



**ANALISIS FAKTOR DOMINAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN
IMPLEMENTASI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI
INSTALASI RAWAT INAP RSUD HAJI ABDOEL
MADJID BATOE BATANG HARI
TAHUN 2024**

TESIS

**ZUHARNI
NIM : 221000414101010**

**PROGRAM PASCA SARJANA PROGRAM STUDI MAGISTER
KEPERAWATAN UNIVERSITAS PRIMA NUSANTARA
BUKITTINGGI
2025**



**ANALISIS FAKTOR DOMINAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN
IMPLEMENTASI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI
INSTALASI RAWAT INAP RSUD HAJI ABDOEL
MADJID BATOE BATANG HARI
TAHUN 2024**

PENELITIAN

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar
Magister Keperawatan

**ZUHARNI
NIM : 221000414101010**

**PROGRAM PASCA SARJANA PROGRAM STUDI MAGISTER
KEPERAWATAN UNIVERSITAS PRIMA NUSANTARA
BUKITTINGGI
2025**

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Zuharni

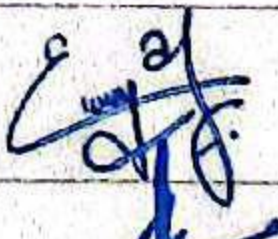
NIM : 221000414101010

Program Studi : S2 Keperawatan

Judul Penelitian : Analisis Faktor Dominan Yang Berhubungan dengan Implementasi Budaya Keselamatan Pasien Di instalasi Rawat Inap RSUD H Abdoel Madjid Batoc Batang Hari Tahun 2024

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister pada Program Studi Magister Keperawatan Program Pascasarjana

DEWAN PENGUJI

No	Dewan Penguji	Nama	Tanda Tangan
1	Pembimbing 1	Prof Dr. Novirman Jamarun MSc	
2	Pembimbing 2	Asrul Fahmi, SKM. M.Kep	
3	Penguji 1	Ns. Fauzi Ashra, M. Kep., Ph.D	
4	Penguji 2	Dr. Erian Fatria, M.Pd	
5	Penguji 3	Ns. Febrian Rahmat Suwandi SN, M.Kep	

Ditetapkan Bukittinggi

Tanggal 14 Oktober 2025

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Judul Penelitian : Analisis Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan Implementasi Budaya Keselamatan Pasien Di instalasi Rawat Inap RSUD H Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024

Nama : Zuharni

NIM : 221000414101010

Penelitian ini telah diperiksa dan disetujui untuk diseminarkan dihadapan Dewan penguji pada Program Magister Keperawatan Pascasarjana Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.

Bukittinggi, September 2025

Pembimbing I

Menyetujui,

Pembimbing II



X (Prof. Dr. Ir. Novirman Jamarun, MSc) (Asrul Fahmi, SKM, M.Kep)

Mengetahui,

Ketua Program Studi

X (Ns. Mustopa, M.Kep, Ph.D)
NIDN. 0422057803

HALAMAN ORISINALITAS

Dengan ini menyatakan bahwa tesis dengan judul **"Analisis Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan Implementasi Budaya Keselamatan Pasien Di Diinstalasi Rawat Inap RSUD H Abdoel Madjid Batoc Batang Hari Tahun 2024"** adalah hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan jiplakan dari hasil karya orang lain kecuali kutipan yang sumbernya dicantumkan. Jika kemudian hari pernyataan yang saya buat ini ternyata tidak betul, maka status kelulusan dan gelar yang saya peroleh menjadi batal dengan sendirinya.

Bukit tinggi, November 2024



(ZUHARNI)

NIM.221000414101010

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama

Zuharni

NIM

221000414101010

Program Studi

S2 Keperawatan

Judul Penelitian

Analisis Faktor Dominan Yang Berhubungan dengan Implementasi Budaya Keselamatan Pasien Di instalasi Rawat Inap RSUD H Abdoel Madjid Batoc Batang Hari Tahun 2024

Telah berhasil diperlihatkan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister pada Program Studi Magister Keperawatan Program Pascasarjana

DEWAN PENGUJI

No	Dewan Penguji	Nama	Tanda Tangan
1	Pembimbing 1	Prof Dr. Novirman Jamarun MSc	
2	Pembimbing 2	Asrul Fahmi, SKM, M.Kep	
3	Penguji 1	Ns. Fauzi Ashra, M. Kep., Ph.D	
4	Penguji 2	Dr. Erian Fatria, M.Pd	
5	Penguji 3	Ns. Febrian Rahmat Suwandi SN, M.Kep	

Ditetapkan Bukittinggi

Tanggal 14 Oktober 2025

RIWAYAT HIDUP



Nama : Zuharni
Tempat/tanggal Lahir : Muara Bulian, 17 September 1975
Alamat : Jl. Kol. M Taher RT 04/01 Rengas Condong
Muara Bulian
NIM : 221000414101010
Status Keluarga : Menikah
Alamat instansi : Muara Bulian, Kabupaten Batang Hari, Provinsi Jambi
Email : zuharni@gmail.com
No. HP : 085379319440
Nama Ayah : Mukhtaruddin
Nama Ibu : Fatimah
Nama Suami : Amirudin
Riwayat Pendidikan :
1. SD : Lulus tahun 1987
2. SMP : Lulus tahun 1990
3. SMA : Lulus tahun 1993
4. AKPER : Lulus tahun 1996
5. S1 KEPERAWATAN: Lulus tahun 2020
6. NERS : Lulus tahun 2022
Riwayat Pekerjaan :
1. Perawat Ruang Anak
2. Kepala Ruang VIP
3. Kepala Poliklinik
4. Kepala Ruang Bedah
5. Kepala Ruang Peny. Dalam
6. IPCN (Perawat Pencegah Pengendali Infeksi)

Nama : Zuharni
NIM : 221000414101010
Judul Tesis : Analisis Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan
Budaya Keselamatan Pasien Di Instalasi Rawat Inap RSUD
H Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024
xi + 131 halaman + 15 tabel + 2 skema + 13 lampiran

ABSTRAK

Diperkirakan sekitar 795.000 warga Amerika meninggal atau cacat permanen setiap tahun akibat kondisi medis yang salah didiagnosis. Dalam melakukan budaya keselamatan pasien di rumah sakit banyak faktor yang harus diperhatikan diantaranya faktor kepemimpinan, faktor pengetahuan, faktor sikap, faktor motivasi, dan juga faktor komunikasi. Penelitian bertujuan untuk mengetahui analisis faktor dominan yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien. Jenis Penelitian kuantitatif dengan desain penelitian korelasional dengan pendekatan *cross-sectional* dan *analysis*. Penelitian ini telah dimulai dari pengajuan proposal penelitian sampai dengan seminar hasil penelitian yaitu bulan November Desember 2024 sampai September 2025. Penelitian ini telah dilakukan di RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari. Teknik pengambilan Sampel *Probability Sampling, Simple Random Sampling* dengan sampel sebanyak 99 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang paling dominan budaya implementasi keselamatan pasien adalah pengetahuan perawat dengan budaya implementasi keselamatan pasien yaitu $p = 0,016 (<0,05$. Kesimpulan penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan kepemimpinan, pengetahuan, sikap, motivasi, komunikasi dengan budaya keselamatan pasien. Untuk membangun budaya keselamatan pasien, kepemimpinan harus menginspirasi, memberi motivasi, dan mendukung staf dengan pengetahuan dan komunikasi yang terbuka.

Kata Kunci : Kepemimpinan, Pengetahuan, Sikap, Motivasi, Komunikasi & Budaya Keselamatan Pasien.

Daftar Bacaan : 44 (2019-2025).

Name : Zuharni
NIM : 221000414101010
Thesis Title : *Analysis of Dominant Factors Related to Patient Safety Culture in the Inpatient Installation of H. Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Regional Hospital in 2024*
xi + 131 pages + 15 tables + 2 schemes + 13 appendices

ABSTRAK

It is estimated that approximately 795,000 Americans die or are permanently disabled each year due to misdiagnosed medical conditions. In implementing a patient safety culture in hospitals, many factors must be considered, including leadership factors, knowledge factors, attitude factors, motivation factors, and communication factors. The study aims to analyze the dominant factors related to patient safety culture. This type of research is quantitative with a correlational research design, with a cross-sectional and analysis approach. This research has started from the submission of the research proposal to the research results seminar, namely from November 2024 to September 2025. This research has been conducted at Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Regional General Hospital. The sampling technique was Probability Sampling, Simple Random Sampling, with a sample of 99 people. The results of the study showed that the most dominant factor in patient safety implementation culture was nurses' knowledge, with a patient safety implementation culture, namely $p = 0.016$ (<0.05) and an Exp (B) value of 11.365. The conclusion of the study shows that there is a relationship between leadership, knowledge, attitude, motivation, and communication with patient safety culture. To build a culture of patient safety, leadership must inspire, motivate, and support staff with knowledge and open communication.

Keywords : Leadership, Knowledge, Attitude, Motivation, Communication & Patient Safety Culture.

Reading List : 44 (2019-2025).

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian penelitian dengan judul **“Analisis Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan Implementasi Budaya Keselamatan Pasien Di Diinstalasi Rawat Inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang hari Tahun 2024”**.

Penelitian ini disusun dengan maksud untuk memenuhi tugas akhir sebagai salah satu syarat kelulusan pada Program Studi Magister Keperawatan Program Pascasarjana Universitas Prima Nusantara Bukittinggi. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan penelitian/tesis ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih terutama kepada Yth. Ibu/ Bapak (nama Pembimbing beserta gelar), selaku pembimbing yang telah memberikan arahan dan masukan sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini. Seterusnya ucapan terimakasih penulis kepada:

1. Ibu Dr. Hj. Evi Susanti, S.ST, M.Biomed, selaku Rektor Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
2. Bapak Ns. Fauzi Ashra, M.Kep.,Ph.D selaku Wakil Rektor I Universitas Prima Nusantara Bukittinggi
3. Bapak Yuhendri Putra, S.Si, M.Biomed selaku Wakil Rektor II Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
4. Ibu Mellia Fransisja, SKM.,M.Kes selaku Wakil Rektor III Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.

5. Bapak Ns. Mustopa, M.Kep., Ph.D selaku Ketua Program Studi Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
6. Bapak Prof Dr. Novirman Jamarun MSc selaku pembimbing I dan Bapak Asrul Fahmi, SKM. M.Kep selaku pembimbing II.
7. Bapak/Ibu dosen serta tenaga kependidikan yang telah membantu proses selama ini.
8. Kepada para responden peneliti yang bersedia berpartisipasi pada penelitian ini.
9. Kepada orang tua, suami dan anak anak tercinta yang selalu memberikan dukungan baik moril maupun materil dalam menyelesaikan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari semua pihak sangat penulis harapkan demi kebaikan dimasa yang akan datang.

Bukittinggi, September 2025

(Zuharni)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	3
ABSTRAK	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR SKEMA	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	13
A. Latar Belakang	13
B. Rumusan Masalah	21
C. Tujuan Penelitian.....	21
D. Manfaat Penelitian.....	22
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	26
A. Konsep Perawat	26
B. Keselamatan Pasien (Patient Safety).....	38
C. Budaya Keselamatan Pasien	47
D. Konsep Manajemen Keperawatan.....	75
E. Kerangka Teori.....	84
BAB III KERANGKA KONSEP	85
A. Kerangka Konsep	85
B. Definisi Operasional.....	86
C. Hipotesis Penelitian	89
BAB IV METODE PENELITIAN	90
A. Desain Penelitian	90
B. Tempat dan Waktu Penelitian	90
C. Populasi dan Sampel	91
D. Etika Penelitian.....	93
E. Alat Pengumpulan Data Penelitian.....	95

F.	Prosedur Pengumpulan Data	98
2.	Pengumpulan data	98
G.	Analisa Data	99
BAB V HASIL PENELITIAN		102
A.	Karakteristik Responden	102
B.	Hasil Penelitian.....	103
BAB VI PEMBAHASAN PENELITIAN.....		115
A.	Analisa Univariat.....	115
B.	Analisa Bivariat	131
C.	Analisa Multivariat.....	149
BAB VII PENUTUP PENELITIAN.....		154
A.	Kesimpulan.....	154
B.	Manfaat Penelitian.....	156
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1. Kerangka Teori.....	52
Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian	53

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Teori Dasar Budaya Keselamatan Pasien.....	40
Tabel 3.1	Defenisi Operasional.....	54
Tabel 5.1	Karakteristik Responden.....	71
Tabel 5.2	Diketahui Karakteristik Kepemimpinan Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024.....	72
Tabel 5.3	Diketahui Karakteristik Pengetahuan Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024.....	73
Tabel 5.4	Diketahui Karakteristik Sikap Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024.....	73
Tabel 5.5	Diketahui Karakteristik Motivasi Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024.....	74
Tabel 5.6	Diketahui Karakteristik Komunikasi Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024.....	74
Tabel 5.7	Diketahui Karakteristik Budaya Implementasi Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024.....	75
Tabel 5.8	Diketahui Hubungan Karakteristik Kepemimpinan Dengan Budaya Implementasi Keselamatan Pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024.....	76
Tabel 5.9	Diketahui Hubungan Karakteristik Pengetahuan Dengan Budaya Implementasi Keselamatan Pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024.....	77
Tabel 5. 10	Diketahui Hubungan Karakteristik Sikap Dengan Budaya Implementasi Keselamatan Pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024.....	77
Tabel 5.11	Diketahui Hubungan Karakteristik Motivasi Dengan Budaya Implementasi Keselamatan Pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024.....	78

Tabel 5.12	Diketahui Hubungan Karakteristik Komunikasi Dengan Budaya Implementasi Keselamatan Pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024.....	79
Tabel 5.13	Diketahui Analisanya Faktor Yang Berhubungan Dengan Budaya Implementasi Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024.....	80

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 *Gantt Chart*

Lampiran 2 Surat Rekomendasi Persetujuan Etik Penelitian

Lampiran 3 Surat Pengumpulan Data Awal Dari Kampus

Lampiran 4 Surat Izin Penelitian Dari Kampus

Lampiran 5 Surat Balasan Izin Penelitian Dari RSUD

Lampiran 6 Surat Keterangan Selesai Penelitian Dari RSUD

Lampiran 7 Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 8 Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

Lampiran 9 Kuesioner Penelitian

Lampiran 10 Master Tabel Penelitian

Lampiran 11 Hasil Analisa Data

Lampiran 12 Dokumentasi Penelitian

Lampiran 13 Format Bimbingan Tesis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Budaya keselamatan pasien di Indonesia telah diatur Pemerintah yaitu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Menurut Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien dijelaskan bahwa membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf dalam penerapan keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam menciptakan budaya keselamatan pasien. Rumah sakit merupakan salah satu usaha pelayanan kesehatan yang memiliki landasan prinsip kepercayaan diperoleh dari pengalaman pasien maupun dari citra rumah sakit, sehingga permasalahan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien yang berdampak pada loyalitas pasien. Faktor penentu keberhasilan pada bidang kesehatan adalah pengalaman pasien yang merupakan salah satu indikator pengukuran kualitas pelayanan dengan menempatkan pasien sebagai pusat pelayanan di rumah sakit (Asmaryadi, et al. 2020)

Budaya keselamatan pasien pada dasarnya sudah dilakukan di sebagian besar rumah sakit, terutama melalui penerapan program *patient safety*, pembentukan komite mutu, serta penggunaan instrumen seperti *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) atau *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Namun, berbagai penelitian terbaru menunjukkan bahwa penerapan tersebut belum optimal dan masih parsial. Dimensi yang

relatif sudah dilaksanakan dengan baik adalah kerja sama dalam unit (*teamwork within units*), komitmen pimpinan unit, serta kesadaran staf terhadap pentingnya keselamatan pasien. Sebaliknya, dimensi yang belum sepenuhnya dilakukan meliputi sistem pelaporan insiden, respon tidak menghukum terhadap kesalahan, komunikasi antar unit, dan dukungan penuh dari manajemen puncak. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa budaya keselamatan pasien memang telah dijalankan, tetapi masih terdapat kelemahan sehingga perlu peningkatan berkelanjutan (Carvalho R.E.F & Bates D.W, 2024).

Penerapan keselamatan pasien diharapkan dapat memungkinkan perawat mencegah terjadinya kesalahan kepada pasien saat pemberian layanan kesehatan di rumah sakit. Hal tersebut dapat meningkatkan rasa aman dan nyaman pasien yang dirawat di rumah sakit. Pencegahan kesalahan yang akan terjadi tersebut juga dapat menurunkan biaya yang dikeluarkan pasien akibat perpanjangan masa rawat yang mungkin terjadi (Kaufman & McCughan, 2019). Pelayanan yang aman dan nyaman serta berbiaya rendah merupakan ciri dari perbaikan mutu pelayanan. Perbaikan mutu pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan memperkecil terjadinya kesalahan dalam pemberian layanan. Penerapan budaya keselamatan pasien terbukti efektif dalam mendeteksi kesalahan yang akan dan telah terjadi serta meningkatkan pelaporan insiden tanpa hukuman (*non-punitive reporting*) (Mistri, Badge, & Shahu, 2023).

Menurut Laporan *Hospital Safety Grade* (2023), kesalahan diagnosis, yang seringkali diakibatkan oleh miskomunikasi atau salah tafsir data medis,

telah menjadi perhatian yang signifikan. Diperkirakan sekitar 795.000 warga Amerika meninggal atau cacat permanen setiap tahun akibat kondisi medis yang salah didiagnosis. Demikian pula pasien terjatuh, difasilitas layanan kesehatan, yang dapat mengakibatkan cedera parah, telah menjadi masalah yang terus menerus terjadi. Pasien terjatuh merupakan masalah keselamatan pasien yang paling sering dilaporkan sepanjang paruh pertama tahun 2023 yaitu sebesar 48% dari kejadian sentinel yang dilaporkan.

Sementara itu, di Indonesia, komite mutu seluruh fasilitas kesehatan wajib melaporkan kejadian secara eksternal kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) setiap bulan. Dari 4.918 laporan pada tahun 2022, 1.676 merupakan kejadian nyaris celaka, 1.525 merupakan kejadian tanpa cedera, dan 1.717 merupakan kejadian tak terduga, yang mencakup 34% dari total (KNKPRS dalam Pertiwi A.R et al, 2024).

Beberapa upaya membangun budaya keselamatan pasien pada skala internasional dengan membuat kebijakan terkait keselamatan pasien antara lain *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)* di Amerika, sejak 2017 menetapkan penilaian tahunan terhadap budaya keselamatan sebagai target keselamatan pasien. *National Patient Safety Agency (NPSA)* di Inggris mencantumkan budaya keselamatan sebagai langkah pertama dari "*Seven Steps to Patient Safety*" (Allen,2019).

Upaya yang telah dilakukan di Indonesia antara lain terdapat pada salah satu pedoman yang dapat dilaksanakan oleh perawat berdasarkan PERMENKES No.1691/MENKES/PE/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit. Pedoman tersebut di antaranya berisi tentang enam sasaran

keselamatan pasien yaitu ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi; pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; pengurangan risiko pasien jatuh. Lebih lanjut ditegaskan pada bab IV pasal 8 ayat 1 yang menyatakan bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien (Kemenkes RI, 2017).

Acuan ini di antaranya mewujudkan tujuan keselamatan pasien dan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden (Darliana, 2019). Keselamatan pasien juga sangat penting dilakukan dimana dalam melakukan budaya keselamatan pasien di rumah sakit banyak faktor yang harus diperhatikan diantaranya faktor kepemimpinan, Faktor pengetahuan, faktor sikap, faktor motivasi, dan juga faktor komunikasi dalam melakukan budaya keselamatan pasien (Kenisius 2021).

Kepemimpinan adalah kemampuan seseorang untuk memengaruhi, mengarahkan, dan memotivasi individu atau kelompok agar bekerja sama dalam mencapai tujuan bersama. Dalam konteks pelayanan kesehatan, kepemimpinan berperan penting dalam menciptakan budaya keselamatan pasien melalui teladan, arahan, dan dukungan terhadap tenaga kesehatan (Northouse P.G, 2022). Kepemimpinan dan manajemen keperawatan merujuk pada peran profesional keperawatan yang mengarahkan staf keperawatan, mengawasi struktur organisasi proses medis, dan memimpin tim keperawatan dalam memberikan perawatan pasien. Pengetahuan juga sangat penting dalam

manajemen keperawatan dimana pengetahuan merupakan suatu yang diketahui perawat melalui panca indra dalam memenuhi kebutuhan akan keselamatan pasiennya sejak pasien masuk sampai pasien akan pulang (Anwar 2020).

Sedangkan sikap merupakan keinginan seseorang dalam bertindak dalam melakukan keselamatan pasien dimana keinginan tersebut di dorong oleh hati yang luhur dalam melakukan fungsi manajemen sehingga sikap akan tampak dan terlahir dari seorang perawat dalam memenuhi kebutuhan pasiennya agar budaya keselamatan pasien dapat dipenuhi. Faktor motivasi merupakan suatu dorongan seseorang dalam memenuhi keinginannya apakah orang tersebut memiliki keinginan secara luas dalam melakukan budaya keselamatan atau orang tersebut akan melakukan keinginan yang sempit dalam melakukan kegiatan budaya keselamatan pasien sehingga perawat dalam memiliki motivasi terbagi dalam *intrinsic* dan motivasi ekstrinsiknya sehingga keselamatan pasien akan segera terlaksana sebagai mana mestinya (Wiyono 2020).

Sedangkan faktor Komunikasi merupakan salah satu faktor dalam memenuhi budaya keselamatan pasien yang mana komunikasi merupakan sesuatu proses penyampaian pesan pesan atau lambang lambang dari siperawat kepada si pasien nya atau kliennya dalam melakukan informasi keselamatan pasien sehingga pasien menjadi aman dan nyaman dan budaya inilah yang akan dilihat di Ruangan rumah sakit agar budaya keselamatan pasien dapat terlaksana dengan baik (Purwanto 2020).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Eliati & Susanti D pada tahun penelitian (2024) dengan judul penelitian yaitu “Hubungan

Kepemimpinan Klinis Perawat Dengan Penerapan Budaya *Patient Safety*". Didapatkan hasil penelitian bahwa terdapat hubungan kepemimpinan klinis perawat dengan penerapan budaya *patient safety*, dengan p value 0,015 ($p < 0,05$). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Diah T & Pratiwi P.A pada tahun penelitian (2023) dengan judul penelitian yaitu "Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Penerapan *Patient Safety*". Didapatkan hasil penelitian bahwa terdapat hubungan pengetahuan perawat dengan penerapan *patient safety*, dengan p value 0,006 ($p < 0,05$).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sinum S.M et.al., pada tahun penelitian (2024) dengan judul penelitian yaitu "Analisa Hubungan Sikap Motivasi dan Budaya Kerja Terhadap Pelaksanaan Patient Safety di IGD Rumah Sakit Islam Ar Rasyid Palembang". Didapatkan hasil penelitian bahwa terdapat hubungan sikap perawat dengan pelaksanaan *patient safety*, dengan p value 0,000 ($p < 0,05$). Terdapat hubungan motivasi perawat dengan pelaksanaan *patient safety*, dengan p value 0,000 ($p < 0,05$). Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Irwanti F dkk pada tahun penelitian yaitu (2022) dengan judul penelitian yaitu "Hubungan Komunikasi Efektif dengan Pelaksanaan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi". Didapatkan hasil penelitian bahwa terdapat hubungan komunikasi efektif dengan pelaksanaan budaya keselamatan pasien, dengan p value 0,000 ($p < 0,05$).

Tenaga kesehatan, khususnya perawat, memiliki peran penting dalam mengimplementasikan budaya keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit. Implementasi ini tercermin dalam perilaku sehari-hari seperti kepatuhan

terhadap standar operasional prosedur (SOP), penggunaan komunikasi yang efektif saat memberikan asuhan, serta pelaporan insiden atau “*near miss*” tanpa rasa takut akan hukuman. Selain itu, kerja sama tim yang baik, sikap terbuka terhadap pembelajaran dari kesalahan, serta dukungan terhadap rekan kerja dalam menjaga mutu pelayanan menjadi wujud nyata penerapan budaya keselamatan. Perawat juga diharapkan menunjukkan sikap proaktif, misalnya dengan melakukan identifikasi risiko, memastikan keakuratan identitas pasien dan menjaga kerahasiaan data medis. Dengan keterlibatan aktif karyawan, budaya keselamatan pasien dapat terinternalisasi sehingga tercipta lingkungan pelayanan yang aman, berkualitas dan berorientasi pada pasien (Carvalho R.E.F & Bates D.W, 2024).

Berdasarkan wawancara di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari juga teridentifikasi beberapa hambatan yang berkaitan dengan budaya keselamatan pasien di antaranya pelaporan kejadian yang masih minim dan tidak sesuai dengan SPO yang telah ditetapkan, pelaksanaan 6 sasaran keselamatan pasien (Ketepatan identifikasi pasien, Peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu, Kepastian (tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi), Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan Pengurangan risiko jatuh) yang belum optimal, dan masih adanya budaya menyalahkan dan takut melaporkan kesalahan. Anggota tim keselamatan pasien juga menyatakan bahwa pengarahan tentang keselamatan pasien yang ada di rumah sakit saat inihanya berfokus pada tim keselamatan pasien sebagai pemberi arahan dan hanya terjadi secara satu arah.

Pelaporan tentang kejadian seringkali terlambat. Pelaporan yang dibuat juga dinilai belum sesuai sehingga sulit untuk menarik akar masalah dari kejadian yang terjadi tersebut. Pelaporan yang terlambat mengakibatkan tidak adanya pembelajaran atas kejadian yang ada sehingga kejadian yang terjadi dapat berulang tanpa adanya pencegahan sebelumnya. Bukti secara fisik tidak dapat ditunjukkan karena dianggap bagian dari SDM Rumah Sakit tidak kompeten, namun berdasarkan hasil pengamatan peneliti bahwa adanya keselamatan pasien yang masih diabaikan seperti identifikasi pasien bahwa perawat maupun tenaga medis lainnya sering tidak terlebih dahulu melakukan identifikasi identitas pasien atau obat langsung saja diberikan tanpa bertanya nama pasien dan nomor RM dikarenakan perawat maupun tenaga medis lainnya sudah mengenal pasien tersebut.

Kemudian ditemukan juga masalah yaitu melalui wawancara dengan pasien bahwa kepuasan pasien belum seluruhnya merasakan puas terhadap pelayanan yang diberikan di Rumah Sakit yang ditandai bahwa pada saat pasien membutuhkan perawat untuk membantu pasien di ruangan namun perawatnya lama datang, penggantian cairan infus juga masih belum dilakukan sesegera mungkin sehingga sering terjadi bahwa darah pasien sudah keluar akibat cairan infus sudah kosong, kemudian kurangnya edukasi perawat terhadap pasien. Berdasarkan data diatas, peneliti tertarik untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan budaya implementasi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah H Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas rumusan masalah pada penelitian ini adalah “apa saja faktor dominan yang berhubungan dengan budaya implementasi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah H Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Berdasarkan rumusan masalah, maka tujuan yang di capai dalam penelitian ini adalah untuk diketahui analisis faktor yang berhubungan dengan budaya implementasi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah H Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui karakteristik kepemimpinan perawat di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024
- b. Diketahui karakteristik pengetahuan perawat di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024
- c. Diketahui karakteristik sikap perawat di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024
- d. Diketahui karakteristik motivasi perawat di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.
- e. Diketahui karakteristik komunikasi perawat di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.

- f. Diketahui karakteristik budaya implementasi keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024
- g. Diketahui hubungan Karakteristik Kepemimpinan dengan budaya implementasi Keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024
- h. Diketahui hubungan Karakteristik pengetahuan dengan budaya implementasi Keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024
- i. Diketahui hubungan Karakteristik Sikap dengan budaya implementasi Keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024
- j. Diketahui hubungan Karakteristik motivasi dengan budaya implementasi Keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024
- k. Diketahui hubungan Karakteristik Komunikasi dengan budaya implementasi Keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024
- l. Di analisisnya faktor yang berhubungan dengan budaya implementasi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

- a. Sebagai dasar pengambilan keputusan manajerial
Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh manajemen rumah sakit

untuk mengidentifikasi faktor-faktor dominan yang memengaruhi implementasi budaya keselamatan pasien. Informasi tersebut menjadi dasar dalam menetapkan prioritas kebijakan, strategi, dan program peningkatan mutu pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien.

- b. Meningkatkan efektivitas program keselamatan pasien
Dengan mengetahui faktor dominan (misalnya: pengetahuan, sikap, motivasi, kepemimpinan, atau komunikasi), rumah sakit dapat menyusun intervensi yang lebih tepat sasaran, seperti pelatihan keselamatan pasien, supervisi, serta sistem pelaporan insiden keselamatan.
- c. Memperkuat budaya organisasi yang berfokus pada keselamatan pasien
Penelitian ini membantu rumah sakit dalam membangun budaya kerja yang terbuka, saling menghargai, dan berorientasi pada pembelajaran, bukan pada penyalahgunaan kesalahan (*no blame culture*). Hal ini berdampak langsung pada peningkatan mutu layanan dan kepuasan pasien.
- d. Sebagai bahan evaluasi program dan kinerja SDM
Hasil penelitian dapat dijadikan alat ukur keberhasilan implementasi budaya keselamatan pasien, serta sebagai evaluasi terhadap perilaku, kompetensi, dan kepemimpinan tenaga kesehatan, terutama perawat sebagai pelaksana utama asuhan keperawatan.
- e. Meningkatkan citra dan akreditasi rumah sakit
Implementasi budaya keselamatan pasien yang kuat akan mendukung pemenuhan standar akreditasi rumah sakit (SNARS), meningkatkan kepercayaan masyarakat, serta memperkuat reputasi rumah sakit sebagai institusi yang aman dan berorientasi pada mutu pelayanan.
- f. Menjadi bahan perencanaan pelatihan dan pengembangan SDM
Dengan mengetahui faktor dominan yang berpengaruh, rumah sakit dapat merancang program pelatihan, workshop, dan monitoring

yang berfokus pada peningkatan faktor tersebut (misalnya kepemimpinan, komunikasi efektif, atau kepedulian terhadap risiko)

2. Bagi Bidang Keilmuan

- a. Memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu keperawatan, khususnya dalam bidang manajemen keperawatan dan keselamatan pasien.
- b. Memperkuat teori dan konsep budaya keselamatan pasien serta penerapannya dalam praktik keperawatan di rumah sakit daerah.
- c. Menjadi referensi ilmiah bagi penelitian selanjutnya yang membahas faktor-faktor yang memengaruhi implementasi budaya keselamatan pasien.
- d. Memberikan dasar bagi pengembangan model atau strategi peningkatan budaya keselamatan pasien berbasis bukti ilmiah (*evidence-based practice*).
- e. Menambah literatur ilmiah tentang implementasi budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.

3. Bagi Penelitian Selanjutnya

- a. Memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu keperawatan, khususnya dalam bidang manajemen keperawatan dan keselamatan pasien.
- b. Memperkuat teori dan konsep budaya keselamatan pasien serta penerapannya dalam praktik keperawatan di rumah sakit daerah.
- c. Menjadi referensi ilmiah bagi penelitian selanjutnya yang membahas faktor-faktor yang memengaruhi implementasi budaya keselamatan pasien.
- d. Memberikan dasar bagi pengembangan model atau strategi peningkatan budaya keselamatan pasien berbasis *evidence-based practice*.
- e. Menambah literatur ilmiah tentang implementasi budaya keselamatan pasien di RSUD HAMBATA Batang Hari sebagai rumah sakit daerah di Indonesia

4. Bagi Masyarakat

- a. Secara tidak langsung, penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan keselamatan, kenyamanan, dan kepuasan pasien dalam menerima pelayanan kesehatan.
- b. Mendorong terciptanya budaya pelayanan yang aman dan berkualitas, sehingga meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit daerah.
- c. Memberikan manfaat jangka panjang dalam bentuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan di wilayah Kabupaten Batang Hari melalui perbaikan sistem keselamatan pasien

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perawat

1. Pengertian Perawat

Perawat adalah tenaga profesional yang telah memperoleh pendidikan dan tunduk pada regulasi yang berlaku, memiliki pengetahuan ilmiah dan keterampilan keperawatan, bertugas mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, mengurangi penderitaan serta menjamin keselamatan pasien melalui kemitraan terpercaya, pengambilan keputusan kompleks dan manajemen risiko. Perawat bekerja secara mandiri maupun kolaboratif dalam memberikan perawatan langsung, mengoordinasi pelayanan kesehatan, serta memperkuat desain dan penyampaian sistem kesehatan untuk seluruh individu dan dalam berbagai setting layanan. Perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan. Seseorang dikatakan perawat profesional jika memiliki ilmu pengetahuan, keterampilan keperawatan profesional serta memiliki sikap profesional sesuai kode etik profesi (Collins et al., 2021). Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan (Susanto A.H.W et.al., 2023).

2. Macam-Macam Peran Perawat

Dalam melaksanakan keperawatan, menurut Hidayat dalam Zuliani et.al., (2023) perawat mempunyai peran dan fungsi sebagai perawat sebagai berikut:

a. Pemberian perawatan (*Care Giver*)

Peran utama perawat adalah memberikan pelayanan keperawatan, sebagai perawat, pemberian pelayanan keperawatan dapat dilakukan dengan memenuhi kebutuhan asah, asih dan asuh. Contoh pemberian asuhan keperawatan meliputi tindakan yang membantu klien secara fisik maupun psikologis sambil tetap memelihara martabat klien. Tindakan keperawatan yang dibutuhkan dapat berupa asuhan total, asuhan parsial bagi pasien dengan tingkat ketergantungan sebagian dan perawatan suportif-edukatif untuk membantu klien mencapai kemungkinan tingkat kesehatan dan kesejahteraan tertinggi. Perencanaan keperawatan yang efektif pada pasien yang dirawat haruslah berdasarkan pada identifikasi kebutuhan pasien dan keluarga.

b. Sebagai advokat keluarga

Selain melakukan tugas utama dalam merawat, perawat juga mampu sebagai advokat keluarga sebagai pembela keluarga dalam beberapa hal seperti dalam menentukan haknya sebagai klien. Dalam peran ini, perawat dapat mewakili kebutuhan dan harapan klien kepada profesional kesehatan lain, seperti menyampaikan keinginan klien mengenai informasi tentang penyakitnya yang diketahui oleh

dokter. Perawat juga membantu klien mendapatkan hak-haknya dan membantu pasien menyampaikan keinginan.

c. Pencegahan penyakit

Upaya pencegahan merupakan bagian dari bentuk pelayanan keperawatan sehingga setiap dalam melakukan asuhan keperawatan harus selalu mengutamakan tindakan pencegahan terhadap timbulnya masalah baru sebagai dampak dari penyakit atau masalah yang diderita. Salah satu contoh yang paling signifikan yaitu keamanan, karena setiap kelompok usia berisiko mengalami tipe cedera tertentu, penyuluhan *preventif* dapat membantu pencegahan banyak cedera, sehingga secara bermakna menurunkan tingkat kecacatan permanen dan mortalitas akibat cedera pada pasien.

d. Pendidik

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, perawat harus mampu berperan sebagai pendidik, sebab beberapa pesan dan cara mengubah perilaku pada pasien atau keluarga harus selalu dilakukan dengan pendidikan kesehatan khususnya dalam keperawatan. Melalui pendidikan ini diupayakan pasien tidak lagi mengalami gangguan yang sama dan dapat mengubah perilaku yang tidak sehat. Contoh dari peran perawat sebagai pendidik yaitu keseluruhan tujuan penyuluhan pasien dan keluarga adalah untuk meminimalkan stress pasien dan keluarga, mengajarkan mereka tentang terapi dan asuhan keperawatan di rumah sakit, dan

memastikan keluarga dapat memberikan asuhan yang sesuai di rumah saat pulang.

e. **Konseling**

Konseling merupakan upaya perawat dalam melaksanakan perannya dengan memberikan waktu untuk berkonsultasi terhadap masalah yang dialami oleh pasien maupun keluarga, berbagai masalah tersebut diharapkan mampu diatasi dengan cepat dan diharapkan pula tidak terjadi kesenjangan antara perawat, keluarga maupun pasien itu sendiri. Konseling melibatkan pemberian dukungan emosi, intelektual dan psikologis. Dalam hal ini perawat memberikan konsultasi terutama kepada individu sehat dengan kesulitan penyesuaian diri yang normal dan fokus dalam membuat individu tersebut untuk mengembangkan sikap, perasaan dan perilaku baru dengan cara mendorong klien untuk mencari perilaku alternatif, mengenai pilihan-pilihan yang tersedia dan mengembangkan rasa pengendalian diri.

f. **Kolaborasi**

Kolaborasi merupakan tindakan kerja sama dalam menentukan tindakan yang akan dilaksanakan oleh perawat dengan tim kesehatan lain. Pelayanan keperawatan pasien tidak dilaksanakan secara mandiri oleh tim perawat tetapi harus melibatkan tim kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, psikolog dan lain-lain, mengingat pasien merupakan individu yang kompleks atau yang membutuhkan perhatian dalam perkembangan.

g. Pengambilan keputusan etik

Dalam mengambil keputusan, perawat mempunyai peran yang sangat penting sebab perawat selalu berhubungan dengan pasien kurang lebih 24 jam selalu disamping pasien, maka peran perawat sebagai pengambil keputusan etik dapat dilakukan oleh perawat, seperti akan melakukan tindakan pelayanan keperawatan.

h. Peneliti

Peran perawat ini sangat penting yang harus dimiliki oleh semua perawat pasien. Sebagai peneliti perawat harus melakukan kajiankajian keperawatan pasien, yang dapat dikembangkan untuk perkembangan teknologi keperawatan. Peran perawat sebagai peneliti dapat dilakukan dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pasien.

3. Fungsi Perawat

Fungsi perawat adalah suatu pekerjaan atau kegiatan yang dilakukan sesuai dengan perannya. Fungsi tersebut dapat berubah disesuaikan dengan keadaan yang ada, perawat dalam menjalankan perannya memiliki beberapa fungsi, seperti berikut :

a. Fungsi Independen

- 1) Dalam fungsi ini, tindakan perawat tidak memerlukan perintah dokter.
- 2) Tindakan perawat bersifat mandiri, berdasarkan pada ilmu keperawatan.

- 3) Perawat bertanggung jawab terhadap klien, akibat yang timbul dari tindakan yang diambil.

b. Fungsi Dependen

- 1) Perawat membantu dokter memberikan pelayanan pengobatan dan tindakan khusus yang menjadi wewenang dokter dan seharusnya dilakukan dokter, seperti pemasangan infus, pemberian obat, dan melakukan suntikan.
- 2) Oleh karena itu, setiap kegagalan tindakan medis menjadi tanggung jawab dokter.

c. Fungsi Interdependen

- 1) Tindakan perawat berdasarkan pada kerja sama dengan tim perawatan atau tim kesehatan.
- 2) Contohnya untuk menangani ibu hamil yang menderita diabetes, perawat dengan tenaga gizi berkolaborasi membuat rencana untuk menentukan kebutuhan makanan yang diperlukan bagi ibu dan perkembangan janin (Budiono & Pertami, 2015).

4. Jenjang Karir Perawat

Jenjang karir tenaga keperawatan untuk masing-masing kategori adalah: untuk perawat klinik terdiri dari enam level yaitu: Perawat Klinik I (Perawat Pelaksana Muda), Perawat Klinik II (Perawat Pelaksana), Perawat Klinik III (Perawat Mahir Muda), Perawat Klinik IV (Perawat Mahir), Perawat Klinik V (Perawat Ahli Muda), dan Perawat Klinik VI (Perawat Ahli) (Muhadi, 2021).

5. Tugas dan tanggung Jawab Perawat

Tugas perawat dalam menjalankan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan ini, dapat dilakukan sesuai dengan tahapan dalam proses keperawatan. Tugas perawat ini disepakati dalam lokakarya tahun 1983, yang berdasarkan tugas dan tanggung jawab perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai berikut :

- a. Menyampaikan perhatian dan rasa hormat pada klien.
- b. Jika perawat terpaksa menunda pelayanan maka perawat bersedia memberikan penjelasan dengan ramah kepada kliennya.
- c. Menunjukkan kepada klien sikap menghargai yang ditunjukkan dengan perilaku perawat.
- d. Berbicara dengan klien yang berorientasi pada perasaan klien bukan pada kepentingan dan keinginan perawat.
- e. Tidak mendiskusikan klien lain didepan pasien dengan maksud menghina.
- f. Menerima sikap kritis klien dan mencoba memahami klien dalam sudut pandang klien (Budiono & Pertami, 2015).

6. Ruang Lingkup Pekerjaan Perawat

Adapun ruang lingkup pekerjaan perawat profesional (*registered nurse*) antara lain :

- a. Perawat rumah sakit. Perawat yang memberikan asuhan keperawatan dan tindakan keperawatan di rumah sakit.
- b. Perawat klinik. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berobat jalan atau di poliklinik.

- c. *Nursing core facility*/fasilitas pelayanan keperawatan. Perawat mengatur pelayanan perawatan pada pasien, mengkaji kesehatan penduduk, mengembangkan rencana pengobatan, mengawasi pekerjaan “*Licensed Practical Nurses*” dan “*Nursing Aides*” dan melakukan prosedur invasif misalnya memasang infus. Mereka bekerja dibagian khusus seperti unit rehabilitasi, radioterapi, dan lain-lain.
- d. *Home health nurse* (Memberi pelayanan keperawatan di rumah) yaitu perawat memberikan pelayanan keperawatan secara luas dan sebagai manajer kasus. Perawat mengkaji lingkungan pasien dan memberikan petunjuk kepada pasien dan keluarganya.
- e. *Public health nurses*. Bekerja pada agensi pemerintahan maupun swasta termasuk klinik, sekolah-sekolah, komunitas pensiun, dan berbagai pelayanan komunitas.
- f. *Occupational health nurse/ Industrial nurse*. Memberi pelayanan keperawatan pada tempat kerja dimana terdapat karyawan yang mengalami kecelakaan kerja atau sakit.
- g. *Head nurse* atau *nurse supervisor* (manajer keperawatan). Mengatur aktifitas pelayanan keperawatan, khususnya rumah sakit.
- h. *Nurse practitioner*. Memberikan pelayanan kesehatan primer yang dasar. *Nurse practitioner* boleh membuat resep obat yang diijinkan oleh pemerintah setempat.
- i. *Clinical nurse specialist, certified nurse anesthetists* dan *certified nurse midwives*. Tingkat ini yang tertinggi di lingkup kerja

keperawatan. Para spesialis/ ahli klinik keperawatan ini harus menempuh pendidikan yang lebih tinggi dan mempunyai pengalaman klinik yang lama dan luas (Susanto A.H.W et.al., 2023).

7. Teori Keperawatan

Menurut Munandar A et.al (2023) teori keperawatan merupakan sekelompok konsep yang menjelaskan tentang suatu proses, peristiwa atau kejadian mengenai keperawatan yang didasari oleh fakta-fakta yang telah diobservasi. Teori keperawatan biasanya banyak digunakan untuk menyusun atau membuat suatu model konsep dalam keperawatan. Selain itu, karena model praktek keperawatan mengandung hal-hal dasar seperti keyakinan dan nilai-nilai yang menjadi dasar sebuah model. Untuk itu, dianggap sangat perlu untuk memiliki dan mempelajari mengenai teori dan model keperawatan yang telah ada karena dianggap sangat dibutuhkan oleh perawat untuk jadi acuannya.

Teori keperawatan sebagai salah satu bagian kunci perkembangan ilmu keperawatan dan pengembangan profesi keperawatan memiliki tujuan yang ingin dicapai diantaranya:

- a. Adanya teori keperawatan diharapkan dapat memberikan alasan-alasan tentang kenyataan kenyataan yang dihadapi dalam pelayanan keperawatan, baik bentuk tindakan atau bentuk model praktek keperawatan sehingga berbagai permasalahan dapat teratasi.
- b. Adanya teori keperawatan membantu para anggota profesi perawat untuk memahami berbagai pengetahuan dalam pemberian asuhan

keperawatan kemudian dapat memberikan dasar dalam penyelesaian berbagai masalah keperawatan.

- c. Adanya teori keperawatan membantu proses penyelesaian masalah dalam keperawatan dengan memberikan arah yang jelas bagi tujuan tindakan keperawatan sehingga segala bentuk dan tindakan dapat dipertimbangkan.
- d. Adanya teori keperawatan juga dapat memberikan dasar dari asumsi dan filosofi keperawatan sehingga pengetahuan dan pemahaman dalam tindakan keperawatan dapat terus bertambah dan berkembang.

8. Karakteristik Teori Keperawatan

Beberapa ahli menyebutkan tentang batasan karakteristik dari ilmu keperawatan. Menurut Torrest menegaskan terdapat lima karakteristik dasar teori keperawatan:

- a. Teori keperawatan mengidentifikasikan dan mendefinisikan sebagai hubungan yang spesifik dari konsep-konsep keperawatan seperti hubungan antara konsep manusia, konsep sehat-sakit, konsep lingkungan dan keperawatan.
- b. Teori keperawatan bersifat ilmiah, artinya teori keperawatan digunakan dengan alasan atau rasional yang jelas dan dikembangkan dengan menggunakan cara berpikir yang logis.
- c. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum, artinya teori keperawatan dapat digunakan pada masalah sederhana maupun masalah kesehatan yang kompleks sesuai dengan situasi praktek keperawatan.

- d. Teori keperawatan berperan dalam memperkaya *body of knowledge* keperawatan yang dilakukan melalui penelitian.
- e. Teori keperawatan menjadi pedoman dan berperan dalam memperbaiki kualitas praktek keperawatan (Munandar A et.al., 2023).

9. Teori Keperawatan Dengan Keselamatan Pasien

Teori keselamatan pasien dalam keperawatan sangat penting untuk memastikan pasien mendapatkan perawatan yang aman dan efektif. Berikut beberapa teori dan tokoh keperawatan yang terkait dengan keselamatan pasien:

Model “*Swiss Cheese*” yang dikembangkan oleh James Reason (1990) merupakan kerangka konseptual penting dalam memahami bagaimana insiden keselamatan pasien dapat terjadi melalui rangkaian kegagalan sistemik. Model tersebut menggambarkan bahwa sebuah sistem pelayanan kesehatan terdiri dari beberapa lapisan pertahanan atau “*irisan keju*”, yang masing-masing memiliki kelemahan (lubang) yang muncul secara acak dan dinamis. Ketika lubang-lubang pada lapisan-lapisan tersebut sejajar, maka lintasan kecelakaan muncul dan mencapai pasien, menyebabkan cedera atau kejadian merugikan. (Wiegmann et al., 2022b). Dalam konteks keperawatan, pendekatan ini menggeser fokus dari kesalahan individu saja ke kegagalan sistem, seperti prosedur yang tidak memadai, pelatihan yang kurang, supervisi yang longgar, dan budaya keselamatan yang lemah. Sebagai contoh, jika SOP pemberian obat tidak diikuti, pelatihan perawat terbatas, dan sistem pelaporan insiden tidak berjalan, maka lubang-lubang tersebut dapat bersinergi hingga selaras dan

mengakibatkan kesalahan obat pada pasien (RCA dapat digunakan untuk menelusurinya). (Wiegman et al., 2022) Dengan menggunakan model ini, perawat dan manajemen rumah sakit dapat merancang strategi untuk mengisi lubang-lubang — seperti memperkuat setiap lapisan pertahanan (misalnya, pelatihan kompetensi perawat, penerapan *double-check* pada obat *high-alert*, sistem pelaporan bebas hukuman, dan audit rutin) — sehingga meskipun satu lapisan gagal, lapisan lainnya masih dapat mencegah kejadian merugikan.

Penerapan model *Swiss Cheese* dalam konteks keperawatan berperan penting dalam membangun budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*) yang sistematis. Model ini menekankan bahwa kesalahan tidak semata-mata disebabkan oleh individu, tetapi merupakan akumulasi kelemahan sistem yang saling berinteraksi (Reason, 2000). Dalam praktik keperawatan, hal ini berarti perawat bukan hanya bertanggung jawab terhadap tindakan klinis, tetapi juga berperan dalam mendeteksi, melaporkan, dan mencegah potensi kesalahan sistemik. Misalnya, jika perawat menemukan kesenjangan dalam alur komunikasi antar shift atau ketidaksesuaian label obat, tindakan pelaporan dini dapat memperkuat lapisan pertahanan organisasi (Wiegmann et al., 2021).

Selain itu, model ini mendorong pembentukan lingkungan kerja yang mendukung pelaporan tanpa hukuman (*non-punitive reporting culture*). Dalam hal ini, manajemen rumah sakit harus memastikan bahwa setiap laporan insiden digunakan untuk pembelajaran, bukan untuk mencari kesalahan individu. Hal ini sejalan dengan prinsip *Just Culture*, di

mana staf keperawatan dilibatkan secara aktif dalam proses identifikasi risiko dan perbaikan sistem (Goh et al., 2022).

a. Prinsip Keselamatan Pasien dalam Keperawatan

- 1) Ketepatan identifikasi pasien – memastikan tindakan keperawatan diberikan kepada pasien yang benar dengan menggunakan dua identitas (nama dan tanggal lahir).
- 2) Peningkatan komunikasi efektif – menjaga kejelasan dan kelengkapan informasi antar petugas kesehatan.
- 3) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*High Alert Medication*) – memastikan obat-obatan dengan risiko tinggi diberikan dengan aman.
- 4) Kepastian lokasi, prosedur, dan pasien yang benar (*right site, right procedure, right patient*).
- 5) Pencegahan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan – termasuk penerapan prinsip *hand hygiene* sesuai standar WHO.
- 6) Pencegahan risiko pasien jatuh – melakukan penilaian risiko jatuh dan intervensi pencegahan yang sesuai (World Health Organization, 2021)

B. Keselamatan Pasien (Patient Safety)

1. Pengertian Keselamatan Pasien (*Patient safety*)

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman dalam upaya mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Kemkes RI, 2019). Keselamatan pasien (*Patient safety*) adalah prinsip dasar dari perawat kesehatan (WHO) (Mulyana, 2019). Keselamatan pasien merupakan sebuah sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut terdiri dari asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan

risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melakukan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Insiden keselamatan pasien merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Kementerian Kesehatan RI dalam Siagian, 2020). *Patient safety* merupakan sebuah sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut terdiri dari asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melakukan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Insiden *patient safety* merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Siagian, dalam Ratanto et.al., 2023).

2. Tujuan Keselamatan Pasien

Menurut Nurhayati (2021) secara garis besar tujuan *patient safety* adalah untuk menciptakan budaya *patient safety* di fasilitas kesehatan, meningkatkan akuntabilitas fasilitas kesehatan, menurunkan kejadian berisiko di fasilitas kesehatan, dan melaksanakan program-program *patient safety* di fasilitas kesehatan. Adapun tujuan *patient safety* secara khusus terbagi menjadi 6 tujuan sebagai berikut:

- a. Aman (*Safety*), yakni pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan tidak mengalami luka atau cedera.
- b. Efektif (*Effective*), yakni petugas kesehatan memberikan pelayanan sesuai dengan ilmu pengetahuan dan kompetensi di bidangnya masing-masing.
- c. Berfokus pada pasien (*Patient-Centered*), yakni petugas kesehatan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien.
- d. Memendekkan waktu tunggu (*Timely*), yakni petugas kesehatan harus bekerja dengan cepat dan tepat agar pasien tidak menunggu terlalu lama untuk dapat menerima pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
- e. Efisien (*Efficient*), yakni petugas kesehatan menggunakan peralatan dan bahan sesuai dengan keperluan tindakan perawatan.
- f. Pelayanan sesuai standar (*Equitable*), yakni petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien harus sesuai dengan standar pelayanan atau *Standart Operational Procedure* (SOP) yang telah ditetapkan.

3. Enam Sasaran Keselamatan Pasien

Menurut Ratanto (2023) sasaran *patient safety* dimaksud mencakup 6 kriteria SKP, yaitu:

- a. Kepatuhan Identifikasi Pasien. Elemen penilaian SKP 1 meliputi:
 - 1) Pasien diidentifikasi menggunakan empat identitas yang mencakup nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis dan nomor induk kependudukan (NIK).
 - 2) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah.

- 3) Pasien diidentifikasi sebelum pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- 4) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan.
- 5) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

b. Peningkatan Komunikasi Efektif.

Dikatakan efektif, apabila pesan tersampaikan dan dipahami serta tidak terdapat miskomunikasi pada saat melakukan perintah/tindakan. Untuk mencapai SKP 2 ini, dibutuhkan tiga sasaran yang harus dipenuhi/lalui, yakni:

- 1) Adanya konsultasi antara perawat dengan dokter.
- 2) Bila nilai kritis keluar segera dilakukan tindakan.
- 3) Penerimaan atau perubahan shift.

c. Kewaspadaan Terhadap Obat *High-Alert*. Ada 3 jenis obat berisiko tinggi yang pemberiannya tidak boleh terjadi kesalahan, karena bisa berakibat fatal. Obat kategori *high alert* tersebut adalah:

- 1) Obat untuk pasien jantung, anastesi, insulin dan obat berisiko tinggi lainnya.
- 2) Obat dengan penamaan hampir sama dan rupa obat hampir sama, namun memiliki kegunaan medis berbeda.
- 3) Obat identik dengan manfaat medis berbeda ini jika salah penggunaan pada pasien bisa berbahaya.

Ketiga, elektrolit konsentrat pekat atau obat konsentrasi tinggi. maka pemberian obat ini harus tepat dan benar untuk menghindari kejadian fatal ke pasien. Bentuk pelaksanaan SKP 3 di antaranya, melakukan *double check* di lapangan yang melibatkan beberapa orang untuk menghindari kesalahan. *Double check* ini meliputi 5 benar, yakni benar obat, benar pasien, benar dosis, benar cara dan benar waktu pemberian.

- d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi.

Maksudnya, setiap pasien yang akan mengalami tindakan pembedahan dipastikan harus sesuai dengan hal-hal diatas. Dan untuk mencapai hal tersebut, praktik yang dilakukan di lapangan mencakup pemberian tanda yang telah disepakati saat praoperasi dan semua dokumen serta peralatan yang digunakan tersedia. tepat dan fungsional. Cara lain yang dilakukan, tim operasi lengkap menerapkan dan mencatat prosedur sebelum *insisi/time out* tepat sebelum dilakukan tindakan. Pada saat tindakan pembedahan dilakukan *ceklist* ulang, biasanya dilakukan oleh dokter operator, dokter anastesi, perawat sekuler dan pihak yang terlibat pembedahan saling bekerja sama untuk menghindari kesalahan.

- e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

Penerapannya adalah dengan melakukan *hand hygiene* yang efektif dengan enam langkah cuci tangan yang baik dan benar.

- f. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh.

Hal yang dilakukan meliputi skrining dan kajian awal seperti melihat risiko jatuh kategori sedang atau tinggi. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) menjadi indikator standar dasar yang utama dalam penilaian Akreditasi Rumah sakit, Keselamatan pasien menjadi bagian penting dalam pelayanan keperawatan karena keselamatan pasien merupakan suatu variabel untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang berdampak pada pelayanan Kesehatan.

1. Insiden *Patient Safety*

Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Ada beberapa pengertian insiden *patient safety* berdasarkan Permenkes RI Nomor 11, tahun 2017.

- a. Kondisi Potensial Cedera (KPC) *Reportable Circumstance* adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *Near Miss* adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
- d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse Event* adalah insiden yang menyebabkan cedera pada pasien.
- e. Kejadian SENTINEL adalah Suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen atau cedera

berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien (Narullita D et.al., 2023).

4. Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien (Asyiah, 2020) rumah sakit yang disusun ini mengacu pada "*Hospital Patient safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2022, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahsakitan di Indonesia standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar menurut Depkes yaitu :

- a. Standar I: Hak Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.
- b. Standar II: Mendidik pasien dan keluarga Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien
- c. Standar III: Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan Rumah Sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antartenenaga dan antar unit pelayanan.
- d. Standar IV : Penggunaan metoda- metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
- e. Standar V : Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

- 1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan.
 - 2) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - 3) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
 - 4) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
- f. Standar VI: Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
- 1) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
 - 2) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan Untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.
- g. Standar VII: Komunikasi merupakan kunci bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien

- 1) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
- 2) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Menurut Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2015), dalam menerapkan standar keselamatan pasien maka rumah sakit harus melaksanakan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien yaitu sebagai berikut.

- 1) Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien
Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- 2) Pimpinan dan Dukung Staf Anda Bangunlah Dorong staf Anda melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul. Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang penerapan program keselamatan pasien rumah sakit anda.
- 3) Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.
- 4) Kembangkan sistem pelaporan pastikan staf anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS).
- 5) Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien mengembangkan

cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.

- 6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
dorong staf anda melakukan analisis akar masalah untuk belajar
bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul
- 7) Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien
gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk
melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

C. Budaya Keselamatan Pasien

1. Pengertian Budaya Keselamatan pasien

Budaya keselamatan pasien adalah kegiatan yang dilakukan agar bertekad melakukan keselamatan pasien yang dilakukan dalam melihat, pelaksanaan implementasi keperawatan dalam ruangan (Siagin, 2020).

2. Hal-Hal Penting Menuju Budaya Keselamatan

Menurut Asyiah dalam SNARS (2019), adapun hal-hal yang penting menuju budaya keselamatan yaitu sebagai berikut

- a. Staf RS mengetahui bahwa kegiatan operasional RS berisiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman.
- b. Regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut untuk mendapat hukuman bila membuat laporan tentang KTD dan KNC.
- c. Direktur RS mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- d. Mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.

3. Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Menurut Siagian (2020) ada 12 dimensi yang terkandung didalam budaya keselamatan pasien yakni:

- a. Frekuensi pelaporan insiden.
- b. Persepsi tentang keselamatan pasien secara menyeluruh.
- c. Harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien.
- d. Pembelajaran organisasi- perbaikan berkelanjutan.
- e. Kerjasama tim dalam unit.
- f. Komunikasi terbuka.
- g. Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan.
- h. Respon tidak menghukum terhadap kesalahan.
- i. Staffing
- j. Dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien.
- k. Kerjasama tim antar unit.
- l. Overan dan transisi.

4. Teori Dasar Budaya Keselamatan Pasien

Menurut Ramos R et.al., (2024) berikut beberapa teori dan kerangka dasar yang sering digunakan sekarang dalam studi budaya keselamatan pasien:

Tabel 2.1
Teori Dasar Budaya Keselamatan Pasien

Teori/Konsep	Inti Teori/Definisi	Komponen Penting
<i>Safety Culture Construct</i>	Budaya keselamatan adalah konstruksi sosial yang mencakup nilai, kepercayaan, norma, praktik dan sikap yang dibagi dalam organisasi yang mempengaruhi keselamatan. Ia berkembang perlahan melalui interaksi antar anggota organisasi, pengalaman, dan proses pembelajaran.	Kepemimpinan, komitmen organisasi, sistem pelaporan, komunikasi, pembelajaran organisasi, keandalan sistem, transparansi, psikologi keselamatan.
<i>Just Culture</i>	Budaya adil yang menyeimbangkan akuntabilitas individu dan sistem; fokus bukan menghukum atas kesalahan, tetapi memahami penyebab yang lebih sistemik, mendukung pelaporan insiden dan perbaikan.	Akuntabilitas yang adil, kepercayaan (<i>trust</i>), pelaporan kesalahan dan near-miss tanpa takut dihukum, sistem belajar dari kesalahan, sistem yang mendukung desain keselamatan.
<i>Middle-Range Theory of Safety Goal Priming via Safety Culture Communication</i>	Teori bahwa komunikasi budaya keselamatan di organisasi dapat “mem-prime” tujuan keselamatan pasien yang sudah ada dalam benak perawat, sehingga memotivasi mereka untuk memprioritaskan tindakan yang mendukung keselamatan pasien dalam praktik sehari-hari.	Komunikasi budaya keselamatan, <i>goal safety</i> yang tertanam, persepsi nilai tindakan keselamatan, motivasi, tindakan sampai mitigasi risiko.

<i>Frameworks integrasi model keselamatan organisasi (safety culture models integration)</i>	Meninjau beberapa model organisasi keselamatan dan menggabungkan dimensi-model tersebut ke kerangka yang lebih utuh berdasarkan teori organisasi, teori identitas sosial, dan belajar sosial.	Dimensi struktur organisasi, pengaruh sosial, norma-norma, pembelajaran, identitas kolektif, interaksi antar level, persepsi risiko, stabilitas budaya dalam waktu.
--	---	---

5. Teori Perawat yang Mendukung Budaya Keselamatan Pasien

Adapun teori atau model yang mendukung budaya keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:

a. *Middle-Range Theory of Safety Goal Priming via Safety Culture Communication.*

Teori ini dikemukakan oleh Patricia S.G & Jacinda L.B, komunikasi budaya keselamatan pasien dapat “*mem-priming*” (mengaktifkan) tujuan keselamatan yang sudah ada dalam benak perawat, sehingga mereka termotivasi untuk memprioritaskan praktik-praktik keselamatan dalam tugas sehari-hari. Aplikasi: misalnya melalui *briefing shift*, pengingat visual, diskusi kasus keselamatan secara rutin, yang menghubungkan tindakan perawat langsung dengan hasil keselamatan pasien.

b. *Safety Culture/Patient Safety Culture*

Konsep budaya keselamatan sebagai bagian dari budaya organisasi (*organizational culture*) yang mengkhhusus pada nilai, norma, kepercayaan, sikap dan praktek yang mempengaruhi

keselamatan pasien. Dimensi umum yang muncul: kepemimpinan/manajemen yang mendukung keselamatan, sistem pelaporan insiden, pembelajaran dan perbaikan berkelanjutan, komunikasi terbuka, respon tidak menghukum, kerja tim, staf yang memadai, persepsi risiko.

c. Teori-Teori Keperawatan/Teori dalam Disiplin Keperawatan

Ada kajian *Theories used by nurses to promote patient safety practices* yang mengidentifikasi banyak teori yang dipakai dalam praktik keperawatan untuk keselamatan pasien. Adapun contoh teori dari keperawatan atau lintas disiplin yang digunakan antara lain:

- 1) *Social Cognitive Theory* (Teori Kognitif Sosial)-fokus pada *self-efficacy*, pengaruh sosial, dan observasi.
- 2) Teori *Belief-Attitude-Behavior* dan *Theory of Planned Behavior* bagaimana sikap, norma subjektif, kontrol persepsi mempengaruhi niat tindakan keselamatan. (Bisa muncul dalam studi mengenai pelaporan insiden, kepatuhan terhadap protokol).

d. Model Faktor “*Swiss Cheese*” oleh James Reason

Meskipun bukan teori keperawatan murni, model ini sangat sering disebut dalam konteks keselamatan pasien. Kesalahan dianggap sebagai akibat dari beberapa lapisan sistem (*defensive layers*) yang memiliki celah (*holes*), sehingga untuk mencegah insiden, perlu memperkuat beberapa lapisan sistem (prosedur, pelatihan, kebijakan, supervisi). Model ini membantu perawat dan

manajemen untuk melihat bahwa kesalahan bukan hanya akibat individu, tetapi sistem yang memungkinkan kesalahan tersebut terjadi.

e. Teori Klinis/Teori Manajemen Risiko

1. Teori Kepemimpinan

Teori kepemimpinan berusaha untuk mengidentifikasi karakteristik unik, baik fisik, mental maupun kepribadian yang berkaitan dengan keberhasilan kepemimpinan. Teori ini menekankan pada ciri khas pribadi dari para pemimpin. Adapun teori-teori kepemimpinan antara lain :

a. Teori bakat (*Trait Theory*)

Teori ini lahir pertama kali di Yunani kuno Romawi yang kemudian berkembang dan menyatakan bahwa pemimpin itu dilahirkan, bukannya diciptakan yang kemudian teori ini dikenal dengan (*Great Man Theory*). Teori bakat menekankan bahwa setiap orang adalah pemimpin (pemimpin dibawa sejak lahir bukan didapatkan) dan mereka mempunyai karakteristik tertentu yang membuat mereka lebih baik dari pada orang lain.

b. Teori perilaku (*Behavioral Theory*)

Teori ini menekankan pada apa yang dilakukan pemimpin dan bagaimana seorang manajer menjalankan fungsinya. Teori perilaku ini dinamakan sebagai gaya kepemimpinan seorang manajer dalam suatu organisasi. Konsepnya beralih dari siapa yang memiliki pemimpin ke bagaimana perilaku seorang untuk memimpin secara efektif.

c. Teori *Kontingensi* dan situasional

Teori ini menekankan bahwa manajer yang efektif adalah manajer yang melaksanakan tugasnya dan mengkombinasi antara faktor bawaan, perilaku dan situasi. Hal ini berarti tidak ada satu system manajemen yang optimum, sistem tergantung pada tempat perubahan lingkungannya. Sistem ini disebut sistem organik (sebagai lawan sistem mekanistik), pada sistem ini mempunyai beberapa ciri, antara lain substansinya adalah manusia bukan tugas, kurang menekankan hirarki, mengendalikan diri sendiri, penyesuaian bersama, struktur saling berhubungan, fleksibel dalam bentuk kelompok, kebersamaan dalam nilai, kepercayaan dan norma.

d. Teori *behavioristik*

Behavioristic merupakan salah satu aliran psikologi yang memandang individu hanya dari sisi fenomena jasmani dan mengembackikan aspek-aspek mental, dengan kata lain *behaviorisme* tidak mengakui adanya kecerdasan, bakat, minat dan perasaan individu dalam suatu belajar. Pendekatan ini menekankan bahwa manajemen yang efektif bila ada pemahaman tentang pekerja lebih berorientasi pada manusia sebagai perilaku.

e. Teori *humanistic*

Teori ini menekankan pada prinsip kemanusiaan, teori *humanistic* biasanya dicirikan dengan adanya suasana saling menghargai dan adanya kebebasan. Teori ini secara umum berpendapat,

secara alamiah manusia merupakan (*motivated organism*). Organisasi memiliki struktur dan system kontrol tertentu

f. Teori kontemporer

Teori ini menekankan pada empat komponen penting dalam suatu pengelolaan yaitu manajer pemimpin, staf dan atasan, pekerjaan dan lingkungan. Dia menekankan dalam melaksanakan suatu manajemen seorang pemimpin harus mengintegrasikan ke empat unsur tersebut untuk mencapai tujuan organisasi. Teori ini perlu didukung oleh teori motivasi, interaksi dan transformasi.

g. Teori motivasi (*Motivation Theory*)

Teori ini dikemukakan oleh beberapa ahli yaitu :

- 1) Maslow (hierarki kebutuhan) yaitu fisiologis (gaji pokok), aman (perencanaan yang regular), kasih sayang (kerja sama secara tim), harga diri (pencapaian posisi), aktualisasi (tantangan dalam bekerja).
- 2) Clayton Alderfer (teori ERG) yaitu *existence* (fisiologis), *relatedness* (kasih sayang), *growth* (harga diri atau aktualisasi).
- 3) Frederich Herzberg (teori dua faktor) yaitu *motivators* (kepuasan kerja), *hygiene* (lingkungan yang kondusif)
- 4) McClelland (teori belajar) yaitu *affiliation* (bersahabat), *power* (memerintah orang lain), *achievement* (suka tantangan, kompetisi dan menyelesaikan masalah secara detail).

h. Teori Z

Teori ini merupakan pengembangan teori Y dari Mc Gregor, komponen teori Z meliputi pengambilan keputusan dan kesepakatan, menempatkan pegawai sesuai keahliannya, menekankan pada keamanan pekerjaan, promosi yang lambat dan pendekatan yang *holistic* terhadap staf. Teori ini lebih menekankan pada staf dibandingkan dengan kualitas produktif.

i. Teori interaktif

Teori ini berasumsi bahwa manusia memiliki karakteristik yang sangat kompleks, mereka mempunyai motivasi yang bervariasi dalam melakukan suatu pekerjaan, motivasi seseorang tidak tetap tetapi berkembang sesuai perubahan waktu, tujuan bisa berbeda pada situasi yang berbeda pula, penampilan seseorang dan produktivitas dipengaruhi oleh tugas yang harus diselesaikan kemampuan seseorang, pengalaman dan motivasi, tidak ada strategi yang paling efektif bagi pemimpin dalam setiap situasi (Achmad dkk, 2022).

2. Trend dan Issue Kepemimpinan

Trend dan *issue* merupakan kondisi sesuatu yang hangat dibicarakan di kalangan masyarakat mengenai manajemen kepemimpinan keperawatan atau praktek dimana terjadiannya sesuai fakta atau tidak. Perkembangan teknologi akan terus berkembang ke arah yang lebih modern seiring terjadinya berbagai peningkatan terutama dalam melanjutkan pendidikan kearah lebih tinggi agar dapat meningkatkan penghasilan guna terpenuhnya kualitas hidup. Adapun beberapa contoh *trend* dan *issue* kepemimpinan

antara lain, kepemimpinan keperawatan yang masih lemah, kepemimpinan profesi keperawatan belum mampu bersaing dengan profesi yang lain, masih ada dekan/ketua program study keperawatan dan bidang keperawatan yang dijabar oleh profesi lain. sedangkan *trend* dan *issue* yang melanggar kode etik keperawatan yaitu *euthanasia*, aborsi, *transplantasi* organ, *issue* tentang kematian dan aids. Peran perawat dalam menyikapi *trend* dan *issue* sangat dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kesehatan sebagai *cara giver* dalam memanfaatkan teknologi demi mempermudah dalam meningkatkan hasil kerja demi memberikan layanan asuhan keperawatan (Setiadi dkk, 2023).

3. Tipe Kepemimpinan

Menurut Achmad dkk (2022) tipe kepemimpinan dibagi menjadi 9 yaitu sebagai berikut :

a. Kepemimpinan Karismatik

Para pemimpin yang memiliki kepribadian karismatik adalah sosok yang memiliki kepribadian yang kuat, menghargai nilai-nilai positif dan mampu mengubah arah pandang karyawannya untuk menjadi lebih baik lagi.

b. Kepemimpinan *Otoriter*

Saat terciptanya kepemimpinan *otoriter*, bos sebagai pemegang kekuasaan tertinggi akan membuat keputusan, peraturan dan prosedur berdasarkan kepemimpinannya. Lingkungan kerja dengan kepemimpinan *otoriter* sangat bisa diandalkan saat mengambil

keputusan namun tidak memberikan keleluasan kepada para karyawannya, *toppers*.

c. Kepemimpinan Demokratis

Kepemimpinan demokratis akan melibatkan banyak kontribusi karyawan dalam mengambil keputusan. Tipe kepemimpinan ini akan menawarkan komunikasi aktif dua arah antara pemimpin dan karyawannya. Untuk menciptakan kepemimpinan yang demokratis, dibutuhkan keberanian, kejujuran kreativitas dan keadilan bagi seluruh aspek yang ada di perusahaan.

d. Kepemimpinan *Delegatif*

Dengan kepemimpinan *delegatif*, para pemimpin memberikan wewenang bagi anggotanya dalam mengambil keputusan. Namun, tipe kepemimpinan ini memiliki kelemahan, yaitu kecenderungan antar anggota untuk saling menyalahkan keputusan yang telah dibuat.

e. Kepemimpinan Transformasional

Tipe kepemimpinan *transformasional* berkaitan erat dengan perubahan dalam diri pemimpin maupun para anggotanya. Kepemimpinan ini mampu memotivasi anggotanya untuk mengerjakan sesuatu melebihi apa yang ditargetkan. Kepemimpinan transformasioanal ini biasanya memiliki anggota yang berkomitmen dengan pemimpin yang memberdayakan para karyawannya dengan baik melalui visi misi yang serupa.

f. Kepemimpinan *Visioner*

Visioner memiliki arti orang yang memiliki pandangan atau wawasan ke masa depan. Dengan kepemimpinan *visioner*, para pemimpin selalu berusaha mewujudkan visi misi yang dibuat perusahaan. Selain itu, pemimpin ini selalu berinovasi untuk perkembangan perusahaan yang lebih baik lagi.

g. Kepemimpinan Liberal

Para pemimpin akan memberikan kebebasan kepada anggotanya untuk menyelesaikan semua tugasnya demi kenyamanan anggota. Hal ini dilakukan agar segala tugas yang diberikan agar bisa cepat selesai. Seorang pemimpin liberal tidak akan menuntut banyak kepada banyak karyawannya namun tetap mengawasi jalannya kerja sehari-hari.

h. Kepemimpinan Pembinaan

Pemimpin akan mengawasi dan mengajari para anggotanya dengan penuh dan mengatur hasil yang akan dicapai perusahaan. Seorang pemimpin yang membina anggotanya juga akan memberikan motivasi untuk mendorong para karyawannya mencapai tujuan perusahaan dengan keahlian mereka.

i. Kepemimpinan Situasional

Kepemimpinan situasional adalah suatu kondisi kepada pemimpin bertindak berdasarkan lingkungan dan situasi kerja. Ada beberapa cara yang dilakukan oleh seorang pemimpin situasional yaitu

mengarahkan langsung, memberikan pelatihan kepada karyawannya, mendukung karyawan dan melakukan delegasi.

4. Kepemimpinan Manajemen Keperawatan di Rumah Sakit

Kepemimpinan keperawatan di rumah sakit sangat mutlak diperlukan untuk mampu mengelola pelayanan keperawatan. Peningkatan kemampuan pemimpin secara berkelanjutan dan berstruktur sangat diperlukan oleh perawat agar dapat menjalankan peran dan fungsinya. Rumah sakit merupakan organisasi dengan kompleksitas tinggi. Sumber daya manusia yang bekerja di rumah sakit berasal dari berbagai profesi bidang kesehatan maupun non kesehatan. Salah satu profesi yang sangat penting di rumah sakit yaitu perawat, profesi ini mengisi separuh atau lebih posisi di rumah sakit. Mereka ada saat rumah sakit operasional selama 24 jam dan hampir diseluruh unit layanan dibutuhkan adil dan peran serta fungsi perawat dalam memberikan pelayanan terbaik bagi pasien sebagai pelanggan rumah sakit. Semua tenaga perawat harus saling membantu dalam menjalankan perannya, bekerjasama dan saling memahami peran dan fungsi masing-masing untuk tujuan bersama yaitu menyelamatkan pasien. Manajemen keperawatan sangat dibutuhkan untuk menjadi system dalam organisasi rumah sakit. Mulai dari struktur organisasi dengan manajemen operasionalnya sampai dengan komite keperawatan dengan manajemen mutu dan kredensial, organisasi keperawatan harus dikelola secara baik dan memerlukan sumber daya manusia perawat yang professional dalam pemberian asuhan keperawatan secara menyeluruh (Setiadi et.al., 2023).

D. Konsep Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah pemahaman atau informasi tentang subjek yang anda dapatkan melalui pengalaman maupun studi yang diketahui oleh satu orang atau oleh orang-orang pada umumnya Swarjana K (2022). Pengetahuan adalah hasil pengindraan, yang terjadi begitu orang menyadari objek tertentu (Cahyono A, 2019). Pengetahuan dapat diartikan sebagai kedekatan, kesadaran, atau pemahaman seseorang terhadap sesuatu seperti fakta, informasi, deskripsi, atau keterampilan yang diperoleh melalui pengalaman atau pendidikan, karena itu sama dengan memahami, menemukan ataupun belajar (Liliweri A, 2022).

2. Komponen Pengetahuan

Menurut Nursalam A & Febriani N (2023) bahwa pengetahuan memiliki beberapa komponen yaitu :

a. Masalah

Agar ilmiah, suatu masalah harus memiliki tiga ciri: harus merupakan sesuatu yang dapat disampaikan, harus memiliki pendekatan ilmiah, dan harus diuji.

b. Sikap atau *attitude*

Keingintahuan tentang apapun diperlukan, seperti upaya untuk menjawab masalah; bersikap dan bertindak secara objektif, serta kesabaran dalam melakukan observasi.

c. Metode

Metode ini berkaitan dengan hipotesis yang kemudian diuji. Metode adalah inti dari ilmu. Metode, seperti sains, terus berubah; juga tidak mutlak atau mutlak.

d. Aktivitas

Para ilmuwan bekerja pada aktivitas sains, yang mencakup komponen individu dan masyarakat, melalui studi ilmiah.

e. Kesimpulan

Sains adalah sekumpulan informasi. Tujuan sains adalah untuk mendapatkan suatu kesimpulan yaitu pemahaman sebagai hasil pemecahan masalah, yang diakhiri dengan pembenaran sikap, metode, dan tindakan.

f. Pengaruh (*Effect*)

Apa yang dihasilkan melalui sains akan menimbulkan efek berupa pengaruh sains terhadap ekologi (ilmu terapan) dan pengaruh sains terhadap masyarakat melalui penggarapannya.

3. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang cukup di dalam domain kognitif mempunyai 6 (enam) tingkatan menurut Arsyad G et.al., (2021) yaitu sebagai berikut :

a. Tahu (*Know*)

Pengetahuan yang dimiliki baru sebatas berupa mengingat kembali apa yang telah dipelajari sebelumnya, sehingga tingkatan pengetahuan pada tahap ini merupakan tingkatan yang paling rendah.

Kemampuan pengetahuan pada tingkatan ini adalah seperti menguraikan, menyebutkan, mendefinisikan, menyatakan.

b. Memahami (*Comprehension*)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini dapat diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan tentang objek atau sesuatu dengan benar. Seseorang yang telah faham tentang pelajaran atau materi yang telah dilakukan dapat menjelaskan, menyimpulkan, dan menginterpretasikan objek atau sesuatu yang telah dipelajarinya tersebut.

c. Aplikasi (*Application*)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini yaitu dapat mengaplikasikan atau menerapkan materi yang telah dipelajarinya pada situasi kondisi nyata atau sebenarnya.

d. Analisis (*Analysis*)

Kemampuan menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen yang ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis yang dimiliki seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), memisahkan dan mengelompokkan, membedakan atau membandingkan.

e. Sintesis (*Sintesis*)

Pengetahuan yang dimiliki adalah kemampuan seseorang dalam mengaitkan berbagai elemen atau unsur pengetahuan yang ada menjadi suatu pola baru yang lebih menyeluruh. Kemampuan sintesis

ini seperti menyusun, merencanakan, mengkategorikan, mendesain, dan menciptakan.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini berupa kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Evaluasi dapat digambarkan sebagai proses merencanakan, memperoleh, dan menyediakan informasi yang sangat diperlukan untuk membuat alternatif keputusan. Tahapan pengetahuan tersebut menggambarkan tingkatan pengetahuan yang dimiliki seseorang setelah melalui berbagai proses seperti mencari, bertanya, mempelajari atau berdasarkan pengalaman.

4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Tarigan L.F et.al., (2022) faktor yang memengaruhi pengetahuan meliputi:

a. Pendidikan

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok dan merupakan usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin cepat menerima dan memahami suatu informasi sehingga pengetahuan yang dimiliki juga semakin tinggi. Semakin banyak informasi yang masuk maka semakin banyak pula pengetahuan yang didapat mengenai kesehatan.

b. Informasi/Media Massa

Informasi adalah suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisis dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Informasi diperoleh dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan. Semakin berkembangnya teknologi menyediakan bermacam-macam media massa sehingga dapat memengaruhi pengetahuan masyarakat. Informasi memengaruhi pengetahuan seseorang jika sering mendapatkan informasi tentang suatu pembelajaran maka akan menambah pengetahuan dan wawasannya, sedangkan seseorang yang tidak sering menerima informasi tidak akan menambah pengetahuan dan wawasannya.

c. Pekerjaan

Seseorang yang bekerja di sektor formal memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi, termasuk kesehatan.

d. Sosial, Budaya, dan Ekonomi

Tradisi atau budaya seseorang yang dilakukan tanpa penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk akan menambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi juga akan menentukan tersedianya fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan tertentu sehingga status ekonomi akan memengaruhi pengetahuan seseorang. Seseorang yang mempunyai sosial budaya

yang baik maka pengetahuannya akan baik tapi jika sosial budayanya kurang baik maka pengetahuannya akan kurang baik. Status ekonomi seseorang memengaruhi tingkat pengetahuan karena seseorang yang memiliki status ekonomi di bawah rata-rata maka seseorang tersebut akan sulit untuk memenuhi fasilitas yang diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan.

e. Lingkungan

Lingkungan memengaruhi proses masuknya pengetahuan kedalam individu karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspons sebagai pengetahuan oleh individu. Lingkungan yang baik akan pengetahuan yang didapatkan akan baik tapi jika lingkungan kurang baik maka pengetahuan yang didapat juga akan kurang baik.

f. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman orang lain maupun diri sendiri sehingga pengalaman yang sudah diperoleh dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Pengalaman seseorang tentang suatu permasalahan akan membuat orang tersebut mengetahui bagaimana cara menyelesaikan permasalahan dari pengalaman sebelumnya yang telah dialami sehingga pengalaman yang didapat bisa dijadikan sebagai pengetahuan apabila mendapatkan masalah yang sama.

g. Usia/Umur

Usia memengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambahnya usia maka akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh juga akan semakin membaik dan bertambah.

E. Konsep Sikap

1. Pengertian Sikap

Oxford Learner's Dictionaries menyebutkan bahwa sikap adalah cara anda berfikir dan merasakan tentang seseorang atau sesuatu. Sikap juga dikatakan sebagai cara anda berperilaku terhadap seseorang atau sesuatu yang menunjukkan bagaimana anda berfikir dan merasakan. *The way that you think and feel about somenody/something : the way that you behave towards somebody /something that shows how you think and feel* (Swarjana K, 2022).

Sikap adalah ungkapan dari perasaan senang atau tidak senang terhadap suatu objek. Para tokoh tersebut menegaskan bahwa sikap mengandung afeksi yang merupakan penilaian atau evaluasi ataupun reaksi perasaan (Rahmawati I, 2021). Sikap dalah kecenderungan yang dipelajari dalam berperilaku dengan cara yang menyenangkan terhadap suatu objek tertentu. Sifat secara spsifik dideskripsikan kedalam beberapa dimensi, yaitu kognitif, afektif dan konatif. Sikap memegang peranan penting dalam mempengaruhi minat berperilaku (Setiawan Z et.al., 2024).

2. Karakteristik Sikap

Karakteristik sikap menurut Nurmartiani E (2024) karakteristik sikap terdiri dari:

- a. Objek Sikap, kata objek dalam definisi mengenai sikap yang berorientasi pada konsumen harus ditafsirkan secara luas meliputi konsep yang berhubungan dengan konsumsi atau pemasaran khusus, seperti produk, merek, jasa, kepemilikan, penggunaan produk, sebab-sebab atau isu, orang, iklan, situs internet, harga, medium, atau pedagang ritel.
- b. Sikap adalah kecenderungan yang dipelajari, hal ini berarti bahwa sikap yang berkaitan dengan perilaku membeli dibentuk sebagai hasil dari pengalaman langsung mengenai produk, informasi secara lisan dari orang lain, iklan media masa, dan bentuk pemasaran langsung (seperti katalog ritel).
- c. Sikap mempunyai konsistensi, hal ini berarti sikap relatif konsisten dengan perilaku yang dicerminkannya.
- d. Sikap terjadi dalam situasi tertentu, maksud situasi di sini adalah berbagai peristiwa atau keadaan yang pada tahap dan waktu tertentu, mempengaruhi hubungan antara sikap dan perilaku konsumen. Situasi tertentu dapat menyebabkan para konsumen berperilaku dengan cara yang kelihatannya tidak konsisten dengan sikap mereka.

3. Komponen Sikap

Komponen kognisi, afeksi, dan konasi menjadi unsur penting dalam sikap. Komponen kognisi berkaitan dengan perspektif,

pengetahuan, dan keyakinan individu terhadap objek sikap. Sementara itu, komponen afeksi berisi perasaan, pe-ilaian, hingga evaluasi individu terhadap objek sikap. Adapun komponen konasi berkaitan dengan kecenderungan seseorang untuk berperilaku sesuai dengan sikap yang ada pada dirinya. Ketiga komponen tersebut saling ber-kaitan dan membentuk sistem dalam diri yang dapat menimbulkan sikap positif maupun negatif terhadap objek sikap yang dihadapi (Rahmawati I, 2021).

4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Sikap

Menurut Rezeki F (2024) adapun faktor yang dapat mempengaruhi pembentukan sikap, yaitu :

- a. Pengalaman pribadi: Individu cenderung membentuk sikap berdasarkan pengalaman pribadi, terutama yang meninggalkan kesan mendalam karena melibatkan emosi.
- b. Pengaruh orang lain: Sikap individu dapat dipengaruhi oleh orang lain yang dianggap penting, mendorong mereka untuk menyesuaikan diri dan memiliki sikap yang selaras.
- c. Pengaruh Kebudayaan: Budaya dimana individu hidup membentuk pengalaman mereka dan mempengaruhi cara mereka memandang dunia, sehingga mempengaruhi sikap mereka.
- d. Media massa: Media massa memiliki peran dalam menyampaikan informasi dan ide, yang dapat memengaruhi cara individu memandang suatu hal dan membentuk sikap mereka.

- e. Lembaga pendidikan dan agama: Kepercayaan, keyakinan, ide, dan konsep yang di peroleh dari Pendidikan dan agama dapat memengaruhi sikap individu secara signifikan.
- f. Faktor emosional: sikap tertentu juga merupakan manifestasi dari mekanisme pertahanan ego, di mana individu membentuk sikap untuk melindungi diri dari kecemasan atau ketidaknyamanan.

5. Cara pengukuran sikap

Pengukuran sikap dengan minilai pernyataan sikap seseorang. Pernyataan sikap adalah rangkaian kalimat yang menyatakan sesuatu mengenai objek sikap yang hendak diungkapkan. Pernyataan sikap mungkin berisi atau mengatakan hal-hal positif mengenai objek sikap, yaitu kalimatnya bersifat mendukung atau memihak pada objek sikap. Pernyataan ini disebut dengan *foavourable*. Sebaiknya pernyataan sikap mungkin pula berisi hal-hal negative yang mengenai objek sikap yang bersifat tidak mendukung maupun kontra terhadap objek sikap. Sengan demikian, pernyataan yang disajikan tidak semua positif dan tidak semua negatif yang seolah-olah isi skala mimihak atau tidak mendukung sama sekali objek (Zulmiyetri dkk, 2020).

F. Konsep Komunikasi

1. Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan dan bertujuan untuk menyembuhkan pasien. Ini adalah komunikasi antara professional yang berfokus pada tujuan kesembuhan pasien. Professional melakukan komunikasi terapeutik untuk membantu pasien dengan

pendekatan personal berdasarkan perasaan dan emosi, komunikasi terapeutik harus mengandung kepercayaan (Handayani R et.l., 2023).

Komunikasi terapeutik sangat penting dan merupakan komunikasi yang direncanakan sadar dan dipusatkan serta bertujuan untuk kesembuhan pasien. Seluruh perilaku dan pesan yang disampaikan perawat hendaknya tujuan terapeutik untuk pasien. Komunikasi terapeutik bukan tentang apa yang dilakukan oleh seorang perawat, tetapi bagaimana perawat itu melakukan komunikasi dengan pasien serta mengembangkan hubungan yang saling membantu dengan pasien serta mengembangkan hubungan yang saling membantu antara perawat dengan pasien yang dengan tujuan untuk kesembuhan pasien tersebut (Nurhayati C et.al., 2023).

2. Ciri Komunikasi Terapeutik

a. Empati atau kasih sayang

Untuk sepenuhnya memahami keadaan atau perasaan orang lain membutuhkan empati.

b. Kepercayaan

Mengenai menghormati oranglain dan keinginan untuk menciptakan sesuatu yang akan dimintai pertanggung jawaban, kepercayaan adalah sesuatu kebajikan.

c. Validasi

Mengulangi pesan yang disampaikan yang dikenal sebagai validasi. Ketika komunikator percaya pendengar menerima dan menghargai apa yang dikatakan, ini terjadi.

d. Perhatian atau kepedulian

Apakah derjata keterlibatan emosional dalam komunikasi dinyatakan secara nonverbal pada apa yang dikatakan orang lain dengan melihat, mengangguk atau menyentuh jika dianggap tepat (Aniharyati dalam Kusyanti T et.al, 2023).

3. Fungsi dan Tujuan Komunikasi Terapeutik

Menurut Deniati K et.al (2022) adapun tujuan komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut :

- a. Realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan penghormatan diri.
- b. Kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superfisial dan saling bergantung dengan dengan oranglain.
- c. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memasukkan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistic.
- d. Peningkatan identitas dan integrasi diri.

Sedangkan menurut Nasir dalam Handayani R et.al., (2023) menyatakan bahwa komunikasi memiliki banyak tujuan. Menciptakan pemahaman bersama atau pengertian adalah tujuan utama komunikasi. Meskipun saling memahami atau mengerti tidak selalu berarti menyetujui, komunikasi dapat menyebabkan perubahan pada sikap, pendapat, perilaku dan hubungan sosial.

a. Perubahan sikap

Setelah pesan diterima, persepsi orang berubah, bisa positif atau negative. Dalam berbagai situasi, kita berusaha agar orang lain bertindak dengan cara yang kita inginkan.

b. Perubahan pendapat

Komunikasi bertujuan untuk mencapai pemahaman, kemampuan untuk memahami pesan dengan cermat sebagaimana dimaksudkan oleh komunikator dikenal sebagai pemahaman. Komunikan akan memiliki berbagai pendapat setelah memahami apa yang dimaksud komunikator.

c. Perubahan perilaku

Tujuan komunikasi adalah untuk mengubah perilaku dan tindakan seseorang, mulai dari perilaku yang destruktif (tidak menunjukkan perilaku hidup sehat) menjadi perilaku hidup sehat.

d. Perubahan sosial

Perubahan sosial untuk membangun dan mempertahankan hubungan dengan orang lain untuk meningkatkan kualitas hubungan. Secara tidak sengaja, tingkat hubungan interpersonal meningkatkan selama proses komunikasi yang efektif.

4. Metode Komunikasi Terapeutik

Staf medis memiliki teknik komunikasi terapeutik berdasarkan tujuan komunikasi dan kemampuan pasien untuk berkomunikasi secara verbal. Tenaga medis dapat memilih teknik yang mendorong interaksi antara keduanya.

a. Penerimaan

Untuk kepentingan staf medis, sangat penting untuk membuat pasien merasa didengarkan. Ingatlah hal ini, penerimaan tidak sama dengan persetujuan sepanjang waktu.

b. Diam atau hening

Pasien dapat mengungkapkan pikiran dan perasaannya dalam kalimat ketika ada keheningan.

c. Menawar diri

Tanpa diminta, sediakan waktu dan perhatian untuk menemani pasien, hal ini dapat membantu meningkatkan semangat pasien.

d. Memberi penghargaan

Berikan pujian tanpa berlebihan, hal ini akan memotivasi pasien untuk terus melakukan tindakan tanpa perlu dipuji.

e. Aktif mendengar

Pendengar aktif menunjukkan minat dan memberikan respons verbal atau nonverbal yang mendorong pasien untuk terbuka. Pasien dapat merasakan bahwa tenaga medis tertarik., mendengarkan dan memahami apa yang mereka katakan.

f. Membuka komunikasi

Mulailah percakapan dengan bertanya, teknik komunikasi ini memungkinkan pasien untuk memilih topik pembicara.

g. Meminta pasien mengurutkan peristiwa sesuai waktu

Menanyakan tentang urutan sementara peristiwa yang dijelaskan dapat membantu tenaga medis lebih memahami cerita tersebut. Selain itu, strategi ini membantu pasien dalam mengingat kembali informasi yang telah mereka lupakan.

h. Mencari klarifikasi

Ketika pasien mengatakan sesuatu yang ambigu atau tidak jelas, mintalah klarifikasi untuk mencegah miskomunikasi.

i. Melakukan pengamatan

Masalah yang sebelumnya tidak dinali dapat ditemukan dengan mengamati pasien. Perubahan nafsu makan pasien, misalnya dapat menyebabkan identifikasi gejala baru.

j. *Konfrontasi*

Setelah staf medis membangun kepercayaan dengan pasien, pendekatan konfrontasi dalam komunikasi terapeutik dapat dilakukan.

k. Mendorong pasien untuk mengungkapkan pandangan

Minta pasien untuk menerangkan sudut pandangnya. Strategi komunikasi terapeutik ini dapat membantu tenaga medis dalam memahami sudut pandang pasien.

l. Memberi ringkasan

Diakhir pembicaraan, tenaga medis dapat memberikan ringkasan agar pasien sadar bahwa tenaga medis antusia dan mendengarkan pembicaraan tersebut. Jika tenaga medis sampai pada kesimpulan yang kurang akurat, pasien dapat memperbaikinya dengan mempergunakan strategi komunikasi terapeutik ini.

m. Merefleksikan

Pasien didorong untuk melakukan refleksi untuk mengakui dan meneriama emosinya sendiri.

n. Memberikan harapan atau keyakinan dan humor

Staf medis dapat menjalin hubungan positif dengan pasien dengan memberi mereka keyakinan bahwa mereka dapat mengatasi keadaan mereka dan dengan menggunakan humor untuk meringankan suasana hati. Kedua faktor ini dapat membantu pasien berfikir lebih positif.

o. Mendorong pasien untuk melakukan perbandingan

Pasien dapat didorong untuk membandingkan pengalaman mereka saat ini dengan yang sebelumnya oleh staf medis. Pasien yang melakukan ini mungkin merasa lebih mudah untuk memecahkan masalah mereka.

p. Mengungkapkan keraguan

Mengungkapkan persepsi pasien tentang ketidakpastian tentang realitas. Staf medis dapat membuat pasien mempertanyakan asumsi mereka dengan menyuarakan keraguan mereka.

q. Fokus

Fokuskan perhatian pada percakapan pasien dan apa yang dikatakan. Pernyataan penting yang dibuat oleh pasien mungkin perlu didiskusikan lebih lanjut (Kusyanti T et.al, 2023).

G. Konsep Manajemen Keperawatan

1. Pengertian Manajemen Keperawatan

Pengertian manajemen keperawatan mengacu pada pengertian manajemen secara umum. Manajemen adalah proses untuk melaksanakan pekerjaan melalui orang lain. Manajemen keperawatan

adalah proses pelaksanaan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada pasien, keluarga, masyarakat (Gillies, 2020).

2. Pengertian Manajemen Pelayanan Keperawatan

Manajemen pelayanan keperawatan sebagai sub sistem manajemen rumah sakit harus memperoleh tempat dan perhatian sama dengan manajemen lainnya, sehingga rumah sakit dapat berfungsi sebagaimana diharapkan. Lingkup manajemen operasional dan manajemen asuhan keperawatan yaitu merencanakan, mengorganisir, mengarahkan, dan mengawasi sumber daya keperawatan. Fungsi-fungsi manajemen keperawatan adalah perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan, yang harus dilakukan oleh manajer dalam bentuk supervisi. Supervisi yang dilakukan oleh manajer keperawatan secara baik dan terus menerus dapat memastikan pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan standar praktek keperawatan. Dengan supervisi kepelaruangan sebagai manajer dapat mempengaruhi kinerja perawat pelaksana (Depkes RI, 2022).

3. Lingkup Manajemen Keperawatan

Menurut Korn dalam Kurniadi (2022), yang termasuk lingkup manajemen keperawatan adalah manajemen operasional dan manajemen asuhan keperawatan.

a. Manajemen Operasional

Pada manajemen operasional, pelayanan keperawatan di rumah sakit dikelola oleh bidang perawatan yang terdiri dari tiga

tingkatan manajerial yaitu manajemen puncak, manajemen menengah, dan manajemen bawah. Faktor-faktor yang perlu dimiliki oleh manajer agar dapat berhasil dalam penatalaksanaan kegiatannya:

- 1) Kemampuan menerapkan pengetahuan
- 2) Keterampilan kepemimpinan
- 3) Kemampuan melaksanakan fungsi manajemen

b. Manajemen Asuhan Keperawatan

Lingkup manajemen asuhan keperawatan dalam manajemen keperawatan adalah terlaksananya asuhan keperawatan yang berkualitas kepada klien. Keberhasilan asuhan keperawatan sangat ditunjang oleh sumber daya tenaga keperawatan dan sumber daya lainnya. Tenaga keperawatan yang bertanggung jawab dalam menyediakan perawat pasien yang berkualitas adalah perawat pelaksana. Sebagai kunci keterampilan dalam keperawatan pasien adalah komunikasi, koordinasi, konsultasi, pengawasan dan pendelegasian (Loveridge & Cumming, 2020).

4. Prinsip Manajemen Keperawatan

Keberhasilan manajemen keperawatan dalam mengelola suatu organisasi keperawatan dapat dicapai melalui upaya penerapan prinsip-prinsip manajemen keperawatan yaitu :

- a. Manajemen keperawatan seyogianya berlandaskan perencanaan
- b. Manajemen keperawatan dilaksanakan melalui penggunaan waktu yang efektif
- c. Manajemen keperawatan akan melibatkan pengambilan

keputusan

- d. Memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan pasien
- e. Manajemen keperawatan harus terorganisir
- f. Pengarahan merupakan elemen kegiatan manajemen keperawatan
- g. Divisi keperawatan yang baik
- h. Manajemen keperawatan menggunakan komunikasi yang efektif
- i. Pengembangan staf
- j. Pengendalian merupakan elemen manajemen keperawatan (Loveridge & Cumming, 2020).

5. Metode Penugasan Asuhan Keperawatan (Modalitas Praktik Keperawatan)

Metode penugasan asuhan keperawatan (modalitas praktik keperawatan) adalah cara untuk membagi pekerjaan yang ada di suatu unit perawatan kepada tenaga yang ada di unit tersebut (Gillies, 2020).

Metode penugasan terdiri dari:

a. Metode Fungsional

Metode ini adalah setiap perawat mendapat tugas yang berbeda dalam merawat setiap pasien. Metode fungsional penugasan asuhan keperawatan terdiri dari pemisahan tugas keperawatan yang terlibat di dalam setiap perawatan pasien dan penugasan masing-masing anggota staf keperawatan untuk melakukan satu atau dua fungsi bagi semua pasien di dalam sebuah unit.

- 1) Kelebihannya : Masing-masing anggota staf memiliki

kesempatan untuk menjadi sangat terampil di dalam melakukan satu atau dua tugas yang merupakan spesialisasinya.

- 2) Kekurangannya : Perawatan setiap pasiennya di pilah-pilah, tidak total sehingga proses keperawatan sulit diterapkan dan perawat melihat askep hanya sebagai keterampilan saja.

b. Metode Tim

Metode ini adalah perawat dengan latar belakang pendidikan yang berbeda bertanggung jawab terhadap sekelompok pasien. Metode Tim ini Ketua tim adalah perawat yang berpendidikan luas dan berpengalaman. Komunikasi efektif diperlukan untuk kelanjutan askep. Dokumentasi harus selalu divalidasi. Pelaksanaan metode tim harus fleksibel, dapat dilakukan pada shift pagi, sore, dan malam.

1) Keuntungannya :

- a) Pelayanan keperawatan yang komprehensif.
- b) Memungkinkan penerapan proses keperawatan.
- c) Konflik atau perbedaan pendapat antar staf dapat di tekan melalui rapat tim.
- d) Memberi kepuasan bagi anggota tim melalui hubungan interpersonal.

2) Kerugiannya :

- a) Rapat tim memerlukan waktu.
- b) Tidak dapat dilakukan bila perawat belum terampil atau berpengalaman.

c) Pertanggunggugatan dalam tim tidak jelas.

c. Metode Primer (Utama)

Metode primer adalah seorang perawat profesional bertanggung jawab memberi perawatan secara menyeluruh selama 24 jam pada 4-6 pasien dalam satu unit sejak pasien masuk sampai pulang. Metode penugasan utama bekerja baik di dalam sebuah organisasi dengan staf perawat yang semuanya berijazah. Masing-masing perawat diberikan seluruhtanggung jawab bagi perencanaan, pelaksanaan dan penilaianperawatan pasien untuk semua beban tugas kecil. Dalam metode ini, seorang perawat bertanggung jawab dalam askep klien yangmenjadi tanggung jawabnya selama 24 jam terus-menerus dari datang sampai pulang

Keperawatan tim merupakan sebuah metode penugasan perawatan yang dimaksudkan untuk menghasilkan sekelompok perawat professional, teknis dan penyokong. Kelompok ini dipimpin oleh perawat yang berijazah dan berpengalaman serta punya pengetahuandi bidangnya.

d. Metode Kasus (Nodular)

Metode ini adalah satu perawat merawat satu pasien (total *patient care*), Metode modular adalah pengorganisasian pelayanan/askep yang dilakukan perawat professional untuk sekelompok klien semenjak masuk rumah sakit sampai pulang (tanggung jawab total). Untuk metode ini perlu perawat yang berpengetahuan, terampil, dan punya kemampuan kepemimpinan.

Keuntungan dan kerugian metode ini merupakan gabungan metode primer dan tim

6. Fungsi Manajemen Keperawatan

- a. Perencanaan (*Planing*) adalah suatu proses menetapkan sasaran dan memilih cara untuk sasaran tersebut
- b. Pengorganisasian (*Organizing*) adalah seluruh proses pengelompokan tugas-tugas, fungsi, wewenang dan tanggung jawab, penetapan orang dan alat-alat.
- c. Pengarahan (*Actuating*) adalah pengeluaran, penugasan, pesanan dan instruksi.
- d. Pengawasan dan pengendalian (*Controlling*) suatu proses kegiatan seorang pemimpin untuk menjamin agar pelaksanaan kegiatan organisasi sesuai dengan rencana, kebijaksanaan dan ketentuan yang telah ditetapkan (Wijono, 2021).

10. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja

Menurut Mangkunegara (2016) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja antara lain :

- a. Faktor Kemampuan

Secara psikologis, kemampuan (*abilty*) pegawai terdiri dari kemampuan potensi dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya dan terampil dalam mengerjakan pekerjaan sehari-hari, maka akan lebih mudah mencapai kinerja yang diharapkan. Oleh karena itu pegawai perlu ditempatkan pada pekerjaan yang sesuai dengan keahliannya.

b. Faktor Motivasi

Motivasi berbentuk dari sikap (*attitude*) seseorang pegawai dalam menghadapi situasi (*situation*). Motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan dari pegawai yang terarah untuk mencapai tujuan organisasi (tujuan kerja). Motivasi juga dapat mendorong diri seorang pegawai untuk berusaha mencapai prestasi kerja yang maksimal. Sikap mental seorang pegawai harus sikap mental yang siap secara psikofisik (siap secara mental, fisik, tujuan dan situasi) artinya seorang pegawai harus siap mental maupun secara fisik dan memahami tujuan utama dan target kerja yang akan dicapai dan mampu memanfaatkan dan menciptakan situasi kerja.

c. Faktor Organisasi

Faktor organisasi terdiri dari sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan, supervisi dan kontrol. Dalam hal imbalan akan berpengaruh untuk meningkatkan motivasi kerja yang pada akhirnya secara langsung akan meningkatkan kinerja individu.

d. Faktor Persepsi

Persepsi dikaitkan dengan lingkungan disekitar individu, dimana persepsi merupakan suatu proses seorang individu pengorganisasikan indera dan menafsirkan sesuatu menjadi suatu yang mempunyai makna kepada lingkungan. Meskipun mereka memandang satu benda atau hal yang sama tetapi setiap individu dapat mempersepsikan berbeda. Persepsi diri dalam bekerja mempengaruhi

sejauhmana pekerjaan tersebut memberikan tingkat kepuasan dalam dirinya.

e. Faktor Pendapatan dan Gaji (Imbalan)

Kompensasi atau pendapatan merupakan suatu cerminan dari suatu hasil pekerjaan dari seseorang yang diperoleh dari hasil penilaian kinerja. Kompensasi adalah segala sesuatu yang diterima oleh karyawan sebagai balas jasa atas hasil kerja mereka. Selain itu pendapatan/gaji menjadi satu aspek penting bagi seorang pegawai karena besarnya pendapatan yang diperoleh menjadi cerminan dari nilai kerja mereka.

f. Faktor Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan suatu kemampuan seseorang untuk mempengaruhi orang lain. Pada sebuah organisasi, peran seorang pemimpin terlihat pada kemampuan seorang pemimpin untuk berkomunikasi dalam mempengaruhi orang lain untuk mencapai tujuan organisasi. Untuk dapat mencapai hal tersebut, seorang pemimpin diharapkan mampu menjadi pembangkit semangat, pemberi motivasi, fasilitator untuk saling berkomunikasi dan pendamping sehingga dapat sebagai contoh oleh bawahan untuk bekerja.

H. Kerangka Teori

Berdasarkan uraian tersebut, maka kerangka teori untuk menjelaskan variable-variabel yang akan diteliti adalah sebagai berikut:

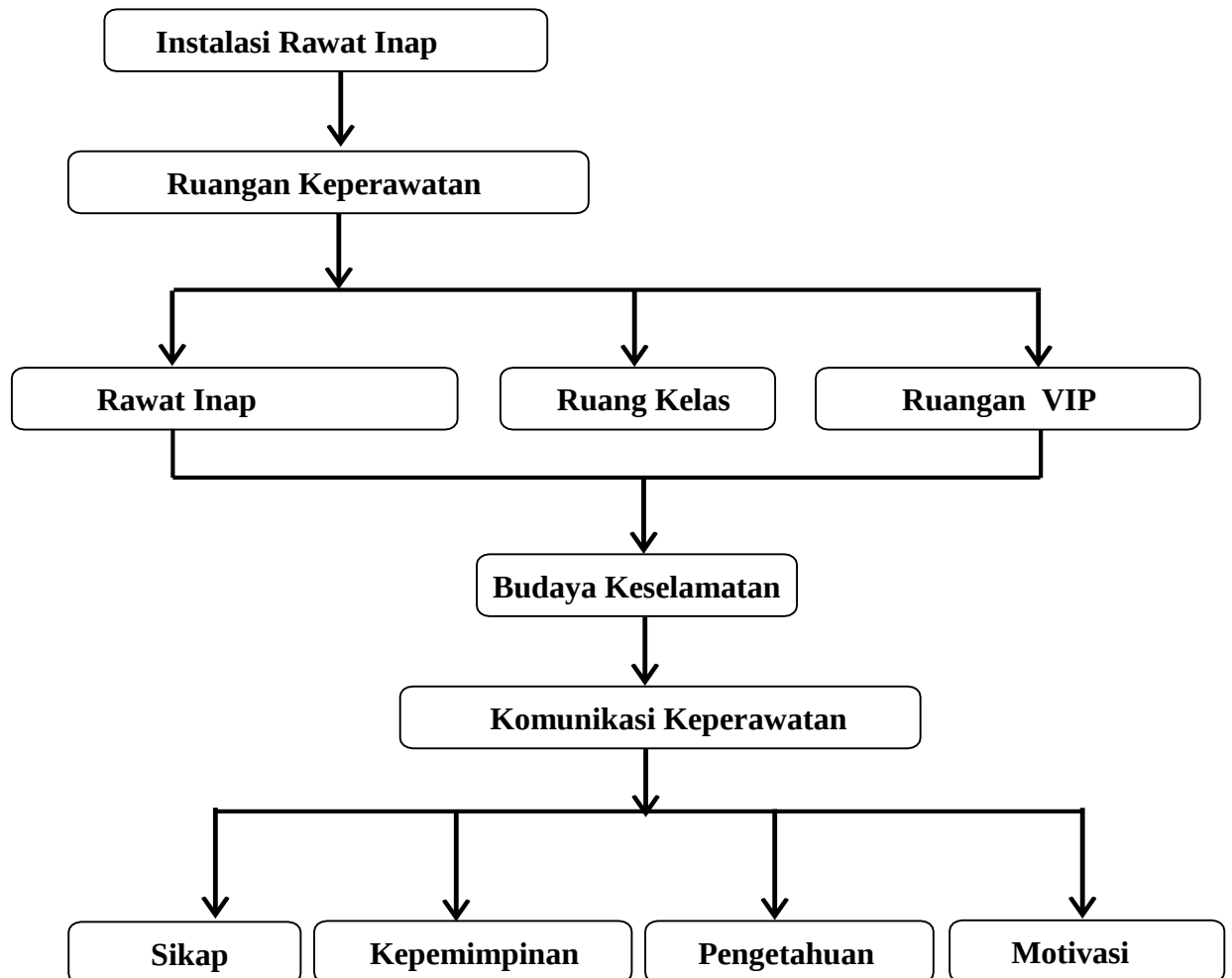


Table 2.1
Kerangka Teori

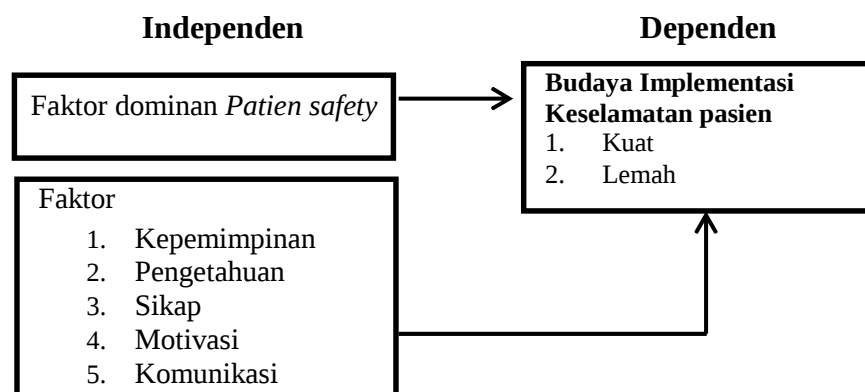
BAB III

KERANGKA KONSEP

Penelitian adalah proses ilmiah yang memiliki konsep dan arah yang jelas sehingga memperoleh hasil penelitian yang valid. Pada bab ini mendeskripsikan dan menjelaskan mengenai kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional.

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah kerangka yang menghubungkan konsep- konsep yang ingin diamati atau diukur dalam suatu penelitian (Sugiyono, 2018). Kerangka konsep dalam penelitian ini untuk melihat Analisis faktor yang berhubungan dengan budaya implementasi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024. Variabel independen pada penelitian ini adalah faktor kepemimpinan, Faktor pengetahuan, Faktor Sikap faktor Motivasi dan Faktor komunikasi Perawat. Variabel dependen pada penelitian ini adalah implementasi budaya keselamatan pasien. Kerangka konsep penelitian dapat dijelaskan pada gambar 3.1 sebagai berikut :



Skema 3.1 Kerangka Konsep

B. Definisi Operasional

Tabel 3.1
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Karakteristik Perawat					
	Jenis Kelamin	Kondisi perbedaan jenis kelamin responden	Kuesioner data demografi	Pengisian kuisisioner	Laki-laki Perempuan	Nominal
	Usia	Rentang waktu dalam tahun yang menyatakan lama hidup responden dari lahir sampai dengan ulang tahunnya yang Terakhir	Kuesioner data demografi	Pengisian kuisisioner	Usia responden - 20-30 tahun - 31-40 tahun - 41-50 tahun - >50 tahun	Rasio
	Masa kerja	Lama responden bekerja di rumah sakit	Kuesioner data demografi	Pengisian kuisisioner	Masa kerja perawat: - 1-3 tahun - > 3-5 tahun - > 5 tahun	Rasio
	Pendidikan	Pendidikan formal yang pernah dijalani oleh responden dan dinyatakan lulus dari pendidikan tersebut dengan bukti kepemilikan ijazah	Kuesioner data demografi	Pengisian kuisisioner	D-III Kep S-1 Kep Ners	Ordinal

2.	Independen : Faktor Kepemimpinan	Kemampuan seorang pemimpin dalam mengarahkan, mempengaruhi, membimbing, dan mengkoordinasikan anggota kelompok atau organisasi melalui tindakan nyata dan praktik sehari-hari untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.	Kuesioner	<i>Cheklis</i>	1. Kurang suportif median < 36, 00 2. Suportif median $\geq 36, 00$	Nominal
	Faktor Pengetahuan	Kemampuan individu untuk memahami, mengingat, dan menerapkan informasi atau fakta tertentu dalam praktik atau perilaku nyata	Kuesioner	<i>Cheklis</i>	1. Cukup median < 37, 00 2. Baik median $\geq 37, 00$	Nominal
	Faktor Sikap	Kecenderungan atau disposisi seseorang untuk merespons objek, orang, situasi, atau peristiwa tertentu dengan cara tertentu, yang tercermin dalam pikiran, perasaan, dan perilaku nyata	Kuesioner	<i>Cheklis</i>	1. Negatif median < 45, 00 2. Positif median $\geq 45, 00$	Nominal
	Faktor Motivasi	Dorongan atau kekuatan internal maupun eksternal yang mempengaruhi seseorang untuk bertindak, berperilaku, atau menyelesaikan tugas tertentu secara konsisten guna mencapai tujuan yang diinginkan	Kuesioner	<i>Cheklis</i>	1. Ekstrinsik median < 35, 00 2. Intrinsik median $\geq 35, 00$	Nominal

	Faktor Komunikasi	Proses penyampaian informasi, pesan, atau gagasan antara individu atau kelompok secara jelas dan efektif, sehingga dapat dipahami dan ditindaklanjuti sesuai tujuan yang diinginkan	Kuesioner	<i>Cheklis</i>	1. Kurang komunikatif median < 22, 00 2. Komunikatif median $\geq 22, 00$	Nominal
3.	Dependen : Budaya Keselamatan pasien	Segala kegiatan yang dilakukan oleh perawata dalam menjalana keselamatan asien (pasien safety) sebagai tradisi dlam mengawasi semua pasien yang dirawat berdasarkan kegiatan rutin harian baik di ruangan ataupun di poliklinik sesuai dengan standar keselamatan pasien	Kuesioner	<i>Cheklis</i>	1. Lemah median <26, 00 2. Kuat median $\geq 26, 00$	Ordinal

C. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan Tinjauan Pustaka dan kerangka konsep diatas maka dapat dirumuskan hipotesa pada penelitian ini sebagai berikut :

1. Ha= Ada hubungan Kepemimpinan dengan budaya implementasi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.
2. Ha= Ada hubungan Pengetahuan dengan budaya implementasi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.
3. Ha= Ada hubungan Sikap dengan budaya implementasi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.
4. Ha= Ada hubungan Motivasi dengan budaya implementasi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024
5. Ha= Ada hubungan Komunikasi dengan budaya implementasi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.

BAB IV

METODE PENELITIAN

Penelitian merupakan suatu kegiatan atau proses berfikir secara ilmiah yang mempunyai konsep dan arah yang jelas sehingga mendapatkan data untuk hasil penelitian yang valid. Bab ini mendeskripsikan dan menjelaskan mengenai jenis penelitian, tempat dan waktu penelitian, populasi dan sampel, serta analisis data

A. Desai Penelitian

Jenis penelitian ini kuantitatif bersifat *analitik* dengan pendekatan *cross sectional study*, yaitu studi tentang masalah kesehatan atau penyakit atau faktor-faktor resiko dengan pengumpulan data (misalnya observasi atau pengukuran) hanya satu kali. Maksudnya adalah pengumpulan data terhadap variabel penelitian (baik independen maupun dependen) dilakukan secara bersamaan (Sinaga & Limbong, 2019). Menggunakan metode ini diharapkan dapat mengetahui sejauh mana hubungan analisis faktor budaya implementasi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari. Peneliti mengadakan penelitian di RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari karena Rumah Sakit ini merupakan Rumah Sakit Pemerintah Kabupaten Batang Hari dengan Tipe C dimana fungsi manajemen budaya keselamatan pasien belum terlaksana dengan baik terutama dari segi faktor

kepemimpinan, pengetahuan, sikap motivasi dan juga komunikasi hal ini menjadi dasar ketertarikan peneliti untuk melihat analisis apa yang bisa berkaitan dengan budaya keselamatan pasien yang ada di ruangan.

2. Waktu Penelitian

Kegiatan penelitian ini telah dimulai dari pengajuan proposal penelitian sampai dengan seminar hasil penelitian yaitu bulan November 2024 sampai September 2025.

r. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari unit yang akan diamati dan diteliti untuk mengukur karakteristiknya (Sugiyono, 2018). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat (Karu, Katim Dan PP) di Instalasi Rawat Inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari yang berjumlah 172 orang. Populasi target adalah populasi yang memenuhi kriteria *sampling* dan menjadi sasaran akhir penelitian. Populasi target dalam penelitian ini adalah perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari. Populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang dapat mewakili atau *representative* terhadap penelitian. Menurut Sugiyono (2018) sampel adalah sebagian dari populasi yang nilai atau diukur karakteristiknya untuk memperkirakan dari populasi yang mewakili atau *representative*

terhadap penelitian. Sample dalam penelitian ini yaitu perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari. Adapun kriteria sampel yaitu :

a. Kriteria Inklusi

- 1) Seluruh Perawat yang berdinasi di ruangan rawat inap
- 2) Bersedia menjadi Responden Penelitian
- 3) Perawat yang bersedia menandatangani *informed consent*

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Perawat yang cuti / tidak ada di ruangan selama penelitian dilakukan.
- 2) Perawat dalam keadaan sakit tidak ada di rumah sakit selama penelitian dilakukan.
- 3) Perawat yang tidak bersedia menandatangani *informed consent*

3. Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian. Teknik pengambilan Sampel pada penelitian ini yaitu *Probability Sampling*, *Simple Random Sampling* adalah pengambilan anggota sampel dari populasi yang dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi itu. Alasan penelitian ini menggunakan teknik *Simple Random Sampling* karena jumlah populasi lebih dari 100 orang (Sugiyono, 2018).

4. Besar Sampel

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q} \\
 n &= \frac{172 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 (172 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} \\
 n &= \frac{121,3272}{0.0025 (171) + 0.9604} \\
 n &= \frac{121,3272}{0,29 + 0.9604} \\
 n &= \frac{121,3272}{1,2504}
 \end{aligned}$$

$$n = 98,63 = 99 \text{ sampel}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel minimal yang dibutuhkan N = jumlah populasi

z = nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

p = perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50 % $q = 1 - p$
(100% - p)

d = tingkat kesalahan yang ditetapkan ($d=0,05$)

D. Etika Penelitian

Peneliti telah mendapatkan izin penyusunan penelitian, pengambilan data pra penelitian dan penelitian dari Program Studi Pascasarjana Fakultas Keperawatan dan Kesmas Universitas Prima Nusantara Bukittinggi. Peneliti juga telah mendapatkan izin melakukan penelitian dari RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari. Selanjutnya peneliti melakukan penelitian dengan menjalankan aspek etik. Menurut Notoadmodjo, (2016). Adapun aspek etik yang telah dijalankan dalam penelitian ini adalah *informed consent*, *autonomy*,

confidentiality, nonmaleficence, beneficence, dan justice. Dalam proses penelitian, prinsip prinsip etik tersebut dijaga dengan cara :

1. Informed Consent

Informed consent adalah langkah awal yang dilakukan oleh peneliti sebelum melakukan pengumpulan data. Peneliti menjelaskan kepada responden tentang tujuan, manfaat penelitian, prosedur penelitian, hak-hak, kerahasiaan identitas responden dan kebebasan untuk berpartisipasi atau menolak dalam penelitian. Responden yang memenuhi kriteria dan bersedia berpartisipasi selanjutnya diminta untuk mengisi *Informed Consent*.

2. Autonomy

Setelah peneliti jelaskan bagaimana prosedur penelitian, selanjutnya peneliti memberikan hak atau memfasilitasi responden untuk mengambil keputusan dalam menentukan apakah bersedia atau tidak terlibat dalam penelitian ini sebagai responden penelitian.

3. Confidentiality

Peneliti juga menjelaskan jaminan kerahasiaan data yang telah dikumpulkan dari responden dan dipergunakan hanya untuk pelaporan. Untuk menjaga kerahasiaan, nama responden tidak dituliskan dan hanya peneliti beri kode untuk memudahkan dalam tabulasi data.

4. Non-Maleficence

Peneliti mengupayakan agar responden bebas dari rasa tidak nyaman. Hal ini dilakukan dengan memberikan penjelasan secara tertulis bahwa responden bebas dari risiko yang bersifat *noneksperimental* serta

tidak akan memengaruhi *performance* dan kualitas pelayanan baik kepada yang berkunjung maupun anggota keluarga yang dirawat. Data yang diperoleh dari responden murni akan dipergunakan untuk perbaikan kualitas pelayanan Rumah Sakit.

5. **Beneficence**

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi terhadap bidang manajemen rumah sakit dan khususnya bagi Perawat pelaksana sebagai pemberi pelayanan. Hasil penelitian nantinya menjadi masukan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit.

6. **Justice**

Peneliti memperlakukan responden sama tanpa adanya diskriminasi baik saat memilih responden maupun selama proses penelitian berlangsung. Prinsip ini juga diartikan sebagai kesempatan yang adil bagi semua responden.

E. **Alat Pengumpulan Data Penelitian**

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah alat tulis, *inform consent*, kuesioner, dan responden penelitian.

1. **Intrumen Penelitian**

Instrumen atau alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuesioner yang dimodifikasi dari penelitian (Amalia Fardiana, 2018) dengan teknik yang digunakan adalah rumus korelasi *Person* dengan nilai $r \geq 0,05$. Uji validitas dikatakan valid jika $r \text{ hitung} > r \text{ table}$ (rentang 0,462-0,966). Kuesioner tersebut diklasifikasikan menjadi tiga bagian yaitu kuesioner bagian untuk

karakteristik responden, terdiri dari : nama, jenis kelamin, umur, pendidikan, masa kerja, pendidikan dan status kepegawaian. Bagian kedua yaitu kuesioner bagian A untuk Mengetahui Faktor Kepemimpinan, Kuesioner B Faktor pengetahuan, Kuesioner C Faktor Sikap, Kuesioner D Faktor Motivasi dan Kuesioner E faktor komunikasi dan kuesioner bagian F untuk Budaya keselamatan pasien di ruangan Kuesioner dibuat dalam bentuk pertanyaan tertutup. Bentuk pertanyaan tertutup terdiri dari beberapa pilihan jawaban, di mana responden memilih jawaban berdasarkan persepsi atau pengalaman yang dialami (Sugiyono, 2018).

2. Kuisisioner A

Kuesioner Fungsi kepemimpinan yang berisi 20 pertanyaan terkait fungsi perencanaan awal terhadap pelaksanaan pasien safety keperawatan kepada pasien. Kuesioner menggunakan penilaian dengan skala Likert.

3. Kuisisioner B

Kuesioner B berisi tentang pengetahuan perawat dalam menjalankan budaya keselamatan pasien berdasarkan asuhan keperawatan. Kuesioner merupakan kuesioner dalam (Nursalam, 2018) yang juga diadaptasi dari penelitian sebelumnya (Armalia F, 2018). Kuesioner terdiri dari 15 item pernyataan yang meliputi pengetahuan C1, C2 dan C3 serta C4.

4. Kuisisioner C

Kuesioner C meliputi sikap perawat dalam melakukan

budaya keselamatan pasien yang berjumlah 10 item dimana disini berisikan tentang sikap atau keinginan perawat dalam melakukan pasien safety pada pasien yang dirawat di ruangan sehingga pasien dapat terhindari dari bahaya yang mengancamnya dalam melakukan asuhan keperawatan

5. Kuesioner D

Kuesioner D berisikan tentang Motivasi perawat dalam melakukan budaya keselamatan pasien di ruangan yang berisikan pernyataan sebanyak 10 pertanyaan dalam bentuk kalimat pernyataan, dimana disini dibuat dari konsep bab 2 dan diambil dengan menggunakan pembuatan kuesioner yang nantinya akan di uji validitaskan sehingga kuesioner motivasi dapat valid sebagai instrumen penelitian

6. Kuesioner E

Kuesioner E berisikan tentang komunikasi yang dilakukan perawat terhadap pasien ataupun keluarga pasien dalam melakukan pasien safety dalam pelaksanaannya kuesioner ini berisikan sebanyak 15 item yang nantinya di lihat kepada perawat dalam melakukan pasien safety nantinya sehingga keselamatan pasien di ruangan dapat terlaksana.

7. Kuesioner F

Kuesioner ini berisikan tentang seluruh kegiatan atau tradisi yang dilakukan oleh perawat dalam manajemen keselamatan pasien agar keselamatan pasien dapat dilakukan di Instalasi rawat

inap RSUD HAMBATA Batang Hari yang bersikan sebanyak 20 pertanyaan sehingga budaya keselamatan pasien terlaksana di RSUD HAMBATA dengan baik

F. Prosedur Pengumpulan Data

1. Prosedur Administratif

Dari hasil penyelesaian revisi pembimbing kemudian meminta surat *job occupational* penelitian ke LPPM UPNB kemudian Peneliti membuat surat permohonan penelitian dari Dekan Fakultas Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Nusantara Bukittinggi kepada Direktur RSUD HAMBATA Batang Hari. Surat permohonan diajukan dengan tembusan kepada bagian bidang diklat keperawatan dan kepala instalasi masing-masing ruangan. Selanjutnya peneliti menemui kepala Instalasi rawat inap dan kepala ruangan untuk mendapatkan izin penelitian.

2. Pengumpulan data

- a. Tahap awal dimulai dengan menyediakan alat dan bahan berupa kuesioner dan alat tulis yang akan diisi oleh responden.
- b. Peneliti menjelaskan bahwa penelitian bersifat sukarela sehingga memberikan hak kepada perawat yang menolak untuk menjadi responden.
- c. Pengumpulan data diawali dengan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat dari penelitian yang akan dilakukan.
- d. Peneliti membagikan kuesioner kepada perawat yang menyetujui untuk menjadi responden.

- e. Peneliti mempersilahkan responden untuk mengisi kuesioner selama 15 menit. Apabila responden meminta tambahan waktu maka peneliti akan menyerahkan kuesioner dan mem-follow up kembali setelah 3-4 hari.
- f. Peneliti mengumpulkan kuesioner dan memeriksa kelengkapan data, apabila ada data yang kurang lengkap maka akan di lengkapi pada saat itu juga.
- g. Peneliti menganalisis data dengan menggunakan uji deskriptif dan uji regresi linear berganda (*bimary logistic regresion*)
- h. Peneliti menyusun laporan penelitian dan menyerahkan kepada RSUD HAMBATA Batang Hari.

G. Analisa Data

1. Analisa Univariat

Menurut Sugiyono (2018) Analisis Univariat adalah analisis yang dilakukan untuk mendapatkan gambaran dari distribusi frekuensi variabel independen dan dependen. Analisis ini menggambarkan berapa besar presentasi dari masing-masing variabel. Penyajian data berupa tabel distribusi frekuensi dan data kategori. Variabel yang dideskripsikan pada penelitian ini adalah karakteristik responden seperti : jenis kelamin, usia, masa kerja, pendidikan, dan status kepegawaian. Variabel selanjutnya yaitu tentang kepemimpinan, pengetahuan, sikap, motivasi, komunikasi dan juga budaya keselamatan pasien yang dilakukan perawat di ruangan.

2. Analisis Bivariat

Analisa ini untuk menganalisa faktor keselamatan pasien (Kepemimpinan, Pengetahuan, sikap, motivasi dan komunikasi) terhadap budaya keselamatan pasien di instalasi rawat inap RSUD HAMBAL. Uji statistik yang di gunakan adalah *uji regresi linear berganda*. Uji ini di gunakan untuk menganalisa hubungan faktor Pasien safety (manajemen keperawatan) dengan Budaya keselamatan pasien. Tingkat kemaknaan yang digunakan dirancang sebesar $p \leq 0,05$. Bila hasil uji $p \leq 0,05$ maka H_a diterima, artinya ada hubungan yang antara faktor keselamatan pasien dengan budaya keselamatan pasien. Korelasi dikatakan memiliki hubungan bermakna yaitu semakin baik faktor keselamatan yang dimiliki maka akan semakin baik pula Budaya keselamatan pasien yang diberikan. Bila $p > 0,05$ maka H_0 diterima artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel yang diukur. Seluruh pengukuran data statistik dilakukan dengan software komputer yaitu SPSS (*Software Product and Service Solution*).

3. Analisis Multivariat

Penelitian ini dilanjutkan dengan analisis multivariat dengan menggunakan uji *binary logistic regression*. Tujuan analisis multivariat untuk melihat hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (Hastono, 2020). Analisis multivariat yang akan dilakukan pada penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan variabel independen (faktor keselamatan

pasien yang paling berhubungan dengan variabel dependen (budaya keselamatan pasien dengan melihat nilai $p \leq 0,25$).

Analisis statistik yang akan digunakan yaitu *regresi logistik*. Analisis *Regresi logistic* merupakan suatu model matematis yang dapat digunakan untuk mengetahui bentuk hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen kateogori yang bersifat dikotom atau *binary* (Luknis & Hastono, 2019). Penelitian analisis regresi logistik dilakukan untuk melihat variabel apakah sebagai faktor dominan yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien yang dirawat diruangan instalasi rawat inap RSUD HAMBATA Batang Hari. Adapun tahap analisis pemodelan regresi logistik adalah sebagai berikut

- a. Melakukan analisis bivariat, kemudian melakukan seleksi variabel-variabel yang mempunyai nilai α , 0,25 masuk ke model multivariate.
- b. Melakukan pemodelan variabel utama yang nilai tertinggi besar dari 0,05 dikeluarkan satu persatu dan selisih OR antara pertama dengan kedua $> 10\%$ variabel tersebut masuk kembali ke model.
- c. Setelah variabel utama terakhir dari permodelan lalu dicari variabel yang lebih dominan, kemudian baru *uji confounding* selanjutnya, sebelum pemodelan terakhir.
- d. Penilaian terakhir keluar variabel yang paling dominan OR yang tertinggi setelah dikontrol dengan variabel *confounding*

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik Responden

Tabel 5.1
Karakteristik Responden

No.	Karakteristik Responden		
		<i>F</i>	%
1.	Jenis Kelamin		
	a. Laki-Laki	32	32,3
	b. Perempuan	67	67,7
	Jumlah	99	100,0
2.	Umur		
	a. 20-30 Tahun	19	19,2
	b. 31-40 Tahun	56	56,6
	c. 41-50 Tahun	24	24,2
	Jumlah	99	100,0
3.	Masa Kerja		
	a. 1-3 Tahun	8	8,2
	b. >3-5 Tahun	54	54,5
	c. >5 Tahun	37	37,4
	Jumlah	99	100,0
4.	Pendidikan		
	a. DIII Keperawatan	26	26,3
	b. S1 Keperawatan	53	53,5
	c. Ners	20	20,2
	Jumlah	99	100,0

Berdasarkan Tabel 5.1 menunjukkan karakteristik responden,

berdasarkan jenis kelamin didapatkan bahwa rata-rata responden yang paling banyak berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 67 (67,7%), sedangkan berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 32 (32,3%). Berdasarkan rentang umur, didapatkan umur terbanyak yaitu pada umur 31-40 tahun yaitu sebanyak 56 (56,6%), umur 41-50 tahun yaitu sebanyak 24 (24,2%), sedangkan pada umur 20-30 tahun yaitu sebanyak 19 (19,2%).

Adapun berdasarkan masa kerja yang paling banyak >3-5 tahun yaitu sebanyak 54 (54,5%), pada masa kerja > 5 tahun yaitu sebanyak 37 (37,4%), sedangkan pada masa kerja 1-3 tahun sebanyak 8 (8,1%). Berdasarkan pendidikan didapatkan bahwa pendidikan terbanyak pada S1 Keperawatan yaitu sebanyak 53 (53,5%), pada pendidikan DIII Keperawatan yaitu sebanyak 26 (26,3), sedangkan pada pendidikan Ners yaitu sebanyak 20 (20,2%).

B. Hasil Penelitian

1. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi dari setiap variable. Pada penelitian ini analisis univariat yaitu untuk mengetahui distribusi faktor kepemimpinan, pengetahuan, sikap, motivasi, komunikasi dengan budaya implementasi Keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024. Distribusi frekuensi masing-masing variable dapat dilihat pada table berikut ini:

- a. Diketahui karakteristik kepemimpinan perawat di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Tabel 5.2
Karakteristik Kepemimpinan Perawat Di Ruang Rawat Inap
RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari
Tahun 2024

Kepemimpinan	F	%
Kurang Suportif	32	32,3
Suportif	67	67,7
Total	99	100,0

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa dari 99 responden didapatkan bahwa 67 responden (67,7%) dengan kepemimpinan suportif.

- b. Diketahui karakteristik pengetahuan perawat di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Tabel 5.3
Karakteristik Pengetahuan Perawat Di Ruang Rawat Inap
RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari
Tahun 2024

Pengetahuan	F	%
Cukup	30	30,3
Baik	69	69,7
Total	99	100,0

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa dari 99 responden didapatkan bahwa 69 responden (69,7%) responden berpengetahuan baik.

- c. Diketahui karakteristik sikap perawat di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Tabel 5.4
Karakteristik Sikap Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD
Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari
Tahun 2024

Sikap	F	%
Negatif	33	33,3
Positif	66	66,7
Total	99	100,0

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa dari 99 responden didapatkan bahwa sebanyak 66 responden (66,7%) responden dengan sikap positif.

- d. Diketahui karakteristik motivasi perawat di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Tabel 5.5
Karakteristik Motivasi Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024

Motivasi	F	%
Ekstrinsik	35	35,4
Intrinsik	64	64,6
Total	99	100,0

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa dari 99 responden didapatkan bahwa responden dengan motivasi intrinsik sebanyak 64 responden (64,6%).

- e. Diketahui karakteristik komunikasi perawat di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Tabel 5.6
Karakteristik Komunikasi Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024

Komunikasi	F	%
Kurang Komunikatif	30	30,3
Komunikatif	69	69,7
Total	99	100,0

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui bahwa dari 99 responden didapatkan bahwa sebanyak 69 responden (69,7%) dengan komunikatif

- f. Diketahui karakteristik budaya implementasi keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Tabel 5.7
Karakteristik Budaya Implementasi Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024

Budaya Implementasi Keselamatan Pasien	F	%
Lemah	33	33,3
Kuat	66	66,7
Total	99	100,0

Berdasarkan tabel 5.7 dapat diketahui bahwa dari 99 responden didapatkan bahwa sebagian besar responden dengan budaya implementasi keselamatan pasien kuat yaitu sebanyak 66 responden (66,7%).

2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan variable independen dan dependen. Analisis dalam penelitian ini menggunakan uji statistic *chi square* dengan tingkat kepercayaan (CI) 95%, apabila nilai p value diperoleh kecil dari 0,05 maka terdapat hubungan yang bermakna. Hubungan yang akan dicari adalah hubungan kepemimpinan, pengetahuan, sikap, motivasi, komunikasi dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.

- a. Diketahui hubungan Karakteristik Kepemimpinan dengan budaya implementasi Keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Tabel 5.8
Hubungan Karakteristik Kepemimpinan Dengan Budaya
Implementasi Keselamatan Pasien RSUD Haji
Abdoel Madjid Batoe Batang Hari
Tahun 2024

Kepemimpinan	Budaya Implementasi Keselamatan Pasien				Jumlah		P
	Lemah		Kuat				
	F	%	F	%	F	%	
Kurang Suportif	16	15,2	16	15,2	32	32,3	0,028
Suportif	17	17,2	50	50,5	67	67,7	
Jumlah	33	33,3	66	66,7	99	100,0	

Berdasarkan tabel 5.8 dapat diketahui bahwa dari 99 responden didapatkan hasil 50 responden (50,5%) dengan kepemimpinan perawat suportif dan budaya implementasi keselamatan pasien kuat, sedangkan kepemimpinan perawat kurang suportif dan budaya implementasi keselamatan pasien lemah sebanyak 16 responden (15,2%). Hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,028$ ($p<0,05$) yang berarti terdapat hubungan Karakteristik Kepemimpinan dengan budaya implementasi Keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.

- b. Diketahui hubungan Karakteristik pengetahuan dengan budaya implementasi Keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Tabel 5.9
Hubungan Karakteristik Pengetahuan Dengan Budaya
Implementasi Keselamatan Pasien RSUD Haji
Abdoel Madjid Batoe Batang Hari
Tahun 2024

Pengetahuan	Budaya Implementasi Keselamatan Pasien				Jumlah		P
	Lamah		Kuat				
	F	%	F	%	F	%	
Cukup	18	18,2	12	12,1	30	30,3	0,001
Baik	15	15,2	54	54,5	69	69,7	
Jumlah	33	33,3	66	66,7	99	100,0	

Berdasarkan tabel 5.9 dapat diketahui bahwa dari 99 responden didapatkan hasil 54 responden (54,5%) dengan pengetahuan perawat baik dan budaya implementasi keselamatan pasien kuat, sedangkan pengetahuan perawat cukup dan budaya implementasi keselamatan pasien lemah sebanyak 18 responden (18,2%). Hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,001$ ($p<0,05$) yang berarti terdapat hubungan karakteristik pengetahuan dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.

- c. Diketahui hubungan karakteristik sikap dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Tabel 5.10
Hubungan Karakteristik Sikap Dengan Budaya Implementasi
Keselamatan Pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang
Hari Tahun 2024

Sikap	Budaya Implementasi Keselamatan Pasien				Jumlah		P
	Lemah		Kuat				
	F	%	F	%	F	%	
Nagtif	17	17,2	16	16,2	33	33,3	0,013
Positif	16	16,2	50	50,5	66	66,7	
Jumlah	33	33,3	66	66,7	99	100,0	

Berdasarkan tabel 5.10 dapat diketahui bahwa dari 99 responden didapatkan hasil 50 responden (50,5%) dengan sikap perawat positif dan budaya implementasi keselamatan pasien kuat, sedangkan sikap perawat negatif dan budaya implementasi keselamatan pasien lemah sebanyak 17 responden (17,2%). Hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,013$ ($p<0,05$) yang berarti terdapat hubungan karakteristik sikap dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.

- d. Diketahui hubungan karakteristik motivasi dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Tabel 5.11
Hubungan Karakteristik Motivasi Dengan Budaya
Implementasi Keselamatan Pasien RSUD Haji
Abdoel Madjid Batoe Batang Hari
Tahun 2024

Motivasi	Budaya Implementasi Keselamatan Pasien				Jumlah		P
	lemah		Kuat				
	F	%	F	%	F	%	
Ekstrinsik	5	5,1	30	30,3	35	35,4	0,006
Intrinsik	28	28,3	36	36,4	64	64,6	
Jumlah	33	33,3	66	66,7	99	100,0	

Berdasarkan tabel 5.11 dapat diketahui bahwa dari 99 responden didapatkan hasil 36 responden (36,4%) dengan motivasi perawat intrinsik dan budaya implementasi keselamatan pasien kuat, sedangkan motivasi perawat ekstrinsik dan budaya implementasi keselamatan pasien lemah sebanyak 5 responden (5,1%). Hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,006$ ($p<0,05$) yang berarti terdapat hubungan karakteristik motivasi dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.

- e. Diketahui hubungan karakteristik komunikasi dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Tabel 5.12
Hubungan Karakteristik Komunikasi Dengan Budaya
Implementasi Keselamatan Pasien RSUD Haji
Abdoel Madjid Batoe Batang Hari
Tahun 2024

Komunikasi	Budaya Implementasi Keselamatan Pasien				Jumlah		P
	Lemah		Kuat				
	F	%	F	%	F	%	
Kurang Komunikatif	17	17,2	13	13,1	30	30,3	0,003
Komunikatif	16	16,2	53	53,5	69	69,7	
Jumlah	33	33,3	66	66,7	99	100,0	

Berdasarkan tabel 5.12 dapat diketahui bahwa dari 99 responden didapatkan hasil 53 responden (53,5%) dengan komunikasi perawat kurang komunikatif dan budaya implementasi keselamatan pasien kuat, sedangkan komunikasi perawat komunikatif dan budaya implementasi keselamatan pasien lemah sebanyak 17 responden (17,2%). Hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,003$ ($p<0,05$) yang berarti terdapat hubungan karakteristik komunikasi dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.

3. Analisa Multivariat

Analisis multivariat adalah melihat dan menganalisis dari faktor yang ada mengenai faktor determinan yang berpengaruh dimana analisis multivariat ini dilakukan dengan mengolah data menggunakan analisis *Regresi Logistik Binari* yang terdapat dalam system step dan Uji interaksi

Covariat masing masing variable yang tidak diikutkan dalam faktor yang dianggap tidak diperlukan lagi yang mana analisis ini yaitu diketahui analisisnya faktor yang berhubungan dengan budaya implementasi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024 dapat dilihat sebagai berikut :

1. Seleksi Bivariat

Pada tahap ini, uji *regresi logistic* dengan metode *Enter* software secara otomatis akan memasukkan semua variable yang terseleksi untuk dimasukan ke dalam multivariat. Kelayakan variabel ditentukan dengan tingkat signifikansi (sig) atau $p\text{-value} < 0,25$. Secara bertahap variable yang tidak berpengaruh akan dikeluarkan dari analisis, proses akan berhenti sampai tidak ada lagi variabel yang dapat dikeluarkan dari analisis. Urutan kekuatan dari variabel-variabel yang berhubungan dilihat dari besarnya nilai OR, semakin besar nilai OR semakin kuat hubungannya terhadap variabel dependen yang dianalisis.

Diketahui analisisnya faktor yang berhubungan dengan budaya implementasi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Tabel 5.13
Analisisnya Faktor Yang Berhubungan Dengan Budaya
Implementasi Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit
Umum Daerah Haji Abdoel Madjid
Batoe Batang Hari Tahun 2024

No	Variabel	P-value	Nilai
1	Kepemimpinan	0,045	<0.05 Dilanjutkan
2	Pengetahuan	0,000	<0.05 Dilanjutkan
3	Sikap	0,067	>0.05 Dibuang
4	Motivasi	0,137	>0.05 Dibuang
5	Komunikasi	0,017	<0.05 Dilanjutkan

Berdasarkan tabel 5.13 menunjukkan hasil analisis seleksi bivariat dari 5 variabel dengan melihat variable yang nilai *p-value* < 0,05 sehingga variabel yang masuk kedalam pemodelan multivariat untuk faktor yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024 adalah kepemimpinan, pengetahuan sikap dan komunikasi, sedangkan variabel yang dibuang yaitu variable yang nilai *p-valuenya* ≥ 0.05 yaitu Sikap dan Motivasi.

2. Seleksi Covariat (Uji Interaksi)

Tabel 5.14
Distribusi Frekuensi Uji Interaksi Variable Yang Paling
Dominan Dalam Budaya Keselamatan Pasien
Di RSUD HAMBATA Batang Hari
Tahun 2024

No	Variabel	P-value	Nilai
1	Kepemimpinan	0,045	<0.05
2	Pengetahuan	0,000	<0.05
3	Komunikasi	0,017	<0.05

Berdasarkan table 5.14 hasil analisis multivariat faktor yang paling dominan budaya implementasi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun

2024. Didapatkan hasil pengetahuan perawat dengan budaya implementasi keselamatan pasien yaitu $p=0,000 (<0,05)$.

.

BAB VI

PEMBAHASAN PENELITIAN

A. Analisa Univariat

1. Diketahui karakteristik kepemimpinan perawat di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Berdasarkan hasil penelitian bahwa dari 99 responden didapatkan bahwa sebagian besar responden dengan kepemimpinan suportif yaitu sebanyak 67 responden (67,7%).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Karlien B dkk pada tahun penelitian (2022) dengan judul penelitian yaitu “Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Putri Hijau Medan”. Didapatkan hasil penelitian bahwa sebagian besar 111 responden (90,2%) dengan kepemimpinan perawat suportif.

Perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan. Seseorang dikatakan perawat profesional jika memiliki ilmu pengetahuan, ketrampilan keperawatan profesional serta memiliki sikap profesional sesuai kode etik profesi (Zuliani et.al., 2023).

Kepemimpinan merupakan suatu kemampuan seseorang untuk mempengaruhi orang lain. Pada sebuah organisasi, peran seorang pemimpin terlihat pada kemampuan seorang pemimpin untuk

berkomunikasi dalam mempengaruhi orang lain untuk mencapai tujuan organisasi. Untuk dapat mencapai hal tersebut, seorang pemimpin diharapkan mampu menjadi pembangkit semangat, pemberi motivasi, fasilitator untuk saling berkomunikasi dan pendamping sehingga dapat sebagai contoh oleh bawahan untuk bekerja.

Peneliti berasumsi bahwa Kepemimpinan suportif adalah gaya kepemimpinan yang ditandai dengan perilaku pemimpin yang: memberikan dukungan emosional maupun instruksional, mendengarkan kebutuhan staf, menciptakan komunikasi terbuka, mendorong pelaporan insiden tanpa hukuman (*non-punitive response*), memberikan umpan balik dan penghargaan atas praktik aman. Tingginya persentase kepemimpinan suportif dalam penelitian ini menunjukkan bahwa staf merasa didukung dalam menjalankan tugas terkait keselamatan pasien. Kondisi ini berkontribusi positif terhadap peningkatan pelaporan insiden, kepatuhan terhadap standar prosedur operasional (SPO), serta peningkatan kolaborasi antarprofesi.

Kepemimpinan suportif adalah gaya kepemimpinan yang ditandai dengan perilaku pemimpin yang: memberikan dukungan emosional maupun instruksional, mendengarkan kebutuhan staf, menciptakan komunikasi terbuka, mendorong pelaporan insiden tanpa hukuman (*non-punitive response*), memberikan umpan balik dan penghargaan atas praktik aman.

Budaya keselamatan pasien di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh kualitas kepemimpinan. Ketika pemimpin menerapkan pendekatan

suportif, beberapa dampak positif yang dapat terjadi antara lain: Meningkatkan Kesadaran Keselamatan: Staf lebih berani mengungkapkan masalah keselamatan tanpa takut disalahkan, Peningkatan Komunikasi Efektif: Hubungan kerja menjadi lebih terbuka dan kolaboratif, Peningkatan Kepatuhan terhadap protokol pencegahan infeksi, identifikasi pasien, dan proses klinis lainnya, Lingkungan Kerja yang Positif: Menurunkan stres kerja sehingga kesalahan dapat diminimalkan.

Tingginya kepemimpinan suportif juga menunjukkan bahwa rumah sakit telah menerapkan sebagian prinsip *Just Culture* dan *High Reliability Organization (HRO)*, di mana pemimpin berfokus pada pembelajaran dari kesalahan, bukan pada pemberian hukuman. Hal ini mendukung implementasi enam sasaran keselamatan pasien dan program PPI yang efektif.

Hasil ini memiliki beberapa implikasi penting bagi manajemen rumah sakit:

1. Penguatan Pelatihan Kepemimpinan

Rumah sakit perlu memberikan pelatihan berkelanjutan tentang: *just culture*, komunikasi efektif, manajemen risiko, supervisi klinis.

2. Penguatan Sistem Pelaporan Insiden

Pemimpin harus memastikan sistem pelaporan mudah, rahasia, dan tidak menghukum.

3. Optimalisasi Keterlibatan Pemimpin

Pemimpin perlu terlibat dalam *safety rounding*, audit PPI, pemantauan kepatuhan SOP, dan briefing keselamatan.

4. Program Penghargaan dan Umpan Balik

Reward baik individu maupun unit dapat meningkatkan motivasi untuk mempertahankan praktik keselamatan.

2. Diketahui karakteristik pengetahuan perawat di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Berdasarkan hasil penelitian bahwa dari 99 responden didapatkan bahwa sebagian besar responden dengan pengetahuan baik yaitu sebanyak 69 responden (69,7%).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Karlien B dkk pada tahun penelitian (2022) dengan judul penelitian yaitu “Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Putri Hijau Medan”. Didapatkan hasil penelitian bahwa sebagian besar 68 responden (55,3%) dengan pengetahuan perawat baik.

Tugas perawat dalam menjalankan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan ini, dapat dilakukan sesuai dengan tahapan dalam proses keperawatan. Tugas perawat ini disepakati dalam lokakarya tahun 1983, yang berdasarkan tugas dan tanggung jawab perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai berikut : menyampaikan perhatian dan rasa hormat pada klien, jika perawat terpaksa menunda pelayanan maka perawat bersedia memberikan penjelasan dengan ramah kepada kliennya, menunjukkan kepada klien sikap menghargai yang ditunjukkan dengan perilaku perawat, berbicara dengan klien yang berorientasi pada perasaan klien bukan pada kepentingan dan keinginan

perawat, tidak mendiskusikan klien lain didepan pasien dengan maksud menghina, menerima sikap kritis klien dan mencoba memahami klien dalam sudut pandang klien (Budiono & Pertami, 2015). Pengetahuan juga sangat penting dalam manajemen keperawatan dimana pengetahuan merupakan suatu yang diketahui perawata melalui panca indra dalam memenuhi kebutuhan akan keselamatan pasiennnya sejak pasie masuk sampai pasien akan pulang (Anwar 2020).

Peneliti berasumsi bahwa yang paling banyak didapatkan pada responden dengan pengetahuan perawat baik, karakteristik pengetahuan perawat bersifat terkini dan berbasis bukti, Pengetahuan yang baik merupakan salah satu faktor fundamental dalam membentuk perilaku aman dan mendukung terciptanya budaya keselamatan pasien (patient safety culture) yang kuat.

Pengetahuan tentang keselamatan pasien mencakup pemahaman mengenai: enam sasaran keselamatan pasien (SKP), prosedur identifikasi pasien, pencegahan infeksi (PPI), komunikasi efektif (ISBAR), pemeriksaan obat berisiko tinggi, pelaporan insiden keselamatan pasien, upaya mencegah pasien jatuh, penggunaan alat medis secara aman.

Pengetahuan yang baik berarti responden bukan hanya memahami teori, tetapi juga mengetahui pentingnya penerapan konsep tersebut dalam praktik klinik.

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat beberapa rekomendasi untuk memperkuat budaya keselamatan pasien, pertama penguatan pendidikan dan pelatihan seperti pelatihan keselamatan pasien wajib dilakukan secara

berkala dan simulasi insiden dan pelatihan PPI harus terus diperbarui. Kedua peningkatan supervisi klinis yaitu pemimpin unit perlu memastikan setiap staf memiliki pengetahuan yang cukup sebelum diberi tanggung jawab klinik tertentu. Ketiga penyediaan media edukasi seperti poster SKP, SOP, video edukasi, dan briefing keselamatan perlu dipertahankan dan diperbanyak. Keempat yaitu membangun lingkungan pembelajaran; rumah sakit perlu mendorong diskusi insiden sebagai pembelajaran bersama, bukan untuk menyalahkan individu.

Secara keseluruhan, penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki pengetahuan baik tentang keselamatan pasien, yang berkontribusi signifikan terhadap terbentuknya budaya keselamatan yang positif di rumah sakit. Pengetahuan yang baik meningkatkan kepatuhan terhadap SOP, mengurangi risiko kesalahan, memperkuat komunikasi, dan mendorong pelaporan insiden. Meskipun demikian, peningkatan pendidikan, pelatihan, dan supervisi tetap diperlukan untuk menyempurnakan budaya keselamatan pasien secara menyeluruh.

3. Diketahui karakteristik sikap perawat di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Berdasarkan hasil penelitian bahwa dari 99 responden didapatkan bahwa sebagian besar responden dengan sikap positif yaitu sebanyak 66 responden (66,7%).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Handayani A dkk pada tahun penelitian (2025) dengan judul penelitian yaitu “Analisis Faktor yang Mempengaruhi Penerapan Sasaran

Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Tentara TK IV 01.07.01 Pematangsiantar”. Didapatkan hasil penelitian bahwa sebagian besar 52 responden (72,2%) dengan sikap perawat positif.

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan (Susanto A.H.W et.al., 2023). Sikap merupakan keinginan seseorang dalam bertindak dalam melakukan keselamatan pasien dimana keinginan tersebut di dorong oleh hati yang luhur dalam melakukan fungsi manajemen sehingga sikap akan tampak dan terlahir dari seorang perawat dalam memenuhi kebutuhan pasiennnya agar budaya keselamatan pasien dapat dipenuhi (Wiyono 2020).

Peneliti berasumsi bahwa yang paling banyak didapatkan pada responden dengan sikap perawat baik, karakteristik sikap perawat mencakup empati, kejujuran, integritas, komunikasi efektif, kemampuan berpikir kritis dan memecahkan masalah, kesabaran, serta dedikasi profesional untuk terus belajar dan mengembangkan diri. Sikap positif menggambarkan penerimaan, dukungan, dan kesiapan individu untuk mengutamakan keselamatan dalam setiap tindakan. Hal ini menjadi komponen penting yang memengaruhi munculnya perilaku aman dan keberhasilan penerapan budaya keselamatan pasien.

Sikap positif terhadap keselamatan pasien mencakup beberapa aspek, seperti: kemauan untuk mematuhi SOP, kesadaran untuk mencegah kesalahan, kesiapan melaporkan insiden, keterbukaan dalam komunikasi,

kepedulian terhadap kondisi pasien, tanggung jawab terhadap standar keselamatan. Responden yang memiliki sikap positif menunjukkan bahwa mereka tidak hanya memahami keselamatan pasien sebagai aturan, tetapi sebagai nilai penting yang harus dijaga dalam praktik sehari-hari

Berdasarkan hasil penelitian beberapa rekomendasi berdasarkan hasil ini antara lain: Pertama penguatan program pembinaan sikap (*Attitude Building*) rumah sakit dapat melakukan: workshop komunikasi efektif, pelatihan keselamatan pasien, simulasi insiden untuk memperkuat sikap keselamatan. Kedua supervisi dan monitoring konsisten yaitu pemimpin ruangan perlu memberikan contoh nyata dan pembinaan rutin untuk memastikan sikap positif tetap dipertahankan di seluruh unit. Ketiga membangun lingkungan kerja yang mendukung seperti lingkungan yang aman, tanpa saling menyalahkan (*just culture*), akan membentuk sikap positif yang berkelanjutan. Keempat penguatan reward dan apresiasi dengan memberikan penghargaan kepada staf yang konsisten mempraktikkan keselamatan pasien dapat memperkuat sikap positif.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki sikap positif terhadap keselamatan pasien. Sikap positif terbukti berperan besar dalam pembentukan budaya keselamatan pasien yang kuat, terutama dalam meningkatkan kepatuhan terhadap SOP, memperbaiki komunikasi, mendorong pelaporan insiden, dan mengurangi risiko kesalahan dalam pelayanan. Meskipun demikian, peningkatan pelatihan, pembinaan, dan supervisi tetap diperlukan untuk memastikan sikap keselamatan terjaga secara merata di semua unit.

4. Diketahui karakteristik motivasi perawat di ruang rawat inap RSUD

Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Berdasarkan hasil penelitian bahwa dari 99 responden didapatkan bahwa sebagian besar responden dengan motivasi intrinsik yaitu sebanyak 64 responden (64,6%).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Handayani A dkk pada tahun penelitian (2025) dengan judul penelitian yaitu “Analisis Faktor yang Mempengaruhi Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Tentara TK IV 01.07.01 Pematangsiantar”. Didapatkan hasil penelitian bahwa sebagian besar 60 responden (55,6%) dengan motivasi perawat intrinsik.

Teori keperawatan merupakan sekelompok konsep yang menjelaskan tentang suatu proses, peristiwa atau kejadian mengenai keperawatan yang didasari oleh fakta-fakta yang telah diobservasi. Teori keperawatan biasanya banyak digunakan untuk menyusun atau membuat suatu model konsep dalam keperawatan. Selain itu, karena model praktek keperawatan mengandung hal-hal dasar seperti keyakinan dan nilai-nilai yang menjadi dasar sebuah model. Untuk itu, dianggap sangat perlu untuk memiliki dan mempelajari mengenai teori dan model keperawatan yang telah ada karena dianggap sangat dibutuhkan oleh perawat untuk jadi acuannya (Munandar A et.al, 2023)

Motivasi berbentuk dari sikap (*attitude*) seseorang pegawai dalam menghadapi situasi (*situation*). Motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan dari pegawai yang terarah untuk mencapai tujuan

organisasi (tujuan kerja). Motivasi juga dapat mendorong diri seorang pegawai untuk berusaha mencapai prestasi kerja yang maksimal. Sikap mental seorang pegawai harus sikap mental yang siap secara psikofisik (siap secara mental, fisik, tujuan dan situasi) artinya seorang pegawai harus siap mental maupun secara fisik dan memahami tujuan utama dan target kerja yang akan dicapai dan mampu memanfaatkan dan menciptakan situasi kerja.

Peneliti berasumsi bahwa yang paling banyak didapatkan pada responden dengan motivasi perawat baik, karakteristik motivasi perawat mencakup motivasi intrinsik seperti keinginan membantu pasien dan pengembangan diri, serta motivasi ekstrinsik seperti penghargaan, gaji yang memuaskan, dan kondisi kerja yang baik. Motivasi ini muncul dari faktor internal seperti empati dan kejujuran, serta faktor eksternal yang mendukung, yang mendorong perawat untuk memberikan pelayanan terbaik dan mengembangkan kompetensi profesionalnya. Motivasi intrinsik adalah dorongan dari dalam diri individu untuk melakukan suatu tindakan karena merasa tugas tersebut penting, bermakna, dan memberikan kepuasan pribadi. Dalam konteks keselamatan pasien, motivasi intrinsik mencakup keinginan tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan terbaik, mencegah kesalahan, mengutamakan keselamatan, dan bertanggung jawab terhadap pasien tanpa mengharapkan imbalan eksternal.

Tingginya motivasi intrinsik dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain: nilai-nilai profesional dalam keperawatan atau tenaga

kesehatan, rasa tanggung jawab terhadap pasien, lingkungan kerja yang mendukung, kepemimpinan suportif, pengalaman kerja yang menumbuhkan kesadaran keselamatan, budaya organisasi yang positif. Namun, 35,4% responden memiliki motivasi intrinsik yang belum optimal, menunjukkan perlunya intervensi seperti peningkatan supervisi, pelatihan keselamatan pasien, dan pemberian penguatan (*reinforcement*).

Berdasarkan hasil penelitian beberapa rekomendasi berdasarkan hasil ini antara lain: Pertama Penguatan Lingkungan Kerja yang Memotivasi rumah sakit perlu membangun lingkungan kerja yang mendukung motivasi intrinsik melalui: komunikasi yang baik, budaya saling menghargai, supervisi yang konstruktif, suasana kerja yang aman dan nyaman. Kedua pengembangan program penguatan motivasi seperti pelatihan yang menekankan pentingnya keselamatan pasien dapat meningkatkan makna intrinsik terhadap pekerjaan. Ketiga implementasi pendekatan *Just Culture* budaya tanpa saling menyalahkan memudahkan staf tetap termotivasi, nyaman melapor, dan merasa dihargai. Keempat pemberian penghargaan dan umpan balik positif penghargaan nonmateri seperti pengakuan, apresiasi, dan umpan balik positif terbukti meningkatkan motivasi intrinsik.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki motivasi intrinsik tinggi, sehingga berkontribusi signifikan terhadap pembentukan budaya keselamatan pasien yang positif di rumah sakit. Motivasi intrinsik memengaruhi kepatuhan terhadap SOP, kemampuan mencegah risiko, kelancaran komunikasi, dan keberanian

melaporkan insiden. Meski demikian, peran rumah sakit dalam memperkuat motivasi intrinsik tetap penting agar budaya keselamatan dapat terjaga dan meningkat secara konsisten

5. Diketahui karakteristik komunikasi perawat di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Berdasarkan hasil penelitian bahwa dari 99 responden didapatkan bahwa sebagian besar responden dengan komunikatif yaitu sebanyak 69 responden (69,7%).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Irwanti F dkk pada tahun penelitian (2022) dengan judul penelitian yaitu “Hubungan Komunikasi Efektif dengan Pelaksanaan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi”. Didapatkan hasil penelitian bahwa sebagian besar 36 responden (52,2%) dengan komunikatif.

Perawat merupakan seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan yang memenuhi syarat, serta berwenang dinegeri bersangkutan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang bertanggung jawab untuk meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit, dan pelayanan penderita sakit (Budiono & Pertami, 2015).

Beberapa ahli menyebutkan tentang batasan karakteristik dari ilmu keperawatan. Menurut Torrest menegaskan terdapat lima karakteristik dasar teori keperawatan: teori keperawatan mengidentifikasikan dan mendefinisikan sebagai hubungan yang spesifik dari konsep-konsep keperawatan seperti hubungan antara konsep manusia, konsep sehat-sakit,

konsep lingkungan dan keperawatan, teori keperawatan bersifat ilmiah, artinya teori keperawatan digunakan dengan alasan atau rasional yang jelas dan dikembangkan dengan menggunakan cara berpikir yang logis. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum, artinya teori keperawatan dapat digunakan pada masalah sederhana maupun masalah kesehatan yang kompleks sesuai dengan situasi praktek keperawatan. Teori keperawatan berperan dalam memperkaya *body of knowledge* keperawatan yang dilakukan melalui penelitian. Teori keperawatan menjadi pedoman dan berperan dalam memperbaiki kualitas praktek keperawatan (Munandar A et.al., 2023).

Komunikasi merupakan salah satu faktor dalam memenuhi budaya keselamatan pasien yang mana komunikasi merupakan sesuatu proses penyampaian pesan-pesan atau lambang-lambang dari perawat kepada pasien atau klien dalam melakukan informasi keselamatan pasien sehingga pasien menjadi aman dan nyaman dan budaya inilah yang akan dilihat di rumah sakit agar budaya keselamatan pasien dapat terlaksana dengan baik (Purwanto 2020).

Peneliti berasumsi bahwa yang paling banyak didapatkan pada responden dengan komunikasi perawat baik, karakteristik komunikasi perawat berpusat pada komunikasi terapeutik yang meliputi keikhlasan, empati, kehangatan, kejujuran, dan kemampuan untuk menerima klien apa adanya. Perawat harus menjaga komunikasi yang jelas dan efektif, baik verbal maupun non-verbal, dengan sikap positif, sensitivitas terhadap

perasaan pasien, serta menciptakan suasana aman dan terbuka untuk membangun hubungan terapeutik yang membantu proses penyembuhan.

Dalam keselamatan pasien, komunikasi yang baik mencakup:, komunikasi antar perawat dan dokter, komunikasi dengan pasien dan keluarga, dokumentasi yang jelas dan tepat waktu, penggunaan *tools* komunikasi (misalnya: ISBAR, *check back*, *repeat back*), penyampaian instruksi yang akurat, keterbukaan dalam menyampaikan masalah atau potensi risiko. Tenaga kesehatan yang komunikatif menunjukkan kemampuan menyampaikan informasi secara jelas, mendengarkan dengan aktif, serta memberikan respon yang tepat dan cepat.

Untuk memperkuat budaya keselamatan pasien, rumah sakit dapat melakukan: Pertama pelatihan dan refreshing komunikasi efektif seperti pelatihan rutin tentang; ISBAR, *check-back & read-back*, komunikasi saat *handover*, komunikasi pada kondisi kritis (*rapid response*). Kedua mengembangkan budaya transparansi karena rumah sakit perlu menciptakan iklim di mana staf merasa aman untuk menyampaikan: potensi bahaya, maksud tindakan, kesulitan klinik, insiden tanpa takut disalahkan. Ketiga monitoring evaluasi komunikasi dengan dilakukan melalui audit: dokumentasi, *handover*, kepatuhan SKP 2 (komunikasi efektif). Keempat penguatan kerja tim kegiatan *team building*, briefing harian, dan *rounding* keselamatan dapat meningkatkan komunikasi di unit.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kemampuan komunikasi yang baik, yang berperan penting dalam pembentukan budaya keselamatan pasien.

Komunikasi efektif berkontribusi dalam mencegah kesalahan, meningkatkan koordinasi tim, mendorong pelaporan insiden, dan memperbaiki kualitas pelayanan. Meski demikian, peningkatan pelatihan, supervisi, dan pembinaan tetap diperlukan agar komunikasi efektif dapat dipertahankan dan menjadi budaya yang konsisten di semua unit pelayanan.

6. Diketahui karakteristik budaya implementasi keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Berdasarkan hasil penelitian bahwa dari 99 responden didapatkan bahwa sebagian besar responden dengan budaya implementasi keselamatan pasien kuat yaitu sebanyak 66 responden (66,7%).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Karlien B dkk pada tahun penelitian (2022) dengan judul penelitian yaitu “Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Putri Hijau Medan”. Didapatkan hasil penelitian bahwa sebagian besar 106 responden (86,2%) dengan budaya implementasi keselamatan pasien kuat.

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman dalam upaya mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Kemnkes RI, 2019). (Salawati & Serikat, 2019). Keselamatan pasien (*Patient safety*) adalah prinsip dasar dari perawat kesehatan (WHO)

(Mulyana, 2019). Budaya keselamatan pasien adalah kegiatan yang dilakukan agar bertekad melakukan keselamatan pasien yang dilakukan dalam melihat, pelaksanaan implementasi keperawatan dalam ruangan (Siagin, 2020).

Menurut Asyiah dalam SNARS (2017), adapun hal-hal yang penting menuju budaya keselamatan yaitu sebagai berikut, staf RS mengetahui bahwa kegiatan operasional RS berisiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman. Regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut untuk mendapat hukuman bila membuat laporan tentang KTD dan KNC. Direktur RS mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.

Peneliti berasumsi bahwa yang paling banyak didapatkan pada responden dengan budaya implementasi keselamatan pasien baik, karakteristik budaya implementasi keselamatan pasien mencakup kepemimpinan yang berkomitmen, komunikasi terbuka dan kolaboratif, sistem pelaporan insiden yang tidak menghukum (*just culture*), kemauan untuk belajar dari kesalahan, keterlibatan dan pemberdayaan pasien, serta penekanan pada kerja tim dan saling menghargai. Budaya ini menciptakan lingkungan di mana staf kesehatan dan pasien merasa aman dan percaya untuk melaporkan masalah, belajar dari kejadian, dan bersama-sama meningkatkan mutu perawatan.

Meskipun sebagian besar responden berada pada kategori kuat, masih terdapat 33 responden (33,3%) yang menunjukkan budaya keselamatan pasien kategori sedang atau lemah. Hal ini menandakan bahwa: belum semua tenaga kesehatan terlibat secara penuh, komunikasi antar-profesi masih perlu ditingkatkan, masih perlu dilakukan edukasi berkelanjutan, lingkungan kerja belum sepenuhnya mendukung pelaporan insiden tanpa rasa takut. Rumah sakit dapat meningkatkan budaya keselamatan dengan: pelatihan keselamatan pasien secara periodik, penguatan kepemimpinan klinis, peningkatan budaya pelaporan non-punitive, penguatan monitoring implementasi enam sasaran keselamatan pasien.

Temuan bahwa 66,7% responden menunjukkan budaya implementasi keselamatan pasien yang kuat menggambarkan bahwa rumah sakit telah berhasil membangun fondasi sistem keselamatan yang baik. Namun, peningkatan tetap diperlukan, terutama pada aspek komunikasi, keterlibatan staf, dan penguatan pelaporan insiden. Budaya keselamatan pasien yang kuat ini dapat menjadi modal untuk mencapai pelayanan yang aman, efektif, dan berkualitas tinggi.

B. Analisa Bivariat

1. Diketahui hubungan Karakteristik Kepemimpinan dengan budaya implementasi Keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Berdasarkan hasil yang didapatkan bahwa dari 99 responden didapatkan hasil 50 responden (50,5%) dengan kepemimpinan perawat

suportif dan budaya implementasi keselamatan pasien kuat, sedangkan kepemimpinan perawat kurang suportif dan budaya implementasi keselamatan pasien lemah sebanyak 16 responden (15,2%). Hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,028$ ($p<0,05$) yang berarti terdapat hubungan Karakteristik Kepemimpinan dengan budaya implementasi Keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Karlien B dkk pada tahun penelitian (2022) dengan judul penelitian yaitu “Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Putri Hijau Medan”. Didapatkan hasil penelitian bahwa terdapat hubungan kepemimpinan perawat dengan budaya keselamatan pasien, dengan hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,001$ ($p<0,05$).

Budaya keselamatan pasien merupakan hal yang penting keselamatan pasien akan menurunkan *adverse event* (AE) sehingga akuntabilitas rumah sakit di mata pasien dan masyarakat akan meningkat. Budaya keselamatan pasien membantu organisasi mengembangkan *clinical governance*, organisasi dapat lebih menyadari kesalahan yang telah terjadi, menganalisis dan mencegah bahaya atau kesalahan yang akan terjadi, mengurangi komplikasi pasien, kesalahan berulang serta sumber daya yang diperlukan untuk mengatasi keluhan dan tuntutan (SB C Kanisius, 2021).

Keselamatan pasien juga sangat penting dilakukan dimana dalam

melakukan budaya keselamatan pasien di rumah sakit banyak faktor yang harus diperhatikan diantaranya faktor kepemimpinan, Faktor pengetahuan, faktor sikap, faktor motivasi, dan juga faktor komunikasi dalam melakukan budaya keselamatan pasien (Kenisius 2021).

Kepemimpinan adalah kemampuan seseorang untuk memengaruhi, mengarahkan, dan memotivasi individu atau kelompok agar bekerja sama dalam mencapai tujuan bersama. Dalam konteks pelayanan kesehatan, kepemimpinan berperan penting dalam menciptakan budaya keselamatan pasien melalui teladan, arahan, dan dukungan terhadap tenaga kesehatan (Northouse P.G, 2022). Kepemimpinan dan manajemen keperawatan merujuk pada peran profesional keperawatan yang mengarahkan staf keperawatan, mengawasi struktur organisasi proses medis, dan memimpin tim keperawatan dalam memberikan perawatan pasien (Anwar 2020).

Peneliti berasumsi bahwa terdapat hubungan karakteristik kepemimpinan dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024. Karakteristik kepemimpinan sangat erat hubungannya dengan budaya implementasi keselamatan karena pemimpin berperan sebagai panutan dan penentu arah dalam organisasi. Gaya kepemimpinan transformasional yang menginspirasi dan mendukung keterlibatan tim, misalnya, dapat menciptakan budaya keselamatan yang positif, mendorong perilaku aman, dan pada akhirnya mengurangi insiden keselamatan.

Kepemimpinan adalah komponen inti dalam pembentukan budaya keselamatan pasien. Pemimpin yang suportif yang pertama mendorong

pelaporan insiden. pemimpin yang tidak menghukum staf atas kesalahan atau *near miss* menciptakan suasana aman (*psychological safety*) sehingga budaya pelaporan meningkat. Kedua membangun komunikasi terbuka yaitu kepala ruangan yang suportif biasanya melakukan: *briefing* dan *debriefing*, diskusi kasus keselamatan, evaluasi proses klinis. Ini berkontribusi kuat terhadap budaya keselamatan. Ketiga memberikan contoh dalam kepatuhan SOP karena keteladanan pemimpin akan meningkatkan kepatuhan staf pada enam sasaran keselamatan pasien (identifikasi, komunikasi efektif, obat high-alert, operasi tepat sisi, pencegahan infeksi, risiko jatuh). Keempat memperkuat *teamwork* lintas profesi. Kerja tim adalah elemen penting keselamatan pasien. Kepemimpinan suportif memperbaiki kolaborasi antar perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya.

Implikasi praktis yang dapat dilakukan di RS Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari adalah pertama penguatan kemampuan kepemimpinan kepala ruangan dengan mengikuti pelatihan kepemimpinan suportif perlu dilakukan secara rutin. Kedua penerapan budaya *Just Culture* yaitu Fokus pada pembelajaran, bukan hukuman. Ketiga supervisi dan monitoring keselamatan pasien karena pemimpin perlu hadir secara langsung melalui *leadership walkrounds*. Keempat penguatan komunikasi tim Melalui *briefing*, *handover* yang efektif, dan diskusi keselamatan. Kelima peningkatan sistem pelaporan insiden agar staf merasa aman melaporkan segala temuan.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa kepemimpinan perawat memiliki hubungan signifikan dengan budaya implementasi keselamatan pasien di RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari, di mana kepemimpinan yang suportif menghasilkan budaya keselamatan yang lebih kuat. Kondisi ini menunjukkan bahwa kualitas kepemimpinan merupakan faktor kunci dalam keberhasilan pelaksanaan program keselamatan pasien secara berkelanjutan.

2. Diketahui hubungan Karakteristik pengetahuan dengan budaya implementasi Keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Berdasarkan hasil yang didapatkan bahwa dari 99 responden didapatkan hasil 54 responden (54,5%) dengan pengetahuan perawat baik dan budaya implementasi keselamatan pasien kuat, sedangkan pengetahuan perawat cukup dan budaya implementasi keselamatan pasien lemah sebanyak 18 responden (18,2%). Hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,001$ ($p<0,05$) yang berarti terdapat hubungan karakteristik pengetahuan dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Karlien B dkk pada tahun penelitian (2022) dengan judul penelitian yaitu “Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Putri Hijau Medan”. Didapatkan hasil penelitian bahwa terdapat hubungan pengetahuan perawat dengan budaya

keselamatan pasien, dengan hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,003$ ($p<0,05$)

Budaya keselamatan pasien pada dasarnya sudah dilakukan di sebagian besar rumah sakit, terutama melalui penerapan program *patient safety*, pembentukan komite mutu, serta penggunaan instrumen seperti *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) atau *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Namun, berbagai penelitian terbaru menunjukkan bahwa penerapan tersebut belum optimal dan masih parsial. Dimensi yang relatif sudah dilaksanakan dengan baik adalah kerja sama dalam unit (*teamwork within units*), komitmen pimpinan unit, serta kesadaran staf terhadap pentingnya keselamatan pasien. Sebaliknya, dimensi yang belum sepenuhnya dilakukan meliputi sistem pelaporan insiden, respon tidak menghukum terhadap kesalahan, komunikasi antar unit, dan dukungan penuh dari manajemen puncak. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa budaya keselamatan pasien memang telah dijalankan, tetapi masih terdapat kelemahan sehingga perlu peningkatan berkelanjutan (Carvalho R.E.F & Bates D.W, 2024).

Keselamatan pasien juga sangat penting dilakukan dimana dalam melakukan budaya keselamatan pasien di rumah sakit banyak faktor yang harus diperhatikan diantaranya faktor kepemimpinan, Faktor pengetahuan, faktor sikap, faktor motivasi, dan juga faktor komunikasi dalam melakukan budaya keselamatan pasien (Kenisius 2021). Pengetahuan juga sangat penting dalam manajemen keperawatan dimana pengetahuan merupakan suatu yang diketahui perawata melalaui panca indra dalam

memenuhi kebutuhan akan keselamatan pasiennnya sejak pasie masuk sampai pasien akan pulang (Anwar 2020).

Peneliti berasumsi bahwa terdapat hubungan karakteristik pengetahuan dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari. Pengetahuan berkorelasi positif dengan implementasi budaya keselamatan, artinya semakin baik pengetahuan seseorang tentang K3, semakin baik pula penerapan dan kepatuhannya terhadap prosedur keselamatan. Peningkatan pengetahuan, idealnya yang diperoleh melalui pengalaman dan pelatihan yang komprehensif, dapat menjadi strategi yang relevan untuk membentuk budaya keselamatan yang kuat.

Berdasarkan hasil ini, RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari. perlu memperkuat strategi peningkatan pengetahuan perawat melalui: pelatihan keselamatan pasien secara berkala, topik sasaran keselamatan pasien, PPI, pelaporan insiden, dan manajemen risiko, pembelajaran berbasis kasus (*case-based learning*) agar perawat memahami risiko dan langkah koreksi dengan lebih realistis. Peningkatan akses informasi seperti modul keselamatan pasien, SOP terbaru, dan pedoman PPI. Supervisi dan mentoring. Kepala ruangan perlu memastikan transfer pengetahuan berlangsung dalam praktik. Evaluasi pengetahuan secara rutin. Melalui pre-test, post-test, coaching, dan audit implementasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara pengetahuan perawat dan budaya implementasi keselamatan pasien

di RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari.. Perawat yang memiliki pengetahuan lebih baik cenderung menerapkan budaya keselamatan pasien secara lebih kuat dan konsisten. Oleh karena itu, peningkatan pengetahuan menjadi salah satu strategi paling penting untuk memperkuat keselamatan pasien di rumah sakit.

3. Diketahui hubungan karakteristik sikap dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Berdasarkan hasil yang didapatkan bahwa dari 99 responden didapatkan hasil 50 responden (50,5%) dengan sikap perawat positif dan budaya implementasi keselamatan pasien kuat, sedangkan sikap perawat negatif dan budaya implementasi keselamatan pasien lemah sebanyak 17 responden (17,2%). Hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,013$ ($p<0,05$) yang berarti terdapat hubungan karakteristik sikap dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Karlien B dkk pada tahun penelitian (2022) dengan judul penelitian yaitu “Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Putri Hijau Medan”. Didapatkan hasil penelitian bahwa terdapat hubungan sikap perawat dengan budaya keselamatan pasien, dengan hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,000$ ($p<0,05$)

Penerapan keselamatan pasien diharapkan dapat memungkinkan

perawat mencegah terjadinya kesalahan kepada pasien saat pemberian layanan kesehatan di rumah sakit. Hal tersebut dapat meningkatkan rasa aman dan nyaman pasien yang dirawat di rumah sakit. Pencegahan kesalahan yang akan terjadi tersebut juga dapat menurunkan biaya yang dikeluarkan pasien akibat perpanjangan masa rawat yang mungkin terjadi (Kaufman & McCughan, 2019). Pelayanan yang aman dan nyaman serta berbiaya rendah merupakan ciri dari perbaikan mutu pelayanan. Perbaikan mutu pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan memperkecil terjadinya kesalahan dalam pemberian layanan kesehatan. Penerapan budaya keselamatan pasien akan mendeteksi kesalahan yang akan dan telah terjadi (Fujita et al., 2019).

Keselamatan pasien juga sangat penting dilakukan dimana dalam melakukan budaya keselamatan pasien di rumah sakit banyak faktor yang harus diperhatikan diantaranya faktor kepemimpinan, Faktor pengetahuan, faktor sikap, faktor motivasi, dan juga faktor komunikasi dalam melakukan budaya keselamatan pasien (Kenisius 2021).

Sedangkan sikap merupakan keinginan seseorang dalam bertindak dalam melakukan keselamatan pasien dimana keinginan tersebut di dorong oleh hati yang luhur dalam melakukan fungsi manajemen sehingga sikap akan tampak dan terlahir dari seorang perawat dalam memenuhi kebutuhan pasiennya agar budaya keselamatan pasien dapat dipenuhi (Wiyono 2020).

Peneliti berasumsi bahwa terdapat hubungan karakteristik sikap dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel

Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024. Karakteristik sikap sangat erat hubungannya dengan budaya implementasi keselamatan karena sikap merupakan salah satu komponen utama dari budaya keselamatan, yang meliputi nilai, keyakinan, dan norma perilaku yang dianut organisasi. Sikap positif terhadap keselamatan, seperti kesadaran, fokus, dan kewaspadaan, berkorelasi kuat dengan penerapan praktik keselamatan yang baik, sehingga membentuk budaya keselamatan yang kuat dan efektif. Sebaliknya, sikap negatif seperti kecerobohan dan keegoisan justru menghambat pembentukan budaya keselamatan, yang pada akhirnya berdampak pada peningkatan risiko kecelakaan kerja.

Hasil penelitian menggambarkan sebagian besar responden memiliki sikap positif terhadap keselamatan pasien dan diikuti oleh budaya implementasi keselamatan pasien yang kuat, yaitu sebanyak 50 responden (50,5%). Sikap positif perawat akan berkontribusi terhadap terbentuknya budaya keselamatan pasien yang lebih baik di lingkungan rumah sakit. Yang akhirnya tercermin melalui kepedulian, kepatuhan terhadap standar prosedur operasional, serta kesiapan perawat dalam mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien.

Sebaliknya, terdapat 17 responden (17,2%) yang menunjukkan sikap negatif dan diikuti dengan budaya implementasi keselamatan pasien yang lemah. Kondisi ini mengisyaratkan bahwa sikap perawat yang kurang mendukung keselamatan pasien dapat berdampak langsung pada lemahnya budaya keselamatan di unit pelayanan. Sikap negatif dapat berhubungan dengan rendahnya motivasi, kurangnya pemahaman terhadap prosedur

keselamatan, atau beban kerja yang tinggi yang menyebabkan menurunnya kepatuhan.

Peneliti menyimpulkan bahwa sikap perawat memiliki peran penting dalam memperkuat budaya keselamatan pasien. Semakin positif sikap perawat, semakin besar kemungkinan budaya keselamatan diterapkan secara optimal di rumah sakit. Oleh karena itu, intervensi seperti pelatihan, supervisi, dan peningkatan komunikasi keselamatan sangat diperlukan untuk menjaga dan meningkatkan sikap positif perawat, sehingga budaya keselamatan pasien dapat berkelanjutan dan terus membaik.

4. Diketahui hubungan karakteristik motivasi dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Berdasarkan hasil yang didapatkan bahwa dari 99 responden didapatkan hasil 36 responden (36,4%) dengan motivasi perawat intrinsik dan budaya implementasi keselamatan pasien kuat, sedangkan motivasi perawat ekstrinsik dan budaya implementasi keselamatan pasien lemah sebanyak 5 responden (5,1%). Hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,006$ ($p<0,05$) yang berarti terdapat hubungan karakteristik motivasi dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Karlien B dkk pada tahun penelitian (2022) dengan judul penelitian yaitu “Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan

Pasien Di Rumah Sakit Putri Hijau Medan”. Didapatkan hasil penelitian bahwa terdapat hubungan motivasi perawat dengan budaya keselamatan pasien, dengan hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,000$ ($p<0,05$).

Upaya yang telah dilakukan di Indonesia antara lain terdapat pada salah satu pedoman yang dapat dilaksanakan oleh perawat berdasarkan PERMENKES No.1691/MENKES/PE/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit. Pedoman tersebut di antaranya berisi tentang enam sasaran keselamatan pasien yaitu ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi; pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; pengurangan risiko pasien jatuh. Lebih lanjut ditegaskan pada bab IV pasal 8 ayat 1 yang menyatakan bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien (Kemenkes RI, 2015).

Keselamatan pasien juga sangat penting dilakukan dimana dalam melakukan budaya keselamatan pasien di rumah sakit banyak faktor yang harus diperhatikan diantaranya faktor kepemimpinan, Faktor pengetahuan, faktor sikap, faktor motivasi, dan juga faktor komunikasi dalam melakukan budaya keselamatan pasien (Kenisius 2021).

Faktor motivasi merupakan suatu dorongan seseorang dalam memenuhi keinginannya apakah orang tersebut memiliki keinginan secara luas dalam melakukan budaya keselamatan atau orang tersebut akan melakukan keinginan yang sempit dalam melakukan kegiatan budaya

keselamatan pasien sehingga perawat dalam memiliki motivasi terbagi dalam *intrinsic* dan motivasi ekstrinsiknya sehingga keselamatan pasien akan segera terlaksanakan sebagai mana mestinya (Wiyono 2020).

Peneliti berasumsi bahwa terdapat hubungan karakteristik motivasi dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024. Hubungan antara karakteristik motivasi dan budaya implementasi keselamatan adalah positif dan kuat, di mana individu atau organisasi dengan motivasi tinggi cenderung memiliki budaya keselamatan yang lebih baik dan proaktif dalam menerapkan praktik keselamatan. Motivasi, baik intrinsik maupun ekstrinsik, mendorong karyawan untuk berperilaku aman dan melaporkan masalah, yang pada akhirnya membentuk budaya keselamatan yang positif dan mendukung.

Dari hasil penelitian sebanyak 36 responden (36,4%) memiliki motivasi *intrinsik* yang baik dan disertai dengan budaya implementasi keselamatan pasien yang kuat. Ini menunjukkan gambaran bahwa motivasi yang berasal dari dalam diri perawat, seperti rasa panggilan profesi, komitmen untuk memberikan pelayanan terbaik, serta kepuasan pribadi dalam menjalankan tugas, berperan penting dalam memperkuat penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Perawat dengan motivasi *intrinsik* cenderung memiliki kesadaran yang tinggi dalam menjalankan prosedur keselamatan, menjaga kewaspadaan terhadap risiko, dan mematuhi standar operasional secara konsisten tanpa harus menunggu pengawasan dari atasan.

Motivasi *intrinsik* juga berkaitan dengan perilaku proaktif, seperti aktif melaporkan insiden, melakukan *double-check* sebelum tindakan, serta menjaga komunikasi efektif dengan tim kesehatan lainnya. Dengan demikian, tingginya motivasi intrinsik dapat menjadi faktor pelindung yang memperkuat budaya keselamatan pasien dalam lingkungan pelayanan kesehatan.

Didapatkan ada 5 responden (5,1%) yang memiliki motivasi *ekstrinsik* dan menunjukkan budaya implementasi keselamatan pasien yang lemah. Motivasi *ekstrinsik* yang didominasi oleh faktor luar, seperti *insentif*, tekanan pekerjaan, atau sekadar memenuhi tuntutan atasan, cenderung tidak mampu mempertahankan perilaku keselamatan dalam jangka panjang. Perawat dengan motivasi *ekstrinsik* sering kali melakukan tindakan keselamatan pasien hanya ketika ada supervisi atau penilaian, sehingga konsistensinya rendah. Kondisi ini berdampak pada lemahnya budaya keselamatan, misalnya kurang patuh pada prosedur, rendahnya inisiatif melaporkan kejadian, serta kurangnya perhatian terhadap risiko klinis.

Temuan ini menegaskan bahwa motivasi *intrinsik* merupakan komponen penting dalam membentuk budaya keselamatan pasien yang kuat. Rumah sakit perlu mengupayakan strategi peningkatan motivasi *intrinsik*, seperti pelatihan berbasis kompetensi, pemberian umpan balik positif, pengembangan karir, penghargaan terhadap profesionalisme, serta penciptaan lingkungan kerja yang suportif. Intervensi ini tidak hanya

meningkatkan motivasi internal, tetapi juga memperkuat perilaku keselamatan pasien secara berkelanjutan.

Peneliti menyimpulkan bahwa tingginya motivasi intrinsik pada perawat berhubungan dengan kuatnya budaya implementasi keselamatan pasien. Diharapkan pengelolaan motivasi perawat melalui pendekatan yang berfokus pada nilai profesional dan komitmen internal sangat penting untuk meningkatkan mutu pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien.

5. Diketahui hubungan karakteristik komunikasi dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024

Berdasarkan hasil yang didapatkan bahwa dari 99 responden didapatkan hasil 53 responden (53,5%) dengan komunikasi perawat kurang komunikatif dan budaya implementasi keselamatan pasien kuat, sedangkan komunikasi perawat komunikatif dan budaya implementasi keselamatan pasien lemah sebanyak 17 responden (17,2%). Hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,003$ ($p<0,05$) yang berarti terdapat hubungan karakteristik komunikasi dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Karlien B dkk pada tahun penelitian (2022) dengan judul penelitian yaitu “Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Putri Hijau Medan”. Didapatkan hasil penelitian

bahwa terdapat hubungan komunikasi perawat dengan budaya keselamatan pasien, dengan hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,000$ ($p<0,05$).

Acuan ini di antaranya mewujudkan tujuan keselamatan pasien dan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden (Darliana, 2019). Keselamatan pasien juga sangat penting dilakukan dimana dalam melakukan budaya keselamatan pasien di rumah sakit banyak faktor yang harus diperhatikan diantaranya faktor kepemimpinan, Faktor pengetahuan, faktor sikap, faktor motivasi, dan juga faktor komunikasi dalam melakukan budaya keselamatan pasien (Kenisius 2021).

Keselamatan pasien juga sangat penting dilakukan dimana dalam melakukan budaya keselamatan pasien di rumah sakit banyak faktor yang harus diperhatikan diantaranya faktor kepemimpinan, Faktor pengetahuan, faktor sikap, faktor motivasi, dan juga faktor komunikasi dalam melakukan budaya keselamatan pasien (Kenisius 2021).

Sedangkan faktor Komunikasi merupakan salah satu faktor dalam memenuhi budaya keselamatan pasien yang mana komunikasi merupakan sesuatu proses penyampaian pesan pesan atau lambang lambang dari siperawat kepada si apsien nya atau klien nnya dalam melakukan informasi keselamatan pasien sehinnnga pasien menjadi aman dan yaman dan buadaya inilah yang akan dilihatkan di Ruanagn rumah sakit agar budaya keselamatan pasien dapat terlaksanan dengan baik (Purwanto 2020).

Peneliti berasumsi bahwa terdapat hubungan karakteristik komunikasi dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024. Karakteristik komunikasi yang baik secara signifikan membentuk dan memperkuat budaya implementasi keselamatan kerja dengan menciptakan kesadaran, mendorong perilaku aman, dan membangun lingkungan kerja yang mendukung. Komunikasi yang terbuka, jelas, konsisten, dan berkelanjutan meningkatkan pemahaman terhadap risiko, memfasilitasi pelaporan insiden, serta menciptakan rasa tanggung jawab bersama terhadap keselamatan di seluruh organisasi.

Hasil penelitian sebanyak 53 responden (53,5%) menunjukkan komunikasi perawat yang kurang komunikatif, namun berada dalam kelompok dengan budaya implementasi keselamatan pasien yang kuat. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun aspek komunikasi antar perawat maupun antara perawat dengan pasien belum optimal, budaya keselamatan pasien tetap dapat terbentuk melalui dukungan faktor-faktor lain dalam lingkungan kerja. Faktor tersebut dapat berupa sistem keselamatan yang telah berjalan dengan baik, kepatuhan terhadap standar prosedur operasional (SPO), adanya supervisi dari pimpinan, serta kebiasaan kerja yang telah terbangun dalam unit pelayanan. Dengan demikian, budaya keselamatan pasien dapat tetap terjaga meskipun komunikasi interpersonal belum maksimal.

Kondisi komunikasi yang kurang komunikatif tetap berpotensi menimbulkan risiko terjadinya misinformasi, terutama dalam pelaporan

kondisi pasien, serah terima (*handover*), dan koordinasi tindakan klinis. Jika dibiarkan, hal ini dapat menjadi hambatan dalam implementasi keselamatan pasien di masa mendatang. Oleh karena itu, meskipun budaya keselamatan pasien tampak kuat, peningkatan kualitas komunikasi tetap menjadi aspek penting yang perlu diperbaiki untuk menjaga keberlanjutan budaya keselamatan tersebut.

Sementara dari 17 responden (17,2%) yang memiliki komunikasi perawat yang komunikatif tetapi berada pada kelompok dengan budaya implementasi keselamatan pasien yang lemah. Temuan ini mengindikasikan bahwa komunikasi yang baik saja tidak cukup untuk menciptakan budaya keselamatan yang kuat jika tidak ditunjang oleh faktor pendukung lainnya, seperti komitmen manajemen, keterlibatan pimpinan, penyediaan sarana-prasarana keselamatan pasien, sistem pelaporan insiden yang efektif, serta kepatuhan perawat terhadap prosedur keselamatan. Artinya budaya keselamatan pasien merupakan hasil interaksi dari banyak elemen, dan komunikasi hanyalah salah satu bagiannya.

Peneliti menyimpulkan bahwa implementasi budaya keselamatan pasien membutuhkan pendekatan sistemik. Komunikasi yang baik perlu diintegrasikan dengan tata kelola keselamatan yang kuat, termasuk melalui pelatihan, peningkatan kesadaran, audit keselamatan, dan penerapan standar kerja yang konsisten. Upaya ini akan memastikan bahwa komunikasi efektif dapat berfungsi optimal dalam mendukung keseluruhan sistem keselamatan pasien.

Secara keseluruhan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa komunikasi perawat memiliki pengaruh terhadap budaya keselamatan pasien, tetapi bukan satu-satunya determinan yang bersifat dominan. Untuk menciptakan budaya keselamatan pasien yang kuat, diperlukan kombinasi komunikasi yang efektif, dukungan organisasi, kepemimpinan yang berorientasi pada keselamatan, serta kepatuhan terhadap praktik klinis yang aman. Dengan demikian, perbaikan sistem komunikasi, seperti penggunaan metode SBAR, *briefing-debriefing*, dan peningkatan kerja sama tim, tetap diperlukan untuk memperkuat budaya keselamatan pasien secara berkelanjutan.

C. Analisa Multivariat

Berdasarkan hasil analisis multivariat faktor yang paling dominan budaya implementasi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024. Didapatkan hasil pengetahuan perawat dengan budaya implementasi keselamatan pasien yaitu $p = 0,000$ ($<0,05$). Didapatkan hasil komunikasi perawat dengan budaya implementasi keselamatan pasien yaitu $p = 0,017$ ($<0,05$). Didapatkan hasil kepemimpinan perawat dengan budaya implementasi keselamatan pasien yaitu $p = 0,045$ ($<0,05$). Didapatkan hasil sikap perawat dengan budaya implementasi keselamatan pasien yaitu $p = 0,067$ ($>0,05$). Didapatkan hasil motivasi perawat dengan budaya implementasi keselamatan pasien yaitu $p = 0,137$ ($>0,05$). Adapun faktor yang paling dominan budaya implementasi keselamatan pasien adalah pengetahuan perawat dengan budaya implementasi keselamatan pasien yaitu $p = 0,000$ ($<0,05$).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Handayani A dkk pada tahun penelitian (2025) dengan judul penelitian yaitu “Analisis Faktor yang Mempengaruhi Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Tentara TK IV 01.07.01 Pematangsiantar”. Didapatkan hasil penelitian bahwa yang paling dominan Faktor yang Mempengaruhi Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien adalah pengetahuan perawat dengan hasil penelitian 0,000 ($<0,05$).

Tenaga kesehatan, khususnya perawat, memiliki peran penting dalam mengimplementasikan budaya keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit. Implementasi ini tercermin dalam perilaku sehari-hari seperti kepatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP), penggunaan komunikasi yang efektif saat memberikan asuhan, serta pelaporan insiden atau “*near miss*” tanpa rasa takut akan hukuman. Selain itu, kerja sama tim yang baik, sikap terbuka terhadap pembelajaran dari kesalahan, serta dukungan terhadap rekan kerja dalam menjaga mutu pelayanan menjadi wujud nyata penerapan budaya keselamatan. Perawat juga diharapkan menunjukkan sikap proaktif, misalnya dengan melakukan identifikasi risiko, memastikan keakuratan identitas pasien dan menjaga kerahasiaan data medis. Dengan keterlibatan aktif karyawan, budaya keselamatan pasien dapat terinternalisasi sehingga tercipta lingkungan pelayanan yang aman, berkualitas dan berorientasi pada pasien (Carvalho R.E.F & Bates D.W, 2024).

Keselamatan pasien juga sangat penting dilakukan dimana dalam melakukan budaya keselamatan pasien di rumah sakit banyak faktor yang harus diperhatikan diantaranya faktor kepemimpinan, Faktor pengetahuan, faktor

sikap, faktor motivasi, dan juga faktor komunikasi dalam melakukan budaya keselamatan pasien (Kenisius 2021).

Kepemimpinan adalah kemampuan seseorang untuk memengaruhi, mengarahkan, dan memotivasi individu atau kelompok agar bekerja sama dalam mencapai tujuan bersama. Dalam konteks pelayanan kesehatan, kepemimpinan berperan penting dalam menciptakan budaya keselamatan pasien melalui teladan, arahan, dan dukungan terhadap tenaga kesehatan (Northouse P.G, 2022). Kepemimpinan dan manajemen keperawatan merujuk pada peran profesional keperawatan yang mengarahkan staf keperawatan, mengawasi struktur organisasi proses medis, dan memimpin tim keperawatan dalam memberikan perawatan pasien. Pengetahuan juga sangat penting dalam manajemen keperawatan dimana pengetahuan merupakan suatu yang diketahui perawatan melalui panca indra dalam memenuhi kebutuhan akan keselamatan pasiennnya sejak pasien masuk sampai pasien akan pulang (Anwar 2020).

Sedangkan sikap merupakan keinginan seseorang dalam bertindak dalam melakukan keselamatan pasien dimana keinginan tersebut di dorong oleh hati yang luhur dalam melakukan fungsi manajemen sehingga sikap akan tampak dan terlahir dari seorang perawat dalam memenuhi kebutuhan pasiennnya agar budaya keselamatan pasien dapat dipenuhi. Faktor motivasi merupakan suatu dorongan seseorang dalam memenuhi keinginannya apakah orang tersebut memiliki keinginan secara luas dalam melakukakn budaya keselatan atau orang tersebut akan melakukan keinginan yang sempit dalam melakukan kegiatan budaya keselamatan pasien sehinnnga perawat dalam memiliki motivasi terbagi dalam intrinsic dan motivasi ekstrinsiknya sehingga

keselamatan pasien akan segera terlaksana sebagai mana mestinya (Wiyono 2020).

Sedangkan faktor Komunikasi merupakan salah satu faktor dalam memenuhi budaya keselamatan pasien yang mana komunikasi merupakan sesuatu proses penyampaian pesan-pesan atau lisan-lisan dari perawat kepada pasien atau klien dalam melakukan informasi keselamatan pasien sehingga pasien menjadi aman dan nyaman dan budaya inilah yang akan diterapkan di Rumah sakit agar budaya keselamatan pasien dapat terlaksana dengan baik (Purwanto 2020).

Peneliti berasumsi bahwa faktor yang paling dominan budaya implementasi keselamatan pasien adalah pengetahuan perawat dengan budaya implementasi keselamatan pasien. Pengetahuan perawat merupakan faktor penting dalam budaya implementasi keselamatan pasien, karena perawat adalah garis depan dalam pencegahan cedera dan peningkatan kualitas layanan. Peningkatan pengetahuan perawat melalui pelatihan dan seminar berkala sangat penting untuk meningkatkan wawasan dan penerapan budaya keselamatan demi meningkatkan kualitas pelayanan.

Hasil penelitian ini memiliki beberapa implikasi penting bagi pengembangan sistem keselamatan pasien di rumah sakit, pertama implikasi terhadap praktik keperawatan. Pengetahuan menjadi faktor dominan, sehingga peningkatan kompetensi perawat melalui pelatihan keselamatan pasien, *refreshment* SPO, dan peningkatan kemampuan pengambilan keputusan klinis menjadi sangat penting untuk memperkuat budaya keselamatan. Kedua, Implikasi terhadap manajemen rumah sakit; kepemimpinan yang efektif

terbukti berkontribusi terhadap budaya keselamatan pasien. Oleh karena itu, rumah sakit perlu memperkuat peran kepala ruangan, supervisor, dan manajer keperawatan dalam menciptakan lingkungan kerja yang aman dan mendukung pelaporan insiden tanpa hukuman (*just culture*). Ketiga implikasi terhadap sistem komunikasi, yang signifikan memengaruhi budaya keselamatan. Rumah sakit perlu memastikan penerapan strategi komunikasi standar seperti SBAR, *briefing–debriefing*, serta peningkatan koordinasi antarprofesi untuk menghindari miskomunikasi yang dapat menyebabkan insiden keselamatan. Keempat, implikasi terhadap kebijakan mutu dan keselamatan pasien, dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi keselamatan pasien sangat bergantung pada penguatan pengetahuan perawat. Oleh karena itu, rumah sakit perlu menjadikan peningkatan pengetahuan sebagai bagian dari kebijakan mutu dan keselamatan yang berkelanjutan.

BAB VII

PENUTUP PENELITIAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang berjudul analisis faktor yang berhubungan dengan budaya implementasi keselamatan pasien, pada Bulan Agustus 2025 yang dilakukan terhadap 99 responden di Rumah Sakit Umum Daerah H Abdoel Madjid Batoe Batang Hari, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Dari 99 responden didapatkan bahwa sebagian besar responden dengan kepemimpinan suportif yaitu sebanyak 67 responden (67,7%).
2. Dari 99 responden didapatkan bahwa sebagian besar responden dengan pengetahuan baik yaitu sebanyak 69 responden (69,7%).
3. Dari 99 responden didapatkan bahwa sebagian besar responden dengan sikap positif yaitu sebanyak 66 responden (66,7%).
4. Dari 99 responden didapatkan bahwa sebagian besar responden dengan motivasi intrinsik yaitu sebanyak 64 responden (64,6%).
5. Dari 99 responden didapatkan bahwa sebagian besar responden dengan komunikatif yaitu sebanyak 69 responden (69,7%).
6. Dari 99 responden didapatkan bahwa sebagian besar responden dengan budaya implementasi keselamatan pasien kuat yaitu sebanyak 66 responden (66,7%).

7. Terdapat hubungan Karakteristik Kepemimpinan dengan budaya implementasi Keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024, dengan hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,028$ ($p<0,05$).
8. Terdapat hubungan karakteristik pengetahuan dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024, dengan hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,001$ ($p<0,05$).
9. Terdapat hubungan karakteristik sikap dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024, dengan hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,013$ ($p<0,05$).
10. Terdapat hubungan karakteristik motivasi dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024, dengan hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,006$ ($p<0,05$).
11. Terdapat hubungan karakteristik komunikasi dengan budaya implementasi keselamatan pasien RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari tahun 2024, dengan hasil analisis *uji chi-square* diperoleh nilai $p=0,003$ ($p<0,05$).
12. Faktor yang paling dominan budaya implementasi keselamatan pasien adalah pengetahuan perawat dengan budaya implementasi keselamatan pasien yaitu $p = 0,000$ ($<0,05$) dan nilai Exp (B) 8,681.

B. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan menjadi bahan pertimbangan dalam upaya pembenahan metode pelayanan budaya keselamatan pasien keperawatan khususnya yang berhubungan dengan implementasi dalam meningkatkan asuhan keperawatan kepada klien.

- a. Meningkatkan pengetahuan perawat melalui pelatihan keselamatan pasien secara rutin, workshop, simulasi insiden keselamatan, serta sosialisasi standar prosedur operasional (SPO) terkait keselamatan pasien,
- b. Memperkuat sistem komunikasi efektif, seperti penerapan metode SBAR pada *handover*, *briefing-debriefing* sebelum dan sesudah tindakan, serta meningkatkan koordinasi lintas profesi,
- c. Memperkuat kepemimpinan keperawatan, terutama kepala ruangan dan supervisor, melalui pelatihan kepemimpinan transformasional agar mampu menciptakan lingkungan kerja yang aman, suportif, dan terbuka terhadap pelaporan insiden,
- d. Mendorong budaya pelaporan insiden tanpa hukuman (*just culture*) sehingga perawat lebih berani melaporkan insiden, *near-miss*, atau kondisi tidak aman tanpa rasa takut,
- e. Memperkuat sistem monitoring dan evaluasi keselamatan pasien, termasuk audit kepatuhan SPO, analisis akar masalah (*Root Cause Analysis*), dan umpan balik berkala kepada seluruh perawat.

2. Bagi Perawat

Diharapkan penelitian ini menjadi bahan masukan terhadap individu perawat untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien di ruangan sesuai dengan fungsi manajemen yang di susun oleh perawat dengan cara:

- a. Meningkatkan kompetensi diri melalui pelatihan, pendidikan berkelanjutan, dan mengikuti kegiatan ilmiah terkait keselamatan pasien.
- b. Menerapkan komunikasi efektif dalam setiap tindakan dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya.
- c. Mematuhi SPO keselamatan pasien dan meningkatkan kewaspadaan terhadap risiko klinis di area kerja masing-masing.
- d. Berpartisipasi aktif dalam pelaporan insiden dan melakukan tindakan pencegahan sesuai standar keselamatan pasien.

3. Bagi Penelitian Selanjutnya

- a. Menambahkan variabel lain seperti beban kerja, stres kerja, lingkungan fisik, budaya organisasi, atau ketersediaan sarana dan prasarana untuk memperkaya analisis.
- b. Menggunakan pendekatan *mixed methods* untuk mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam mengenai faktor-faktor yang memengaruhi budaya keselamatan pasien.
- c. Melakukan penelitian serupa di rumah sakit yang berbeda untuk memperkuat generalisasi hasil penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia F. (2018). hubungan quality of nursing work patient safety dengan kinerja perawat di RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten bangkalan.<https://doi.org/10.1098/rspb.2014.1396%0A>
- Asmaryadi, A., Pasinringi, S.A., Thamrin, Y., Muis M. (2020) *Influence of Patient Experience and Hospital Image on Patient Loyalty in Meloy Public Hospital of Sangatta, East Kutai Regency. J Med Sci.* 8(T2), 147-151
- Anwar, S. (2020). Manajemen Keperawatan: Teori dan Aplikasi dalam Praktik Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Kencana.
- Astuti, M. P., & Lopak, M. R. (2021). Hubungan Peran Ketua Tim dengan Kinerja Perawat Pelaksana dalam Pendokumentasian Keperawatan di Rumah Sakit Hikmah Makassar. *Jurnal Keperawatan Florence Nightingale*, 4(1).
- Carvalho R.E.F & Bates D.W. (2024). *Understanding the Concept of Patient Safety Culture. Journal of Nursing Care Quality*, 40(1).
- Darlina, D. (2019). *Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*
- Diah T & Pratiwi P.A. (2023). Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Penerapan *Patient Safety*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 12(1).
- Eliati & Susanti D. (2024). Hubungan Kepemimpinan Klinis Perawat Dengan Penerapan Budaya *Patient Safety*. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 6(1).
- Friandi, R., & Fatriona, E. (2023). hubungan pelaksanaan manajemen *patient safety* kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit dkt sungai penuh. *malahayati health student journal*, 3, 1879–1888.
- Groves P.S & Bunch J.L. (2018). *Middle-range theory of safety goal priming via safety culture communication*. *Nurs Inq*.
- Henniwati, & Eliza. (2020). Hubungan Motivasi Dengan Kinerja Perawat *patient safety* Di Ruang Rawat Inap Rsud Padang Pariaman. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*, 11(2), 123–140.
- Irwanti F, Guspianto, Wardiah R & Solida A. (2022). Hubungan Komunikasi Efektif dengan Pelaksanaan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi. *Jurnal Kesmas Jambi (JKMJ)*, 6(1).
- Jakri, Y & Timun, H. (2019). Hubungan Fungsi Kepala Ruangan Dengan pasien kewaspadaan Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Puskesmas Waelengga Kabupaten Manggarai Timur Tahun 2019. *Jurnal Wawasan Kesehatan*, 4(2), 56–66.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Permenkes 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien*. Jakarta: Kemenkes.
- Kenisius, K. (2021). *Faktor–Faktor yang Mempengaruhi Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Jakarta: Penerbit Kesehatan Indonesia

- Manuhutu, C. (2023). Hubungan Antara Motivasi dan Konsep patient safety Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Melakukan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Hative Passo Ambon. 0, 1–23.
- Mistri I. U., Badge A., Shahu S. (2023). *Enhancing Patient Safety Culture in Hospitals*. *Cureus*, 15(12): e51159. DOI: 10.7759/cureus.51159
- Mulat, T. C., & Hartaty, H. (2019). Pengaruh Peran Kepala Ruangan Terhadap Kinerja Perawat Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Diruang Rawat Inap. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2).
- Munandar A, Setyorini D, Cahyono I, Rahman I, Wahyuni F, Albyn F.D, Desnita R, Beni N.K, Hutomo P.M.W, Surya O.D, Putri H.T, Minarti, Handayaniingtyas D.A, Pratiwi S.M.N, Yolanda H, Utami K, Noorma N, Siswandi I, Hasanah N, Andini S.K.N, Marlinda, Fatriona E, Wiliyanarti F.P, Gultom B.A, Alfianto G.A, Oktaviani E, Arini T, Hajri Z, Candrawati K.A.S, Badi'ah A, Prabawati Y.C, Era P.D & Prawira R. *Falsafah Dan Teori Keperawatan*. Bandung CV. Media Sains Indonesia
- Northouse P.G. (2022). *Leadership: Theory and Practice (9th ed.)*. SAGE Publications.
- Pertiwi A.R, Sjaaf C.A, Andrianih & Oktamianti P. (2024). Peningkatan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Digitalisasi Di Rumah Sakit Pemerintah Di Jakarta. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 9(9).
- Ramos R, José M, Abos C & Silvia. (2024). *Patient Safety Culture: Nurses' Perspective in the Hospital Setting*. Healthcare
- Sapulette, B. J. (2022). *Studi Literatur Hubungan patient safety Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana*. <http://repository-kes.ukim.ac.id/id/eprint/99/>
- Sinum S.M, Garnida P.A & Kodyat G.A. (2024). Analisa Hubungan Sikap Motivasi dan Budaya Kerja Terhadap Pelaksanaan Patient Safety di IGD Rumah Sakit Islam Ar Rasyid Palembang. *Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSI)*, 8(1).
- Sugiyono, (2018). Metode Penelitian kuantitatif, kualitatif dan r&d. Bandung : Alfabeta
- Susanto A.H.W, Tondok B.S, Agustina N.A, Sutomo Y.S, Wulandari S.T, Siregar M, Rahmawati, Kusnaningsih A, Fanani A & Winarti R. (2023). *Konsep Keperawatan Dasar*. Lombok : Pustaka Lombok.
- Wiyono, B. B. (2020). *Motivasi dan Kinerja Sumber Daya Manusia dalam Organisasi*. Jakarta: Bumi Aksara
- Yusnilawati, & Mawarti, I. (2021). Analisis Pelaksanaan Fungsi Manajemen Kepala Ruangan Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Keberhasilan Layanan Keperawatan Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi Tahun 2021. *Jambi Medical Journal (JMJ)*, 10(2).
- Zuliani, Hariyanto S, Maria D, Urifah S.T.I, Sugiarto A, Muhsinah S, Marisi, D.L Juliani E.M & Kuswati A. (2023). *Keperawatan Profesional*. Yayasan Kita Menulis

Lampiran 1

GANCHART

GANT CHART PENELITIAN

NO	Kegiatan	BULAN																							
		Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1	Pengajuan judul dan pembuatan penelitian																								
2	Ujian Penelitian																								
3	Perbaikan Penelitian																								
4	Penelitian																								
5	Pengolahan Data																								
6	Konsul hasil penelitian																								
7	Ujian Tesis																								
8	Perbaikan Tesis																								
9	Batas akhir pengumpulan hard dan soft copy																								

Pembimbing I

Mengetahui

Pembimbing II

Bukittinggi, September 2025

Peneliti

(Prof. Dr. Ir. Novirman Jamarun, MSc)

(Asrul Fahmi, SKM, M.Kep)

(Zuharni)

Lampiran 2

Surat Rekomendasi Persetujuan Etik Penelitian

Lampiran 3

Surat Pengumpulan Data Awal Dari Kampus

Lampiran 4

Surat Izin Penelitian Dari Kampus

 UPN BUKITTINGGI	LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT UNIVERSITAS PRIMA NUSANTARA BUKITTINGGI
--	---

No : 712/UPNB/SP/8.NA/XI/2025	Bukittinggi, 22 September 2025
Lamp : -	
Hal : Izin Penelitian	

Kepada Yth.
Kepala DPMPTSP Batanghari
di
Tempat

Dengan Hormat,

Bersama ini kami sampaikan kepada Bapak/Ibu bahwa Mahasiswa dari Universitas Prima Nusantara Bukittinggi :

Nama	: Ns. Zuharni, S.Kep
NIM	: 211000414101010
Semester	: V
Program Studi	: Magister Keperawatan

Akan melakukan penelitian dengan judul *"Analisis Faktor Dominan Yang Berhubungan dengan Implementasi Budaya Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Batang Hari."*

Adapun tempat dan waktu penelitian Mahasiswa kami adalah:

Tempat	: RSUD Hamba Batang Hari
Waktu	: 22 September – 22 Oktober 2025

Demikianlah kami sampaikan, atas bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Kepala LP2M
Universitas Prima Nusantara Bukittinggi



Lady Wizia, S.Keb, Bd.M.Keb
NUPTK. 4953769670230352

Tembusan Kepada Yth:

1. Ketua Yayasan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi
2. Rektor Universitas Prima Nusantara Bukittinggi
3. Wakil Rektor I Bidang Akademik Universitas Prima Nusantara Bukittinggi
4. Dekan Fakultas Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Nusantara
5. Kepala Program Studi Magister Keperawatan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi

 http://upnb.ac.id  univ.pnb@gmail.com  +62 752 6218242  +62 752 32325
Jl. Kusuma Bhakti No. 99 Gulai Bancah - Bukittinggi, Sumatera Barat

Lampiran 5

Surat Balasan Izin Penelitian Dari DPMPTSP

 PEMERINTAH KABUPATEN BATANG HARI DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU Jalan Jenderal Sudirman Nomor 1, Muara Bulian, Batang Hari, Jambi 36813 Telepon (0743) 22558 Laman www.perizinan.batangharkab.go.id Pos-el dpmptsp@batangharkab.go.id	
SURAT IZIN PENELITIAN Nomor: 523210DPMPTSP/2025	
Membaca	Surat dari Universitas Prima Nusantara Sukit Tinggi Nomor : 712UPN/SPN/NAK/2025, Tanggal: 22 September 2025 perihal: Permohonan Izin Penelitian as : Ms. ZUHARNI S Kap
Mengingat	1. Undang-Undang: 18 Tahun 2002 Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi; 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian; 3. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara No. 40415; 4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 34 Tahun 2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu; 5. Peraturan Daerah Kabupaten Batang Hari Nomor 11 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Batang Hari Tahun 2016 Nomor 11); 6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2016 Tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian; 7. Peraturan Bupati Batang Hari Nomor 19 Tahun 2022 Tentang Pendayagunaan Kelembagaan Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Batang Hari; 8. Peraturan Bupati Batang Hari Nomor 45 tahun 2024 Tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Batang Hari Nomor 22 Tahun 2022 Tentang Standar Operasional Prosedur Pelayanan Perizinan dan Non Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Terintegrasi Secara Elektronik Online Single Submission Hari Hasil Approach di Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Batang Hari.
Memperhatikan	Menerima: Proposal yang bersangkutan Nama Pemohon : Ms. ZUHARNI S Kap Pekerjaan : Mahasiswa NIM : 221000414161019 Alamat : RT. 04 RW. 01 Kel.Desa Rengas Candong Kecamatan Muara Bulian
Untuk	Melaksanakan Riset dan Penelitian Tentang " ANALISIS FAKTOR DOMINAN YANG BERTHUBUNGAN DENGAN IMPLEMENTASI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD HAJI ABDOL MADJID BATON BATANG HARI "
Tempat Penelitian	Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdol Madjid Baton Batang Hari
Waktu	22 September 2025 s.d 22 October 2025
Dengan Ketentuan	1. Sebelum melakukan penelitian terlebih dahulu melapor kepada Pejabat Penerimaan setempat untuk mendapatkan petunjuk dan informasi tentang daerah yang bersangkutan; 2. Wajib mengisi ltr berlisensi dan memiliki ketentuan yang berlaku; 3. Tidak membolehkan melakukan penelitian yang tidak sesuai tidak ada kaitannya dengan maksud penelitian tersebut; 4. Apabila masa berlaku Surat Izin Penelitian ini sudah berakhir sedangkan Pelaksanaan Penelitian belum selesai untuk perpanjangannya harus diajukan Melalui Instansi Penelitian; 5. Melampirkan hasil Penelitian Kepada Bupati Batang Hari Cq Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) Kabupaten Batang Hari; 6. Surat Izin Penelitian ini dicabut apabila penyelenggara tidak mematuhi ketentuan-ketentuan tersebut diatas; 7. Bahwa segala sesuatunya akan diusahakan dan dipertanggung jawabkan kembali sebagaimana mestinya apabila dikemudian hari ternyata terdapat kesalahan dalam penetapan Surat Izin Penelitian ini.
Demikian untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.	
Dikeluarkan di : Muara Bulian Pada Tanggal : 22/09/2025 Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Batang Hari  Dr. HENRY JURNIAL MM Pembina Utama Madya NIP. 196006231920251006	
Terlampir: 4 Lembaran Kepala Pr- 1. Surat Bupati Batang Hari di Muara Bulian (setoran laporan) 2. Sur. Kepala UPDM Universitas Prima Nusantara Sukit Tinggi 3. SK. Direktur RSUD Haji Abdol Madjid Baton Batang Hari 4. Aneq	

Lampiran 6

Surat Keterangan Selesai Penelitian Dari RSUD

	PEMERINTAH KABUPATEN BATANG HARI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI ABDOEL MADJID BATOE Jl. Prof. dr. Sri Sudewi, SH – Muara Bulian, Batang Hari, Jambi 36613 Telp. (0743) 21043, Fax (0743) 21858 Laman : www.rsudhamba.batangharikab.go.id, Pos-el : rsudhamba@batangharikab.go.id
Muara Bulian, 09 Oktober 2025	
Nomor Surat : 802 / 1542 / RSUDHAMBA/2025	
Lampiran : -	
Perihal : <u>Surat Selesai Penelitian</u>	
Yth. Rektor Universitas Prima Nusantara Bukit Tinggi	
di - Bukit Tinggi	
Bersama ini kami sampaikan kepada Bapak /Ibu bahwa mahasiswi atas nama:	
Nama	: Ns.Zuharni,S.Kep
NIM	: 221000414101010
Program Studi	: Magister Keperawatan
Judul Penelitian	: "Analisis Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan Implementasi Budaya Keselamatan Pasien Di Instalasi Rawat Inap RSUD HAMBATA Batang Hari."
Telah selesai melaksanakan Riset dan Penelitian tersebut di RSUD Haji Abdoel Madjid Batoe Kabupaten Batang Hari.	
Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.	
A/n Direktur RSUD HAMBATA Kabupaten Batang Hari Kasi Pengembangan SDM,Diklat & Riset	
 Syafrianto, S.Kep., M.K.M NIP:198212242005011003	

Lampiran 7

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,
Responden penelitian

Di tempat
Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi Pascasarjana Prima Bukittinggi akan mengadakan penelitian :

Nama : Zuharni
NIM : 221000414101010
Alamat : Jl. Kusuma Bhakti No 99 Gulai Bancah Bukittinggi

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “**Analisis Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Diinstalasi Rawat Inap RSUD H Abdoel Madjid Batang Hari Tahun 2024**”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan saudara sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan digunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila saudara menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembaran persetujuan dan menjawab pertanyaan yang saya ajukan. Atas perhatian saudara sebagai responden saya ucapkan terimakasih.

Bukit Tinggi, September 2025

Peneliti

Zuharni

Lampiran 8

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Inisial :

Jenis kelamin :

Umur :

Alamat :

Saya menyatakan bersedia untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh saudara Zuharni, mahasiswa Universitas Prima Nusantara Bukittinggi dengan judul **“Analisis Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan Implementasi Budaya Keselamatan Pasien Di Diinstalasi Rawat Inap RSUD H Abdoel Madjid Batoe Batang Hari Tahun 2024”**.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap saya, sehingga segala informasi yang saya berikan adalah yang sebenarnya dan kerahasiaannya akan dijaga. Demikian persetujuan ini saya tanda tangani dengan suka rela tanpa ada paksaan pihak manapun.

Bulittinggi, 2025

Responden

(.....)

Lampiran 9

KUESIONER PENELITIAN

**ANALISIS FAKTOR DOMINAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN
IMPLEMENTASI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI DI
INSTLASI RAWAT INAP RSUD HAJI ABDOEL
MADJID BATOE BATANG HARI
TAHUN 2024**

Kuisisioner A

A. Karakteristik Responden

1. Nama Inisial :
2. Jenis kelamin : L / P
3. Usia :
 - a. 20-30 tahun
 - b. 31-40 tahun
 - c. 41-50 tahun
 - d. >50 tahun
4. Masa kerja :
 - a. 1-3 tahun
 - b. >3-5 tahun
 - c. >5 tahun
5. Pendidikan :
 - a. D-III Keperawatan
 - b. D-III Kebidanan
 - c. S-1 Keperawatan
 - d. Ners /S2 Keperawatan

B. Karakteristik Kepemimpinan

Berikan tanda (√) pada jawaban yang anda pilih

TP : Tidak Pernah
P : Pernah
KK : Kadang-Kadang
SR : Sering
SL : Selalu

No	Pernyataan	TP	P	KK	SR	SL
Perencanaan (<i>planning</i>)						
1	Dalam menjalankan implementasi perawat selalu diberikan Briefing sebelum melakukan keselamatan pasien					
2	Perawat telah menyusun rencana kegiatan asuhan keperawatan di ruang rawat inap setiap bulan sebelum melakukan keselamatan pasien					
3	Perawat telah menyusun rencana kegiatan asuhan keperawatan di ruang rawat inap setiap minggu sebelum melakukan keselamatan pasien					
4	Perawat telah menyusun rencana kegiatan asuhan keperawatan di ruang rawat inap setiap hari sebelum melakukan keselamatan pasien					
5	Perawat merencanakan metoda melakukan keselamatan pasien dalam penugasan perawat di ruang rawat inap					
6	Perawat merencanakan pelatihan melakukan keselamatan pasien bagi perawat di ruang rawat inap					

7	Perawat mengetahui kondisi ruangan sebelum melakukan keselamatan pasien dalam mengidentifikasi kebutuhan ruangan					
8	Perawat mengetahui pencapaian yang akan di targetkan dalam keselamatan pasien.					

Nursalam (2016, 2020) dan AHRQ (2019)

Kuisiner C

C. Pengetahuan Perawat tentang pasien safety

Berikan tanda (√) pada jawaban yang anda pilih

TDP = tidak pernah

JRG = jarang

KKD = kadang-kadang

SRG = sering

SLL = selalu

No	Pernyataan	Kategori				
		SLL	SRG	KKD	JRG	TDP
1	Pasien safety selalau perlu diwaspadai					
2	Sebelum melakukan tindakan keperawatan saya harus memikirkan keadaan pasien					
3	Pasien yang dilakukan tindakan selalau menggunakan alat proteksi					
4	Pasien safety erupakan suatu keselamatan agar pasien aman dan selamat					
5	Keselamatan pasien hal paling utama					
6	Saya memahami bahwa perlu kewaspadaan yang bak dalam menangai pasien					
7	Saya memahami tentang keselamatan pasien sebelum melakukan tindakan					
8	Pasien safety selalau harus dijaga dan					

Kemenkes & Nursalam 2020

Kuisiner D

D. Sikap perawat dalam terhadap pasien safety

Berikan tanda (√) pada jawaban yang anda pilih

TDP = tidak pernah

JRG = jarang

KKD = kadang-kadang

SRG = sering

SLL = selalu

No	Pernyataan	Kategori				
		SLL	SRG	KKD	JRG	TDP
1	Saya terlebih dahulu memikirkan keselamatan pasien					
2	Saya selalau waspada terhadap semua tindakan					
3	Saya harus memantau perkembangan pasien					
4	Saya harus mengutamakan keselamatan pasien					
5	Saya menjaga kenyamanan pasien di ruangan					
6	Saya memberikan kenyamanan sewaktu pasien membutuhkan pertolongan lanjut					
7	Saya menjaga fisik pasien agar jangan komplikasi					
8	Saya memberikan kewaspadaan pasien dari ruangan yang mengancam					
	Saya mendiskusikan kelanjutan pasien dengan team lain agar pasien selamat					
10	Saya memiliki rasa tanggung jawab yang banuyk terhadap pasien					

Kuisiioner E

E. Motivasi Perawat dalam pasien safety

Berikan tanda (√) pada jawaban yang anda pilih

TDP = tidak pernah

JRG = jarang

KKD = kadang-kadang

SRG = sering

SLL = selalu

No	Pernyataan	Kategori				
		SLL	SRG	KKD	JRG	TDP
1	Saya meng-inginkan agar pasien bisa ditolomng dengan selamat					
2	Saya menghendaki agar pasien diberikan perawatan yang aman					
3	Saya meng-inginkan agar pasien bisa nyaman di ruangan					
4	Saya menginginkan agar pasien yang dirawat diperhatikan sungguh2					
5	Saya berkeingina memonitor masalah pasien					
6	Saya akan melakukan apa apa yang dibutuhkan pasien					
7	Saya akan melakukan semua yang berhubungan dengan keselamatan pasien					
8	Keinginan saya agar pasien selamat dan aman					

F. Komunikasi Perawat dengan Pasien safety

Berikan tanda (√) pada jawaban yang anda pilih

- TDP = tidak pernah
 JRG = jarang
 KKD = kadang-kadang
 SRG = sering
 SLL = selalu

No	Uraian	TDP	JRG	KKD	SRG	SLL
1.	Melakukan pembicaraan dengan pasien tentang keselamatan pasien					
2.	Saya memberikan saran pada keluarga agar pasien bapak ibu dapat diberikan kenyamanan					
3.	Saya memberikan komunikasi yang baik setiap melakukan tindakan keselamatan					
4.	Saya membuat kondisi yang aman dan nyaman pada pasien agar bisa di waspadai					
5.	Saya menasehati bagi ada keluarga yang dapat memahami penyakit pasien agar jagan pasien terganggu					

Nursalam (2020)

Kuisisioner G

G. Budaya Implementasi Perawat pada Pasien safety

Berikan tanda (√) pada jawaban yang anda pilih

TDP = tidak pernah

JRG = jarang

KKD = kadang-kadang

SRG = sering

SLL = selalu

No	Pernyataan	Kategori				
		SLL	SRG	KKD	JRG	TDP
1	Implementasi tindakan keperawatan menggambarkan tindakan mandiri, kolaboratif, dan ketergantungan sesuai dengan rencana keperawatan dalam keselamatan pasien					
2	Implementasi tindakan keperawatan bersifat holistik dan menghargai hak-hak klien dalam keselamatan pasien					
3	Implementasi tindakan keperawatan melibatkan partisipasi aktif klien					
4	Observasi terhadap setiap respons klien setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam					

	keselamatan pasien					
5	Implementasi tindakan keperawatan bertujuan untuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan mekanisme koping dalam keselamatan pasien					
6	Implementasi tindakan keperawatan bersifat holistik dan menghargai hak-hak klien dalam keselamatan pasien					

Nursalam (2020)

Lampiran 9

KUESIONER PENELITIAN

Pertanyaan

Jawaban

Setelan

Bagian 1 dari 8

Kuisisioner Penelitian Zuharni

×

⋮

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)

Saya menyatakan bersedia untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh saudara Zuharni, mahasiswa Universitas Prima Nusantara Bukittinggi dengan judul **"Analisis Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Diinstalasi Rawat Inap RSUD H Abdoel Madjid Batoe Batanghari Tahun 2025"**.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap saya, sehingga segala informasi yang saya berikan adalah yang sebenarnya dan kerahasiaannya akan dijaga. Demikian persetujuan ini saya tanda tangani dengan suka rela tanpa ada paksaan pihak manapun.

Email *

Alamat email valid

Formulir ini mengumpulkan alamat email. [Ubah setelan](#)

Apakah saudara setuju menjadi responden pada penelitian ini? *

☐ Ya

☐ Tidak

Setelah bagian 1

Lanjutkan ke bagian berikut

Pertanyaan

Jawaban

99

Setelan

Bagian 2 dari 8

KUISIONER A

<

⋮

A. Karakteristik Responden

Nama Inisial *

Teks jawaban singkat

Jenis Kelamin *

☐ Laki laki

☐ Perempuan

Usia *

☐ 20-30 Tahun

☐ 31-40 Tahun

☐ 41-50 Tahun

☐ >50 Tahun

KUISIONER C

A. Pengetahuan Perawat tentang pasien safety

1. Pasien safety selalau perlu diwaspadai *

- ☐ Selalu
- ☐ Sering
- ☐ kadang kadang
- ☐ Jarang
- ☐ Tidak Pernah

2. Sebelum melakukan tindakan keperawatan saya harus memikirkan keadaan pasien *

- ☐ Selalu
- ☐ Sering
- ☐ kadang kadang
- ☐ Jarang
- ☐ Tidak Pernah

KUISIONER B

B. Karakteristik Kepemimpinan

Perencanaan (*planning*)

1. Dalam menjalankan implementasi perawat selalu diberikan Brefing sebelum melakukan keselamatan pasien *

- ☐ Tidak Pernah
- ☐ Pernah
- ☐ Kadang kadang
- ☐ Sering
- ☐ Selalu

2. Perawat telah menyusun rencana kegiatan asuhan keperawatan di ruang rawat inap setiap bulan sebelum melakukan keselamatan pasien *

- ☐ Tidak Pernah
- ☐ Pernah
- ☐ Kadang kadang

Bagian 6 dari 8

KUISIONER E

E. Motivasi Perawat dalam pasien safety

1. Saya meng-inginkan agar pasien bisa ditolomng dengan selamat *

- ☐ selalu
- ☐ sering
- ☐ kadang-kadang
- ☐ jarang
- ☐ tidak pernah

2. Saya menghendaki agar pasien diberikan perawatan yang aman *

- ☐ selalu
- ☐ sering
- ☐ kadang-kadang
- ☐

KUISIONER F

F. Komunikasi Perawat dengan Pasien safety

1. Melakukan pembicaraan dengan pasien tentang keselamatan pasien *

- ☐ tidak pernah
- ☐ jarang
- ☐ kadang-kadang
- ☐ sering
- ☐ selalu

2. Saya memberikan saran pada keluarga agar pasien bapak ibu dapat diberikan kenyamanan *

- ☐ tidak pernah
- ☐ jarang
- ☐ kadang-kadang
- ☐ sering
- ☐ selalu

Kuisisioner G



G. Budaya Implementasi Perawat pada Pasien safety

1. Implementasi tindakan keperawatan menggambarkan tindakan mandiri, kolaboratif, dan ketergantungan sesuai dengan rencana keperawatan dalam keselamatan pasien *

- ☐ selalu
- ☐ sering
- ☐ kadang-kadang
- ☐ jarang
- ☐ tidak pernah

2. Implementasi tindakan keperawatan bersifat holistik dan menghargai hak-hak klien dalam keselamatan pasien *

- ☐ selalu
- ☐ sering
- ☐ kadang-kadang
- ☐ .



Lampiran 10

MASTER TABEL PENELITIAN

ANALISIS FAKTOR DOMINAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN IMPLEMENTASI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI DI INSTLASI RAWAT INAP RSUD HAJI ABDOEL MADJID BATOE BATANG HARI TAHUN 2024

1	Ny. S	33	P	4 Tahun	SI Keperawatan	4	5	5	4	5	4	5	4	36	Supportif	5	5	5	4	4	5	4	37	Baik	4	4	4	3	3	3	3	4	3	34	Negatif	5	4	5	4	4	5	4	36	Intrinsik	5	4	4	5	4	22	Komunikatif	5	4	4	4	5	4	26	Kuat			
2	Ny. M	44	P	8 Tahun	Ners	4	5	4	5	4	5	4	5	36	Supportif	5	4	5	5	5	5	4	5	38	Baik	4	5	5	4	5	5	4	5	4	46	Positif	4	5	4	3	4	4	3	4	31	Ektrinsik	5	4	5	4	5	23	Komunikatif	4	4	5	4	4	5	26	Kuat	
3	Ny. U	32	P	5 Tahun	SI Keperawatan	5	4	5	4	5	5	5	4	37	Supportif	5	4	5	4	5	5	5	4	37	Baik	5	5	4	5	5	4	5	5	4	47	Positif	5	4	5	4	5	5	4	5	37	Intrinsik	4	4	5	5	4	22	Komunikatif	5	4	4	5	4	5	27	Kuat	
4	Tn. N	28	L	4 Tahun	SI Keperawatan	4	4	3	3	3	3	3	4	27	Kurang Supportif	3	4	3	4	3	4	4	3	28	Cukup	4	3	3	4	4	3	4	4	3	36	Negatif	4	5	5	4	5	4	5	37	Intrinsik	4	5	5	4	5	23	Komunikatif	5	4	4	5	4	4	26	Kuat		
5	Ny. P	39	P	2 Tahun	SI Keperawatan	4	5	4	5	4	5	4	5	36	Supportif	5	5	4	5	5	5	4	5	38	Baik	3	3	4	3	4	4	4	3	3	35	Negatif	5	4	5	4	5	4	5	4	36	Intrinsik	4	3	3	4	4	18	Kurang Komunikatif	5	4	4	5	4	5	27	Kuat	
6	Ny. A	31	P	4 Tahun	DIII Keperawatan	5	5	5	5	4	5	4	5	38	Supportif	4	4	5	4	5	5	5	5	37	Baik	5	4	4	4	5	5	4	5	5	46	Positif	5	4	3	4	5	3	4	4	32	Ektrinsik	5	4	4	5	5	23	Komunikatif	5	4	5	4	5	4	27	Kuat	
7	Tn. W	33	L	5 Tahun	Ners	4	4	3	4	4	4	3	4	30	Kurang Supportif	4	4	4	3	4	4	3	4	30	Cukup	4	3	4	3	5	4	4	3	4	38	Negatif	4	5	5	4	5	5	4	5	37	Intrinsik	4	5	5	4	4	22	Komunikatif	3	4	3	3	4	3	20	Lemah	
8	Tn. M	39	L	4 Tahun	SI Keperawatan	3	4	4	3	4	4	4	3	29	Kurang Supportif	5	5	5	4	5	4	4	5	37	Baik	4	4	3	4	5	4	4	4	4	40	Negatif	5	4	4	5	5	5	4	5	37	Intrinsik	5	4	4	5	4	22	Komunikatif	4	3	3	3	4	3	20	Lemah	
9	Ny. O	38	P	4 Tahun	DIII Keperawatan	5	5	5	5	4	5	4	5	38	Supportif	3	4	3	4	4	3	4	3	28	Cukup	3	3	4	4	5	4	3	4	4	38	Negatif	5	4	4	5	4	5	4	5	36	Intrinsik	5	4	5	4	4	22	Komunikatif	4	4	3	3	3	3	20	Lemah	
10	Tn. E	29	L	6 Tahun	SI Keperawatan	3	4	3	4	3	4	4	3	28	Kurang Supportif	3	4	4	3	4	4	3	4	29	Cukup	5	4	5	5	4	5	5	4	5	47	Positif	4	3	4	5	4	4	3	4	31	Ektrinsik	5	4	3	4	4	20	Kurang Komunikatif	5	4	4	4	5	4	26	Kuat	
11	Ny. H	48	P	5 Tahun	Ners	5	5	4	5	4	4	4	5	36	Supportif	5	4	4	5	5	5	4	5	37	Baik	5	4	5	4	5	4	5	4	5	46	Positif	5	4	5	4	4	5	4	5	36	Intrinsik	4	3	4	5	4	20	Kurang Komunikatif	4	5	5	4	4	5	27	Kuat	
12	Tn. R	33	L	5 Tahun	SI Keperawatan	4	3	4	3	4	4	4	3	29	Kurang Supportif	5	5	4	5	4	5	4	5	37	Baik	5	5	5	4	5	5	4	4	4	46	Positif	4	3	4	4	5	4	3	4	31	Ektrinsik	5	4	5	4	5	23	Komunikatif	4	4	3	3	4	4	22	Lemah	
13	Ny. E	32	P	8 Tahun	DIII Keperawatan	5	4	4	5	4	5	5	4	36	Supportif	5	5	5	5	5	5	5	5	40	Baik	4	4	4	3	4	5	4	4	4	40	Negatif	4	5	5	4	5	5	4	5	37	Intrinsik	5	5	5	4	5	24	Komunikatif	4	5	4	5	4	5	27	Kuat	
14	Ny. D	27	P	6 Tahun	SI Keperawatan	5	5	5	5	4	5	5	4	38	Supportif	4	3	4	4	3	3	3	3	4	28	Cukup	4	5	5	4	5	5	4	5	5	47	Positif	5	4	5	4	5	4	5	5	37	Intrinsik	4	4	5	4	5	22	Komunikatif	3	4	3	3	3	3	19	Lemah
15	Tn. S	34	L	6 Tahun	SI Keperawatan	4	3	3	4	3	4	4	4	29	Kurang Supportif	5	5	5	5	4	5	5	39	Baik	5	5	5	4	5	5	4	5	5	48	Positif	4	5	5	4	5	4	4	5	36	Intrinsik	4	4	3	3	4	18	Kurang Komunikatif	5	4	5	4	4	5	27	Kuat		
16	Ny. O	44	P	5 Tahun	Ners	4	5	4	5	4	5	5	4	36	Supportif	5	4	5	5	4	5	5	4	37	Baik	4	3	4	4	5	4	3	4	4	39	Negatif	5	4	5	4	5	5	4	5	37	Intrinsik	4	5	4	4	5	22	Komunikatif	4	5	4	5	4	5	27	Kuat	
17	Tn. D	33	L	4 Tahun	Ners	4	3	4	3	3	4	3	4	28	Kurang Supportif	5	5	5	5	4	5	5	39	Baik	3	4	5	4	3	4	5	5	4	41	Negatif	5	5	4	5	4	5	4	5	37	Intrinsik	4	3	4	5	4	20	Kurang Komunikatif	5	4	5	4	5	4	27	Kuat		
18	Ny. E	29	P	4 Tahun	DIII Keperawatan	5	5	4	5	4	5	4	5	37	Supportif	4	3	4	4	3	4	3	4	29	Cukup	5	5	4	5	5	4	5	5	4	47	Positif	4	4	4	5	5	4	5	4	35	Intrinsik	4	5	5	5	4	23	Komunikatif	4	3	3	3	3	4	20	Lemah	
19	Tn. K	32	L	2 Tahun	SI Keperawatan	4	3	3	4	3	4	3	4	28	Kurang Supportif	5	4	4	5	5	5	4	37	Baik	4	5	4	5	5	4	5	5	4	47	Positif	5	5	5	4	5	5	4	5	38	Intrinsik	4	4	5	4	5	22	Komunikatif	5	4	4	5	4	4	26	Kuat		
20	Tn. F	42	L	5 Tahun	Ners	4	4	4	3	4	3	3	4	29	Kurang Supportif	4	4	5	4	5	4	5	36	Baik	4	3	4	5	4	3	4	4	3	38	Negatif	4	5	4	5	4	5	4	4	35	Intrinsik	4	5	4	5	4	22	Komunikatif	4	3	3	4	3	4	21	Lemah		
21	Ny. E	36	P	6 Tahun	SI Keperawatan	4	4	5	4	5	5	4	5	36	Supportif	4	4	4	3	3	4	4	3	29	Cukup	5	4	5	5	5	5	4	5	48	Positif	4	4	5	4	5	4	5	5	36	Intrinsik	5	4	5	5	4	23	Komunikatif	4	5	4	4	4	5	26	Kuat		
22	Tn. S	26	L	4 Tahun	DIII Keperawatan	3	4	3	4	3	4	4	3	28	Kurang Supportif	5	5	4	5	5	5	5	39	Baik	4	5	5	4	5	5	4	5	5	47	Positif	5	5	5	5	5	4	5	39	Intrinsik	4	5	4	4	4	21	Kurang Komunikatif	5	4	4	5	4	5	27	Kuat			
23	Ny. P	33	P	5 Tahun	SI Keperawatan	5	5	4	5	5	5	4	4	37	Supportif	5	4	5	4	5	5	4	5	37	Baik	4	3	4	4	5	3	4	5	4	40	Negatif	5	4	4	5	4	5	5	4	36	Intrinsik	4	5	4	5	3	21	Kurang Komunikatif	5	4	5	4	5	4	27	Kuat	
24	Tn. M	38	L	4 Tahun	SI Keperawatan	4	3	4	4	3	4	4	3	29	Kurang Supportif	5	5	5	4	5	4	4	5	37	Baik	5	4	5	4	5	5	4	5	4	46	Positif	4	5	4	4	5	4	4	5	35	Intrinsik	4	5	4	4	5	22	Komunikatif	4	4	3	3	3	4	21	Lemah	
25	Ny. S	31	P	6 Tahun	Ners	4	5	4	4	5	5	4	5	36	Supportif	3	3	3	4	3	4	3	4	27	Cukup	4	4	5	4	5	5	4	5	4	45	Positif	4	3	4	5	4	4	3	4	31	Ektrinsik	5	4	5	5	4	23	Komunikatif	4	5	4	5	4	5	27	Kuat	

25	Nv. S	31	P	6 Tahun	Ners	4	5	4	4	5	5	4	5	36	Suportif	3	3	3	4	3	4	27	Cukup	4	4	5	4	5	5	4	45	Positif	4	3	4	5	4	4	3	31	Ektrinsik	5	4	5	5	4	23	Komunikatif	4	5	4	5	4	5	27	Kuat	
26	Tn. G	29	L	6 Tahun	SI Keperawatan	3	4	3	4	4	4	4	4	30	Kurang Suportif	5	4	5	4	5	4	5	37	Baik	4	3	3	4	4	5	4	38	Negatif	4	5	4	4	5	4	4	35	Intrinsik	4	5	4	3	4	20	Kurang Komunikastif	3	3	4	3	4	21	Lemah	
27	Nv. P	28	P	5 Tahun	DIII Keperawatan	5	4	5	4	5	5	4	4	36	Suportif	5	5	5	4	5	5	4	38	Baik	5	5	4	5	5	4	5	47	Positif	4	3	4	4	5	4	3	31	Ektrinsik	5	5	4	4	5	23	Komunikatif	5	5	4	5	5	29	Kuat	
28	Nv. R	37	P	4 Tahun	SI Keperawatan	5	5	5	5	5	5	5	5	40	Suportif	3	3	4	4	3	4	3	28	Cukup	5	5	5	4	5	5	4	48	Positif	4	5	4	5	4	4	3	31	Intrinsik	4	4	5	5	5	23	Komunikatif	5	5	4	5	4	28	Kuat	
29	Nv. L	48	P	8 Tahun	DIII Keperawatan	5	5	5	5	5	4	5	5	39	Suportif	4	4	3	4	4	3	3	29	Cukup	5	4	5	4	5	4	5	45	Positif	5	4	4	5	4	5	5	37	Intrinsik	5	4	5	4	4	22	Komunikatif	5	4	4	5	5	28	Kuat	
30	Nv. D	33	P	5 Tahun	SI Keperawatan	5	4	4	5	5	5	5	5	38	Suportif	5	4	5	5	5	4	5	38	Baik	5	5	4	5	5	4	5	47	Positif	4	5	4	4	5	4	5	35	Intrinsik	4	4	5	4	5	22	Komunikatif	4	4	5	4	5	26	Kuat	
31	Tn. B	32	L	6 Tahun	Ners	4	4	3	4	3	3	3	4	28	Kurang Suportif	3	4	3	4	4	3	4	29	Cukup	5	4	5	4	5	4	5	46	Positif	4	5	4	3	4	4	3	31	Ektrinsik	5	5	5	4	4	23	Komunikatif	5	4	5	4	5	28	Kuat	
32	Nv. H	42	P	5 Tahun	SI Keperawatan	4	5	5	4	5	4	5	5	37	Suportif	5	5	4	5	4	5	4	37	Baik	4	3	4	5	4	5	4	40	Negatif	3	4	4	5	4	3	4	5	32	Ektrinsik	5	5	5	5	5	25	Komunikatif	4	5	4	5	4	27	Kuat
33	Nv. M	31	P	6 Tahun	DIII Keperawatan	5	4	4	5	4	5	5	5	37	Suportif	5	5	4	5	5	4	5	37	Baik	5	4	5	4	5	5	4	46	Positif	4	4	5	4	5	4	5	36	Intrinsik	4	4	5	5	5	23	Komunikatif	5	5	4	5	5	29	Kuat	
34	Nv. E	29	P	6 Tahun	SI Keperawatan	5	4	5	5	4	4	5	5	37	Suportif	4	4	4	3	4	3	4	30	Cukup	4	4	5	4	5	5	4	45	Positif	4	3	4	5	4	4	3	31	Ektrinsik	4	4	5	4	5	22	Komunikatif	4	4	5	4	5	26	Kuat	
35	Nv. I	37	P	4 Tahun	SI Keperawatan	5	4	4	5	4	5	4	5	36	Suportif	4	5	5	4	5	4	5	37	Baik	4	4	5	4	5	5	4	45	Positif	5	4	3	4	4	5	4	3	32	Ektrinsik	5	4	4	5	5	23	Komunikatif	5	5	4	5	4	28	Kuat
36	Nv. P	44	P	8 Tahun	Ners	5	4	5	4	5	4	4	5	36	Suportif	5	5	4	5	5	4	5	38	Baik	5	5	5	4	5	5	4	48	Positif	5	4	4	5	4	5	4	35	Intrinsik	4	3	4	5	4	20	Kurang Komunikastif	4	4	4	3	3	22	Lemah	
37	Tn. J	39	L	4 Tahun	SI Keperawatan	3	4	3	4	3	4	4	3	28	Kurang Suportif	5	5	4	5	4	4	5	37	Baik	4	3	4	4	5	4	3	45	Negatif	4	4	4	5	4	5	4	35	Intrinsik	5	5	5	4	4	23	Komunikatif	5	4	4	5	4	27	Kuat	
38	Nv. D	42	P	2 Tahun	DIII Keperawatan	4	4	4	5	4	5	5	5	36	Suportif	5	4	5	5	4	5	5	38	Baik	5	4	4	5	4	5	5	46	Positif	5	4	5	5	4	5	5	38	Intrinsik	4	4	5	4	5	22	Komunikatif	5	4	5	4	5	27	Kuat	
39	Nv. P	29	P	6 Tahun	SI Keperawatan	5	5	4	5	4	5	4	4	36	Suportif	5	5	4	5	5	4	5	38	Baik	4	4	4	3	4	5	4	39	Negatif	4	4	4	5	4	5	4	35	Intrinsik	5	4	4	4	5	22	Komunikatif	5	4	4	5	5	28	Kuat	
40	Tn. N	37	L	7 Tahun	DIII Keperawatan	3	4	4	3	4	3	4	3	29	Kurang Suportif	5	5	5	5	5	5	40	Baik	5	5	4	5	4	5	4	46	Positif	5	4	5	4	5	4	4	36	Intrinsik	4	3	4	4	4	19	Kurang Komunikastif	3	3	4	3	4	21	Lemah		
41	Nv. J	33	P	6 Tahun	DIII Keperawatan	4	4	5	4	4	5	5	5	36	Suportif	5	4	5	4	5	5	5	38	Baik	3	4	5	4	3	4	5	49	Negatif	4	5	3	4	4	5	4	3	32	Ektrinsik	5	4	5	4	5	23	Komunikatif	4	5	4	4	5	27	Kuat
42	Nv. Y	44	P	9 Tahun	DIII Keperawatan	5	5	5	4	4	5	4	5	37	Suportif	3	4	3	4	3	4	4	29	Cukup	5	4	3	4	5	4	3	39	Negatif	4	4	5	4	5	4	5	36	Intrinsik	4	5	4	3	4	20	Kurang Komunikastif	3	4	4	3	3	21	Lemah	
43	Nv. T	32	P	5 Tahun	SI Keperawatan	5	5	4	5	5	4	5	4	37	Suportif	5	4	5	5	4	5	5	38	Baik	3	4	4	5	4	3	4	40	Negatif	4	3	4	5	4	3	4	4	31	Ektrinsik	5	4	5	4	5	23	Komunikatif	4	4	5	4	5	26	Kuat
44	Nv. I	37	P	7 Tahun	Ners	5	4	5	4	5	4	5	5	37	Suportif	4	5	5	4	5	4	5	37	Baik	5	4	4	5	4	5	5	45	Positif	4	4	5	4	5	4	5	35	Intrinsik	5	4	5	5	5	24	Komunikatif	4	5	5	4	5	27	Kuat	
45	Nv. R	28	P	5 Tahun	SI Keperawatan	5	5	5	4	5	5	5	5	39	Suportif	3	3	4	3	4	3	4	28	Cukup	5	4	4	5	4	5	4	45	Positif	4	4	5	4	4	5	4	35	Intrinsik	4	3	4	5	4	20	Kurang Komunikastif	4	3	4	3	3	21	Lemah	
46	Nv. P	31	P	7 Tahun	DIII Keperawatan	5	5	5	5	5	4	5	4	38	Suportif	5	4	5	5	5	5	5	39	Baik	5	5	4	5	5	5	4	48	Positif	5	5	4	5	5	4	4	37	Intrinsik	5	5	5	5	5	25	Komunikatif	5	4	4	5	4	27	Kuat	
47	Nv. I	41	P	4 Tahun	DIII Keperawatan	4	4	4	5	4	5	5	5	36	Suportif	3	4	3	4	3	4	3	28	Cukup	5	4	5	4	5	4	4	45	Positif	4	3	4	5	4	4	3	31	Ektrinsik	5	4	4	5	5	23	Komunikatif	4	4	5	4	5	26	Kuat	
48	Nv. W	36	P	7 Tahun	SI Keperawatan	5	4	4	5	5	4	4	4	36	Suportif	5	5	5	4	5	4	5	38	Baik	5	4	4	3	4	5	4	39	Negatif	4	4	5	4	4	4	5	35	Intrinsik	4	5	4	5	4	22	Komunikatif	5	5	4	5	4	27	Kuat	
49	Nv. C	28	P	4 Tahun	Ners	4	4	5	5	4	5	5	5	37	Suportif	5	5	5	4	5	5	5	39	Baik	4	5	4	5	4	5	4	47	Positif	4	5	4	4	4	5	4	36	Intrinsik	4	4	5	4	22	Komunikatif	4	4	5	4	5	27	Kuat		
50	Nv. D	36	P	7 Tahun	SI Keperawatan	5	4	5	4	5	4	4	5	36	Suportif	4	4	3	4	3	4	3	29	Cukup	5	4	5	4	5	5	4	46	Positif	4	5	5	4	4	5	5	37	Intrinsik	5	5	4	5	4	23	Komunikatif	5	5	4	5	5	29	Kuat	
51	Nv. P	39	P	4 Tahun	Ners	5	4	4	5	5	4	4	5	36	Suportif	5	5	4	5	4	4	5	37	Baik	5	4	4	5	4	5	4	46	Positif	4	3	4	5	4	3	4	31	Ektrinsik	5	4	5	4	5	23	Komunikatif	4	5	4	4	5	26	Kuat	
52	Tn. H	44	L	2 Tahun	SI Keperawatan	4	3	3	4	4	3	4	4	29	Kurang Suportif	5	5	5	5	4	5	5	39	Baik	4	4	3	4	5	4	3	39	Negatif	5	5	4	4	5	4	3	37	Intrinsik	4	5	4	3	4	20	Kurang Komunikastif	4	3	4	3	3	21	Lemah	
53	Nv. P	38	P	4 Tahun	DIII Keperawatan	4	5	5	4	4	4	4	5	36	Suportif	5	5	5	4	5	4	5	38	Baik	5	5	4	5	4	5	4	47	Positif	5	4	5	4	4	4	4	35	Intrinsik	5	5	5	4	5	24	Komunikatif	5	4	4	5	4	27	Kuat	
54	Nv. R	28	P	6 Tahun	SI Keperawatan	4	5	5	4	5	4	5	4	36	Suportif	4	5	5	4	5	4	5	37	Baik	5	4	4	5	4	5	4	45	Positif	4	5	4	3	4	5	4	33	Ektrinsik	4	3	4	5	4	20	Kurang Komunikastif	4	3	3	4	4	21	Lemah	
55	Tn. L	33	L	4 Tahun	DIII Keperawatan	4	3	4	4	4	3	3	4	29	Kurang Suportif	5	4	5	5	4	4	5	37	Baik	4	4	5	4	3	4	5	43	Negatif	5	4	5	4	5	4	4	36	Intrinsik	4	4	5	4	3	20	Kurang Komunikastif	4	3	3	3	3	20	Lemah	
56	Tn. T	41	L	8 Tahun	SI Keperawatan	3	3	4	3	3	4	4	3	27	Kurang Suportif	3	3	4	3	3	4	4	28	Cukup	4	5	5	4	5	4	5	46	Positif	4	3	4	5	4	3	4	32	Ektrinsik	4	3	3	4	5	19	Kurang Komunikastif	4	3	3	4	4	22	Lemah	
57	Nv. R	36	P	5 Tahun	Ners	4	4	5	5	4	5	5	5	37	Suportif	5	5	5	5	5	5	40	Baik	3	4	5	4	4	3	4	45	Negatif	5	4	4	5	4	5	4	36	Intrinsik	5	4	5	4	5	23	Komunikatif	4	5	4	4	5	27	Kuat		
58	Tn. M	44	L	5 Tahun	SI Keperawatan	3	3	3	4	2	3	3	4	26	Kurang Suportif	4	4	2	4	2	4	3	29	Cukup	4	4	5	4	5	4	5	45																									

88	Tn. S	31	L	6 Tahun	SI Keperawatan	4	4	3	4	4	3	4	4	30	Kurang Suportif	5	5	5	5	4	5	5	5	39	Baik	5	5	4	5	4	5	5	5	5	48	Positif	4	3	4	5	4	3	4	5	32	Ektrinsik	5	4	4	5	4	22	Komunikatif	5	4	4	4	4	5	26	Kuat	
89	Ny. A	42	P	5 Tahun	Ners	4	4	5	4	5	5	4	5	36	Suportif	5	5	5	5	5	4	4	38	Baik	5	4	3	4	5	4	4	3	3	4	39	Negatif	5	4	5	5	5	4	4	4	36	Intrinsik	5	4	3	4	4	20	Kurang Komunikastif	4	3	4	3	3	4	21	Lemah	
90	Ny. R	36	P	4 Tahun	SI Keperawatan	4	4	5	4	5	5	4	5	36	Suportif	4	5	5	4	5	5	5	5	38	Baik	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	49	Positif	5	4	4	5	4	5	4	5	36	Intrinsik	5	4	5	4	5	23	Komunikatif	5	5	4	4	5	4	27	Kuat
91	Ny. E	39	P	4 Tahun	SI Keperawatan	4	5	5	4	5	5	5	4	37	Suportif	5	4	5	5	5	4	5	5	38	Baik	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	48	Positif	5	4	3	4	5	4	3	4	32	Ektrinsik	4	5	4	5	5	23	Komunikatif	5	4	5	4	4	5	27	Kuat
92	Tn. A	28	L	6 Tahun	DIII Keperawatan	4	3	4	4	3	4	3	4	29	Kurang Suportif	4	4	5	4	5	5	5	5	37	Baik	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	48	Positif	4	5	5	4	5	4	4	5	36	Intrinsik	5	4	5	4	4	22	Komunikatif	5	4	5	5	5	4	28	Kuat
93	Ny. I	38	P	5 Tahun	DIII Keperawatan	5	5	4	5	4	4	4	5	36	Suportif	5	5	4	5	5	4	4	5	37	Baik	5	5	4	5	5	5	4	5	4	47	Positif	3	4	4	5	4	3	4	4	31	Ektrinsik	5	4	5	4	5	23	Komunikatif	4	5	5	4	5	5	28	Kuat	
94	Ny. W	32	P	4 Tahun	SI Keperawatan	4	4	5	4	5	5	5	5	37	Suportif	3	3	3	4	4	3	3	3	26	Cukup	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	47	Positif	3	4	3	4	5	4	4	4	31	Ektrinsik	4	5	4	4	5	22	Komunikatif	3	3	4	3	4	3	20	Lemah
95	Ny. R	37	P	9 Tahun	SI Keperawatan	5	5	4	5	5	5	4	5	38	Suportif	4	3	4	3	4	4	4	4	30	Cukup	4	3	4	4	5	4	3	4	5	4	40	Negatif	5	4	5	4	5	4	5	5	37	Intrinsik	5	4	5	5	4	23	Komunikatif	4	4	3	3	3	4	21	Lemah
96	Ny. D	33	P	4 Tahun	SI Keperawatan	5	4	4	5	5	4	5	5	37	Suportif	4	4	5	4	5	5	5	5	37	Baik	5	4	4	3	4	5	4	4	4	4	41	Negatif	5	5	5	4	4	4	5	4	36	Intrinsik	4	5	4	3	4	20	Kurang Komunikastif	4	3	4	4	3	4	22	Lemah
97	Tn. G	29	L	4 Tahun	DIII Keperawatan	4	3	4	3	4	3	4	4	29	Kurang Suportif	5	5	4	5	4	5	4	5	37	Baik	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	49	Positif	4	3	4	3	4	3	4	3	28	Ektrinsik	5	4	5	4	5	23	Komunikatif	5	4	4	5	5	4	27	Kuat
98	Ny. K	39	P	4 Tahun	SI Keperawatan	5	5	4	5	5	4	4	5	37	Suportif	4	4	3	4	4	3	4	4	30	Cukup	3	4	4	4	5	3	4	5	4	3	39	Negatif	5	4	4	5	4	5	5	4	36	Intrinsik	4	5	4	5	4	22	Komunikatif	3	4	3	3	3	4	20	Lemah
99	Ny. S	46	P	9 Tahun	Ners	5	4	5	4	5	5	4	5	37	Suportif	5	4	5	4	5	4	5	5	37	Baik	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	48	Positif	4	3	4	3	4	3	3	4	28	Ektrinsik	4	3	4	5	4	20	Kurang Komunikastif	5	4	5	4	5	4	27	Kuat

Lampiran 11

HASIL ANALISA DATA

A. Hasil Uji Frekuensi

Statistics

		Jenis Kelamin	Usia	MasaKerja	Pendidikan
N	Valid	99	99	99	99
	Missing	0	0	0	0

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	32	32,3	32,3	32,3
	Perempuan	67	67,7	67,7	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-30 Tahun	19	19,2	19,2	19,2
	31-40 Tahun	56	56,6	56,6	75,8
	41-50 Tahun	24	24,2	24,2	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

MasaKerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-3 Tahun	8	8,1	8,1	8,1
	>3-5 Tahun	54	54,5	54,5	62,6
	>5 Tahun	37	37,4	37,4	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DIII Keperawatan	26	26,3	26,3	26,3
	S1 Keperawatan	53	53,5	53,5	79,8
	Ners	20	20,2	20,2	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Statistics

		Kepemimpinan	Pengetahuan	Sikap	Motivasi	Komunikasi	Budaya Implementasi Keselamatan Pasien
N	Valid	99	99	99	99	99	99
	Missing	0	0	0	0	0	0

Kepemimpinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Suportif	32	32,3	32,3	32,3
	Suportif	67	67,7	67,7	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	30	30,3	30,3	30,3
	Baik	69	69,7	69,7	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negatif	33	33,3	33,3	33,3
	Positif	66	66,7	66,7	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Motivasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ekstrinsik	35	35,4	35,4	35,4
	Intrinsik	64	64,6	64,6	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Komunikasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Komunikatif	30	30,3	30,3	30,3
	Komunikatif	69	69,7	69,7	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Budaya Implementasi Keselamatan Pasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lemah	33	33,3	33,3	33,3
	Kuat	66	66,7	66,7	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

B. Hasil Uji Normalitas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kepemimpinan	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%
Pengetahuan	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%
Sikap	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%
Motivasi	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%
Komunikasi	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%
Budaya Implementasi Keselamatan Pasien	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Kepemimpinan	Mean	34,09	,411
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	33,27	
	Upper Bound	34,91	
	5% Trimmed Mean	34,22	
	Median	36,00	
	Variance	16,757	
	Std. Deviation	4,094	
	Minimum	26	
	Maximum	40	
	Range	14	
	Interquartile Range	8	
	Skewness	-,706	,243
	Kurtosis	-1,190	,481
Pengetahuan	Mean	34,97	,441
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	34,09	
	Upper Bound	35,84	
	5% Trimmed Mean	35,12	
	Median	37,00	
	Variance	19,234	
	Std. Deviation	4,386	
	Minimum	26	
	Maximum	40	
	Range	14	
	Interquartile Range	9	
	Skewness	-,803	,243
	Kurtosis	-1,145	,481
Sikap	Mean	44,08	,365
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	43,36	
	Upper Bound	44,81	
	5% Trimmed Mean	44,27	
	Median	45,00	
	Variance	13,218	
	Std. Deviation	3,636	
	Minimum	34	
	Maximum	49	
	Range	15	

	Interquartile Range		6	
	Skewness		-,780	,243
	Kurtosis		-,492	,481
Motivasi	Mean		34,48	,249
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	33,99	
	Mean	Upper Bound	34,98	
	5% Trimmed Mean		34,55	
	Median		35,00	
	Variance		6,130	
	Std. Deviation		2,476	
	Minimum		28	
	Maximum		39	
	Range		11	
	Interquartile Range		4	
	Skewness		-,566	,243
	Kurtosis		-,682	,481
Komunikasi	Mean		21,86	,157
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	21,55	
	Mean	Upper Bound	22,17	
	5% Trimmed Mean		21,91	
	Median		22,00	
	Variance		2,449	
	Std. Deviation		1,565	
	Minimum		18	
	Maximum		25	
	Range		7	
	Interquartile Range		3	
	Skewness		-,576	,243
	Kurtosis		-,278	,481
Budaya Implementasi Keselamatan Pasien	Mean		25,01	,318
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	24,38	
	Mean	Upper Bound	25,64	
	5% Trimmed Mean		25,07	
	Median		26,00	
	Variance		9,990	
	Std. Deviation		3,161	
	Minimum		19	
	Maximum		30	

Range	11	
Interquartile Range	6	
Skewness	-,583	,243
Kurtosis	-1,318	,481

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Kepemimpinan	,356	99	,000	,792	99	,000
Pengetahuan	,365	99	,000	,756	99	,000
Sikap	,266	99	,000	,883	99	,000
Motivasi	,229	99	,000	,903	99	,000
Komunikasi	,233	99	,000	,906	99	,000
Budaya Implementasi	,290	99	,000	,814	99	,000
Keselamatan Pasien						

a. Lilliefors Significance Correction

C. Hasil Uji Chisquare

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kepemimpinan * Budaya Implementasi Keselamatan Pasien	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%
Pengetahuan * Budaya Implementasi Keselamatan Pasien	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%
Sikap * Budaya Implementasi Keselamatan Pasien	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%
Motivasi * Budaya Implementasi Keselamatan Pasien	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%
Komunikasi * Budaya Implementasi Keselamatan Pasien	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kepemimpinan * Budaya Implementasi Keselamatan Pasien	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%
Pengetahuan * Budaya Implementasi Keselamatan Pasien	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%
Sikap * Budaya Implementasi Keselamatan Pasien	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%
Motivasi * Budaya Implementasi Keselamatan Pasien	99	100,0%	0	,0%	99	100,0%

Crosstab

			Budaya Implementasi Keselamatan Pasien		Total
			Lemah	Kuat	
Kepemimpinan	Kurang	Count	16	16	32
	Supportif	Expected Count	10,7	21,3	32,0
		% of Total	16,2%	16,2%	32,3%
	Supportif	Count	17	50	67
		Expected Count	22,3	44,7	67,0
		% of Total	17,2%	50,5%	67,7%
Total		Count	33	66	99
		Expected Count	33,0	66,0	99,0
		% of Total	33,3%	66,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,910 ^a	1	,015	,022	,015
Continuity Correction ^b	4,854	1	,028		
Likelihood Ratio	5,771	1	,016		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5,851	1	,016		
N of Valid Cases	99				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,67.

b. Computed only for a 2x2 table

Crosstab

			Budaya Implementasi Keselamatan Pasien		Total
			Lemah	Kuat	
Pengetahuan	Cukup	Count	18	12	30
		Expected Count	10,0	20,0	30,0
		% of Total	18,2%	12,1%	30,3%
	Baik	Count	15	54	69
		Expected Count	23,0	46,0	69,0
		% of Total	15,2%	54,5%	69,7%
Total		Count	33	66	99
		Expected Count	33,0	66,0	99,0
		% of Total	33,3%	66,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13,774 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	12,106	1	,001		
Likelihood Ratio	13,394	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	13,635	1	,000		
N of Valid Cases	99				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13,774 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	12,106	1	,001		
Likelihood Ratio	13,394	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	13,635	1	,000		
N of Valid Cases	99				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,00.

Crosstab

			Budaya Implementasi Keselamatan Pasien		Total
			Lemah	Kuat	
Sikap	Negatif	Count	17	16	33
		Expected Count	11,0	22,0	33,0
		% of Total	17,2%	16,2%	33,3%
	Positif	Count	16	50	66
		Expected Count	22,0	44,0	66,0
		% of Total	16,2%	50,5%	66,7%
Total	Count		33	66	99
	Expected Count		33,0	66,0	99,0
	% of Total		33,3%	66,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,364 ^a	1	,007	,012	,007
Continuity Correction ^b	6,188	1	,013		
Likelihood Ratio	7,203	1	,007		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	7,289	1	,007		
N of Valid Cases	99				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Crosstab

			Budaya Implementasi Keselamatan Pasien		Total
			Lemah	Kuat	
Motivasi	Ekstrinski	Count	5	30	35
		Expected Count	11,7	23,3	35,0
		% of Total	5,1%	30,3%	35,4%
	Intrinsik	Count	28	36	64
		Expected Count	21,3	42,7	64,0
		% of Total	28,3%	36,4%	64,6%
Total	Count	33	66	99	
	Expected Count	33,0	66,0	99,0	
	% of Total	33,3%	66,7%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	8,839 ^a	1	,003	,004	,002
Continuity Correction ^b	7,563	1	,006		
Likelihood Ratio	9,601	1	,002		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	8,750	1	,003		
N of Valid Cases	99				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,67.

b. Computed only for a 2x2 table

Crosstab

			Budaya Implementasi Keselamatan Pasien		Total
			Cukup	Baik	
Komunikasi	Kurang	Count	17	13	30
	Komunikatif	Expected Count	10,0	20,0	30,0
		% of Total	17,2%	13,1%	30,3%
	Komunikatif	Count	16	53	69
		Expected Count	23,0	46,0	69,0
		% of Total	16,2%	53,5%	69,7%
Total	Count	33	66	99	
	Expected Count	33,0	66,0	99,0	
	% of Total	33,3%	66,7%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,546 ^a	1	,001	,002	,001
Continuity Correction ^b	9,093	1	,003		
Likelihood Ratio	10,243	1	,001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	10,439	1	,001		
N of Valid Cases	99				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,00.

b. Computed only for a 2x2 table

D. Hasil Uji Multivariat

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	99	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	99	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		99	100,0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	99	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	99	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		99	100,0

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Lemah	0
Kuat	1

Iteration History^{a,b,c}

Iteration		-2 Log likelihood	Coefficients
			Constant
Step 0	1	126,045	,667
	2	126,030	,693
	3	126,030	,693

- a. Constant is included in the model.
b. Initial -2 Log Likelihood: 126,030
c. Estimation terminated at iteration number 3
because parameter estimates changed by less than
,001.

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		
			Budaya Implementasi Keselamatan Pasien		Percentage Correct
			Lemah	Kuat	
Step 0	Budaya Implementasi	Lemah	0	33	,0
	Keselamatan Pasien	Kuat	0	66	100,0
Overall Percentage					66,7

- a. Constant is included in the model.
b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	,693	,213	10,570	1	,001	2,000

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	Kepemimpinan	5,910	1	,015
		Pengetahuan	13,774	1	,000
		Sikap	7,364	1	,007
		Motivasi	8,839	1	,003
		Komunikasi	10,546	1	,001
		Overall Statistics	35,032	5	,000

Iteration History^{a,b,c,d}

Iteration History								
Iteration		-2 Log likelihood	Coefficients					
			Constant	Kepemi mpinan	Pengetahuan	Sikap	Motivasi	Komunikasi
Step 1	1	90,526	-5,057	,759	1,476	,749	-,588	,982
	2	86,941	-6,662	1,067	2,000	1,022	-,894	1,286
	3	86,754	-7,041	1,157	2,150	1,095	-1,006	1,355
	4	86,753	-7,062	1,163	2,161	1,100	-1,016	1,359
	5	86,753	-7,062	1,163	2,161	1,100	-1,016	1,359

a. Method: Enter

b. Constant is included in the model.

c. Initial -2 Log Likelihood: 126,030

d. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	39,277	5	,000
	Block	39,277	5	,000
	Model	39,277	5	,000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	86,753 ^a	,327	,455

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	2,824	7	,901

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		Budaya Implementasi Keselamatan		Budaya Implementasi Keselamatan		
		Pasien = Cukup		Pasien = Baik		
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	7	7,824	2	1,176	9
	2	7	6,758	2	2,242	9
	3	7	6,770	5	5,230	12
	4	5	5,209	7	6,791	12
	5	4	2,406	7	8,594	11
	6	1	1,744	10	9,256	11
	7	1	,875	9	9,125	10
	8	1	1,089	13	12,911	14
	9	0	,326	11	10,674	11

Classification Table^a

Observed			Predicted		
			Budaya Implementasi Keselamatan Pasien		Percentage Correct
			Pasien		
			Cukup	Baik	
Step 1	Budaya Implementasi	Cukup	19	14	57,6
	Keselamatan Pasien	Baik	6	60	90,9
	Overall Percentage				79,8

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Kepemimpinan	1,163	,581	4,006	1	,045	3,200	1,024	9,995
	Pengetahuan	2,161	,598	13,081	1	,000	8,681	2,691	28,002
	Sikap	1,100	,600	3,361	1	,067	3,005	,927	9,744
	Motivasi	-1,016	,684	2,208	1	,137	,362	,095	1,383
	Komunikasi	1,359	,570	5,681	1	,017	3,892	1,273	11,899
	Constant	-7,062	2,646	7,122	1	,008	,001		

Classification Table^a

Observed			Predicted		
			Budaya Implementasi Keselamatan Pasien		Percentage Correct
			Cukup	Baik	
Step 1	Budaya Implementasi	Cukup	19	14	57,6
	Keselamatan Pasien	Baik	6	60	90,9
	Overall Percentage				79,8

a. Variable(s) entered on step 1: Kepemimpinan, Pengetahuan, Sikap, Motivasi, Komunikasi.

Correlation Matrix

		Constant	Kepemimpinan	Pengetahuan	Sikap	Motivasi	Komunikasi
Step 1	Constant	1,000	-,334	-,602	-,603	-,592	-,465
	Kepemimpinan	-,334	1,000	,214	-,065	-,112	-,082
	Pengetahuan	-,602	,214	1,000	,263	,025	,158
	Sikap	-,603	-,065	,263	1,000	,328	,064
	Motivasi	-,592	-,112	,025	,328	1,000	,138
	Komunikasi	-,465	-,082	,158	,064	,138	1,000

Lampiran 12

DOKUMENTASI PENELITIAN

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)

Saya menyatakan bersedia untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh saudara Zuharni, mahasiswa Universitas Prima Nusantara Bukittinggi dengan judul "**Analisis Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Diinstalasi Rawat Inap RSUD H Abdoel Madjid Batoe Batanghari Tahun 2025**".

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap saya, sehingga segala informasi yang saya berikan adalah yang sebenarnya dan kerahasiaannya akan dijaga. Demikian persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa paksaan.



Lampiran 13

KERTAS KONSUL TESIS

	UNIVERSITAS PRIMA NUSANTARA BUKITTINGGI FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT Jl. Kusuma Bhakti No.99 Galai Banteh Bukittinggi Telp. (0752) 6218242, Fax. (0752) 32325 Sumatera Barat 26122, Indonesia http://www.upnb.ac.id
	LEMBAR REVISI PROPOSAL TESIS FM-08-2.5-18

NAMA : Ns. Zuharni, S.Kep
NIM : 221000414101010
PROGRAM STUDI : Magister Keperawatan
JUDUL : Analisis Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Diinstalasi Rawat Inap RSUD H Abdoel Madjid Batoe Batanghari Tahun 2024

NO	PENELAAH	JABATAN	REVISI / SARAN PERBAIKAN	TANDA TANGAN
1	Ns. Fauzi Ashra, M.Kep., Ph.D	Ketua/ Moderator Seminar		
2	Ns. Fauzi Ashra, M.Kep., Ph.D	Penguji 1	- Apa masalah dan budaya safety di RSUD - Apa implementasi yang mau dilihat - Ketajaman arti budaya keselamatan. - Apakah parameter budaya dan pasien safety	
3	Dr. Erian Fatria, M.Pd	Penguji 2	- Apakah Gapnya - Rumusan masalah dlm kalimat pertanyaan - Kesenjangan kerangkateori dan konsep	
4	Ns. Febrian Rahmat Suwandi, M.Kep	Penguji 3	- Kutipan diharapkan dibawah 5 tahun - Sumber banyak yang kedua	

Bukittinggi,
 Kaprodi