung Jember

<b>1. Keterangan Pengumpul Data</b>	
Nama pengumpul data	:
Tanggal pengumpul data	:

<b>2. Keterangan Responden</b>	
Nama Responden	:
Ruang Rawat Inap	:
Usia	:
Jenis Kelamin	: 1. Laki-Laki                      2. Perempuan
Masa Kerja	: ..... Tahun

**1. Petunjuk pengisian**

Pilihlah satu jawaban yang tersedia yang menurut Bapak/Ibu/Saudara benar. Berilah tanda cek (√) pada salah satu pilihan jawaban, berikut alternative pilihan jawaban:

STS : Sangat Tidak Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

SS : Sangat Setuju

**2. Pertanyaan**

**A. Persepsi**

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Skor
A1	kami tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien dengan alasan banyak pekerjaan					
A2	Prosedur dan sistem di RS kami sudah baik dalam mencegah terjadinya kesalahan/error (KTD atau KNC)					
A3	Jika ada insiden (KTD/KNC) pada pasien terjadi di unit ini adalah suatu hal yang kebetulan					
A4	Unit kami memiliki masalah mengenai keselamatan pasien					
<b>Total</b>						
A5	Berilah penilaian mengenai keselamatan pasien di tempat anda bekerja .....					
	.....					
	.....					

**B. Pelaporan Kejadian**

No	Pernyataan	Ya	Tidak	Skor
B1	Di unit kerja kami, sering dilaporkan kejadian kesalahan terkait keselamatan pasien, dan kesalahan			

No	Pernyataan	Ya	Tidak	Skor
	tersebut akan segera diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien			
<b>B2</b>	Di unit kerja kami, sering dilaporkan kejadian kesalahan terkait keselamatan pasien, tetapi kesalahan tersebut tidak membahayakan pasien			
<b>B3</b>	Di unit kerja kami, sering dilaporkan kejadian kesalahan terkait keselamatan pasien, dan kesalahan tersebut membahayakan pasien			
<b>Total</b>				
<b>B4</b>	Selama 12 bulan terakhir, berapa banyak pelaporan kejadian terkait insiden keselamatan pasien di tempat anda bekerja ? (Lingkari salah satu nomor dibawah) 0 = tidak ada pelaporan 1 = 1 – 2 pelaporan kejadian 2 = 3 – 5 pelaporan kejadian 3 = 6 – 10 pelaporan kejadian 4 = > 10 pelaporan kejadian Keterangan : ..... .....			

**C. Harapan dan Tindakan Supervisor**

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Skor
<b>C1</b>	Supervisor kami memberikan pujian ketika pekerjaan yang saya lakukan sesuai dengan prosedur keselamatan pasien					
<b>C2</b>	Supervisor kami selalu mempertimbangkan saran dari stafnya untuk meningkatkan keselamatan pasien					
<b>C3</b>	Ketika banyak tuntutan pekerjaan yang harus diselesaikan, Supervisor menginginkan kami bekerja lebih cepat, meskipun harus dengan cara yang tidak benar					
<b>C4</b>	Supervisor gagal mengantisipasi masalah keselamatan pasien (KTD/KNC) yang telah terjadi berulang-ulang					
<b>Total</b>						
<b>C5</b>	Adakah dampak positif/negatif dari supervisi yang dilakukan supervisor dengan keselamatan pasien .....					

**D. Pembelajaran Organisasi**

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Skor
<b>D1</b>	Kami aktif melakukan kegiatan-kegiatan yang dapat meningkatkan kualitas keselamatan pasien					
<b>D2</b>	Kesalahan (pelayanan pasien) yang terjadi berperan penting untuk membawa perubahan yang positif					
<b>D3</b>	Kami mengevaluasi efektivitas setiap					

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Skor
	program peningkatan keselamatan pasien yang telah dijalankan					
<b>Total</b>						
<b>D4</b>	Alasan terkait pernyataan diatas .....					

#### E. Kerjasama Tim Dalam Unit Bagian

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Skor
<b>E1</b>	Kami saling mendukung satu sama lain					
<b>E2</b>	Kami bekerja sama sebagai tim dengan baik untuk menyelesaikan pekerjaan yang harus diselesaikan dengan cepat					
<b>E3</b>	Setiap orang di unit ini saling menghargai satu sama lain					
<b>E4</b>	Ketika salah satu staf di unit saya sibuk dengan pekerjaannya, petugas yang lain akan membantu					
<b>Total</b>						
<b>E5</b>	Alasan terkait pernyataan diatas atau hal-hal yang mempengaruhi kerjasama dalam unit .....					

#### F. Keterbukaan Komunikasi Antara Responden (Perawat) Dengan Supervisor

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Skor
<b>F1</b>	Kami merasa bebas berpendapat jika melihat suatu kejadian yang dapat berdampak negatif bagi pasien					
<b>F2</b>	Kami merasa bebas untuk bertanya kepada sesama perawat lain/dokter tentang keputusan atau tindakan yang diambil di unit ini					
<b>F3</b>	Kami merasa takut bertanya ketika mengetahui ada sesuatu yang tidak wajar dalam pelayanan pasien					
<b>Total</b>						
<b>F4</b>	Alasan terkait pernyataan diatas (hal-hal yang mempengaruhi/menghambat/mendukung keterbukaan komunikasi antara responden dengan supervisor) .....					

#### G. Kuesioner Timbal Balik Dan Komunikasi Kejadian Kesalahan

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Skor
<b>G1</b>	Supervisor kami memberikan umpan balik / <i>feedback</i> kearah perbaikan berdasarkan laporan kejadian (KTD/KNC)					
<b>G2</b>	Kami selalu diberitahu mengenai setiap kesalahan-kesalahan apapun yang terjadi di unit kami					
<b>G3</b>	Kami selalu mendiskusikan langkah-langkah					

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Skor
	yang dapat dilakukan untuk mencegah kesalahan terjadi kembali di unit kami					
<b>Total</b>						
<b>G4</b>	Alasan terkait pernyataan diatas .....					

#### H. Kuesioner Respon Tidak Menyalahkan

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Skor
<b>H1</b>	Bila melakukan kesalahan dalam melayani pasien kami merasa kesalahan tersebut akan memojokkan/ mengancam kami					
<b>H2</b>	Bila sesuatu kejadian dilaporkan maka yang menjadi fokus pembicaraan adalah orang yang berbuat salah bukan masalahnya					
<b>H3</b>	Kami merasa khawatir jika kesalahan yang dilakukan akan dicatat dalam penilaian kinerja					
<b>Total</b>						
<b>H4</b>	Alasan terkait pernyataan diatas (hal-hal yang mendukung pernyataan diatas).....					

#### I. Kuesioner Penyusunan Staf

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Skor
<b>I1</b>	Jumlah staf di tempat saya bekerja sudah mencukupi untuk menangani beban kerja yang ada					
<b>I2</b>	Setiap staf bekerja lebih lama dari waktu yang biasanya demi pelayanan pasien					
<b>I3</b>	Unit kami sering menggunakan tenaga cadangan/ pegawai tambahan untuk melayani pasien					
<b>I4</b>	Kami bekerja dengan melakukan pekerjaan yang kompleks dalam waktu yang singkat (terburu-buru)					
<b>Total</b>						
<b>I5</b>	Alasan terkait pernyataan diatas .....					

#### J. Kuesioner Dukungan Manajemen RS

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Skor
<b>J1</b>	Manajemen RS menyediakan iklim kerja yang mendukung keselamatan pasien					
<b>J2</b>	Keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam RS (tercemin dari tindakan-tindakan yang dilakukan oleh seluruh staf RS)					
<b>J3</b>	Pihak RS baru melakukan sesuatu setelah terjadi insiden keselamatan pasien					

<b>Total</b>	
<b>J4</b>	Alasan terkait pernyataan diatas .....

**K. Kuesioner Kerjasama Tim Antar Bagian**

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Skor
<b>K1</b>	Terdapat kerjasama yang baik antar unit dalam RS					
<b>K2</b>	Unit-unit dalam RS bekerjasama dengan baik untuk menyediakan pelayanan terbaik untuk pasien					
<b>K3</b>	Unit satu dengan unit yang lain tidak berkoordinasi dengan baik					
<b>K4</b>	Kami sering merasa tidak nyaman bila harus bekerjasama dengan staf unit lain di RS ini					
<b>Total</b>						
<b>K5</b>	Alasan terkait pernyataan diatas (faktor-faktor yang mempengaruhi kerjasama antar unit bagian .....					

**L. Kuesioner Pemindahan Dan Pergantian**

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	Skor
<b>L1</b>	Terdapat masalah yang terjadi ketika transfer pasien dari satu unit ke unit yang lain					
<b>L2</b>	Ketika pergantian shift, informasi penting mengenai pasien sering hilang dan tidak tersampaikan					
<b>L3</b>	Terdapat masalah ketika pertukaran informasi antar unit dalam RS ini					
<b>L4</b>	Pergantian shift merupakan sesuatu yang menjadi masalah dalam RS ini					
<b>Total</b>						
<b>L5</b>	Alasan terkait pernyataan diatas (masalah/ informasi seperti apa yang sering terjadi ketika pemindahan pasien dan pergantian jaga) .....					

## Lampiran C. Surat Ijin Pengambilan Data



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
RUMAH SAKIT DAERAH BALUNG**

JI. RAMBIPUJI NO.19 TELP. 0336 - 621017, 621595, 623789 FAX. 0336 - 623877  
Email : balung\_hospital@yahoo.com ; balunghospital@gmail.com  
Website : http://rsudbalung.6te.net  
**BALUNG - JEMBER**

Jember, 30 Maret 2019

Nomor	: 045/ #93 /35.09.611/III/2019	Kepada	Yth. Sdr. WULINGGA ELITA
Sifat	: Biasa		DEBORA
Lampiran	: -		
Perihal	: <u>Ijin Pengambilan Data</u>	Di -	

JEMBER

Menunjuk surat rekomendasi dari Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Nomor : 072/496/415/2019 tanggal, 05 Maret 2019 perihal melakukan Ijin Pengambilan Data Saudara.

Nama	: WULINGGA ELITA DEBORA
NIM	: 152110101200
Program Studi	: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan	: Melaksanakan Pengambilan Data tentang : - Pengambilan Data terkait jumlah tenaga perawat di Instalasi Rawat Inap - Data penerapan budaya patient safety - Data insiden keselamatan pasien*
Tanggal	: 30-03-2019 s/d 30-04-2019

Dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami menyetujui Pengambilan Data di RSD Balung dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Kegiatan Pengambilan Data yang dilakukan tidak mengganggu pelaksanaan tugas pelayanan di RSD Balung.
2. Dalam melakukan Pengambilan Data mematuhi ketentuan yang berlaku di RSD Balung.
3. Kegiatan Pengambilan Data yang dilakukan sesuai dengan kepentingan dan tujuan yang telah di tentukan.
4. Hasil Pengambilan Data disampaikan kepada Rumah Sakit secara tertulis.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

PIL DIREKTUR  
  
Pembina/IV a  
NIP. 19540912 199203 1 007

**Tembusan Yth.**

1. Dekan FKM Universitas Jember;
2. Sdr. Yang Bersangkutan;
3. Arsip;

## Lampiran D. Surat Ijin Penelitian

	<b>PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER</b>
	<b>RUMAH SAKIT DAERAH BALUNG</b>

JL.RAMBIPUJI NO.19 TELP. 0336 - 621017, 621595, 623789 FAX. 0336 - 623877  
 Email : balung\_hospital@yahoo.com ; balunghospital@gmail.com  
 Website : http://rsudbalung.6ta.net  
**BALUNG - JEMBER**

---

Jember, 04 Oktober 2019

Nomor	: 045/ 673-935.09.611/IX/2019	Kepada	: Yth. Sdr. WULINGGA ELITA DEBORA
Sifat	: Biasa		
Lampiran	: -	Di -	
Perihal	: <u>Ijin Penelitian</u>		

**JEMBER**

Menunjuk surat rekomendasi dari Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Nomor : 072/2410/415/2019 tanggal, 20 September 2019 perihal melakukan Ijin Penelitian Saudara:

Nama	: WULINGGA ELITA DEBORA
NIM	: 152110101200
Program Studi	: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan	: Melaksanakan Ijin Penelitian tentang: "Gambaran budaya keselamatan pasien pada perawat dalam melaksanakan pelayanan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Daerah Balung Kab. Jember"
Tanggal	: 04-10-2019 s/d 04-11-2019

Dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami menyetujui Ijin Penelitian di RSD Balung dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Kegiatan Penelitian yang dilakukan tidak mengganggu pelaksanaan tugas pelayanan di RSD Balung.
2. Dalam melakukan Penelitian mematuhi ketentuan yang berlaku di RSD Balung.
3. Kegiatan Penelitian yang dilakukan sesuai dengan kepentingan dan tujuan yang telah di tentukan.
4. Hasil Penelitian disampaikan kepada Rumah Sakit secara tertulis.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**Pt. DIREKTUR**  
**Rumah Sakit Daerah Balung**  
  
**drg. NAFISAH, MMRS**  
 Penata Tk. I / III d  
 NIP. 19660919 200701 2 010

**Tembusan Yth.**

1. Dekan FKM Universitas Jember;
2. Sdr. Yang Bersangkutan;
3. Arsip;



**Lampiran E. Dokumentasi**



Pengambilan data di ruang rawat inap



Pengambilan data di ruang rawat inap



Pengambilan data di ruang rawat inap



Pengambilan data di ruang rawat inap



Pengambilan data di ruang rawat inap



Pengambilan data di ruang rawat inap



Pengundian sampel responden



Pengambilan sampel responden