

**HUBUNGAN DEMOGRAFI TENAGA KESEHATAN DENGAN BUDAYA
PATIENT SAFETY BERDASARKAN METODE *AGENCY FOR
HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY* di RUMAH SAKIT ISLAM
TAHUN 2021 di KOTA PATI**

Skripsi

untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai gelar Sarjana Farmasi



Oleh:

Siti Roifah

33101600478

**PROGRAM STUDI FARMASI FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2021**

HALAMAN PENGESAHAN
SKRIPSI
HUBUNGAN DEMOGRAFI TENAGA KESEHATAN DENGAN BUDAYA
PATIENT SAFETY BERDASARKAN METODE AGENCY FOR
HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY di RUMAH SAKIT ISLAM
TAHUN 2021 di KOTA PATI

Yang dipersiapkan dan disusun oleh

Siti Roifah

33101600478

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

pada tanggal 24 Desember 2021

dan dinyatakan telah memenuhi persyaratan

Susunan Tim Penguji

Pembimbing I,

Anggota Tim Penguji

Meki Pranata, M. Farm., Apt

Abdur Rosvid, M.Sc., Apt

Pembimbing II,

Chilmia Nurul Fatiha, M.Sc., Apt

Nisa Febrinasari, M.Sc., Apt

Semarang, 27 Desember 2021

Program Studi Farmasi Fakultas Kedokteran

Universitas Islam Sultan Agung

Dekan,



Dr. dr. H. Setvo Trisnadi, Sp. KF., SH

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

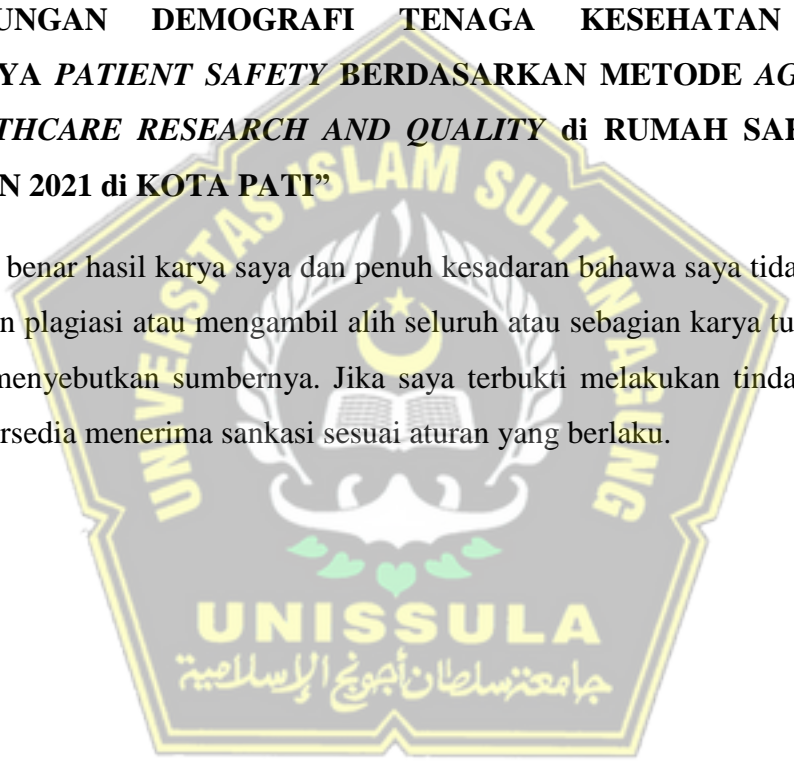
Nama : Siti Roifah

NIM : 33101600478

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang berjudul:

“HUBUNGAN DEMOGRAFI TENAGA KESEHATAN DENGAN BUDAYA *PATIENT SAFETY* BERDASARKAN METODE *AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY* di RUMAH SAKIT ISLAM TAHUN 2021 di KOTA PATI”

Adalah benar hasil karya saya dan penuh kesadaran bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiasi atau mengambil alih seluruh atau sebagian karya tulis orang lain tanpa menyebutkan sumbernya. Jika saya terbukti melakukan tindakan plagiasi, saya bersedia menerima sanksi sesuai aturan yang berlaku.



Semarang, 26 Desember 2021



Siti Roifah

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Siti Roifah

NIM : 33101600478

Program Studi : Farmasi

Fakultas : Kedokteran

Alamat Asal : Jl. Kepala Desa Bulumanis Lor Margoyoso Rt 02/02
Kabupaten Pati

No. Hp/Email : 085225015249/ Sroifah263@gmail.com

Dengan ini menyerahkan karya ilmiah berupa Skripsi dengan judul:

**“HUBUNGAN DEMOGRAFI TENAGA KESEHATAN DENGAN
BUDAYA PATIENT SAFETY BERDASARKAN METODE AGENCY FOR
HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY di RUMAH SAKIT ISLAM
TAHUN 2021 di KOTA PATI”**

Dan menyetujuinya menjadi hak milik Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Serta memberi Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialih mediakan, dikelola dalam pangkalan data, dan dipublikasi internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.

Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila kemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam karya ilmiah ini, maka segala banyak bentuk tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Universitas Islam Sultan Agung.

Semarang, 26 Desember 2021



Siti Roifah

PRAKATA

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan karunia, rahmat, dan hidayah-Nya. Sholawat serta salam tak lupa selalu tercurah kepada baginda Rasuluallah Muhammad SAW beserta keluarga dan para sahabat yang kita harapkan syafaatnya kelak hingga *yaumul kiyamah*. *Alhamdulillahirobbilalamin*, atas segala limpahan rahmat Allah SWT dan dukungan dari berbagai pihak penulis dapat menyelesaikan penelitian dan penulisan skripsi dengan judul **“Hubungan Demografi Tenaga Kesehatan Dengan Budaya *Patient Safety* Berdasarkan Metode *Agency for Healthcare Reseach and Quality* di Rumah Sakit Islam Tahun 2021 di Kota Pati”**

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan penulisan skripsi ini masih jauh dari kata sempurna dan tanpa adanya dukungan dari berbagai pihak proses penulisan skripsi tidak dapat terselesaikan dengan baik. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang tulus kepada:

1. Bapak Drs. H. Bedjo Santoso, MT., Ph. D, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Dr. dr. H. Setyo Trisnadi, Sp.KF., S.H. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

3. Ibu Apt. Rina Wijayanti, M.Sc., selaku Kepala Prodi Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Apt. Ika Buana Januarti, M.Sc., selaku Wakil Prodi Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ibu Apt. Farrah Bintang Sabiti, M. Farm., selaku dosen wali yang telah memberikan semangat dan motivasi untuk bisa lulus tepat waktu.
6. Bapak Apt. Meki Pranata, M. Farm., selaku dosen pembimbing I yang dengan kebaikan dan kesabarannya telah banyak memberikan bimbingan, arahan, saran penulis sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan.
7. Ibu Apt. Chilmia Nurul Fatiha, M.Sc., selaku dosen pembimbing II yang dengan ikhlas dan tulus telah meluangkan waktu dalam memberi ilmu, bimbingan, dan semangat sehingga penulisan skripsi ini dapat terselesaikan.
8. Bapak Apt. Abdur Rosyid, M.Sc., selaku dosen penguji I yang telah meluangkan waktu untuk memberikan saran dan arahan kepada penulis sehingga penulisan skripsi ini dapat terselesaikan.
9. Ibu Apt. Nisa Febrinasari, M.Sc., selaku dosen penguji II yang telah memberikan saran serta ilmu kepada penulis sehingga penulisan skripsi ini dapat terselesaikan.
10. Pihak Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Islam Kota Pati yang menjadi responden yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil data.
11. Kedua orang tua tercinta Bapak Sudarsono dan Ibu Sri Darwati, Mas Rofiq, Mas Ulin serta *my support system*, terima kasih yang tak terhingga

atas doa, semangat, kasih sayang, dalam mendampingi serta selalu memberi dukungan baik moril maupun materil.

12. Keluarga besar “*Myristicae cortex*” Farmasi angkatan 2016 yang telah menjadi teman dan banyak memberikan kenangan semasa menuntut ilmu.
13. Teman penulis Isfandiari Sonya Retno Dinda Maharani, Rida Fatin Fitria, Salma Agusty, Zulfa Maria Qiptiyah, Isfandiari Aulia, Ainul Malikah dan Erwina Eka Yosita Kusumawardhani yang dengan tulus menjadi teman penulis selama menuntut ilmu dan memberi support dalam penulisan skripsi.
14. Teman kos dua putri penulis Bella Novita Sari, Amira A’ina Lisiamira dan Afifah Husnun yang memberikan semangat dan motivasi kepada penulis dalam penulisan skripsi.
15. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penulisan skripsi ini.

Mengingat keterbatasan kemampuan yang penulis miliki penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, walaupun demikian penulis berharap semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi pihak yang membutuhkan.

Jazzakumulllah khairan Katsira,

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Semarang, 20 Desember 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
SURAT PERNYATAAN	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	iv
PRAKATA.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR SINGKATAN	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
INTISARI	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1. Tujuan Umum.....	4
1.3.2. Tujuan Khusus	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1. Manfaat Teoritis	5
1.4.2. Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1. Tenaga Kesehatan	6
2.1.1. Definisi Tenaga Kesehatan	6
2.1.2. Definisi Manajer rumah sakit	6
2.1.3. Definisi Dokter	7
2.1.4. Definisi Apoteker	7
2.1.5. Definisi Perawat.....	7
2.2. Budaya <i>Patient Safety</i>	8
2.2.1. Definisi Budaya <i>Patient Safety</i>	8
2.2.2. Standar <i>Patient Safety</i>	9
2.2.3. Indikator <i>Patient Safety</i>	11

2.3. Hubungan antara demografi dengan budaya <i>patient safety</i>	19
2.4. Kerangka Teori.....	21
2.5. Kerangka Konsep.....	21
2.6. Hipotesis.....	22
BAB III METODE PENELITIAN	23
3.1. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian	23
3.2. Variabel dan Definisi Operasional	23
3.2.1. Variabel.....	23
3.2.2. Definisi Operasional	23
3.3. Populasi dan Sampel	25
3.3.1. Populasi	25
3.3.2. Sampel	25
3.4. Instrumen dan Bahan penelitian.....	26
3.4.1. Instrumen Penelitian	26
3.4.2. Uji Validitas dan Reliabilitas	27
3.5. <i>Ethical Clearance</i>	27
3.6. Cara Penelitian	28
3.6.1. Tahap Orientasi	28
3.6.2. Tahap Pelaksanaan	28
3.6.3. Tahap Pengumpulan Data	29
3.7. Alur Penelitian	29
3.8. Tempat dan Waktu Penelitian	29
3.9. Analisis Hasil	30
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	31
4.1. Hasil Penelitian	31
4.1.1. Karakteristik Responden	31
4.1.2. Uji Normalitas	35
4.1.3. Hubungan Demografi Tenaga Kesehatan dengan Pelaksanaan Keselamatan Pasien	35
4.1.4. Analisis Responden	36
4.2. Pembahasan.....	38
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	52

5.1. Kesimpulan	52
5.2. Saran.....	52
DAFTAR PUSTAKA	54
LAMPIRAN.....	61



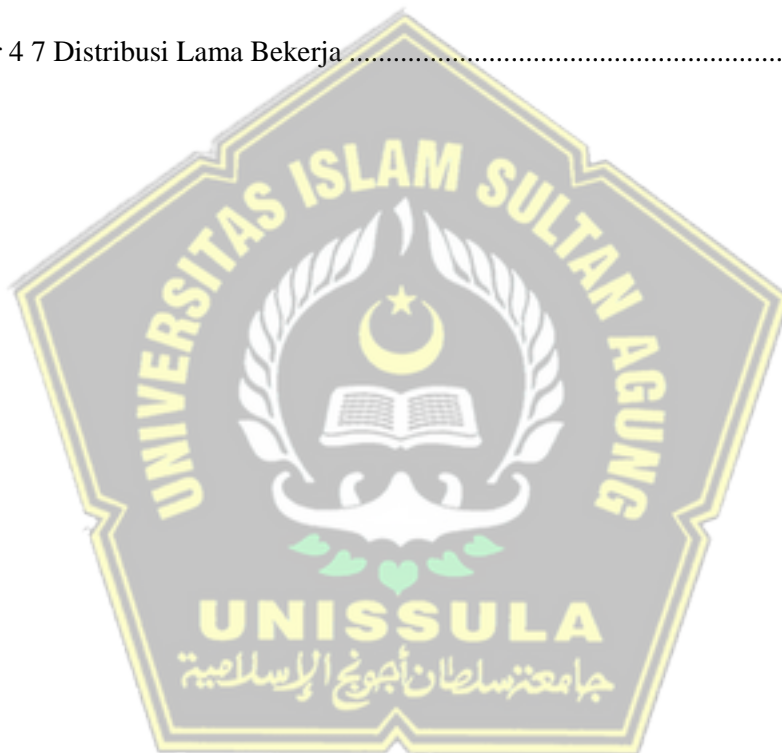
DAFTAR SINGKATAN

WHO	: <i>World Health Organization</i>
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
WHO	: <i>World Health Organization</i>
AHRQ	: <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
UU	: Undang-undang
IOM	: <i>Institute of Medicine</i>
FMEA	: <i>Failure Modes and Effects Analysis</i>
KTD	: Kejadian tidak Diharapkan
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KTC	: Kejadian Tidak Cedera
KPC	: Kejadian Potensial Cedera
RCA	: <i>Root Cause Analysis</i>
HSPSC	: <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
KKPRS	: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit



DAFTAR GAMBAR

Gambar 4 1 Distribusi Usia.....	31
Gambar 4 2 Distribusi Jenis Kelamin	32
Gambar 4 3 Distribusi Status Pendidikan	32
Gambar 4 4 Distribusi Pendapatan.....	33
Gambar 4 5 Distribusi Status Pernikahan	33
Gambar 4 6 Distribusi Jabatan	34
Gambar 4 7 Distribusi Lama Bekerja	34



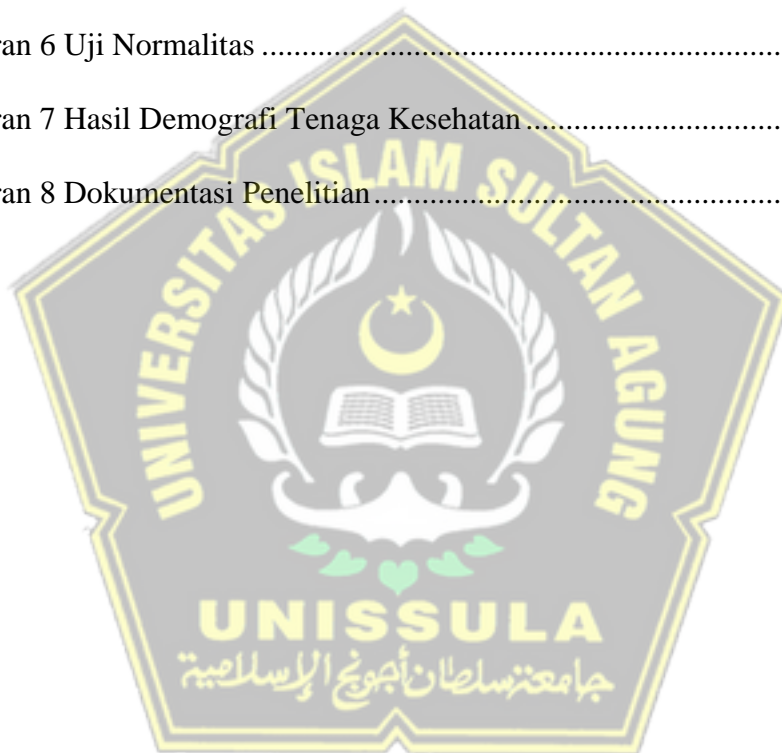
DAFTAR TABEL

Tabel 3 1 Demografi Tenaga Kesehatan	23
Tabel 3 2 Budaya <i>Patient Safety</i>	24
Tabel 4 1 Uji Normalitas Keselamatan Pasien.....	35
Tabel 4 2 Hasil Analisis Korelasi <i>Spearman's-rho</i> , <i>Eta</i> dan <i>Chi Square</i>	35
Tabel 4 3 Analisis Responden.....	36



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Penelitian.....	59
Lampiran 2 Pernyataan Bersedia Menjadi Responden	60
Lampiran 3 Lembar Data Demografi Responden	61
Lampiran 4 Lembar Kuesioner Penelitian	62
Lampiran 5 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	65
Lampiran 6 Uji Normalitas	70
Lampiran 7 Hasil Demografi Tenaga Kesehatan.....	71
Lampiran 8 Dokumentasi Penelitian.....	80



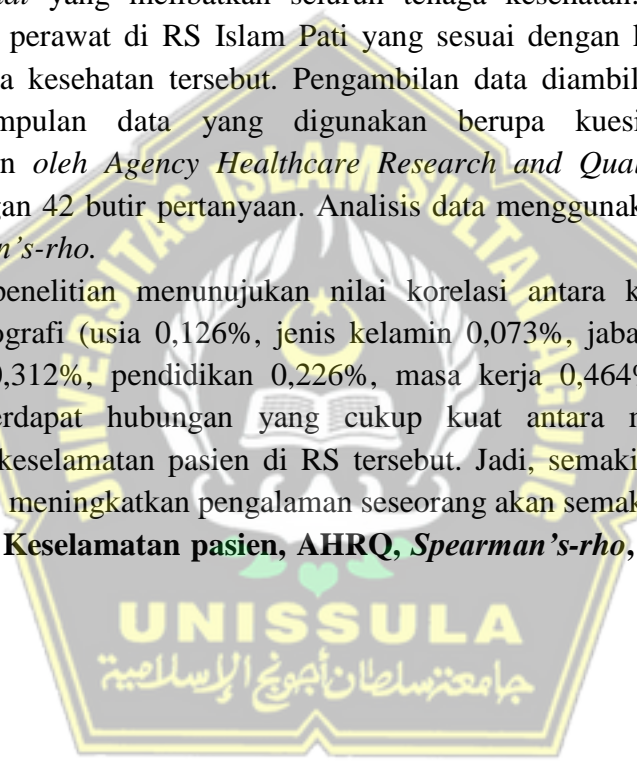
INTISARI

Rumah sakit sebagai institusi layanan jasa kesehatan meliputi layanan kesehatan, keperawatan dan penunjang kesehatan. Membangun keselamatan pasien dirumah sakit merupakan kewajiban dan tanggung jawab seluruh tenaga kesehatan terutama dokter, apoteker dan perawat. Diantara tenaga kesehatan yang lain, perawat memiliki peran yang penting karena memiliki kontak terbanyak dengan pasien. Apabila sudah diterapkan keselamatan pasien di rumah sakit dengan baik dan benar maka mampu menimbulkan rasa nyaman pada pasien.

Penelitian ini menggunakan rancangan analitik observasional dengan desain *cross sectional* yang melibatkan seluruh tenaga kesehatan: manager, dokter, apoteker dan perawat di RS Islam Pati yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi tenaga kesehatan tersebut. Pengambilan data diambil pada tahun 2021. Alat pengumpulan data yang digunakan berupa kuesioner baku yang dikembangkan oleh *Agency Healthcare Research and Quality* terdiri dari 12 dimensi dengan 42 butir pertanyaan. Analisis data menggunakan uji korelasi Eta dan *Spearman's-rho*.

Hasil penelitian menunjukkan nilai korelasi antara keselamatan pasien dengan demografi (usia 0,126%, jenis kelamin 0,073%, jabatan 0,238%, status pernikahan 0,312%, pendidikan 0,226%, masa kerja 0,464% dan pendapatan 0,238%). Terdapat hubungan yang cukup kuat antara masa kerja dalam pelaksanaan keselamatan pasien di RS tersebut. Jadi, semakin lama masa kerja maka mampu meningkatkan pengalaman seseorang akan semakin membaik.

Kata kunci: Keselamatan pasien, AHRQ, *Spearman's-rho*, demografi tenaga kesehatan



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

SDM atau sumber daya manusia dalam kesehatan merupakan ketenaga kesehatan secara klinik dan non-klinik sehingga mampu menjalankan peran tenaga kesehatan terhadap pasien. Sistem kerja tenaga kesehatan sangat tergantung pada: Wawasan, pengetahuan tenaga kesehatan, ketrampilan dan motivasi dari beberapa tenaga kesehatan yang lain. Sumber daya manusia sangat berhubungan dengan fungsi suatu organisasi kesehatan dan mampu berinteraksi terhadap fungsi tersebut. Sumber daya manusia dapat mencapai suatu visi dan misi diperlukan dengan adanya ketrampilan serta kemampuan mendiagnosa permasalahan terhadap pasien dan mampu mengintervensi permasalahan pasien sehingga dapat menyelesaikan suatu masalah (Pangemanan *et al*, 2014).

Pada tanggal 24 juni tahun 2009 di RS Islam Kota Pati terjadi insiden yang fatal yaitu kematian pada bayi yang baru lahir akibat kurang cepatnya pengambilan keputusan tenaga kesehatan terhadap situasi gawat pada pasien hamil yang telah terjadi pendarahan. Jumlah KTD di Indonesia belum dapat ditentukan secara pasti. Jika ada, maka sifatnya hanya data regional di suatu daerah, biasanya data tersebut diperoleh dari pelaksanaan program kesehatan reproduksi maupun data dari PKBI (Shaluhyah et al., 2018)

Pada penelitian dunia yaitu (*Institute of Medicine*, 1999) di Amerika Serikat menjelaskan “*To Err is Human, Building to Safer Sistem Kesehatan*” yang berisikan tentang RS di Utah dan Colorado didapat kematian pasien akibat efek samping obat adalah 2,9% dan 6,6%, New York ditemukan kematian pasien akibat efek samping obat adalah 3,7% dan 13,6%. Selain itu kematian akibat *side effect* terhadap pasien di RS USA memiliki total 33,6 juta per tahun berkisar 44.000-98.000 orang.

Pada penelitian yang dilakukan (Kronick, 2016) di USA menyatakan bahwa pelaksanaan keselamatan pasien di RS dengan *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* menjelaskan jumlah persentase terendah terhadap *open communication* (62%), kerjasama antar unit dengan (57%), ketenagaan (55%), *staffing* (44%) dan respon tidak menghukum terhadap kesalahan (44%).

Berdasarkan data dari KKPRS dalam Syam (2017) menyatakan bahwa berbagai provinsi-provisinsi di Indonesia pada bulan januari 2010 hingga bulan april 2011 terdapat insiden keselamatan pasien sebanyak 137 kejadian. Dari masing-masing kejadian tersebut mendapatkan hasil dari KTD rata-rata 55,47%, KNC rata-rata 40,15%, dan kejadian lainnya 4,38%. Sedangkan kejadian yang menyebabkan kematian rata-rata 8,76%, cedera irreversibel rata-rata 2,19%, cedera reversible rata-rata 21,17% dan cedera ringan rata-rata 19,71%.

Pada penelitian yang dilakukan Mustikawati (2011) dalam beberapa provinsi menjelaskan bahwa insiden *patient safety* pada tahun 2007 di ibu

kota Jakarta ditemukan sebesar 37,9%, Jateng rata-rata 15,9%, DIY rata-rata 13,8%, Jatim rata-rata 11,7%, Sumsel rata-rata 6,9 %, Jabar rata-rata 2,8%, Bali rata-rata 1,4%, Aceh rata-rata 10,7%, Sulawesi Selatan rata-rata (0,7%). Jadi catatan pelaporan insiden keselamatan pasien belum dikembangkan secara menyeluruh di RS, untuk catatan pealporan insiden keselamatan pasien di RS dalam Indonesia masih sangat terbatas.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Elrifda (2011) kejadian keselamatan pasien di RSUD kota Jambi menunjukkan tingkat kesalahan tindakan rata-rata 35% responden mengatakan sering. Respon positif pada keselamatan pasien 47,1%. Dalam unit kerja RSUD kota Jambi mendapat tanggapan baik dengan rata-rata 43,5% pelaksanaan keselamatan pasien, baik sekali hanya 1%, cukup memiliki rata-rata 48,7% dan buruk memiliki rata-rata 6,8%. Sehingga penerapan keselamatan pasien di RSUD kota Jambi menunjukan hasil analisis rata-rata 47,1% dan memiliki potensi kurang optimal dalam pelaksanaan keselamatan pasien di RSUD Kota Jambi.

Berdasarkan KARS (2021) menyatakan bahwa mayoritas dalam indicator patient *safety* yang dilakukan pada tahun 2020: identifikasi pasien rata-rata 100%, pelaksanaan *read back* rata-rata 90,78%, kepatuhan pemberian label obat *high alert* oleh bagian farmasi rata-rata 94,98%, kepatuhan pelaksanaan *site marking* 99%, kepatuhan kebersihan tangan 72,60%, dan insiden pasien jatuh selama rawat inap rata-rata 0,006%. Dari hasil persentase pencapaian keselamatan pasien tersebut belum memenuhi

standar yang di tetapkan yaitu dengan persentase 100%, sehingga dapat disimpulkan bahwa penerapan sasaran keselamatan pasien belum tercapai dengan baik.

Patient safety dapat terjamin jika terdapat upaya dari semua pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan khususnya yang berperan langsung dengan pasien, maka untuk mengetahui keselamatan pasien maka diperlukan penelitian untuk mengetahui pelaksanaan *patient safety* di Rumah Sakit Islam di Kota Pati.

1.2. Rumusan Masalah

- a. Bagaimana hubungan antara demografi manager rumah sakit, dokter, apoteker dan perawat dalam budaya *patient safety* di Rumah Sakit Islam Kota Pati?
- b. Apakah terdapat perbedaan antara manager rumah sakit, dokter, apoteker dan perawat dalam budaya *patient safety* di Rumah Sakit Islam Kota Pati?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui budaya *patient safety* di Rumah Sakit Islam Kota Pati dengan menggunakan *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ).

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hubungan demografi meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, jabatan dan masa kerja. Budaya *patient*

safety dari manager rumah sakit, dokter, apoteker, dan perawat di Rumah Sakit Islam Kota Pati.

- b. Terdapat perbedaan antara manager rumah sakit, dokter, apoteker dan perawat dalam budaya *patient safety* di Rumah Sakit Islam Kota Pati.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

- a. Hasil penelitian mengenai pelaksanaan *patient safety* di Rumah Sakit Islam Kota Pati diharapkan dapat menjadi evaluasi bagi manager, dokter, apoteker, dan perawat di Rumah Sakit Islam Kota Pati.
- b. Diharapkan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan dan menambah pengalaman peneliti tentang keselamatan pasien.

1.4.2. Manfaat Praktis

Hasil dari penelitian ini dapat dijadikan sebagai solusi serta bahan rekomendasi untuk meningkatkan mutu pelayanan dan pengawasan terkait *patient safety* khususnya di Rumah Sakit Islam Kota Pati yang telah bersedia dilaksanakan penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tenaga Kesehatan

2.1.1. Definisi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan merupakan orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki kewenangan jenis tertentu untuk melakukan upaya kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan merupakan suatu hal yang berhubungan erat dengan kepuasan pengguna pelayanan kesehatan atau pasien. Pelayanan tersebut dikatakan baik atau buruk itu tergantung tingkat kepuasan pengguna layanan kesehatan atau pasien yang didasarkan pada kualitas pelayanan dari tenaga kesehatan sendiri (Adisasmito, 2014).

2.1.2. Definisi Manajer rumah sakit

Manajer merupakan orang yang melaksanakan kegiatan dari manajemen. Dalam setiap organisasi, manajer memastikan bahwa tujuan-tujuan yang ditetapkan oleh organisasi dapat diwujudkan melalui kegiatan manajemen, baik yang bersifat fungsional ataupun operasional. Selain itu manajer harus mampu mengatasi masalah ketika terjadi konflik dalam organisasi, manajer harus mampu menyelesaikan masalah tersebut tanpa memihak satu sama lain agar tidak ada yang merasa dirugikan dalam organisasi tersebut (Muizu dan Sule, 2017).

2.1.3. Definisi Dokter

Dokter atau dokter gigi merupakan lulusan pendidikan dalam bidang kedokteran baik didalam ataupun diluar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia yang sesuai dengan peraturan perundangan-undangan. Dokter ataupun dokter gigi memiliki kewenangan tambahan dengan kewengan klinis yang diperoleh melalui pendidikan serta apelatihan yang telah diakui orgnaisasi profesi untuk praktik kedokteran secara mandiri. Dokter ataupun dokter gigi harus melayan pasien dengan sepenuh hati yang sesuai dengan kode etik kedokteran (Permenkes, 2011a).

2.1.4. Definisi Apoteker

Apoteker merupakan sarjana farmasi yang telah lulus sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan apoteker sehingga akan menjadi bagian tim pelayanan kesehatan professional yang bekerja di suatu farmasi dengan cara melayani pasien dengan sepenuh hati (Permenkes, 2016).

2.1.5. Definisi Perawat

Perawat merupakan seorang yang telah lulus pendidikan tinggi ilmu keperawatan baik di dalam ataupun diluar negeri yang telah diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan perudangan-undangan yang telah ditetapkan. Perawat memiliki peran terhadap pasien dengan memberikan asuhan kepada pasien secara

individu, keluarga, kelompok, atau dalam masyarakat baik dalam keadaan sehat ataupun keadaan sakit (Kemenkes RI, 2014).

2.2. Budaya *Patient Safety*

2.2.1. Definisi Budaya *Patient Safety*

Budaya *Patient safety* merupakan dasar pelayanan kesehatan yang baik. *Patient safety* menjadi salah satu indikator dalam menilai akreditasi institusi pelayanan kesehatan, oleh karena itu budaya *patient safety* sangatlah penting dalam pelayanan kesehatan. Namun, jika ditinjau dari insiden keselamatan pasien dalam berbagai tingkat pelayanan kesehatan masih terlihat buruk, baik secara global maupun nasional. Insiden keselamatan pasien merupakan kejadian tidak disengaja dan masih dapat dilakukan pencegahan tetapi jika pencegahan tidak dilakukan maka akan yang mengakibatkan cedera pada pasien sehingga dalam pencegahan cedera tersebut dapat diterapkan adanya budaya *patient safety* sehingga mampu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dari instalasi tersebut (Brahmana *et al*, 2018).

Budaya keselamatan dalam rumah sakit merupakan faktor yang dapat membentuk perilaku profesi kesehatan yang mampu menilai keselamatan pasien menjadi prioritas utama dalam pelayanan di rumah sakit. Menurut penelitian Hellings *et al*, (2010) untuk menilai budaya keselamatan dalam rumah sakit merupakan suatu tantangan, sehingga diperlukan alat ukur yang akurat dalam

penilaiannya. Budaya keselamatan memberikan pengaruh terhadap kualitas pelayanan di rumah sakit. Untuk meningkatkan budaya keselamatan maka diperlukan adanya dukungan dari manajemen dan seluruh staf di rumah sakit tersebut.

2.2.2. Standar *Patient Safety*

Standar *patient safety* terdiri atas:

a. Hak Pasien

Hak merupakan tuntutan seseorang terhadap sesuatu yang dapat berupa kebutuhan pribadi yang sesuai dengan keadilan, moralitas ataupun legalitas (Priyoto, 2014).

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti Hia (2018) menyatakan bahwa pasien serta keluarga pasien wajib mendapatkan hak mengenai informasi rencana pengobatan dan hasil pelayanan pasien termasuk resiko kemungkinan terjadinya insiden kejadian yang tidak diharapkan.

b. Mendidik pasien dan keluarga

Kegiatan yang dilakukan guna untuk memperbaiki proses yang telah ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja dengan mengumpulkan data, menganalisis insiden-insiden kejadian yang tidak diharapkan, serta mampu melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja dalam keselamatan pasien (Permenkes, 2017).

c. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Rumah sakit harus mampu menjamin keselamatan pasien secara kesinambungan dalam pelayanan pasien serta menjamin koordinasi-koordinasi antar tenaga kesehatan antar unit pelayanan (Permenkes, 2011b).

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

Fasilitas kesehatan harus memiliki desain proses yang baru atau memperbaiki proses yang telah dilaksanakan, memonitoring dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif terhadap insiden-insiden yang terjadi serta melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan keselamatan kepada masyarakat (Endang Sri Lestari *et al*, 2019).

e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien sangat penting dalam membangun budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Pemimpin harus memiliki komitmen yang kuat dan jelas guna mendukung staf-staf untuk menjalankan program keselamatan pasien secara

berkesinambungan serta mengintegrasikan keselamatan pasien sehingga mendapat hasil yang optimal (Kartika *et al*, 2013).

f. Pendidikan bagi staf tentang keselamatan pasien

Mendidik staf mengenai keselamatan pasien, rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan yang mencakup hubungan antara jabatan dengan keselamatan pasien secara baik dan jelas sehingga mudah diterima oleh pasien (Harefa, 2019).

g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Dengan memberikan informasi yang akurat dan komunikasi yang cukup baik di rumah sakit, maka akan mampu merencanakan dan mendesign proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi secara internal atau eksternal (Permenkes, 2011b).

2.2.3. Indikator *Patient Safety*

Salah satu bentuk pengukuran untuk mengukur bagaimana gambaran budaya keselamatan pasien dan penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit adalah penerapan budaya keselamatan pasien menurut *Association Health Care and Reasearch Quality* (AHRQ). Metode AHRQ ini dapat diukur dari segi prespektif pegawai rumah sakit yang terdiri dari 12 dimensi, yakni:

1. Harapan dan tindakan *manajer* dan *supervisor* dalam mempromosikan keselamatan pasien

Manajer harus mempertimbangkan terlebih dahulu saran dari tenaga kesehatan atau *staff* yang lain untuk meningkatkan pelayanan keselamatan pasien sehingga tidak mengabaikan masalah keselamatan pasien yang mampu meningkatkan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat (Sorra & Dyer, 2010).

Kepala ruang memiliki wewenang dalam mengatur dan mengendalikan kegiatan serta tanggung jawab lebih besar dalam memberikan pelayanan yang aman bagi pasien. Menurut Dora Ultaria *et al*, (2017) di rumah sakit Roemani Muhammadiyah Semarang menyatakan bahwa hasil penelitian menunjukkan budaya keselamatan pasien pada kepala ruang memiliki kategori kuat dengan persentasi 84,7%. Model kepemimpinan yang baik merupakan pemimpin yang berkonsultasi dengan bawahan dengan tujuan mendapatkan masukan serta saran dalam pengambilan keputusan.

2. Kerja sama dalam satu unit

Dalam rumah sakit untuk para staf harus saling mendukung, memperlakukan satu sama lain dengan hormat dan bekerja bersama sebagai satu tim sehingga dapat mengembangkan ide-ide serta mampu menyelesaikan masalah dari keselamatan pasien (Astika Sari, 2017).

Memiliki sikap saling menghormati satu sama lain dalam satu unit, jika terjadi konflik dalam unit segera mendapat penyelesaian dengan baik. Menguntungkan bagi organisasi karena konflik yang mampu diselesaikan dengan cara yang baik akan membentuk kedisiplinan, kerjasama yang produktif, timbul perasaan aman, lebih percaya diri, motivasi dalam bekerja serta meningkatkan peluang untuk mengembangkan potensi dan kapasitas karyawan dalam satu unit (Anggraeni *et al*, 2016).

3. Pembelajaran terorganisir dan perkembangan berkelanjutan

Adanya kesalahan yang mampu menjadikan kesalahan tersebut menjadi perubahan positif. Maka dengan adanya perubahan perilaku tersebut akan menjadikan proses pembelajaran dengan melihat keaktifan dalam meningkatkan keselamatan pasien serta harus menjadikan kesalahan tersebut untuk berubah menjadi lebih baik (Ulrich & Kear, 2014).

Dalam hal tersebut, pembelajaran merupakan sebuah *value* yang harus dilaksanakan oleh semua pegawai di rumah sakit termasuk tenaga kesehatan. Dengan terciptanya budaya keselamatan pasien dalam rumah sakit maka mampu berusaha untuk belajar dari kesalahan sehingga mampu meningkatkan kinerja dalam system memberikan pelayanan perawatan terhadap pasien (Idris, 2017).

4. Keterbukaan dalam komunikasi

Staf harus mampu menjelaskan jika pasien melihat sesuatu yang mampu mempengaruhi pasien secara negatif dan merasa ragu untuk mempertanyakannya dengan otoritas lebih maka dapat dilakukan dengan komunikasi terbuka (Ahrq, 2016).

5. Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan

Memberikan umpan balik terhadap pasien atau komunikasi terbuka serta menjelaskan kesalahan yang terjadi guna untuk mencegah kesalahan agar tidak terjadi lagi (Hedskold *et al*, 2013).

Menurut penelitian Astini (2016) di rumah sakit Stella Mari Makassar menyatakan bahwa umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan mendeskripsikan petugas untuk mendapat informasi terkait kesalahan yang terjadi dengan melakukan evaluasi sehingga mencegah terjadi kesalahan untuk waktu yang akan datang. Hasil penelitian di rumah sakit Stella Mari di Makassar memiliki respon positif dengan rata-rata 81,82% dan untuk respon negative dengan rata-rata 18,18%. Ketika didapatkan kesalahan yang terjadi, maka mencari tahu permasalahan yang mempengaruhi proses kerja sehingga menimbulkan kesalahan antar tenaga kesehatan.

6. Respons tidak menghukum terhadap kesalahan

Indikator respon tidak menghukum terhadap kesalahan menunjukkan bahwa dimasa yang akan datang pelaporan terhadap

insiden keselamatan pasien tidak semata-mata hanya berupa pelaporan insiden keselamatan, tetapi pelaporan tersebut hendaknya tetap ditindak lanjuti guna memperbaiki kesalahan dan mencari akar dari permasalahan yang terjadi dalam pelayanan pasien yang nantinya tidak untuk menghukum perawat yang telah melakukan kesalahan atau pun berpengaruh terhadap penilaian kinerjanya (Stoyanova *et al*, 2018).

Menurut penelitian Beginta (2011) menjelaskan bahwa respon tidak menghukum terhadap kesalahan merupakan suatu komponen yang lemah dalam rumah sakit. Keadaan tersebut mampu mempengaruhi proses pendidikan yang menekan pada kesempurnaan kinerja tenaga kesehatan, sehingga kesalahan dapat dianggap sebagai pelanggaran. Sementara kesalahan juga merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari dalam memberikan pelayanan terhadap pasien.

7. *Staffing*

Dengan adanya staf di rumah sakit yang cukup maka akan lebih mudah untuk menangani beban kerja serta jam kerja sehingga dapat memberikan perawatan yang terbaik bagi pasien (Hammer *et al*, 2011).

Menurut penelitian Brahmana *et al*, (2018) menjelaskan bahwa *staffing* di Puskesmas kota Bandung mendapatkan respon positif 36% responden yang berpendapat bahwa jumlah pegawai

mampu mengatasi beban kerja dan mampu menyesuaikan jam kerja untuk memberikan pelayanan terhadap pasien. Jadi jumlah tenaga kesehatan harus mampu mengatasi beban kerja yang ada dalam unit serta mampu menyesuaikan waktu dalam bekerja.

8. Dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien

Manajemen rumah sakit mempromosikan keselamatan pasien guna untuk menunjukkan bahwa tindakan manajemen terhadap keselamatan pasien di rumah sakit tersebut merupakan prioritas utama sehingga mampu memberikan pelayanan pasien dengan baik (Tereanu *et al*, 2017).

Dimensi dukungan manajemen termasuk kategori yang cukup dengan persentase 58%. Sebab terlaksananya program keselamatan pasien di RSUD dr Rasidin Padang tidak lepas dari dukungan manajemen. Dimensi dukungan manajemen termasuk dalam kategori cukup yaitu sebesar 58%. Tetapi menurut penelitian Amirullah *et al*, (2014) menjelaskan bahwa dimensi dukungan manajemen dikatakan baik jika memiliki persentase sebesar 82,5% yang dilakukan di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa.

9. Kerja sama antar unit

Kerjasama merupakan bentuk perilaku dari perawat dalam bekerja didalam tim karena membuat individu saling mengingatkan, mengoreksi, berkomunikasi sehingga peluang

terjadinya kesalahan dapat dihindari. Kerjasama tim merupakan suatu kelompok kecil orang dengan keterampilan saling melengkapi yang berkomitmen pada tujuan bersama, sasaran-sasaran kinerja dan pendekatan yang mereka jadikan tanggung jawab bersama (Rivai, 2016).

Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan rangkaian pelayanan dalam berbagai unit. Menurut penelitian Rosyada (2014) di rumah sakit Pasar Rebo menjelaskan bahwa hasil yang diperoleh yaitu sebesar 81,2% dan termasuk dalam golongan kuat. Jadi tenaga kesehatan di rumah sakit Pasar Rebo mampu bekerjasama dengan antar tenaga kesehatan lain untuk melayani pasien.

10. *Handoff* dan transisi

Pentingnya informasi mengenai perawatan pasien serta pentingnya informasi perubahan shift maka hal tersebut akan menjadi masalah bagi pasien yang melakukan perawatan di rumah sakit tersebut Bahrami *et al*, (2014). Pergantian shift atau *handoff* dan perpindahan pasien atau transisi menunjukkan kelancaran pergantian shift kerja petugas dan perpindahan pasien.

Menurut penelitian Amirullah *et al*, (2014) di RSUD Syekh Yusuf Makassar menjelaskan bahwa penelitian tersebut mendapat hasil positif dengan rata-rata keseluruhan 73.32% tetapi yang memiliki rata-rata positif tertinggi terdapat di instalasi ICU

sedangkan untuk rata-rata positif terendah terdapat di instalasi laundry dan gizi.

11. Persepsi keseluruhan terhadap keselamatan pasien

Dengan adanya prosedur serta system yang baik maka mampu mencegah terjadinya kesalahan terhadap keselamatan pasien di rumah sakit (Tomas Vecina *et al*, 2014).

Persepsi dari petugas kesehatan tentang budaya keselamatan merupakan hasil kognitif yang telah diterapkan oleh petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien. Menurut Mandriani, Hardisman dan Yetti (2019) menjelaskan bahwa persepsi di RSUD dr Rasidin Padang memperoleh persentase sebesar 57% dengan kategori cukup. Tetapi sebaiknya ditingkatkan lagi sehingga mampu melaksanakan program keselamatan pasien secara optimal.

12. Frekuensi pelaporan kejadian

Staff yang bekerja di rumah sakit harus melaporkan kejadian yang memiliki potensi membahayakan pasien, staff harus memberitahu terhadap pasien jika melihat potensi membahayakan terhadap pasien serta staff mampu menjaga pasien dari bahaya tersebut (Cappelen *et al*, 2016).

Menurut Lubis (2019) dengan melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien dapat meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien sehingga mampu mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien. Hasil penelitian di RSUD dr Rasidin Padang menunjukkan bahwa frekuensi pelaporan merupakan dimensi yang memiliki persentase bulan terakhir yang menunjukkan respon positif terendah sebesar 31% hal tersebut termasuk dalam kategori kurang. Didapatkan jawaban dari responden sebanyak 95 orang dengan persentase 38% menjelaskan bahwa tidak ada jumlah kejadian yang dilaporkan dalam 12 bahwa sistem pelaporan insiden di RSUD dr Rasidin Padang belum terlaksana dengan baik.

2.3. Hubungan antara demografi dengan budaya *patient safety*

Hasil analisis penelitian menjelaskan bahwa usia memiliki hubungan dalam pelaksanaan *patient safety*. Jika semakin muda usia (<25 tahun) semakin memiliki resiko kurang baik dalam pelaksanaan *patient safety*. Sedangkan untuk usia (>25 tahun) semakin memiliki resiko yang cukup baik dalam pelaksanaan *patient safety*. Jadi, semakin bertambahnya usia akan meningkatkan hubungan erat dengan kemampuan analisis terhadap permasalahan yang dihadapi, memiliki komitmen untuk kearah lebih baik, serta mampu mengendalikan emosi lebih baik. Untuk jenis pendidikan memiliki hubungan dalam pelaksanaan *patient safety*. Jika dilihat dari proporsi pelaksanaan *patient safety* yang lebih baik adalah pendidikan Ners keperawatan dibanding dengan D3 keperawatan ataupun D3 kebidanan. Jadi semakin tinggi pendidikan maka semakin tinggi pula

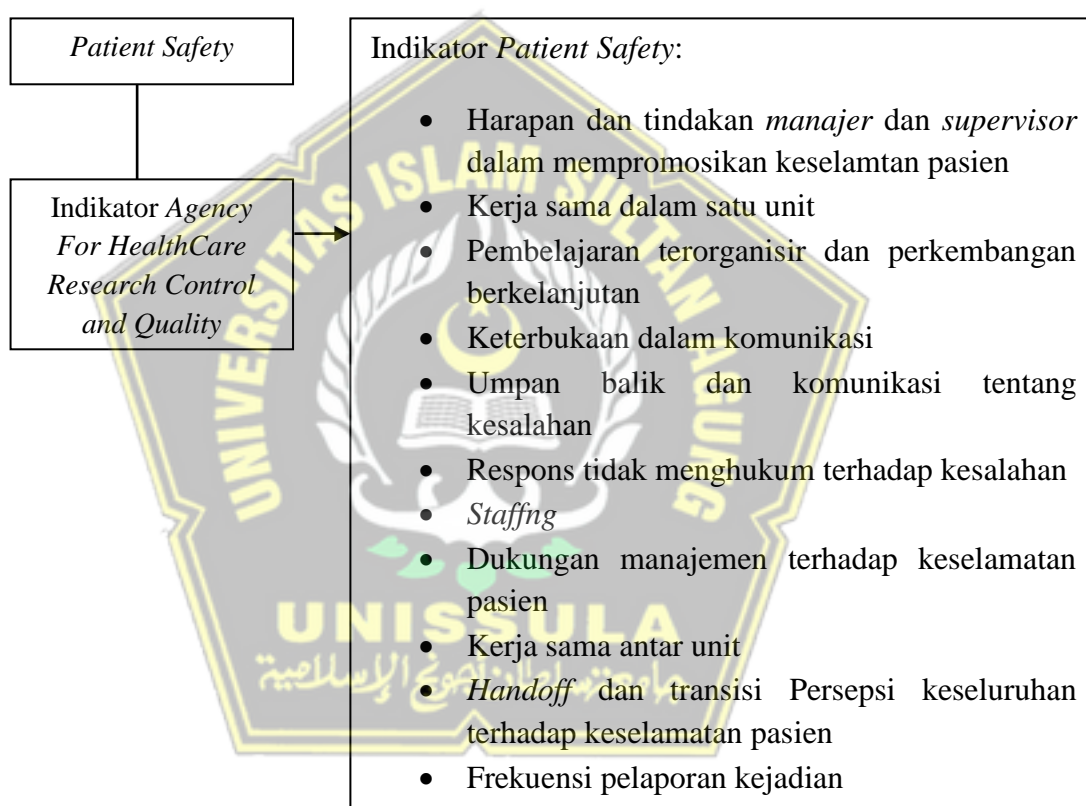
kemampuan serta daya nalar mahasiswa sehingga mudah untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi. Dapat disimpulkan bahwa tingkat pendidikan S1 dengan pendidikan D3 perawat atau pendidikan D3 kebidanan lebih patuh dari perawat yang hanya berpendidikan SPK (Suryani *et al*, 2015)

Untuk hasil analisis mengenai lama kerja dari tenaga kesehatan diperoleh hasil bahwa tenaga kerja yang memiliki pengalaman lebih lama dalam bekerja dengan tenaga kesehatan yang memiliki pengalaman baru dalam bekerja maka pengalaman yang lebih lama dalam bekerja dapat mempengaruhi orang untuk lebih mengetahui tentang keselamatan pasien (Silviana dan Darmawan, 2017).

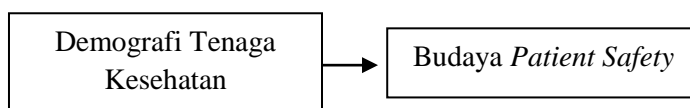
Untuk data demografi mengenai jenis kelamin, hasil analisis menjelaskan tenaga kesehatan perempuan memiliki tingkat kepatuhan yang cukup tinggi dibandingkan dengan tenaga kesehatan laki-laki. Untuk tenaga kesehatan perempuan memiliki kepatuhan sebesar 48,6% sedangkan untuk laki-laki memiliki tingkat kepatuhan sebesar 30%. Karena memiliki persentase $<20\%$ maka tidak terdapat hubungan signifikan antara tenaga kesehatan perempuan ataupun laki-laki terhadap pelaksanaan Standar Prosedur Operasional (SPO). Untuk status antara tenaga kesehatan yang telah menikah lebih cenderung memiliki kepatuhan yang tinggi dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang belum menikah. Untuk tenaga kesehatan yang telah menikah tingkat kepatuhan sebesar 48,6% sedangkan tenaga kesehatan yang belum menikah memiliki tingkat kepatuhan sebesar 30%. Karena memiliki persentase $<20\%$ maka tidak terdapat hubungan signifikan antara tenaga kesehatan yang sudah menikah dengan yang belum

menikah terhadap pelaksanaan SPO atau Standar Prosedur Operasional (Jati, 2018).

2.4. Kerangka Teori



2.5. Kerangka Konsep



2.6. Hipotesis

- a. Terdapat hubungan antara demografi tenaga kesehatan dengan budaya *Patient Safety* berdasarkan AHRQ di Rumah Sakit Islam Kota Pati.
- b. Terdapat perbedaan manager rumah sakit, dokter, apoteker dan perawat dalam budaya *patient safety* di Rumah Sakit Islam Kota Pati.



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini termasuk penelitian analitik *observational* dengan menggunakan desain *cross sectional*.

3.2. Variabel dan Definisi Operasional

3.2.1. Variabel

3.2.1.2. Variabel Bebas

Hubungan demografi tenaga kesehatan dengan budaya *patient safety* dengan metode AHRQ.

3.2.1.2. Variabel Terikat

Pelaksanaan budaya *patient safety*.

3.2.2. Definisi Operasional

3.2.2.1. Demografi Tenaga Kesehatan

Merupakan data demografi nakes yang diberi pertanyaan tentang usia, masa kerja, jabatan, pendidikan, jenis kelamin, pendapatan dan status perkawinan.

Tabel 3 1 Demografi Tenaga Kesehatan

Demografi nakes	Definisi	Skala
Usia	Usia nakes dihitung sejak kelahiran hingga ulang tahun yang terakhir dengan satuan angka kelahiran	Interval
Jenis Kelamin	Jenis kelamin antara laki-laki atau perempuan.	Nominal
Jabatan	Jabatan yang dimaksud adalah manager rumah sakit, dokter, apoteker, dan perawat.	Nominal
Masa Kerja	Masa kerja dari nakes di Rumah Sakit Islam dapat dalam hitungan tahun dan bulan.	Interval
Status Perkawinan	Status perkawinan diisi dengan pilihan jawaban sudah menikah atau belum menikah.	Nominal
Pendapatan	Pendapatan tenaga kesehatan di Rumah Sakit Islam	Interval

	didapat dalam hitungan bulan.	
Pendidikan	Pendidikan adalah tingkat pendidikan terakhir yang ditempuh tenaga kesehatan, dengan pilihan: D3, S1, Profesi, dan S2.	Nominal

3.2.2.2. Budaya *Patient Safety*

Metode yang digunakan dalam pengukuran *patient safety* dengan kuesioner *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) yang terdiri dari 12 dimensi:

Tabel 3. 2 Budaya *Patient Safety*

No	Kuesioner AHRQ
1.	Ekspektasi dan aksi pimpinan dalam mempromosikan keselamatan pasien.
2.	<i>Teamwork</i> dalam unit.
3.	<i>Organizational learning</i> .
4.	Keterbukaan dalam komunikasi.
5.	Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan.
6.	Respon tidak menyalahkan terhadap kejadian kesalahan.
7.	<i>Staffng</i> .
8.	Dukungan manajemen rumah sakit terhadap keselamatan pasien.
9.	<i>Teamwork</i> antar unit dalam rumah sakit.
10.	<i>Handoff</i> (serah terima) dan transisi.
11.	Keseluruhan persepsi tentang keselamatan pasien.
12.	Frekuensi pelaporan kejadian atau insiden merupakan jumlah nominal yang pernah dilaporkan oleh staff rumah sakit.

(Ahrq, 2016).

Kuesioner terdiri dari 42 butir pertanyaan dan dihitung menggunakan skala *Likert* yang setiap pertanyaan diberi 4 pilihan meliputi: Sangat setuju (4), setuju (3), tidak setuju (2) dan sangat tidak setuju (1). Tingkat Pendidikan tidak setuju, dan sangat tidak setuju, masing-masing mendapatkan skor 1-4. Sehingga jawaban dari responden di jumlahkan hingga didapatkan skor total.

Skala data: Interval

AHRQ merupakan bagian dari *U.S Department of Health and Human Service* versi 1.0 pada tahun 2004 yang mengeluarkan *Surveys on Patient Safety Culture Hospital Survey (SOPS)* telah di terjemahkan dalam berbagai bahasa serta dilakukan validitasi termasuk diantaranya ke dalam bahasa Indonesia oleh (Beginta, 2011). Jadi untuk pengukuran budaya keselamatan pasien menggunakan kuesioner *patient safety* dari AHRQ yang divaliditasi dalam bahasa Indonesia.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Seluruh tenaga kesehatan di Rumah Sakit Islam Kota Pati terutama pada tenaga kesehatan meliputi manager rumah sakit, dokter, apoteker dan perawat.

3.3.2. Sampel

Seluruh tenaga kesehatan di Rumah Sakit Islam Kota Pati yang memenuhi kriteria inklusi, meliputi:

- a. Manager Rumah Sakit Islam Kota Pati
- b. Tenaga kesehatan meliputi dokter, apoteker, dan perawat
- c. Tenaga Kesehatan yang memiliki izin praktek
- d. Tidak sedang cuti

Untuk kriteria eksklusi, meliputi:

- a. Kuesioner yang tidak lengkap
- b. Tenaga kesehatan yang mengundurkan diri untuk menjadi responden

- c. Teknik yang digunakan dalam pengukuran kuesioner menggunakan teknik total sampling tenaga kesehatan di Rumah Sakit Islam kota Pati.

3.4. Instrumen dan Bahan penelitian

3.4.1. Instrumen Penelitian

Instrumen ini menggunakan dari HSOPSC (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*):

- a. Ekspektasi dan aksi pimpinan dalam mempromosikan keselamatan pasien
- b. Teamwork dalam unit
- c. Organizational learning
- d. Keterbukaan dalam komunikasi
- e. Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan tidak menyalahkan terhadap kejadian kesalahan
- f. Respon tidak menyalahkan terhadap kejadian kesalahan
- g. *Staffng* جامعنا سلطان أبو جوح الإسلام
- h. Dukungan manajemen rumah sakit terhadap keselamatan pasien
- i. Teamwork antar unit dalam rumah sakit
- j. *Handoff* (serah terima) dan transisi
- k. Keseluruhan persepsi tentang keselamatan pasien

1. Frekuensi pelaporan kejadian atau insiden merupakan jumlah nominal yang pernah dilaporkan oleh staff rumah sakit.

3.4.2. Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas merupakan parameter untuk menunjukkan alat tersebut benar-benar mengukur apa yang diukur. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun mampu mengukur apa yang hendak diukur, maka perlu dilakukan uji korelasi antara skors (nilai) tiap-tiap item (pertanyaan) dengan skors total kuesioner. Teknik yang digunakan adalah korelasi “*Pearson Product Moment*” yaitu apabila $r \text{ hitung} > r \text{ table}$ maka pertanyaan tersebut dinyatakan valid.

Uji reliabilitas merupakan pengukuran yang menunjukkan hasil yang sama atau konsisten apabila dilakukan dengan pengukuran sebanyak dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama serta menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2010).

3.5. *Ethical Clearance*

Informed consent untuk melakukan penelitian ini diperoleh dari komite etik Fakultas Kedokteran Universitas Sultan Agung Semarang. Diperoleh perjanjian tertulis dari tenaga kesehatan yang bersedia dalam penelitian ketika setelah menjelaskan mengenai tujuan penelitian, metode pengumpulan data-data dan kerahasiaan dari tenaga kesehatan.

3.6. Cara Penelitian

3.6.1. Tahap Orientasi

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner dari *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dengan 42 butir pertanyaan. Untuk *questioner* tersebut dibagikan kepada tenaga medis meliputi manajer di rumah sakit, dokter apoteker dan perawat. Pengambilan data dilakukan hanya satu kali pada saat itu saja. Tahap ini melakukan uji validitas dan reabilitas.

3.6.2. Tahap Pelaksanaan

Sebelum dilaksanakan penelitian, serahkan izin penelitian dari Universitas Islam Sultan Agung Semarang Fakultas Kedokteran prodi Farmasi yang ditujukan kepada Rumah Sakit Islam Kota Pati. Langkah pertama yang dilakukan peneliti menyerahkan surat izin penelitian dari Universitas Islam Sultan Agung Prodi Farmasi untuk ditujukan kepada Rumah Sakit Islam Kota Pati. Surat izin tersebut digunakan untuk mencari data-data dari tenaga kesehatan mengenai data demografi: usia, jenis kelamin, jabatan, pendidikan terakhir, pendapatan dan masa kerja. Selanjutnya peneliti akan menjelaskan tujuan penelitian yang akan dilakukan tersebut untuk mendapatkan persetujuan dari pihak tenaga kesehatan.

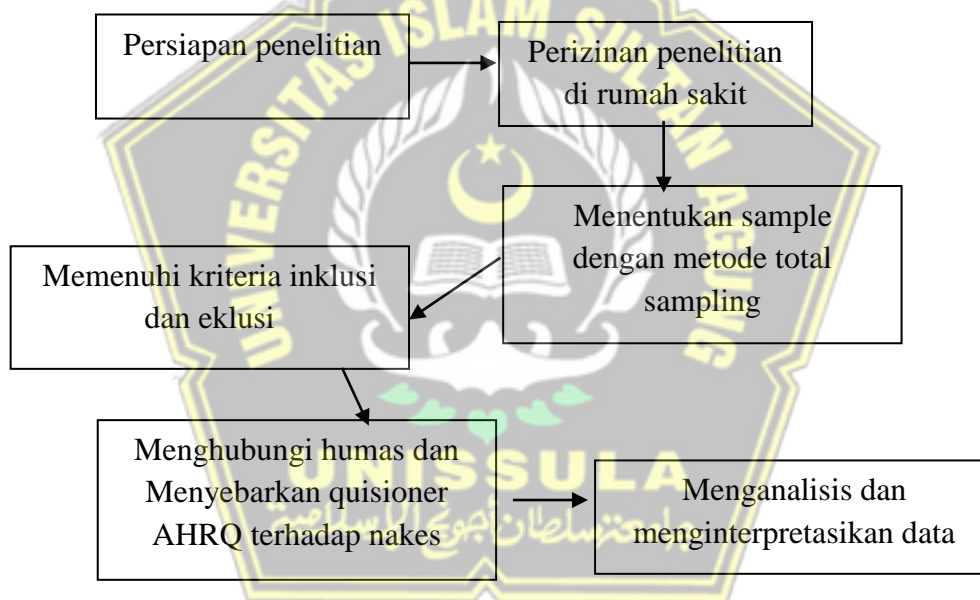
Jika dari pihak kesehatan sudah menyetujui, kemudian peneliti menyerahkan kuesioner *Agency for Healthcare Research and*

Quality. Selanjutnya dilakukan analisis data yang diperoleh dari hasil skor kuesioner.

3.6.3. Tahap Pengumpulan Data

Pada tahap ini pengumpulan data hanya dilakukan sekali saja dan pada saat menyerahkan kuesioner kepada tenaga kesehatan. Selanjutnya dapat dilakukan dengan cara menganalisis hasil data yang diperoleh.

3.7. Alur Penelitian



3.8. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Islam Kota Pati yang dilakukan pada tahun 2021.

3.9. Analisis Hasil

Data yang diperoleh dianalisis menggunakan statistic *Statistical Product and Service Solutions (SPSS)* versi 26. Sebelum dianalisis, dilakukan uji validitas dan reliabilitas kemudian dilakukan uji normalitas nilai α : 0,05. Selanjutnya dilakukan uji *Spearman's-rho*, uji korelasi asosiasi *Eta* dan uji korelasi *Chi Square* untuk mengetahui hubungan demografi tenaga kesehatan yaitu manager, dokter, apoteker dan perawat dalam pelaksanaan *patient safety* di Rumah Sakit Islam Kota Pati.



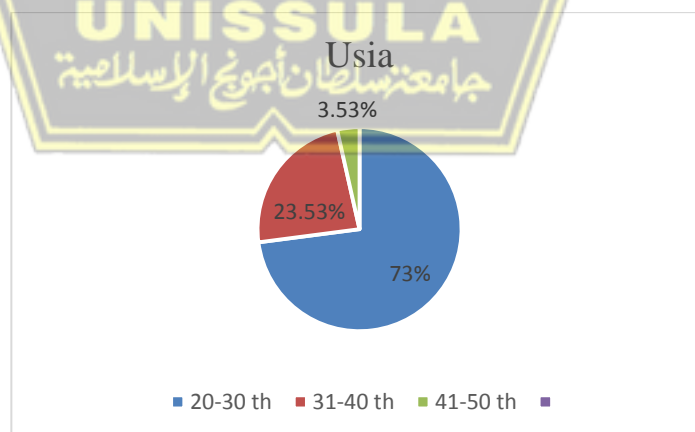
BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

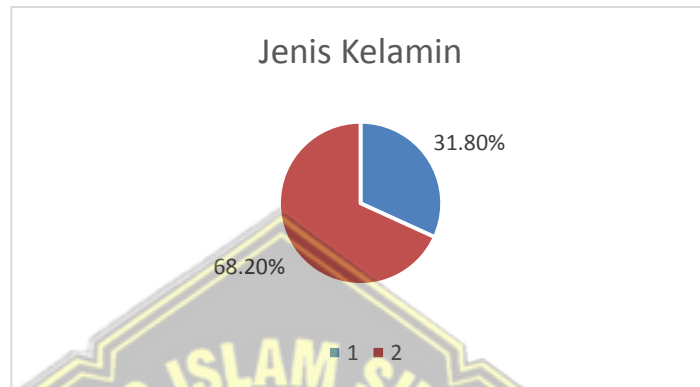
Penelitian ini menggunakan metode *observasional analitik* dengan desain *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan pada tahun 2021 dengan penyebaran kuesioner yang ditujukan untuk manager, dokter, apoteker, dan perawat di Rumah Sakit Islam Pati. Penelitian ini diikuti oleh 120 responden yang terbagi 35 responden untuk uji validitas dan reliabilitas, 85 responden untuk analisis korelasi antara manager, dokter, apoteker dan perawat dalam pelayanan *patient safety*. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengetahui analisis korelasi antara manager, dokter, apoteker dan perawat dalam pelayanan *patient safety*.

4.1.1. Karakteristik Responden



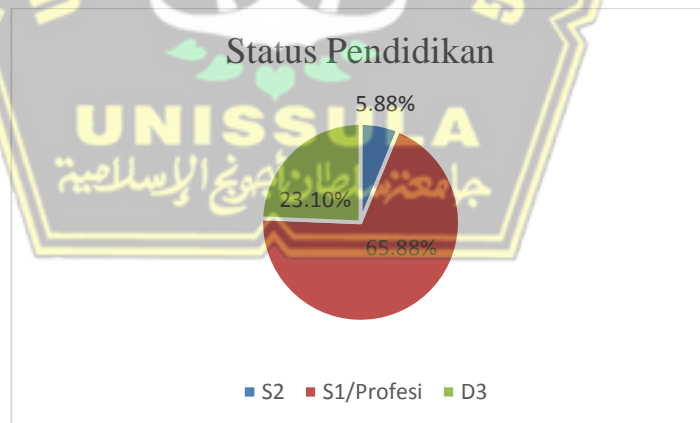
Gambar 4 1 Distribusi Usia

Berdasarkan tabel 4.1 karakteristik responden berusia 20-30 tahun sebanyak 73%, usia 31-40 tahun sebanyak 3,53% dan usia >41 tahun sebanyak 23,53%.



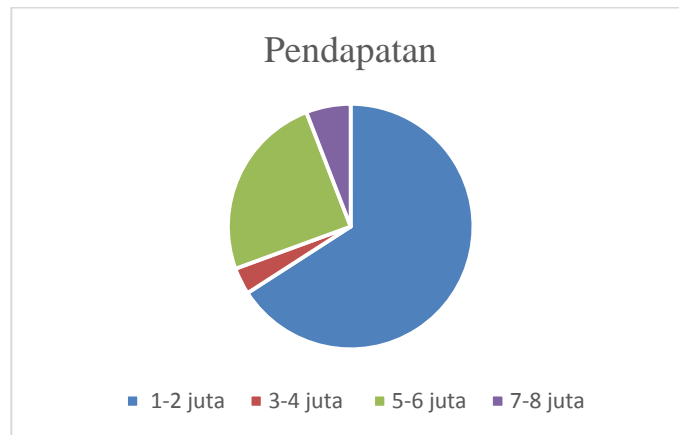
Gambar 4 2 Distribusi Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil tabel 4.2 distribusi jenis kelamin didapatkan perempuan sebanyak 31,80% dan laki-laki sebanyak 68,20%.



Gambar 4 3 Distribusi Status Pendidikan

Tabel 4.3 menunjukkan distribusi frekuensi status pendidikan diperoleh untuk S2 sebanyak 5,88%, S1/profesi 65,88% dan D3 23,10%.



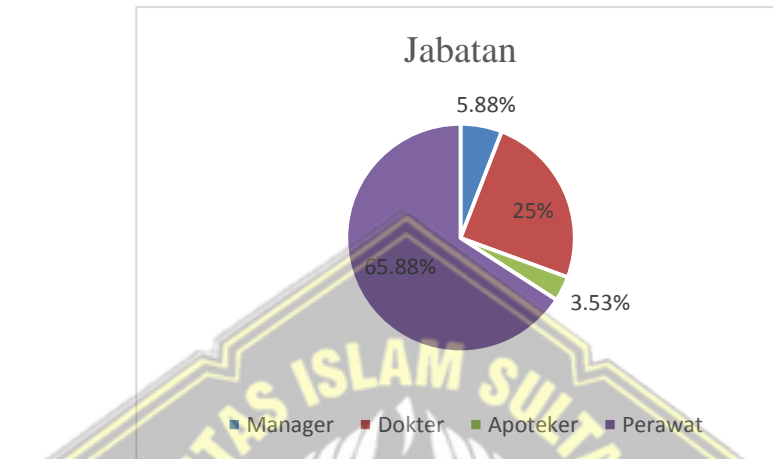
Gambar 4 4 Distribusi Pendapatan

Pada tabel 4.4 distribusi pendapatan untuk pendapatan 1-2 juta sebanyak 65,88%, untuk pendapatan 3-4 juta sebanyak 3,53%, untuk pendapatan 5-6 juta sebanyak 24,70% dan untuk pendapatan 7-8 juta sebanyak 5,88%.



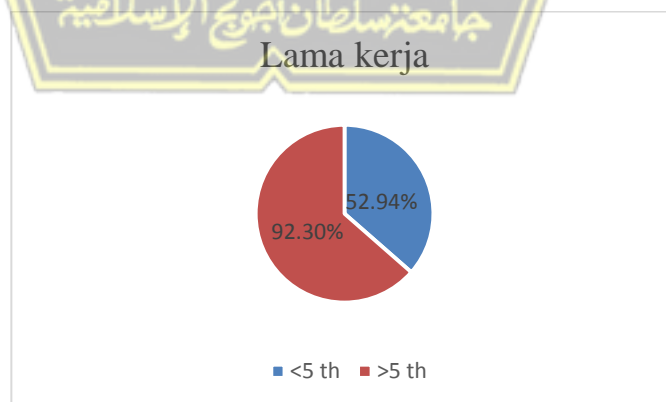
Gambar 4 5 Distribusi Status Pernikahan

Pada tabel 4.5 menunjukkan bahwa distribusi status pernikahan untuk yang sudah menikah sebanyak 81,17% dan untuk yang belum menikah sebanyak 17,90%.



Gambar 4 6 Distribusi Jabatan

Pada tabel 4.6 menunjukkan bahwa distribusi jabatan didapatkan hasil untuk manager 5,88%, untuk dokter sebanyak 25%, untuk apoteker 3,53% dan untuk perawat tahun sebanyak 65,88%.



Gambar 4 7 Distribusi Lama Bekerja

Pada tabel 4.7 menunjukkan bahwa distribusi lama kerja didapatkan hasil untuk lama kerja <5 tahun 52,947% dan >5 tahun sebanyak 5%.

4.1.2. Uji Normalitas

Tabel 4 1 Uji Normalitas Keselamatan Pasien

Normalitas (<i>Kolmogorov-Smirnov</i>)		
	Sig.	Keterangan
Keselamatan Pasien	.002	Tidak normal

4.1.3. Hubungan Demografi Tenaga Kesehatan dengan Pelaksanaan Keselamatan Pasien

Tabel 4 2 Hasil Analisis Korelasi *Spearman's-rho*, *Eta* dan *Chi Square*.

Uji	Variabel	Pelaksanaan keselamatan pasien		
		Nilai korelasi (r)	Sig.	<i>Chi Square</i> <i>Asym. Sig</i>
<i>Spearman's-rho</i>	Usia	0,126	p > 0.05	0,562
<i>Eta</i>	Jenis Kelamin	0,113	-	0,297
	Jabatan	0,131		0,657
	Status pernikahan	0,397		0,000
	Pendidikan	0,079		0,657
	Masa Kerja	0,053		0,627
	Pendapatan	0,113		0,542

Keterangan:

1. Jika nilai *Asym. sig* <0.05 dapat disimpulkan bahwa status pernikahan dengan pelayanan keselamatan pasien memiliki hubungan.
2. Jika nilai *sig* <0.05 diartikan korelasi *Spearman's rho* signifikan.

Berdasarkan tabel 4.4 dilakukan analisis non-parametrik menggunakan korelasi *Spearman's rho* yang menunjukkan jika usia terhadap pelaksanaan keselamatan pasien memiliki korelasi positif dan kekuatan korelasi lemah.

Berdasarkan tabel 4.4 dilakukan analisis koefisien korelasi asosiasi *Eta* menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, status pernikahan dan jabatan dengan pelaksanaan keselamatan pasien karena nilai 0,113, 0,079, 0,113, 0,397 dan 0,131 masuk dalam kategori koefisien korelasi lemah. Kemudian untuk korelasi antara masa kerja terhadap pelaksanaan keselamatan pasien tergolong sedang ditunjukkan dengan nilai korelasi sebesar 0,053.

Selanjutnya pada table 4.4 juga dilakukan analisis korelasi *Chi Square* yang menunjukkan bahwa memiliki hubungan terhadap status pernikahan dengan pelaksanaan keselamatan pasien yang ditunjukkan dengan nilai korelasi sebesar 0,000% artinya status pernikahan dengan pelaksanaan keselamatan pasien mempunyai korelasi cukup kuat.

4.1.4. Analisis Responden

Tabel 4 3 Analisis Responden

No	Pertanyaan	Manager	Dokter	Apoteker	Perawat
1	Ekspektasi dan aksi pimpinan dalam mempromosikan <i>patient safety</i> .				
	a. Setuju	55%	50%	58,33%	52,07%

	b. Tidak setuju	45%	50%	41,67%	47,93%
2	<i>Teamwork</i> dalam unit				
	a. Setuju	100%	100%	100%	100%
	b. Tidak setuju	0%	0%	0%	0%
3	<i>Organizational learning</i>				
	a. Setuju	100%	100%	100%	100%
	b. Tidak setuju	0 %	0%	0%	0%
4	Keterbukaan dalam komunikasi				
	a. Setuju	86,67%	66,67%	66,67%	67,83%
	b. Tidak setuju	13,33%	33,33%	33,33%	32,17%
5	Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan.				
	a. Setuju	100%	100%	100%	100%
	b. Tidak setuju	0%	0%	0%	0%
6	Respon tidak menyalahkan terhadap keselamatan pasien				
	a. Setuju	0%	0%	0%	3,50%
	b. Tidak setuju	100%	100%	100%	96,5%
7	<i>Staffing</i>				
	a. Setuju	25%	25%	33,33%	52,61%
	b. Tidak setuju	75%	75%	66,67%	47,39%
8	Dukungan manajemen rumah sakit dalam <i>patient safety</i>				
	a. Setuju	100%	100%	77,78%	66,67%
	b. Tidak setuju	0%	0%	22,22%	33,33%
9	<i>Teamwork</i> antar unit				
	a. Setuju	70%	67,5%	66,67%	50,87%
	b. Tidak setuju	30%	32,5%	33,33%	49,13%
10	<i>Handoff</i>				
	a. Setuju	65%	78,75%	50%	65,78%
	b. Tidak Setuju	35%	21,25%	50%	34,22%
11	Persepsi tentang keselamatan pasien				
	a. Setuju	50%	50%	50%	51,31%
	b. Tidak Setuju	50%	50%	50%	48,69%
12	Frekuensi pelaporan kejadian				
	a. Setuju	100%	100%	100%	82,45%
	b. Tidak Setuju	0%	0%	0%	17,55%

Analisis data dapat dilakukan dengan mengklasifikasikan dalam beberapa kategori dari setiap jawaban responden. Setelah dilakukan penelitian maka budaya keselamatan pasien dikatakan baik jika respon positif memiliki rentang nilai lebih dari sama dengan 70%, budaya keselamatan pasien dikatakan sedang jika respon positif memiliki rentang nilai 50-70% dan budaya keselamatan pasien dikatakan kurang baik jika memiliki respon nilai dibawah 50% (Rosyada, 2014).

Interpretasi dari budaya keselamatan pasien dikatakan baik jika memiliki persentase sebesar 76-100%, dikatakan cukup jika memiliki persentase 51-75%, kemudian jika memiliki persentase <50% maka budaya keselamatan pasien dikatakan kurang atau buruk (Barella, 2010).

4.2. Pembahasan

Dalam dunia pekerjaan dapat dipengaruhi oleh karakteristik individu yang berguna untuk menjalankan tugasnya masing-masing. Karakteristik individu dapat dilihat dari usia, jenis kelamin, status pernikahan, masa kerja, tingkat pendidikan, pendapatan dan jabatan tenaga kesehatan dalam instansi tersebut.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pelayanan *patient safety* terhadap demografi tenaga kesehatan yang meliputi usia, jenis kelamin, pendapatan, jabatan, status pernikahan, masa kerja dan pendidikan terakhir tenaga kesehatan. Kemudian setelah di terapkan *patient safety* di RS

tersebut maka mampu meningkatkan akuntabilitas RS terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya KTD di RS dan terciptanya keselamatan pasien di RS tersebut. Penelitian ini menggunakan kuesioner yang diadaptasi dari metode *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dan dilaksanakan oleh responden yang terdiri dari manager, dokter, apoteker dan perawat di Rumah Sakit Islam Pati.

Pengambilan data dilaksanakan pada tahun 2021. Untuk tenaga kesehatan yang bersedia mengisi kuesioner terdiri dari 120 sebagai responden. Responden 85 orang terdiri dari 5 manager, 20 dokter, 3 apoteker dan 57 perawat. Uji validitas dan uji reliabilitas terdiri dari 35 responden yang terdiri dari dilakukan analisis responden yang terdiri manager 3 responden, dokter 7 responden, apoteker 2 reponden dan perawat 18 responden. Kemudian dianalisis menggunakan *Pearson Product Moment* untuk melihat korelasi sehingga didapatkan hasil dari total item pertanyaan sebanyak 42 pertanyaan tersebut “valid”. Kemudian dilakukan uji reliabilitas kuesioner dengan melihat nilai *Chronbach's alpha* yaitu 0,944, jadi kuesioner tersebut dapat dikatakan “sangat reliable”.

Hasil uji validitas kuesioner sasaran keselamatan pasien kepada 85 responden di RSI Pati menggunakan *Pearson Product Moment*. Hasil korelasi *Pearson* menunjukkan bahwa semua item pertanyaan valid karena memiliki koefisien korelasi (r) hitung yang lebih besar dari (r) tabel dengan nilai Sig <0.05 dan <0.01 . Hasil reliabilitas didapatkan nilai *Croncbach's alpha* sebesar 0,944. Berdasarkan hasil tersebut maka kuesioner tersebut

sangat reliable karena nilai *Cronbach's alpha* $>0,70$ (Kurnia Dewi *et al*, 2020).

Responden untuk analisis hubungan antara karakteristik tenaga kesehatan setelah dikurangkan untuk uji validitas dan reabilitas sebanyak 35 responden sehingga menjadi 85 responden yang menjawab kuisisioner tersebut. Selanjutnya dianalisis Normalitas dengan melihat hasil dari *Kolmogorov-Smirnov* didapatkan nilai Sig 0,02 ($<0,05$) yang artinya data tidak terdistribusi normal sehingga alternatif uji statistiknya adalah *Spearman's rho*, uji koefisien korelasi *Eta*, dan uji korelasi *Chi Square* yang kemudian sebanyak 85 responden dapat dilakukan analisis sampai akhir penelitian. Penggunaan *Spearman's rho* karena variabel yang dianalisis merupakan variabel non parametrik yang tidak normal serta memiliki variabel yang sejenis yaitu rasio atau interval. Untuk analisis *Eta* dilakukan pada variabel jenis kelamin, pendidikan terakhir, jabatan, pendapatan, masa kerja dan status pernikahan karena variabel yang dianalisis yaitu nominal dan rasio (Allen, 2017).

Hubungan demografi individu nakes dengan pelaksanaan keselamatan pasien:

1. Usia

Untuk responden di RSI pati mayoritas memasuki masa usia dewasa awal. Sebagian besar berusia 20-30 tahun sebanyak 72,94%, untuk usia 31-40 tahun sebanyak 23,53% tahun dan untuk usia 41-45 tahun sebanyak 3,53%. Dapat dijelaskan bahwa usia seseorang akan

mempengaruhi daya tangkap serta pola pikir tenaga kesehatan. Jadi semakin bertambahnya usia maka seseorang akan semakin berkembang sehingga pengetahuan yang didapatkan juga akan semakin membaik sehingga untuk usia yang relative tua dapat membimbing terhadap yang lebih muda (Notoatmodjo, 2010).

Hasil analisis hubungan demografi dengan keselamatan pasien menggunakan *Spearman's rho* diperoleh nilai p 0,250 (>0.05) dengan nilai korelasi sebesar 0,126 yang artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara usia dengan pelaksanaan keselamatan pasien dirumah sakit terhadap usia tenaga kesehatan. Penelitian ini sesuai dengan Pambudi (2018) yang menjelaskan bahwa variable usia tenaga kesehatan tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna. Karena sifat kedewasaan tidak bisa diukur dengan usia tetapi bagaimana orang tersebut dalam menyikapi permasalahan secara positif. Sedangkan menurut teori dari Husna (2013) menyatakan bahwa usia menjadi salah satu faktor yang berkontribusi dalam terjadinya insiden keselamatan pasien. Jika memiliki usia yang muda maka akan lebih cenderung mengakibatkan terjadinya insiden keselamatan pasien dibandingkan dengan usia yang lebih tua biasanya jauh lebih terampil karena cenderung lebih hati-hati dan sangat memperhatikan pelayanan terhadap pasien.

2. Jenis Kelamin

Berdasarkan penelitian diatas, dijelaskan bahwa untuk jenis kelamin laki-laki didapatkan hasil sebesar 31,8% dan perempuan didapatkan hasil sebesar 68,2%. Setelah dilakukan analisis koefisien korelasi asosiasi *Eta* antara jenis kelamin dengan pelaksanaan keselamatan pasien dirumah sakit diperoleh nilai 0,113 artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan pelaksanaan keselamatan pasien dirumah sakit karena nilai tersebut termasuk dalam kategori yang sangat lemah.

Menurut Zulkifli & Sureskiarti (2020) menyatakan hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa sebagian responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 72 responden (84,7%) dari 85 perawat lebih besar dibandingkan dengan perawat laki-laki sebanyak 9 reponden (81,8%) dari 11 perawat. Penelitian tersebut menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dengan pelaksanaan sasaran keselamatan pasien.

3. Status Pendidikan

Penelitian ini menunjukkan adanya proporsi status pendidikan tenaga kesehatan dirumah sakit. Untuk tenaga kesehatan dirumah sakit ini status pendidikan terbanyak yaitu pendidikan S1/profesi sebesar 65,88%, pendidikan D3 sebesar 28,23% dan pendidikan S2 sebesar 5,88%. Sedangkan menggunakan analisis *Eta* diperoleh hasil sebesar 0,079 yang artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status pendidikan dalam pelaksanaan keselamatan pasien di RS Islam

Pati baik S2, S1/profesi ataupun D3 karena termasuk koefisien korelasi lemah. Belum ditemukan penelitian yang menjelaskan ada atau tidaknya hubungan antara status pendidikan dengan pelaksanaan keselamatan pasien dirumah sakit tersebut.

4. Pendapatan

Proporsi sampel dalam penelitian ini untuk pendapatan dibagi menjadi 4 bagian. Untuk manager diperoleh pendapatan 7-8 juta sebesar 5,88%, untuk dokter diperoleh 5-6 juta sebesar 24,7%, untuk apoteker diperoleh 3-4 juta sebesar 3,53% dan untuk perawat diperoleh 1-2 juta sebesar 65,88%. Kemudian dianalisis menggunakan *Eta* diperoleh hasil sebesar 0,113, berdasarkan penelitian sebelumnya ditemukan bahwa pendapatan tenaga kesehatan dari rumah sakit yang tinggi mempengaruhi pelayanan keselamatan pasien sehingga menghasilkan *outcome* pelayanan keselamatan pasien yang lebih baik, didapatkan hasil nilai korelasi 0,277 ($p < 0,01$) sangat signifikan. Sehingga penelitian sebelumnya berbeda dari penelitian ini (Akinleye *et al*, 2019).

5. Masa Kerja

Proporsi masa kerja tenaga kesehatan di RS Islam Pati dapat dikategorikan menjadi dua, yaitu < 5 tahun dan > 5 tahun. Untuk masa kerja yang < 5 tahun diperoleh hasil sebesar 52,94% dan > 5 tahun diperoleh hasil sebesar 47,05%. Sedangkan menggunakan analisis *Eta* diperoleh hasil sebesar 0,053 yang artinya terdapat hubungan yang

cukup kuat antara masa kerja dalam pelaksanaan keselamatan pasien di RS tersebut. Menurut teori yang dijelaskan oleh (Notoadmodjo, 2014) menyatakan bahwa semakin lama masa kerja maka akan semakin mudah untuk memahami dalam berbagai tugas, sehingga hal tersebut dapat menjadi peluang besar untuk meningkatkan prestasi dan mampu beradaptasi dengan lingkungan. Jadi, semakin lama masa kerja maka mampu meningkatkan pengalaman seseorang akan semakin membaik.

6. Status Pernikahan

Pada status pernikahan rata-rata responden di RS Islam Pati sudah menikah dengan persentase sebesar 81,17 % dan yang belum menikah 18,82 %. Hasil analisis menggunakan koefisien korelasi asosiasi *Eta* diperoleh nilai sebesar 0,397 yang artinya bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan pelaksanaan keselamatan pasien dan termasuk kategori korelasi lemah.

Sesuai penelitian yang dilakukan Zulkifli & Sureskiarti (2020) menyatakan bahwa kepatuhan perawat yang sudah menikah ataupun yang belum menikah tidak jauh berbeda tingkat kepatuhannya dalam pelaksanaan keselamatan pasien. Perawat menerapkan pedoman keselamatan pasien terhadap pasien yang dirawat sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) yang sudah diterapkan dari rumah sakit dan dilakukan dengan budaya kerja yang ada di rumah sakit tersebut. Penelitian lain yang dilakukan oleh Awliyawati (2015)

menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan keselamatan pasien, karena kepatuhan seseorang biasa saja mengalami peningkatan ataupun penurunan. Tetapi hal tersebut tergantung dari seseorang untuk menyikapinya, jika status pernikahan dianggap sebagai motivasi maka akan terpacu untuk meningkatkan kinerja termasuk kepatuhan dalam pelaksanaan keselamatan pasien begitu juga sebaliknya, jika seseorang menganggap pernikahan menjadi sebuah beban maka kinerja dalam pelaksanaan keselamatan pasien akan menurun.

7. Jabatan

Proporsi jabatan tenaga kesehatan di RS Islam Pati dapat dikategorikan menjadi empat, yaitu manager, dokter, apoteker, dan perawat. Untuk manager diperoleh sebesar 5,88%, untuk dokter diperoleh sebesar 24,7%, untuk apoteker diperoleh sebesar 3,53% sedangkan untuk perawat diperoleh sebesar 65,88%. Kemudian dianalisis menggunakan *Eta* diperoleh hasil sebesar 0,131, dibandingkan dengan penelitian sebelumnya didapatkan bahwa jabatan tenaga kesehatan berhubungan yang meningkatkan jaminan pelayanan keselamatan pasien yang komprehensif di rumah sakit. Jadi untuk jabatan dokter, apoteker, dan perawat mampu menghasilkan outcome yang lebih baik dibandingkan dengan manager rumah sakit dengan nilai sebesar $p > 0,018$ yang dapat diartikan bahwa tidak terdapat

hubungan yang bermakna antara jabatan dengan keselamatan pasien karena memiliki koefisien korelasi yang lemah (Kyriacou Georgiou *et al*, 2021).

Analisis reponden pada pertanyaan pertama ditujukan kepada pimpinan manager, dokter, apoteker dan perawat mayoritas menjawab setuju (55%, 50%, 58,33% dan 52,07%) dan tidak setuju (45%, 50%, 41,7% dan 47,93%). Pemimpin mencakup tiga dimensi yaitu: pimpinan, bawahan dan situasi. Masing-masing komponen tersebut saling mempengaruhi karena pencapaian tujuan tergantung kebutuhan bawahan dan situasi yang dihadapi, jadi sebagai pemimpin harus mampu membedakan tentang kebutuhan pribadi dan kebutuhan secara umum karena terlaksananya keselamatan pasien bukan tergantung pada sifat pribadi seorang pemimpin saja (Rivai, 2016). Dilihat hasil penyebaran kuesioner bahwa pemimpin di RS Islam Pati dapat menjalankan keselamatan pasien secara baik sehingga dapat menimbulkan rasa nyaman terhadap pasien.

Analisis responden pada pertanyaan kedua *teamwork* dalam unit didapatkan hasil mayoritas setuju baik manager, dokter, apoteker dan perawat dengan hasil (100%, 100%, 100% dan 100%) untuk yang tidak setuju 0%. Sejalan dengan penelitian Rosyada (2014) menjelaskan bahwa budaya keselamatan pasien pada kerja tim dalam unit memiliki persentase sebesar (86,78%) artinya perawat tersebut dalam bekerja keras saling mendukung satu sama lain, saling bekerja sama sebagai tim jika banyak

pekerjaan, dan merasa saling menghargai antar tenaga kesehatan. Jika saling bekerja sama satu lain maka mampu meningkatkan kualitas pelayanan keselamatan pasien.

Untuk analisis reponden pertanyaan *organizational learning* didapatkan hasil setuju sebesar 100% dan tidak setuju 0% pada responden dengan total 85. Penelitian ini sejalan dengan (Febriyanty & Utami, 2019) menunjukkan bahwa peranan dimensi organization learning sebesar 99,79% dalam 12 dimensi budaya keselamatan pasien bahwa rumah sakit tersebut aktif meakukan program-program kegiatan untuk peningkatan keselamatan pasien dan belajar dari kesalahan untuk perubahan yang lebih baik serta mengevaluasi keefektifannya.

Selanjutnya analisis reponden pertanyaan keempat keterbukaan dalam komunikasi mayoritas memiliki jawaban setuju baik manager, dokter, apoteker, dan perawat (86,67%, 66,67%, 66,67%, dan 67,83%) dan hasil tidak setuju (13,33%, 33,33%, 33,33%, dan 32,17%). Menurut Tsai et al. (2015) Keselamatan pasien bisa ditingkatkan dengan model teknik SBAR karena dapat mengurangi resiko dari KTD, KNC, KPC, KTC dan Sentinel.

Pada pertanyaan kelima “umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan yang didapatkan hasil sangat setuju 100% dan tidak setuju 0% jawaban kuesioner dari manager, dokter, apoteker dan perawat. Menurut penelitian Majid *et al*, (2011) manager mampu memberikan umpan balik setiap terjadi insiden. Tetapi respontime dalam tindak lanjut masih dinilai cukup lama yang dibuktikan dengan hasil respon yang kurang dari 75%

mengenai hal tersebut. Hal tersebut menunjukkan bahwa umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan pada RSI Unisma Malang kurang berjalan optimal.

Selanjutnya pertanyaan ke enam “respon tidak menyalahkan terhadap respon keselamatan pasien memiliki jawaban terbalik dari pertanyaan sebelumnya. Mayoritas tidak setuju baik manager, apoteker, dokter dan perawat (100%, 100%, 100%, dan 96,5%) dan setuju hanya memiliki jawaban (0%, 0%, 0%, dan 3,50%). Variasi kesalahan pelayanan bersangkutan dengan kedisiplinan, komunikasi, dan kesalahan teknis yang disebabkan oleh faktor manusia dan kegagalan sistem.

Untuk pertanyaan *staffing*, setelah dilakukan analisis responden manager, dokter, apoteker dan perawat di dapatkan hasil yang setuju sebesar (25%, 25%, 33,33% dan 52,61%) untuk yang tidak setuju sebesar (75%, 75%, 66,67%, dan 47,39%). Berdasarkan hasil penelitian Najjar & Rawas (2018) memiliki hasil 67,2% perawat memiliki budaya keselamatan pasien negatif pada dimensi ketenagaan atau *staffing* yang berkaitan dengan sumber daya manusia pada instalansi perawatan intensive RSUD Arifin Achmad provinsi Riau. Adanya beban kerja tinggi, kelebihan jam kerja merupakan hal yang dapat mempengaruhi budaya keselamatan pasien pada perawat. Menurut Aiken *et al*, (2014) dalam penelitiannya diperoleh hasil bahwa 51.0% perawat di *Amerika Serikat* mengatakan mengalami kelebihan jam kerja di ruangan.

Pada pertanyaan ke delapan “dukungan manajemen rumah sakit dalam keselamatan pasien” jawaban seluruh responden menunjukkan hasil mayoritas setuju (100%, 100%, 77,78%, dan 66,67%) sedangkan untuk yang tidak setuju (0%, 0%, 22,22% dan 33,33%). Menurut Ahrq (2016) dalam penerapan budaya keselamatan pasien, manajemen rumah sakit memiliki tugas untuk memberikan iklim kerja yang mendorong keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama.

Analisis reponden pada pertanyaan ke sembilan “*teamwork* dalam unit” menunjukkan hasil setuju sebesar (70%, 67,5%, 66,67% dan 50,87%) dan tidak setuju sebesar (30%, 32,5%, 33,33% dan 49,13%). Hasil penelitian (Kusumapradja *et al*, 2019) menjelaskan bahwa kerjasama tim dalam unit dinilai kuat karena memiliki nilai sebesar 84% menggambarkan didalam unit saling mendukung, saling menghormati dan saling membantu bila ada pekerjaan dalam waktu yang cepat.

Untuk pertanyaan kuesioner ke sepuluh “*handoff*” responden manager, dokter, apoteker dan perawat sebesar (65%, 78,75%, 50%, dan 51,31%) dan tidak setuju sebesar (35%, 21,25%, 50%, dan 34,22%). *Hand off* merupakan periode kritis dalam transfer perawatan pasien. Keselamatan pasien menjadi fokus utama dalam perawatan pasien karena hal tersebut berakitan dengan riwayat, pengobatan, terapi serta informasi terkini yang sifatnya jelas (Marwiati, 2014).

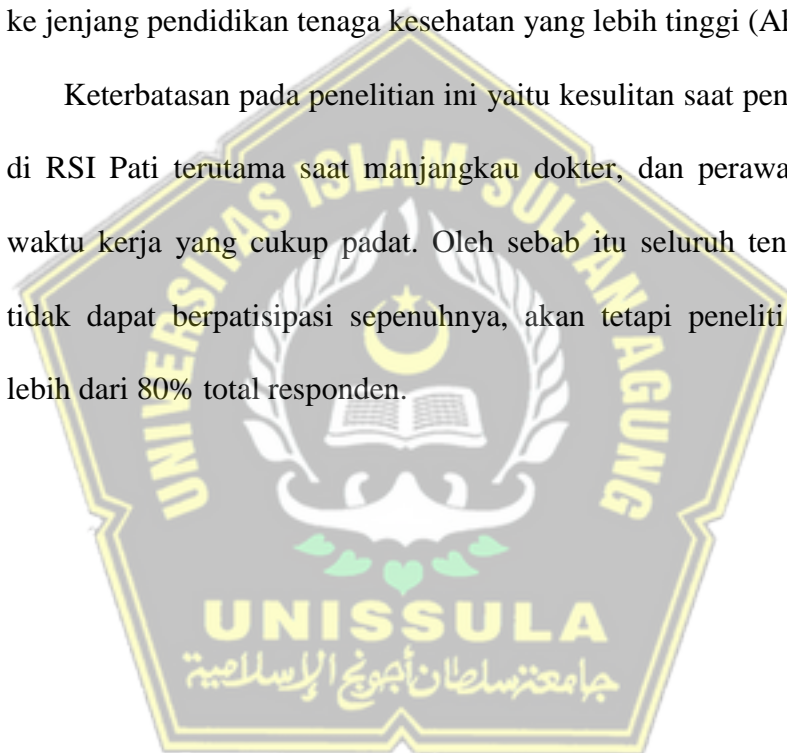
Selanjutnya analisis kuesioner ke sebelas “persepsi tentang keselamatan pasien” memiliki nilai yang selisihnya hanya sedikit saja. Pada responden manager, dokter, apoteker dan perawat sebesar (50%, 50%, 50%, dan 51,31%) sedangkan untuk yang tidak setuju sebesar (50%, 50%, 50%, dan 48,69%). Menurut Siagian (2019) tentang persepsi keselamatan pasien secara keseluruhan menghasilkan persentase dokter sebesar 68,3% lebih tinggi dibandingkan dengan perawat 66,5% tetapi sama-sama masih dalam kategori cukup.

Untuk kuesioner yang ke dua belas “frekuensi pelaporan kejadian” mayoritas manager, dokter, apoteker, dan perawat menjawab setuju (100%, 100%, 100% dan 82,45%) untuk yang tidak setuju: manager, dokter, apoteker (0%) perawat (17,55%). Dalam penelitian Hastuti (2013) ada salah satu faktor yang berhubungan dengan rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien di (IKP) Ruang Rawat Inap gedung *Elisabeth Gruyters* Rs Panti Rapih Yogyakarta adalah sikap atasan yang mendukung kegiatan pelaporan. Untuk faktor yang lain tidak terdapat hubungan antara usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jabatan, pendapatan, pendidikan dan status pernikahan dengan pelaporan insiden keselamatan pasien.

Untuk analisis uji korelasi *Chi Square* pada demografi tenaga kesehatan didapatkan hasil: usia 0,562, jenis kelamin 0,297, jabatan 0,657 status pernikahan 0,000%, pendidikan 0,657, masa kerja 0,627 dan pendapatan 0,542. Peneliti sebelumnya menjelaskan bahwa status pernikahan memiliki pengaruh terhadap pelayanan pasien. Karena

sebagian besar yang sudah menikah memiliki persentase 80,2% serta memiliki masa kerja yang cukup lama rata-rata >12 tahun dengan persentase 57,10%. Mayoritas tenaga kesehatan di RSI Kota Pati sudah menikah dan memiliki masa kerja lebih lama jadi lebih berpengalaman yang banyak dapat memberikan ketrampilan dan keahlian dalam bekerja. Untuk tenaga kesehatan dengan rentang umur produktif perlu ditingkatkan ke jenjang pendidikan tenaga kesehatan yang lebih tinggi (Ahrq, 2016).

Keterbatasan pada penelitian ini yaitu kesulitan saat pengambilan data di RSI Pati terutama saat manjangkau dokter, dan perawat dikarenakan waktu kerja yang cukup padat. Oleh sebab itu seluruh tenaga kesehatan tidak dapat berpartisipasi sepenuhnya, akan tetapi peneliti mendapatkan lebih dari 80% total responden.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

5.1.1. Pelaksanaan keselamatan pasien di RS Islam Pati belum tercapai penuh sehingga masih perlu meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit tersebut.

5.1.2. Terdapat hubungan bermakna antara masa kerja dengan nilai sebesar 0,464% dalam pelaksanaan keselamatan pasien di RS Islam Pati.

5.1.3. Tidak ada hubungan yang bermakna antara usia yang didapatkan nilai sebesar 0,126%, jenis kelamin didapatkan hasil sebesar 0,073%, status pernikahan didapatkan hasil sebesar 0,312%, pendapatan didapatkan hasil 0,238%, pendidikan terakhir sebesar 0,226% dan jabatan didapatkan hasil sebesar 0,38% dalam pelaksanaan keselamatan pasien di RS Islam Pati.

5.2. Saran

5.2.1. Bagi tenaga kesehatan harus lebih memperhatikan prinsip keselamatan pasien terutama dalam hal mengidentifikasi pasien agar terciptanya keselamatan pasien yang tepat.

5.2.2. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian ini dengan baik agar bias menambah aspek lain yang belum dikaji pada penelitian ini.

5.2.3. Hasil penelitian ini akan membantu RSI dalam menyimpulkan penanganan – penanganan *patient safety* di RSI Kota Pati.



DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W. (2014). Audit Lingkungan Rumah Sakit. In *Universitas Indonesia*. Rajawali Pers.
- Ahrq. (2016). Creating Patient-centered Team-based Primary Care IN PRIMARY CARE RESEARCH. *AHRQ Pub. No. 16-0002-EF*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. www.ahrq.gov
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Akinleye, D. D., McNutt, L. A., Lazariu, V., & McLaughlin, C. C. (2019). Correlation between hospital finances and quality and safety of patient care. *PLoS ONE*, 14(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219124>
- Allen, M. (2017). Correlation, Spearman. *The SAGE Encyclopedia of Communication Research Methods*. <https://doi.org/10.4135/9781483381411.N101>
- Amirullah, N. A., Pasinringi, S. A., Kapalawi, I., Rumah, B. M., Fakultas, S., Masyarakat, K., & Hasanuddin, U. (2014). GAMBARAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RSUD SYEKH YUSUF KABUPATEN GOWA Description of Patient Safety Culture at SyekhYusuf Hospital Gowa District. *Universitas Hasanudin*.
- Anggraeni, D., Ahsan, A., & Azzuhri, M. (2016). Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien terhadap Sikap Melaporkan Insiden pada Perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen. *Jurnal Aplikasi Manajemen*, 14(2), 309–321. <https://doi.org/10.18202/jam23026332.14.2.13>
- Astika Sari, A. (2017). Assessing Patient Safety Culture in the Hospital: a Pilot Study Using a Modified Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 6(3), 159–168. <https://doi.org/10.18196/jmmr.6141>
- Astini, A. F. (2016). Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di RS Stella Mari Makassar. *JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)*, 6(1), 152–163.
- Awliyawati, F. D. (2015). Hubungan Karakteristik Perawat dengan Kepatuhan dalam Menerapkan Pedoman Patient Safety di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Faisal Makassar. *Universitas Islam Negeri Alauddin*, 1–116. <http://publicacoes.cardiol.br/portal/ijcs/portugues/2018/v3103/pdf/3103009.p>

df%0Ahttp://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772018000200067&lng=en&tlng=en&SID=5BQIj3a2MLaWUV4OizE%0Ahttp://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_

- Bahrani, M. A., Chalak, M., Montazeralfaraj, R., & Dehghani Tafti, A. (2014). Iranian nurses' perception of patient safety culture. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(4). <https://doi.org/10.5812/ircmj.11894>
- Barella. (2010). ANALISIS BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RSUD MUHAMMADIYAH, BANTUL. *Analysis Of Patient Safety Culture at Bantul PKU MUhammadiah Hospital*, 210.
- Beginta, R. (2011). Pengaruh budaya keselamatan pasien, gaya kepemimpinan, tim kerja, terhadap persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat di unit rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi tahun 2011 = The effect of patient safety culture, style of leadership. *Thesis*. http://lib.ui.ac.id/file?file=pdf/abstrak/id_abstrak-20279703.pdf
- Brahmana, R. P., Wahyudi, K., & Hilfi, L. (2018). Perspektif Tenaga Kesehatan: Budaya Keselamatan Pasien Pada Puskesmas Poned Di Kota Bandung. *Jurnal Sistem Kesehatan*, 3(3), 116–121. <https://doi.org/10.24198/jsk.v3i3.16985>
- Cappelen, K., Aase, K., Storm, M., Hetland, J., & Harris, A. (2016). *Psychometric properties of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture in Norwegian nursing homes*. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1706-x>
- Dora Ultaria, T. S., Pawelas Arso, S., Sariatmi, A., Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, B., & Kesehatan Masyarakat, F. (2017). GAMBARAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RS ROEMANI MUHAMADDIYAH SEMARANG. 5, 2356–3346. <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm>
- Elrifda, S. (2011). Budaya Patient Safety dan Karakteristik Kesalahan Pelayanan : Implikasi Kebijakan di Salah Satu Rumah Sakit di Kota Jambi Patient Safety Culture and Healthcare Error Characteristics : Implication of Policy at A Hospital in. *Kesmas , Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 6(05), 67–76.
- Endang Sri Lestari; Luki Dwiantoro; Denny, H. (2019). Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Disebuah Rumah Sakit Swasta di Kudus. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat (CENDIKIA UTAMA)*, 8(Oktober), 169–180. <https://doi.org/10.31596/JCU.V8I2.416>
- Febriyanty, D., & Utami, D. (2019). Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan Metode Ahrq Pada Pegawai Rs . Anna Medika Kota Bekasi Tahun 2018. *Jurnal Biologi Lingkungan, Industri, Kesehatan*, 5(2), 97–105.
- Hammer, A., Ernstmann, N., Ommen, O., Wirtz, M., Manser, T., Pfeiffer, Y., & Pfaff, H. (2011). Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture for hospital management (HSOPS-M). *BMC Health Services*

Research, 11, 165. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-165>

- Harefa, D. (2019). *Gambaran Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Karakteristik Perawat Di Rumah Sakit*. <https://doi.org/10.31227/osf.io/476mw>
- Hastuti, S. O. (2013). Analisis Faktor Penyebab Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit. *Manuskrip*, 1–16. [http://akperpantirapih.ac.id/download/Manuskrip Bu Otri.pdf](http://akperpantirapih.ac.id/download/Manuskrip%20Bu%20Otri.pdf)
- Hedsköld, M., Pukk-Härenstam, K., Berg, E., Lindh, M., Soop, M., Øvretveit, J., & Andreen Sachs, M. (2013). Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-332/TABLES/7>
- Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N. S., & Vleugels, A. (2010). Improving patient safety culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(5), 489–506. <https://doi.org/10.1108/09526861011050529>
- Hia, W. F. (2018). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Dengan Pelaksanaan Keselamatan Pasien (Patient Safety) di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD Dr. Pirngadi Medan Tahun 2018. *Universitas Sumatera Utara*, 1–127. <http://repositori.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/11239/141000409.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Husna, F. (2013). Analysis of patient safety incidents. *Thesis UNIVERSITAS INDONESIA*.
- Idris, H. (2017). Dimension of Patient Safety Culture. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(1), 1–9. <https://doi.org/10.26553/jikm.2017.8.1.1-9>
- Institute of Medicine. (1999). To err is human: Building a safer health system (Report Brief). *Institute of Medicine*, November, 1–8. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Jati, N. P. L. (2018). kepatuhan Perawat melaksanakan Standar Prosedur Operasioinal pencegahan Pasien Jatuh berdasarkan Faktor Demografi Dan Motivasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 6(2), 225–264. <https://doi.org/10.33475/jikmh.v6i2.44>
- WIA Training Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) 340 (2021).
- Kartika, Y., Sudiro, & Wulan, L. R. K. (2015). Analisis Pengaruh Gaya Kepemimpinan Direktur terhadap Budaya Keselamatan Pasien di RS Hermina Pandanaran. *Manajemen Kesehatan Indonesia*, 03(02), 145–152.

- Kemenkes RI. (2014). Undang-undang RI No. 38. *Tentang Keperawatan*, 10, 2–4.
- Kronick, R. (2016). Executive perspective. *Public Health Reports*, 131(2), 229–232. <https://doi.org/10.1177/003335491613100205>
- Kurnia Dewi, S., Sudaryanto, A., Studi Keperawatan, P., Muhammadiyah Surakarta, U., & Komunitas, K. (2020). 73 Prosiding Seminar Nasional Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta Validitas dan Reliabilitas Kuisisioner Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Pencegahan Demam Berdarah. *Seminar Nasional Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta (SEMNASKEP)*.
- Kusumapradja, R., Rita, K., Maryanti, S., Rumana, N. A., Arjuna, J., No, U., Jeruk, K., & Barat, J. (2019). PENDIDIKAN. *Budaya Keselamatan Pasien Dirumah Sakit Pendidikan*, 16(September).
- Kyriacou Georgiou, M., Merkouris, A., Hadjibalassi, M., Sarafis, P., & Kyprianou, T. (2021). Correlation Between Teamwork and Patient Safety in a Tertiary Hospital in Cyprus. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.19244>
- Lubis, D. A. (2019). “Budaya Keselamatan Pasien Dan Insiden Keselamatan Pasien Dirumah Sakit.” *Journal of Islamic Nursing*, 3(1), 1. <https://doi.org/10.31227/osf.io/bh75z>
- Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, X., Theng, Y. L., Chang, Y. K., & Mokhtar, I. A. (2011). Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses’ perceptions, knowledge, and barriers. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, 99(3), 229. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.99.3.010>
- Mandriani, E., Hardisman, H., & Yetti, H. (2019). Analisis Dimensi Budaya Keselamatan Pasien Oleh Petugas Kesehatan di RSUD dr Rasidin Padang Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(1), 131. <https://doi.org/10.25077/jka.v8.i1.p131-137.2019>
- Marwiati. (2014). Share Hand Off Patient Transfer Communication dalam Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, 2(2), 103–108.
- Muizu, W. O. Z., & Sule, E. T. (2017). Manajer Dan Perangkat Manajemen Baru. *Pekbis Jurnal*, 9(2), 151–160. (PDF) Jurnal Manajemen Kantor 1 %7C Feira Dewi Fatmasari - Academia.edu
- Mustikawati, Y. H. (2011). Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera Dan Kejadian Tidak Diharapkan Di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta. *Thesis*.
- Najjar, H. Al, & Rawas, H. (2018). Factors Affecting the Clinical Practice of Nursing Interns at Tertiary Hospital Jeddah in Saudi Arabia. *International Journal of Studies in Nursing*, 3(3), 45. <https://doi.org/10.20849/IJSN.V3I3.479>

- Notoadmodjo, S. (2014). *Metode Penelitian Kesehatan*. Rhineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
<https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=197163>
- Pambudi, Y. S. A. Y. D. (2018). Faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam penerapan 6 SKP (Sasaran Keselamatan Pasien) pada akreditasi JCI (Joint Commision International) di ruang rawat inap rumah sakit panti Waluya Malang. *Nursing News*, 3(1), 729–747.
<https://doi.org/10.33366/NN.V3I1.844>
- Pangemanan, E., Robot, F., & Hamel, R. (2014). HUBUNGAN MANAJEMEN WAKTU DENGAN PRODUKTIVITAS KERJA PERAWAT PELAKSANA DI IRINA A RSUP Prof. Dr. R. D. KANDOU MANADO. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 2(2), 111264.
<https://doi.org/10.35790/JKP.V2I2.5161>
- Permenkes. (2011a). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 028/MENKES/PER/I/2011 TENTANG KLINIK. *Kementerian Kesehatan RI*, 18.
- Permenkes. (2011b). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 1691/MENKES/PER/VIII/2011 TENTANG KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT. *Kementerian Kesehatan RI*.
- Permenkes. (2016). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 72 TAHUN 2016 TENTANG STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN DI RUMAH SAKIT. *Kementerian Kesehatan RI*.
- Permenkes. (2017). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 11 TAHUN 2017 TENTANG KESELAMATAN PASIEN . *Kemntrian Kesehatan RI*.
- Priyoto, W. (2014). *Kebutuhan Dasar Keselamatan Pasien*. In *Graha Ilmu*. Yogyakarta. Graha Ilmu.
- Rivai, F. (2016). Faktor Yang Berhubungan Dengan Implementasi Keselamatan Pasien Di RSUD Ajjappanngge Soppeng Tahun 2015. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 05(04), 152–157.
<https://doi.org/10.22146/JKKI.V5I4.30527>
- Rosyada, S. D. (2014). Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Pada Perawat Unit Rawat Inap Kelas Iii Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Bulan Juni Tahun 2014. *Tetrahedron Letters*, 55, 3909.
<https://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/25655>
- Shaluhiah, Z., Suryoputro, A., & Indraswari, R. (2018). *Fenomena Pernikahan Dini Membuat Orang Tua dan Remaja Tidak Takut Mengalami Kehamilan*

Tidak Diinginkan. 13(1), 61–73.

- Siagian, E. (2019). Persepsi Perawat Dan Dokter Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Advent Bandar Lampung. *Jurnal Skolastik Keperawatan*, 4(1), 82–94. <https://doi.org/10.35974/jsk.v4i1.736>
- Silviana, S., & Darmawan, E. S. (2017). Analysis of Competency Standard of Healthcare Provider in Bhakti Yudha Hospital Depok 2017 Syifa. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(1), 35–47.
- Sorra, J. S., & Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-199>
- Stoyanova, R., Dimova, R., Tarnovska, M., & Boeva, T. (2018). Linguistic validation and cultural adaptation of bulgarian version of hospital survey on patient safety culture (Hsopsc). *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(5), 925–930. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.222>
- Suryani, L., Handiyani, H., & Hastono, S. P. (2015). Peningkatan Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Mahasiswa melalui Peran Pembimbing Klinik. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(2), 115–122. <https://doi.org/10.7454/jki.v18i2.412>
- Syam, N. S. (2017). Implementasi Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar. *Kes Mas: Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat*, 11(2), 169–174. <https://doi.org/10.12928/kesmas.v11i2.7140>
- Tereanu, C., Ghelase, M. S., Sampietro, G., Furtunescu, F. L., Dragoescu, A., Molnar, A., Moraru, D., Stanescu, C., Gavrilă, O. A., Patrascu, A., Golli, A. L., & Dragomir, M. I. (2017). Measuring Patient Safety Culture in Romania Using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *Current Health Sciences Journal*, 43(1), 31–40. <https://doi.org/10.12865/CHSJ.43.01.05>
- Tomas-Vecina, S., Chanovas-Borrás, M. R., Roqueta-Egea, F., & Toranzo-Cepeda, T. (2014). Measuring Patient Safety in the Emergency Department: The Spanish Experience. In *American Journal of Medical Quality* (Vol. 29, Issue 4, pp. 362–363). <https://doi.org/10.1177/1062860614526635>
- Tsai, T. C., Jha, A. K., Gawande, A. A., Huckman, R. S., Bloom, N., & Sadun, R. (2015). Hospital board and management practices are strongly related to hospital performance on clinical quality metrics. *Health Affairs*, 34(8), 1304–1311. <https://doi.org/10.1377/HLTHAFF.2014.1282/ASSET/IMAGES/LARGE/2014.1282FIGEX3.JPEG>
- Ulrich, B., & Kear, T. (2014). Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery. *Nephrology Nursing*

Journal, 41(5), 447–457.

Zulkifli, & Sureskiarti, E. (2020). Hubungan antara Lingkungan Kerja dengan Kepatuhan Perawat dalam Tindakan Pencegahan Pasien Jatuh di Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah *Borneo Student Research (BSR)*, 189–197. <http://journals.umkt.ac.id/index.php/bsr/article/download/1021/526>



LAMPIRAN
Lampiran 1 Surat Izin Penelitian



YAYASAN KESEJAHTERAAN MUSLIMAT (YKM) NU PATI
RUMAH SAKIT ISLAM PATI
 Jl. Raya Pati Tayu Km. 18 Waturoyo, Margoyoso, Pati ☎ (0295) 452316 - 5517683 Email: rsipati94@gmail.com

Pati, 27 Juli 2021

Nomor : 1798/IP/SDM/RSI/VII/2021
 Hal : Persetujuan Ijin Penelitian
 Pengambilan Data

Kepada Yang Terhormat,
 Ka. Prodi Farmasi
 UNISSULA
 Di
 Tempat

Assalamualaikum Warahmatullah Wabarokatuh

Salam silaturahmi, semoga Allah senantiasa melimpahkan karunia-Nya kepada kita semua, memberikan petunjuk dan ridlo bagi segala niat baik kita. Amin.

Menindaklanjuti surat nomor : 044/KTI/SA-K-Fa/VII/2021 tanggal 26 Juli 2021 perihal permohonan ijin penelitian pengambilan data dengan cara penyebaran kuisioner di RSI Pati, bersama ini kami sampaikan bahwa kami memberikan ijin melakukan Penelitian kepada :

NO	Nama	NIM	Program Studi
1.	Siti Rofiah	33101600478	FARMASI

Demikian pemberitahuan ini kami buat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wassalamualaikum Warahmatullah Wabarokatuh.

Rumah Sakit Islam Pati
 Plt. Direktur,

 H. H. Budi Setyawan



Lampiran 2 Pernyataan Bersedia Menjadi Responden

Kepada Yth. Responden
di Tempat
Dengan Hormat,

Saya peneliti dari program studi Farmasi Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Bermaksud akan melaksanakan penelitian tentang “Evaluasi *Patient Safety* Berdasarkan *Agency for Healthcare Research and Quality* di Rumah Sakit Islam kota Pati tahun 2021”. Adapun segala informasi, yang saudara/i berikan akan dijamin kerahasiaan karena itu saudara/i bebas untuk mencantumkan nama atau tidak. Sehubungan dengan hal tersebut peneliti meminta kesediaan saudara/i untuk mengisi kuisioner ini dengan menandatangani kolom di bawah ini.

Atas ketersediaannya dan kerja samanya saya ucapkan terima kasih

Responden



()

Lampiran 3 Lembar Data Demografi Responden

1. Usia Responden : Tahun
2. Jenis Kelamin : () Perempuan () Laki-laki
3. Pendidikan Terakhir :
4. Pendapatan : () 2- 3 juta () 2,5-4 juta () 4-5 juta () 5-7 juta
5. Lama Kerja : () <5 tahun () >5 tahun
6. Status Pernikahan : () Belum Menikah () Sudah Menikah
7. Jabatan : () Manager () Apoteker () Perawat



Lampiran 4 Lembar Kuesioner Penelitian

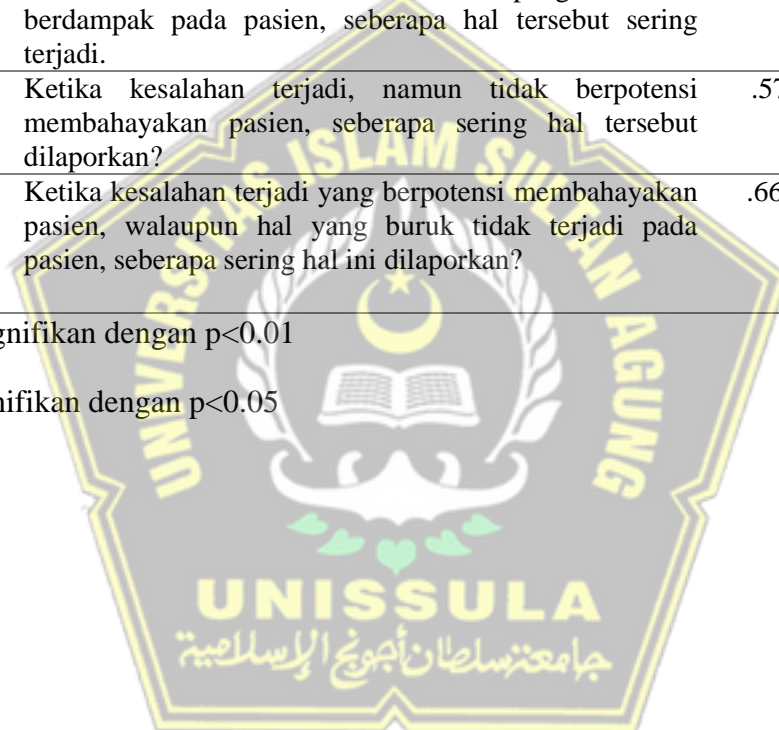
No	Pertanyaan	r Hitung	r Tabel
I.	Ekspektasi dan aksi pimpinan dalam mempromosikan <i>patient safety</i> .		
	a. Atasan saya memberikan pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai prosedur untuk keselamatan pasien	.577**	0,344
	b. Saya merasa atasan saya sudah cukup serius dalam mempertimbangkan saran untuk meningkatkan keselamatan pasien.	.663**	0,344
	c. Bila beban kerja tinggi, maka atasan meminta kami bekerja dengan lebih cepat walaupun harus mengambil jalan pintas.	.453**	0,344
	d. Atasan saya mengabaikan masalah <i>patient safety</i> yang sering terjadi	.643**	0,344
2.	<i>Teamwork</i> dalam unit		
	a. Kami sesama pegawai di unit saling mendukung satu sama lain.	.532*	0,344
	b. Jika banyak pekerjaan yang harus dikerjakan dengan cepat, kami saling bekerja sama sebagai tim.	.578**	0,344
	c. Saya merasa setiap orang di unit ini saling menghargai satu sama lain	.669**	0,344
	d. Bila suatu area di unit sibuk, maka staf yang lain akan membantu	.468**	0,344
3.	<i>Organizational learning</i>		
	a. Kami secara aktif melakukan kegiatan untuk peningkatan keselamatan pasien.	.671*	0,344
	b. Kesalahan yang terjadi akan membuat perubahan kearah yang lebih baik.	.547**	0,344
	c. Setelah kami memberikan pelayanan kepada pasien, maka kami akan melakukan evaluasi keefektifannya	.623**	0,344
4.	Keterbukaan dalam komunikasi		
	a. Kami bebas mengungkapkan pendapat jika melihat sesuatu yang bisa berdampak negatif terhadap pelayanan pasien.	.480*	0,344
	b. Kami merasa bebas untuk bertanya atau berdiskusi mengenai keputusan atau tindakan yang diambil.	.577**	0,344
	c. Kami merasa takut untuk bertanya ketika mengetahui ada yang tidak beres dalam pelayanan pada pasien.	.665**	0,344
5.	Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan		
	a. Atasan saya memberikan umpan balik kearah perbaikan berdasarkan laporan kejadian.	.673**	0,344
	b. Kami diberi tahu mengenai kesalahan kesalahan yang	.693**	0,344

	terjadi di unit		
	c. Kami mendiskusikan bersama - sama bagaimana cara untuk mencegah terjadinya error atau kesalahan agar tidak terulang	.599*	0,344
6.	Respon tidak menyalahkan terhadap keselamatan pasien		
	a. Bila kami melakukan kesalahan dalam melayani pasien kami merasa kesalahan tersebut akan memojokan atau mengancam kami	.579**	0,344
	b. Bila suatu kejadian dilaporkan maka yang menjadi fokus adalah orang yang berbuat salah bukan masalahnya.	.567**	0,344
	c. Pegawai merasa khawatir pada kesalahan yang dibuat akan dicatat di dokumen pribadi kami oleh pemimpin.	.362*	0,344
7.	<i>Staffing</i>		
	a. Kami memiliki jumlah pegawai yang cukup untuk menangani beban kerja yang berat di unit.	.577**	0,344
	b. Pegawai di unit bekerja lembur untuk memberikan pelayanan yang terbaik pada pasien.	.663**	0,344
	c. Kami sering menggunakan tenaga honorer atau cadangan untuk memberikan pelayanan yang terbaik pada pasien.	.468**	0,344
	d. Kami merasa bekerja dalam " <i>model krisis</i> " dimana kami harus melakukan banyak pekerjaan dengan terburu- buru dalam melayani pasien.	.571**	0,344
8.	Dukungan manajemen rumah sakit dalam <i>patient safety</i>		
	a. Manajemen rumah sakit menyediakan iklim kerja yang mendukung bagi keselamatan pasien.	.431*	0,344
	b. Kebijakan manajemen rumah sakit menunjukan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas.	.574**	0,344
	c. Manajemen rumah sakit hanya peduli jika setelah ada kejadian.	.662**	0,344
9.	<i>Teamwork</i> antar unit		
	a. Unit satu dengan unit lain di rumah sakit ini tidak berkoordinasi dengan baik.	.468**	0,344
	b. Kami merasa ada kerjasama yang baik antar unit di rumah sakit saat menyelesaikan pekerjaan bersama.	.363*	0,344
	c. Saya sering kali merasa tidak nyaman bila harus bekerja sama dengan pegawai di unit lain di rumah sakit	.517**	0,344
	d. Unit di rumah sakit bekerja sama dengan baik untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien.	.662**	0,344
10.	<i>Handoff</i>		
	a. Masalah sering terjadi saat pemindahan pasien dari satu unit ke unit lain.	.374*	0,344
	b. Saat pergantian shift, informasi penting mengenai pasien sering hilang.	.571**	0,344
	c. Masalah sering terjadi saat pertukaran informasi antar unit di rumah sakit.	.663**	0,344
	d. Pergantian shif di rumah sakit menyebabkan masalah bagi pasien.	.468**	0,344

11. Persepsi tentang keselamatan pasien		
a. Jika ada kejadian yang tidak diharapkan (KTD) terjadi di unit adalah suatu hal yang kebetulan.	.385*	0,344
b. Banyak pekerjaan tidak membuat kami mengorbankan keselamatan pasien.	.577**	0,344
c. Kami memiliki masalah mengenai keselamatan pasien di unit ini.	.683**	0,344
d. Prosedur dan sistem yang ada sudah baik dalam mencegah terjadinya kesalahan.	.468**	0,344
12. Frekuensi pelaporan kejadian		
a. Ketika kesalahan terjadi, tetapi hal tersebut segera diketahui dan dikoreksi sebelum mempengaruhi atau berdampak pada pasien, seberapa hal tersebut sering terjadi.	.713**	0,344
b. Ketika kesalahan terjadi, namun tidak berpotensi membahayakan pasien, seberapa sering hal tersebut dilaporkan?	.570*	0,344
c. Ketika kesalahan terjadi yang berpotensi membahayakan pasien, walaupun hal yang buruk tidak terjadi pada pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan?	.664**	0,344

**= Signifikan dengan $p < 0.01$

*= Signifikan dengan $p < 0.05$



	Sig. (2-tailed)	.778	.000	.778	.000	.463	.778		.702	.463	.778	.000	.000
B4	Pearson	.159	.073	.159	.073	.329	.159	.073	1	.329	.159	.073	.468**
	Correlation												
	Sig. (2-tailed)	.401	.702	.401	.702	.076	.401	.702		.076	.401	.702	.009
C1	Pearson	-.171	.139	-.171	.139	1.000*	-.171	.139	.329	1	-.171	.139	.671*
	Correlation					*							
	Sig. (2-tailed)	.366	.463	.366	.463	.000	.366	.463	.076		.366	.463	.050
C2	Pearson	1.000*	-.054	1.000*	-.054	-.171	1.000*	-.054	.159	-.171	1	-.054	.547**
	Correlation	*		*			*						
	Sig. (2-tailed)	.000	.778	.000	.778	.366	.000	.778	.401	.366		.778	.001
C3	Pearson	-.054	1.000*	-.054	1.000*	.139	-.054	1.000*	.073	.139	-.054	1	.623**
	Correlation		*		*			*					
	Sig. (2-tailed)	.778	.000	.778	.000	.463	.778	.000	.702	.463	.778		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
D1	Pearson	-.171	.139	-.171	.139	1.000*	-.171	.139	.329	1.000*	-.171	.139	.480*
	Correlation					*				*			
	Sig. (2-tailed)	.366	.463	.366	.463	.000	.366	.463	.076	.000	.366	.463	.050
D2	Pearson	1.000*	-.054	1.000*	-.054	-.171	1.000*	-.054	.159	-.171	1.000*	-.054	.577**
	Correlation	*		*			*				*		
	Sig. (2-tailed)	.000	.778	.000	.778	.366	.000	.778	.401	.366	.000	.778	.001
D3	Pearson	-.054	1.000*	-.054	1.000*	.139	-.054	1.000*	.073	.139	-.054	1.000*	.665**
	Correlation		*		*			*				*	
	Sig. (2-tailed)	.778	.000	.778	.000	.463	.778	.000	.702	.463	.778	.000	.000
E1	Pearson	-.054	1.000*	-.054	1.000*	.139	-.054	1.000*	.073	.139	-.054	1.000*	.673**
	Correlation		*		*			*				*	
	Sig. (2-tailed)	.778	.000	.778	.000	.463	.778	.000	.702	.463	.778	.000	.000
E2	Pearson	-.054	1.000*	-.054	1.000*	.139	-.054	1.000*	.073	.139	-.054	1.000*	.693**
	Correlation		*		*			*				*	
	Sig. (2-tailed)	.778	.000	.778	.000	.463	.778	.000	.702	.463	.778	.000	.000
E3	Pearson	-.171	.139	-.171	.139	1.000*	-.171	.139	.329	1.000*	-.171	.139	.599*
	Correlation					*				*			

	Sig. (2-tailed)	.366	.463	.366	.463	.000	.366	.463	.076	.000	.366	.463	.050
F1	Pearson	1.000*	-.054	1.000*	-.054	-.171	1.000*	-.054	.159	-.171	1.000*	-.054	.579**
	Correlation	*		*			*				*		
	Sig. (2-tailed)	.000	.778	.000	.778	.366	.000	.778	.401	.366	.000	.778	.001
F2	Pearson	1.000*	-.054	1.000*	-.054	-.171	1.000*	-.054	.159	-.171	1.000*	-.054	.567**
	Correlation	*		*			*				*		
	Sig. (2-tailed)	.000	.778	.000	.778	.366	.000	.778	.401	.366	.000	.778	.001
F3	Pearson	-.171	.139	-.171	.139	1.000*	-.171	.139	.329	1.000*	-.171	.139	.362*
	Correlation					*				*			
	Sig. (2-tailed)	.366	.463	.366	.463	.000	.366	.463	.076	.000	.366	.463	.050
G1	Pearson	1.000*	-.054	1.000*	-.054	-.171	1.000*	-.054	.159	-.171	1.000*	-.054	.577**
	Correlation	*		*			*				*		
	Sig. (2-tailed)	.000	.778	.000	.778	.366	.000	.778	.401	.366	.000	.778	.001
G2	Pearson	-.054	1.000*	-.054	1.000*	.139	-.054	1.000*	.073	.139	-.054	1.000*	.663**
	Correlation		*		*			*				*	
	Sig. (2-tailed)	.778	.000	.778	.000	.463	.778	.000	.702	.463	.778	.000	.000
G3	Pearson	.159	.073	.159	.073	.329	.159	.073	1.000*	.329	.159	.073	.468**
	Correlation								*				
	Sig. (2-tailed)	.401	.702	.401	.702	.076	.401	.702	.000	.076	.401	.702	.009
G4	Pearson	1.000*	-.054	1.000*	-.054	-.171	1.000*	-.054	.159	-.171	1.000*	-.054	.571**
	Correlation	*		*			*				*		
	Sig. (2-tailed)	.000	.778	.000	.778	.366	.000	.778	.401	.366	.000	.778	.001
H1	Pearson	-.171	.139	-.171	.139	1.000*	-.171	.139	.329	1.000*	-.171	.139	.431*
	Correlation					*				*			
	Sig. (2-tailed)	.366	.463	.366	.463	.000	.366	.463	.076	.000	.366	.463	.050
H2	Pearson	1.000*	-.054	1.000*	-.054	-.171	1.000*	-.054	.159	-.171	1.000*	-.054	.574**
	Correlation	*		*			*				*		
	Sig. (2-tailed)	.000	.778	.000	.778	.366	.000	.778	.401	.366	.000	.778	.001
H3	Pearson	-.054	1.000*	-.054	1.000*	.139	-.054	1.000*	.073	.139	-.054	1.000*	.662**
	Correlation		*		*			*				*	
	Sig. (2-tailed)	.778	.000	.778	.000	.463	.778	.000	.702	.463	.778	.000	.000

I1	Pearson	.159	.073	.159	.073	.329	.159	.073	1.000*	.329	.159	.073	.468**
	Correlation								*				
	Sig. (2-tailed)	.401	.702	.401	.702	.076	.401	.702	.000	.076	.401	.702	.009
I2	Pearson	-.171	.139	-.171	.139	1.000*	-.171	.139	.329	1.000*	-.171	.139	.363*
	Correlation					*				*			
	Sig. (2-tailed)	.366	.463	.366	.463	.000	.366	.463	.076	.000	.366	.463	.050
I3	Pearson	1.000*	-.054	1.000*	-.054	-.171	1.000*	-.054	.159	-.171	1.000*	-.054	.517**
	Correlation	*		*			*				*		
	Sig. (2-tailed)	.000	.778	.000	.778	.366	.000	.778	.401	.366	.000	.778	.001
I4	Pearson	-.054	1.000*	-.054	1.000*	.139	-.054	1.000*	.073	.139	-.054	1.000*	.662**
	Correlation		*		*			*				*	
	Sig. (2-tailed)	.778	.000	.778	.000	.463	.778	.000	.702	.463	.778	.000	.000
J1	Pearson	1.000*	-.054	1.000*	-.054	-.171	1.000*	-.054	.159	-.171	1.000*	-.054	.577**
	Correlation	*		*			*				*		
	Sig. (2-tailed)	.000	.778	.000	.778	.366	.000	.778	.401	.366	.000	.778	.001
J2	Pearson	-.171	.139	-.171	.139	1.000*	-.171	.139	.329	1.000*	-.171	.139	.361*
	Correlation					*				*			
	Sig. (2-tailed)	.366	.463	.366	.463	.000	.366	.463	.076	.000	.366	.463	.050
J3	Pearson	1.000*	-.054	1.000*	-.054	-.171	1.000*	-.054	.159	-.171	1.000*	-.054	.663**
	Correlation	*		*			*				*		
	Sig. (2-tailed)	.000	.778	.000	.778	.366	.000	.778	.401	.366	.000	.778	.001
J4	Pearson	-.054	1.000*	-.054	1.000*	.139	-.054	1.000*	.073	.139	-.054	1.000*	.468**
	Correlation		*		*			*				*	
	Sig. (2-tailed)	.778	.000	.778	.000	.463	.778	.000	.702	.463	.778	.000	.000
K1	Pearson	.159	.073	.159	.073	.329	.159	.073	1.000*	.329	.159	.073	.385**
	Correlation								*				
	Sig. (2-tailed)	.401	.702	.401	.702	.076	.401	.702	.000	.076	.401	.702	.009
K2	Pearson	-.171	.139	-.171	.139	1.000*	-.171	.139	.329	1.000*	-.171	.139	.577*
	Correlation					*				*			
	Sig. (2-tailed)	.366	.463	.366	.463	.000	.366	.463	.076	.000	.366	.463	.050

K3	Pearson	1.000*	-.054	1.000*	-.054	-.171	1.000*	-.054	.159	-.171	1.000*	-.054	.683**
	Correlation	*		*			*				*		
	Sig. (2-tailed)	.000	.778	.000	.778	.366	.000	.778	.401	.366	.000	.778	.001
K4	Pearson	-.054	1.000*	-.054	1.000*	.139	-.054	1.000*	.073	.139	-.054	1.000*	.468**
	Correlation		*		*			*				*	
	Sig. (2-tailed)	.778	.000	.778	.000	.463	.778	.000	.702	.463	.778	.000	.000
L1	Pearson	.159	.073	.159	.073	.329	.159	.073	1.000*	.329	.159	.073	.713**
	Correlation								*				
	Sig. (2-tailed)	.401	.702	.401	.702	.076	.401	.702	.000	.076	.401	.702	.009
L2	Pearson	-.054	1.000*	-.054	1.000*	.139	-.054	1.000*	.073	.139	-.054	1.000*	.570**
	Correlation		*		*			*				*	
	Sig. (2-tailed)	.778	.000	.778	.000	.463	.778	.000	.702	.463	.778	.000	.000
L3	Pearson	-.171	.139	-.171	.139	1.000*	-.171	.139	.329	1.000*	-.171	.139	.664*
	Correlation					*				*			
	Sig. (2-tailed)	.366	.463	.366	.463	.000	.366	.463	.076	.000	.366	.463	.050
TOT AL	Pearson	.577**	.663**	.577**	.663**	.361*	.577**	.663**	.468**	.361*	.577**	.663**	1
	Correlation												
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.001	.000	.050	.001	.000	.009	.050	.001	.000	

Lampiran 6 Uji Normalitas

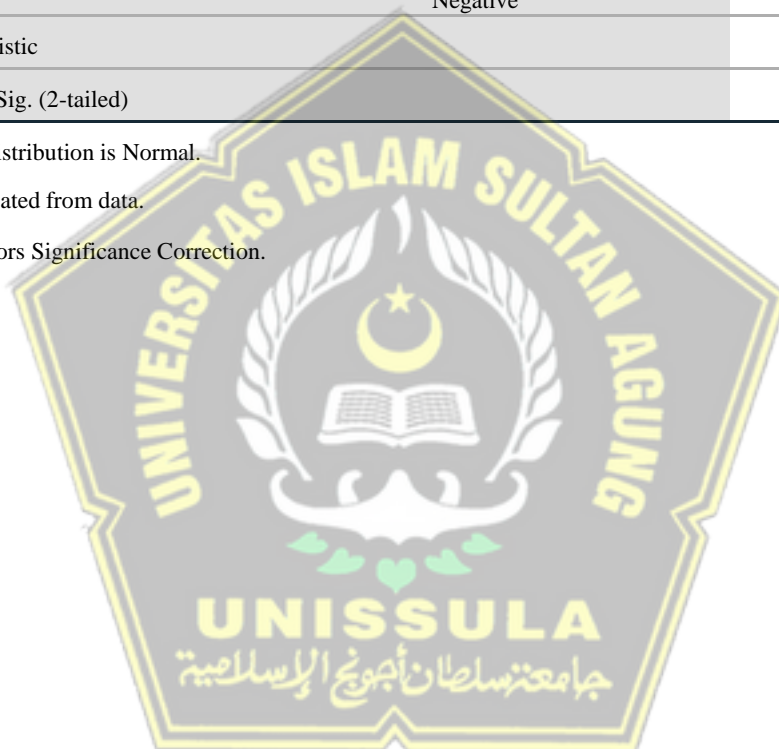
One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		TOTAL
N		85
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	77.65
	Std. Deviation	3.628
Most Extreme Differences	Absolute	.127
	Positive	.107
	Negative	-.127
Test Statistic		.127
Asymp. Sig. (2-tailed)		.002 ^c

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.



Statusnikah	Correlation Coefficient	-.609**	-.264*	.340**	-.407**	-.340**	1.000	-.047	-.182
	Sig. (2-tailed)	.000	.015	.001	.000	.001	.	.668	.095
	N	85	85	85	85	85	85	85	85
Pendidikan	Correlation Coefficient	-.247*	-.308**	.563**	-.325**	-.563**	-.047	1.000	.207
	Sig. (2-tailed)	.023	.004	.000	.002	.000	.668	.	.057
	N	85	85	85	85	85	85	85	85
TOTAL	Correlation Coefficient	.126	-.181	.088	.212	-.088	-.182	.207	1.000
	Sig. (2-tailed)	.250	.098	.424	.052	.424	.095	.057	.
	N	85	85	85	85	85	85	85	85

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Uji Chi Square

1. Usia

Crosstab

Count

		Keselamatan_Pasien		
		Baik	Sedang	Total
Usia	20-30	59	3	62
	31-40	22	0	22
	41-50	1	0	1
Total		82	3	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.154 ^a	2	.562
Likelihood Ratio	1.934	2	.380
Linear-by-Linear Association	1.083	1	.298
N of Valid Cases	85		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

2. Jenis Kelamin

Crosstab

		Keselamatan_Pasien		Total
		Baik	Sedang	
Jenis_Kelamin	Laki-laki	22	0	22
	Perempuan	60	3	63
Total		82	3	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1.086 ^a	1	.297		
Continuity Correction ^b	.138	1	.711		
Likelihood Ratio	1.835	1	.176		
Fisher's Exact Test				.565	.402
Linear-by-Linear Association	1.073	1	.300		
N of Valid Cases	85				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,78.

b. Computed only for a 2x2 table

3. Jabatan

Crosstab

		Keselamatan_Pasien		Total
		Baik	Sedang	
Jabatan	Manager	5	0	5
	Dokter	21	0	21
	Apoteker	3	0	3
	Perawat	53	3	56
Total		82	3	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	1.610 ^a	3	.657
Likelihood Ratio	2.560	3	.464
Linear-by-Linear Association	1.452	1	.228
N of Valid Cases	85		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

4. Status Pernikahan

Crosstab

		Keselamatan_Pasien		Total
		Baik	Sedang	
Status_Pernikahan	Sudah Menikah	69	0	69
	Belum Menikah	13	3	16
Total		82	3	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	13.411 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	8.469	1	.004		
Likelihood Ratio	10.515	1	.001		
Fisher's Exact Test				.006	.006
Linear-by-Linear Association	13.253	1	.000		
N of Valid Cases	85				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,56.

c. Computed only for a 2x2 table

5. Pendidikan

Crosstab

		Keselamatan_Pasien		Total
		Baik	Sedang	
Pendidikan	S2	5	0	5
	S1/Profesi	21	0	21
	D3	3	0	3
	4.00	53	3	56
Total		82	3	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	1.610 ^a	3	.657
Likelihood Ratio	2.560	3	.464
Linear-by-Linear Association	1.452	1	.228
N of Valid Cases	85		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

6. Masa Kerja

Crosstab

		Keselamatan_Pasien		Total
		Baik	Sedang	
Masa_Kerja	< 5tahun	76	3	79
	< 5tahun	6	0	6
Total		82	3	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.236 ^a	1	.627		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.447	1	.504		

Fisher's Exact Test				1.000	.801
Linear-by-Linear Association	.233	1	.629		
N of Valid Cases	85				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

b. Computed only for a 2x2 table

7. Pendapatan

Crosstab

		Keselamatan_Pasien		Total
		Baik	Sedang	
Pendapatan	5-7 juta	58	3	61
	4-5 juta	21	0	21
	3-4 juta	3	0	3
Total		82	3	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	1.224 ^a	2	.542
Likelihood Ratio	2.034	2	.362
Linear-by-Linear Association	1.079	1	.299
N of Valid Cases	85		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Uji Eta

1. Jenis Kelamin

Crosstab

		Keselamatan_Pasien		Total
		Baik	Sedang	
Jenis_Kelamin	Laki-laki	22	0	22
	Perempuan	60	3	63
Total		82	3	85

Directional Measures

			Value
Nominal by Interval	Eta	Jenis_Kelamin Dependent	.113
		Keselamatan_Pasien	.113
		Dependent	

2. Jabatan

Crosstab

		Keselamatan_Pasien		
		Baik	Sedang	Total
Jabatan	Manager	5	0	5
	Dokter	21	0	21
	Apoteker	3	0	3
	Perawat	53	3	56
Total		82	3	85

Directional Measures

			Value
Nominal by Interval	Eta	Jabatan Dependent	.131
		Keselamatan_Pasien	.138
		Dependent	

3. Status Pernikahan

Crosstab

		Keselamatan_Pasien		
		Baik	Sedang	Total
Status_Pernikahan	Sudah Menikah	69	0	69
	Belum Menikah	13	3	16
Total		82	3	85

Directional Measures

			Value
Nominal by Interval	Eta	Status_Pernikahan Dependent	.397
		Keselamatan_Pasien Dependent	.397

4. Pendidikan

Crosstab

		Keselamatan_Pasien		Total
		Baik	Sedang	
Pendidikan	S2	5	0	5
	S1/Profesi	53	3	56
	D3	24	0	24
Total		82	3	85

Directional Measures

			Value
Nominal by Interval	Eta	Pendidikan Dependent	.079
		Keselamatan_Pasien Dependent	.138

5. Masa Kerja

Crosstab

		Keselamatan_Pasien		Total
		Baik	Sedang	
Masa_Kerja	< 5tahun	76	3	79
	< 5tahun	6	0	6
Total		82	3	85

Directional Measures

			Value
Nominal by Interval	Eta	Masa_Kerja Dependent	.053
		Keselamatan_Pasien Dependent	.053

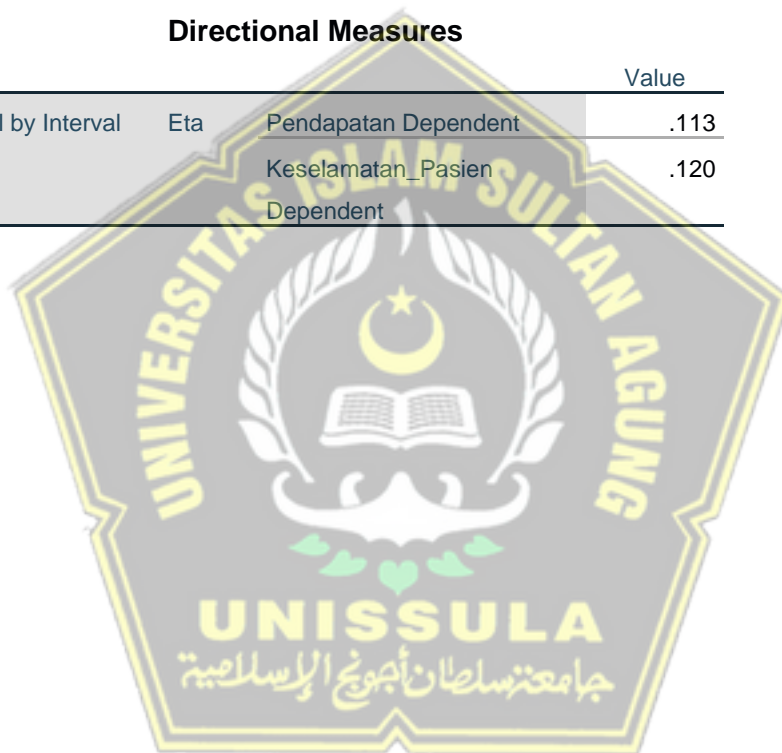
6. Pendapatan

Crosstab

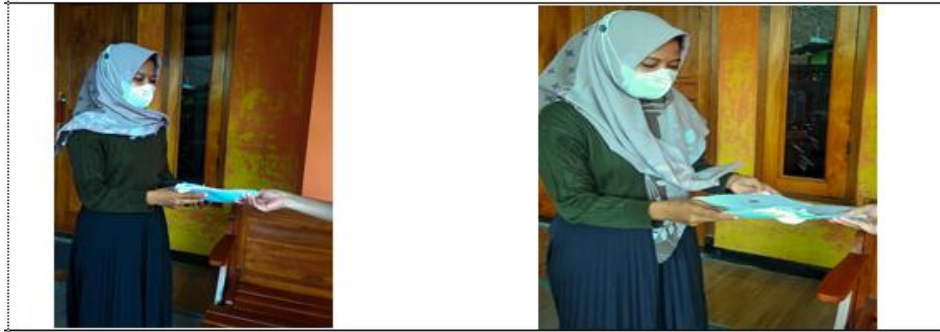
		Keselamatan_Pasien		Total
		Baik	Sedang	
Pendapatan	1-2 juta	58	3	61
	3-4 juta	21	0	21
	5-6 juta	3	0	3
Total		82	3	85

Directional Measures

			Value
Nominal by Interval	Eta	Pendapatan Dependent	.113
		Keselamatan_Pasien Dependent	.120



Lampiran 8 Dokumentasi Penelitian



Penyebaran kuesioner pada tahun 2021.

