

TESIS

PENGARUH KEPEMIMPINAN, KOMUNIKASI DAN KERJA TIM TERHADAP IMPLEMENTASI SASARAN KESELAMATAN PASIEEN PADA PERAWAT DI RSUD BERIMAN DI BALIKPAPAN

*THE INFLUENCE OF LEADERSHIP, COMMUNICATION, AND
TEAMWORK ON THE IMPLEMENTATION OF PATIENT SAFETY
GOALS AMONG NURSES AT RSUD BERIMAN BALIKPAPAN*



PUTU DIAN PRANITA

K022222002



**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2025**

**PENGARUH KEPEMIMPINAN, KOMUNIKASI DAN KERJA TIM
TERHADAP IMPLEMENTASI SASARAN KESELAMATAN PASIEN
PADA PERAWAT DI RSUD BERIMAN DI BALIKPAPAN**

PUTU DIAN PRANITA

K022222002



**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2025**

**PENGARUH KEPEMIMPINAN, KOMUNIKASI DAN KERJA TIM
TERHADAP IMPLEMENTASI SASARAN KESELAMATAN PASIEN
PADA PERAWAT DI RSUD BERIMAN DI BALIKPAPAN**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Magister Administrasi Rumah Sakit

Disusun dan diajukan oleh

PUTU DIAN PRANITA

K022222002

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2025**

TESIS

Pengaruh Kepemimpinan, Komunikasi, Dan Kerja Tim Terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Pada Perawat Di RSUD Beriman Balikpapan

Putu Dian Pranita

K022222002

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian Magister pada tanggal Tiga bulan Februari tahun
Dua Ribu Dua Puluh Lima dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

pada

Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit
Departemen Manajemen Rumah Sakit
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin
Makassar

Mengesahkan:

Pembimbing Utama,



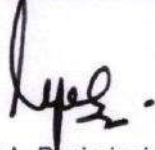
Dr. dr. Noer Bahry Noor, M.Sc
NIDN. 8806601019

Pembimbing Pendamping,



Dr. Irwandy, SKM., M.Sc.PH., M.Kes
NIP. 19840312 201012 1 00 5

Ketua Program Studi
Magister Administrasi Rumah Sakit,



Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS
NIP. 19650210 199103 1 006

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,



Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, MSc.PH, Ph.D
NIP. 19720529 2001 12 1 001

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis berjudul “Pengaruh Kepemimpinan, Komunikasi dan Kerja Tim terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Pada Perawat di RSUD Beriman Balikpapan” adalah benar karya saya dengan arahan dari tim pembimbing Dr.dr. Noer Bahry Noor, M.Sc sebagai Pembimbing Utama dan Dr.Irwandy, SKM.,M.Sc.PH., M.Kes sebagai Pembimbing Pendamping. Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apa pun kepada perguruan tinggi mana pun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka tesis ini. Sebagian dari isi tesis ini telah dipublikasikan di Jurnal (Frontiers in Health Informatics, ISSN-Online: 2676-7104, 2024; Vol :13 Issue 8, <https://healthinformaticsjournal.com/index.php/IJMI/article/view/2199>) sebagai artikel dengan judul *“Influence Leadership, Communication and Teamwork Towards The Implementation of Patient Safety Targets Among Nurses At Beriman Balikpapan Regional Hospital in Balikpapan”*. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini adalah karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut berdasarkan aturan yang berlaku.

Dengan ini saya melimpahkan hak cipta (hak ekonomis) dari karya tulis saya berupa tesis ini kepada Universitas Hasanuddin

Makassar, Februari 2025



PUTU DIAN PRANITA
K022222002

UCAPAN TERIMA KASIH

Rasa syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa dipersembahkan oleh penulis, yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya, sehingga penulis untuk menyelesaikan tesis dengan judul “Pengaruh Kepemimpinan, Komunikasi dan Kerja Tim terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Pada Perawat Di RSUD Beriman Balikpapan”.

Penelitian dan tesis ini berhasil diselesaikan dengan bantuan dari berbagai pihak. Ucapan terima kasih yang tidak terhingga dan penghargaan yang tinggi saya sampaikan kepada **Dr.dr. Noer Bahry Noor, M.Sc** yang telah bertindak sebagai pembimbing I dan **Dr. Irwandy, SKM, Msc.PH., M.Kes** sebagai Pembimbing II. Keduanya telah dengan sabar menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran dalam memberikan bimbingan, arahan, serta petunjuk yang sangat berharga untuk penyelesaian tesis ini.

Penulis juga menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Ibu **Prof. DR. dr. Andi Indahwaty AS., MHSM**, Ibu **Dr. Fridawaty Rivai, SKM.,M.Kes**, dan Ibu **Dr. Herlina A. Hamzah, SKM., MPH** selaku tim penguji yang telah memberikan saran, arahan, dan kritikan yang sangat bermanfaat untuk penulisan Tesis ini.
2. Bapak **Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS.**, selaku ketua Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan dukungan dan bantuan kemudahan dalam proses penyelesaian studi ini.
3. Ibu **Prof. DR. dr. Andi Indahwaty AS., MHSM** selaku Pembimbing Akademis yang telah memberikan arahan selama saya mengikuti perkuliahan.
4. Seluruh Dosen Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar, yang telah memberikan bimbingan, arahan dan ilmu pengetahuan yang sangat berharga.
5. Seluruh staf Magister Administrasi Rumah Sakit Universitas

Hasanuddin yang telah memberikan bantuan informasi dan penyelesaian urusan administratif selama masa perkuliahan.

6. **Dr. Andi Sri Juliarty R, M.Kes** selaku Asisten Administrasi Umum Sekretariat daerah Pemerintah Kota Balikpapan, yang telah membuka peluang memberikan dukungan dan semangat selama kami menjelankan perkuliahan hingga penyelesaian tesis ini.
7. Direktur, Manajemen beserta seluruh staf RSUD Beriman Kota Balikpapan, atas bantuan dan kerjasamanya selama proses penelitian dan perkualiahan saya.
8. Seluruh rekan perawat RSUD Beriman Balikpapan yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
9. Seluruh rekan seperjuangan Keluarga besar Prodi MARS 06 yang tanpa hentinya memberikan dukungan dan semangat yang luar biasa.

Suami saya **Putu Surya Tranggana Yoga** dan anak tecinta **Putu Kanasian Vinaya** yang telah banyak berkorban serta selalu sabar mendukung dan mendoakan kelancaran studi saya. Seluruh keluarga besar, kedua orang tua, mertua, dan kedua adik saya atas doa, dukungan dan motivasi yang tidak ternilai. Serta kepada pihak-pihak lain yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dan mendukung selama menjalani masa perkuliahan hingga penyelesaian tulisan ini.

Saya menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini masih terdapat kekurangan, maka dari itu segala kritik dan saran sangat diperlukan untuk perbaikan di masa mendatang. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat dalam pelayanan di Rumah Sakit dan pengembangan ilmu pengetahuan di masa mendatang.

Penulis,

Putu Dian Pranita

ABSTRAK

PUTU DIAN PRANITA. **Pengaruh Kepemimpinan, Komunikasi dan Kerja Tim terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien pada Perawat di RSUD Beriman di Balikpapan** (dibimbing oleh Noer Bahry Noor dan Irwandy).

Latar Belakang. Keselamatan pasien merupakan salah satu indikator mutu layanan rumah sakit, namun insiden keselamatan pasien (IKP) masih sering terjadi, seperti Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), dan Kejadian Potensial Cedera (KPC). Berdasarkan data yang diperoleh, jumlah IKP di RSUD Beriman Balikpapan pada periode 2021-2023 meningkat signifikan sebesar 102,3%, dengan kenaikan KTD sebesar 22,2%. Penyebab meningkatnya insiden ini perlu dicermati, terutama terkait peran perawat sebagai profesi dengan interaksi langsung dan berkelanjutan dengan pasien. Beberapa IKP ternyata terjadi terkait dengan kegagalan implementasi sasaran keselamatan pasien di rumah sakit. Di sisi lain, hasil survei budaya keselamatan pasien di RSUD Beriman menunjukkan nilai rendah pada aspek kerja tim, *staffing*, dan informasi yang berkontribusi terhadap peningkatan IKP. Dengan demikian, strategi pengembangan, seperti meningkatkan kepemimpinan, komunikasi, dan kerjasama tim, sangat dibutuhkan untuk mendukung implementasi sasaran keselamatan pasien di rumah sakit ini. **Tujuan.** Untuk menganalisis pengaruh Kepemimpinan, Komunikasi, dan Kerja Tim terhadap Implementasi Keselamatan Pasien pada Perawat di RSUD Beriman Balikpapan. **Metode.** Penelitian kuantitatif dengan metode survei melalui penyebaran kuesioner kepada 133 perawat yang bertugas di RSUD Beriman Balikpapan untuk kemudian dianalisis dengan teknik regresi logistik. **Hasil.** Kepemimpinan memiliki pengaruh secara signifikan terhadap implementasi SKP ($p=0.036$), Komunikasi memiliki pengaruh secara positif dan signifikan terhadap Implementasi SKP ($p=0.014$), dan Kerja Tim memiliki pengaruh secara positif dan signifikan terhadap Implementasi SKP ($p=0.00$). Variabel yang paling dominan berpengaruh terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan pasien adalah kerja tim (70.89%). **Kesimpulan.** Manajemen perlu mengadakan diskusi dan pelatihan interdisipliner untuk meningkatkan koordinasi antar profesional di rumah sakit. Diskusi terbuka juga memungkinkan penyusunan kebijakan yang jelas mengenai kebijakan pembagian tugas dan tim untuk menghindari tumpang tindih maupun konflik tanggung jawab.

Kata kunci : kepemimpinan; komunikasi; kerja tim; implementasi keselamatan pasien; rumah sakit



ABSTRACT

PUTU DIAN PRANITA. **The Influence of Leadership, Communication, and Teamwork on the Implementation of Patient Safety Goals among Nurses at RSUD Beriman Balikpapan** (supervised by Noer Bahry Noor and Irwandy).

Background. Patient safety is a key indicator of hospital service quality; however, patient safety incidents (PSIs) such as Adverse Events (AEs), Near Misses, and Potential Injuries continue to occur. According to data, the number of PSIs at RSUD Beriman Balikpapan significantly increased by 102.3% during the 2021-2023 period, with a 22.2% rise in AEs. The increase in these incidents needs careful attention, particularly regarding the role of nurses, who interact directly and continuously with patients. Several PSIs were found to be associated with the failure to implement patient safety goals (PSGs). A patient safety culture study conducted at RSUD Beriman also revealed low ratings for information-sharing, staffing, and teamwork all of which are factors in the rise in PSIs. As a result, development tactics like improving cooperation, communication, and leadership are essential to assisting the hospital in implementing PSGs. **Aim.** To analyze the influence of leadership, communication, and teamwork on the implementation of patient safety goals among nurses at RSUD Beriman Balikpapan. **Method.** This quantitative study used a survey method by distributing questionnaires to 133 nurses working at RSUD Beriman Balikpapan. The data were analyzed using logistic regression. **Result.** Leadership significantly influenced the Implementation of Patient Safety Goals ($p=0.036$), Communication had a positive and significant influence ($p=0.014$), and Teamwork had a positive and significant influence ($p=0.00$). The most dominant variable affecting the implementation of patient safety goals was teamwork (70.89%). **Conclusion.** Management should conduct interdisciplinary discussions and training to enhance coordination among professionals in the hospital. Open discussions also facilitate the development of clear policies regarding task allocation and team responsibilities to avoid overlaps and conflicts.

Keywords: leadership; communication; teamwork; patient safety implementation; hospital



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN PENGAJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN	xvi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Kajian Masalah	7
1.3. Tujuan Penelitian.....	14
1.3.1 Tujuan Umum	14
1.3.2 Tujuan Khusus	14
1.4. Manfaat Penelitian.....	15
1.4.1 Manfaat Ilmiah.....	15
1.4.2 Manfaat Praktis	15
1.4.3 Manfaat Bagi Peneliti.....	15
BAB II.....	16
TINJAUAN PUSTAKA	16
2.1. Tinjauan Umum Tentang Keselamatan Pasien.....	16
2.1.1 Pengertian Keselamatan Pasien.....	16
2.1.2 Sasaran Keselamatan Pasien	16
2.1.3 Faktor Yang Mempengaruhi Keselamatan Pasien	21
2.2. Tinjauan Umum Tentang Kepemimpinan	26
2.2.1 Pengertian Kepemimpinan	26

2.2.2 Kepemimpinan dalam Keselamatan Pasien	30
2.3. Tinjauan Umum Tentang Komunikasi	33
2.3.1 Pengertian Komunikasi.....	33
2.3.2 Komunikasi dalam Keselamatan Pasien.....	34
2.4. Tinjauan Umum Tentang Kerja Tim.....	38
2.4.1 Pengertian Kerja Tim.....	38
2.4.2 Kerja Tim dalam Keselamatan Pasien.....	41
2.5. Tinjauan Umum Tentang Perawat	45
2.6. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit	47
2.7. Matriks Penelitian Terdahulu.....	50
2.8. Mapping Teori.....	65
2.9. Definisi Operasional Dan Kriteria Objektif.....	74
BAB III.....	82
METODE PENELITIAN	82
3.1. Jenis Penelitian	82
3.2. Lokasi Penelitian	82
3.3. Populasi Dan Sampel Penelitian	82
3.3.1 Populasi	82
3.3.2 Sampel.....	82
3.3.3 Alur penelitian	83
3.4. Variabel Dan Instrumen Penelitian.....	83
3.4.1 Variabel Penelitian	83
3.4.2 Instrumen Penelitian.....	84
3.5. Validitas Dan Reabilitas Alat Ukur	85
3.5.1 Uji Validitas	85
3.5.2 Uji Realibilitas	87
3.6. Metode Pengolahan Dan Analisis Data.....	88
3.6.1 Pengolahan Data.....	88
3.6.2 Analisis Data	89
3.7. Hipotesis Penelitian	90
BAB IV	92
HASIL PENELITIAN.....	92

4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	92
4.1.1 Letak Geografis.....	92
4.1.2 Sejarah Singkat.....	92
4.2. Hasil Penelitian.....	94
4.2.1 Analisis Univariat.....	94
4.2.2 Analisis Bivariat.....	128
4.2.3 Analisis Multivariat	130
4.3. Pembahasan	132
4.3.1 Pengaruh Kepemimpinan terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Perawat di RSUD Beriman Balikpapan tahun 2024.....	132
4.3.2 Pengaruh Komunikasi terhadap Implementasi sasaran Keselamatan Pasien pada Perawat di RSUD Beriman Balikpapan tahun 2024	142
4.3.3 Pengaruh Kerja Tim terhadap Implementasi sasaran Keselamatan Pasien Pada Perawat di RSUD Beriman Balikpapan tahun 2024	153
4.3.4 Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Pada Perawat di RSUD Beriman Balikpapan tahun 2024	164
4.4. Implikasi Manajerial	173
4.5. Keterbatasan Penelitian.....	174
BAB V	176
PENUTUP	176
5.1. Kesimpulan.....	176
5.2. Saran.....	177
5.2.1 Bagi Manajemen Rumah Sakit	177
5.2.2 Bagi Penelitian Selanjutnya.....	179
DAFTAR PUSTAKA	180
LAMPIRAN.....	186

DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Jenis Insiden Keselamatan Pasien (KTD dan KTC) Periode 2021-2024 RSUD Beriman Balikpapan Berdasarkan Kategori Sasaran Keselamatan Pasien	4
Tabel 2.	Matriks Penelitian Terdahulu	50
Tabel 3.	Mapping Teori	65
Tabel 4.	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	74
Tabel 5.	Uji Reliabilitas Variabel Penelitian	87
Tabel 6.	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Jenis Kelamin Responden RSUD Beriman Balikpapan Tahun 2024.....	94
Tabel 7.	Distribusi Responden Berdasarkan Variabel Penelitian di RSUD Beriman Balikpapan Tahun 2024.....	96
Tabel 8.	Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Variabel Kepemimpinan di RSUD Beriman Balikpapan Tahun 2024	97
Tabel 9.	Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Variabel Komunikasi di RSUD Beriman Balikpapan Tahun 2024	98
Tabel 10.	Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Variabel Kerja Tim di RSUD Beriman Balikpapan Tahun 2024	99
Tabel 11.	Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Variabel Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Beriman Balikpapan Tahun 2024	100
Tabel 12.	Crosstabs Karakteristik Responden Terhadap Variabel Kepemimpinan	102
Tabel 13.	Crosstabs Karakteristik Responden Terhadap Variabel Komunikasi	103
Tabel 14.	Crosstabs Karakteristik Responden Terhadap Variabel Kerja Tim.....	105
Tabel 15.	Crosstabs Karakteristik Responden Terhadap Variabel Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien	106

Tabel 16. Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Berdasarkan Pertanyaan Variabel Kepemimpinan di RSUD Beriman Balikpapan Tahun 2024.....	108
Tabel 17. Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Berdasarkan Pertanyaan Variabel Komunikasi di RSUD Beriman Balikpapan Tahun 2024.....	111
Tabel 18. Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Berdasarkan Pertanyaan Variabel Kerja Tim di RSUD Beriman Balikpapan Tahun 2024.....	115
Tabel 19. Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Berdasarkan Pertanyaan Variabel Impelementasi Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Beriman Balikpapan Tahun 2024	121
Tabel 20. Hubungan Kepemimpinan dengan Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Beriman Balikpapan Tahun 2024.....	128
Tabel 21. Hubungan Komunikasi dengan Implementasi Keselamatan Pasien di RSUD Beriman Balikpapan Tahun 2024	129
Tabel 22. Hasil Uji Validitas Variabel Kepemimpinan	197
Tabel 23. Hasil Uji Validitas Komunikasi	199
Tabel 24. Hasil Validasi Variabel Kerja Tim	201
Tabel 25. Hasil validasi Variabel Kerja Tim Post dropping.....	206
Tabel 26. Hasil Validasi Variabel Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien.....	209

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kejadian IKP terkait Perawat di RSUD Beriman Balikpapan Periode 2021-2023.....	6
Gambar 2. Kajian Masalah Penelitian (Flin et al., 2009) , (Rivai et al., 2016), (Ira Hastuti Ani Siregar, 2020), (Febriansyah et al., 2020), (WHO,2009), (Reason,1990), (Picker Institue,1988) ..	13
Gambar 3. Faktor-faktor Yang Berpengaruh Pada Keselamatan Pasien (Flin, Winter, and Cakil Sarac 2009).....	21
Gambar 4. Kerangka Teori.....	66
Gambar 5. Kerangka Konsep.....	71
Gambar 6. Alur Penelitian	83
Gambar 7. Analisa Regresi Logistik variabel Penelitian di RSUD Beriman Balikpapan	131

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuisisioner Penelitian	186
Lampiran 2. Uji Validitas	197
Lampiran 3. Hasil Analisis Data SPSS	215
Lampiran 4. Persuratan Penelitian	256
Lampiran 5. Dokumentasi	261
Lampiran 6. Curriculum Vitae.....	262

DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN

Istilah/ Singkatan	Penjelasan
KTD	Kejadian Tidak Diharapkan
KTC	Kejadian Tidak Cidera
KTC	Kejadian Tidak Cidera
KNC	Kejadian Nyaris Cidera
KKPRS	Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
IKP	Insiden Keselamatan Pasien
SKP	Sasaran Keselamatan Pasien
SDM	Sumber Daya Manusia
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
HSoPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
AHRQ	<i>Agency of Healthcare Research and Quality</i>
DPJP	Dokter Penanggung Jawab Pasien
HFACS	<i>Human Factor Analysis Classification System</i>
Team STEPPS	<i>Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Keselamatan pasien merupakan salah satu indikator utama dalam menilai mutu layanan kesehatan di rumah sakit. Kegiatan peningkatan mutu secara internal selain dengan pelaporan rutin mengenai indikator mutu dan manajemen risiko, juga diperlukan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien.(K. Kesehatan, 2023). Rumah Sakit memiliki tanggung jawab besar untuk memastikan bahwa setiap pasien yang dirawatnya terhindar dari bahaya dan mendapatkan perawatan yang aman, berkualitas, dan sesuai dengan kebutuhannya.

Di era modern, dengan kemajuan teknologi dan kompleksitas perawatan kesehatan, risiko yang dihadapi pasien semakin meningkat. Data statistik menunjukkan bahwa insiden keselamatan pasien merupakan fenomena global yang merenggut nyawa jutaan orang setiap tahunnya. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan sekitar 1 dari 10 pasien mengalami kerugian di fasilitas kesehatan dan lebih dari 3 juta kematian terjadi setiap tahun karena pelayanan yang tidak aman. Kematian akibat pelayanan yang tidak aman di negara berpenghasilan rendah sampai menengah terjadi pada 4 dari 100 pasien (Linkin & Brennan, 2018). Penelitian Pham. JC et al (2016) yang dilakukan di 11 rumah sakit dari 5 negara terdapat 52 insiden keselamatan pasien yaitu Hongkong 31%, Australia 25%, India 23%, Amerika 12% dan Kanada 10%. (Pham et al., 2016). Kondisi ini menggambarkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) masih banyak terjadi di beberapa negara termasuk Indonesia.

Menurut Permenkes No 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, insiden keselamatan pasien terdiri dari setiap kejadian atau kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi

mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien; insiden ini termasuk Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), dan Kejadian Potensial Cedera (KPC). Data yang dihimpun Komisi Nasional Keselamatan Pasien tahun 2018 ditemukan laporan IKP sebanyak 1489 kasus meningkat hampir 4x lipat menjadi 7465 IKP di tahun 2019. Jenis IKP di tahun 2019 didapatkan 38% merupakan KNC, 31% KTC dan 31% KTD. (Kemenkes, 2020). Keselamatan pasien di rumah sakit pemerintah dan swasta yang telah diakreditasi masih menjadi masalah di Indonesia. Ini dapat berdampak negatif pada pelayanan kesehatan. (Buhari et al., 2022)

Dampak negatif yang bisa muncul dari Insiden Keselamatan Pasien salah satunya adalah konsekuensi hukum dan finansial bagi rumah sakit. Pasien yang mengalami insiden keselamatan pasien dapat menggugat rumah sakit atas kelalaian medis, yang dapat mengakibatkan tuntutan hukum dan denda yang besar. Rumah sakit juga harus menanggung biaya perawatan tambahan untuk menangani komplikasi yang diakibatkan oleh insiden keselamatan pasien. (McFadden et al., 2009) Pasien yang mengalami insiden keselamatan pasien dapat mengalami trauma fisik dan psikis, serta kecacatan permanen. Keluarga pasien pun harus menanggung beban emosional dan finansial yang besar. Mempertimbangkan dampak yang mungkin terjadi akibat IKP ini maka diperlukan usaha untuk mencegah terjadinya IKP di Rumah Sakit.

Mencegah terjadinya Insiden Keselamatan pasien adalah tanggung jawab bersama seluruh komponen rumah sakit. Setiap tenaga medis, tenaga kesehatan maupun non kesehatan memiliki perannya masing-masing dalam mewujudkan tugas ini. Berdasarkan data Profil Kesehatan tahun 2022 dari Kementerian Kesehatan, tenaga kesehatan dengan jumlah terbanyak di seluruh rumah sakit di Indonesia pada tahun 2022 adalah staf keperawatan sebanyak 351.255 orang. (Kemenkes, 2023). Pola distribusi ini juga terdapat

RSUD Beriman Balikpapan dimana jumlah perawat per Mei 2024 adalah sebanyak 143 orang atau 33.5% dari keseluruhan pegawai RSUD Beriman Balikpapan. Perawat berperan penting dalam mendukung peningkatan dan pemeliharaan kesehatan pasien dengan secara aktif membantu memenuhi kebutuhan mereka selama proses perawatan berlangsung (Putra Jaya Kusuma, 2021). Perawat selalu berada di sekitar pasien sekitar pasien selama pelayanan kesehatan diberikan dan memiliki hubungan langsung dengan pasien dalam waktu yang panjang,

Perawat dalam menjalankan tugasnya selalu berhubungan dengan tenaga Kesehatan dan tenaga medis dari bidang keahlian yang lain. Kerjasama yang baik sebagai sebuah tim sangat diperlukan dalam menunjang penerapan budaya keselamatan pasien di Rumah sakit. Penelitian oleh Raftopoulus, et .al melakukan penelitian untuk mengevaluasi budaya keselamatan dan iklim kerjasama tim di 5 ICU di Cyprus, menemukan perawat masa kerja lebih lama dan berpengalaman memiliki nilai kerjasama tim yang lebih tinggi, yang dimungkinkan karena memiliki waktu lebih panjang untuk *team-building* . (Raftopoulos & Pavlakis, 2013) tingkat kerjasama tim yang tinggi mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien.

Nilai Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Beriman tahun 2023 dengan instrumen HSOPC memiliki pencapaian rata-rata sebesar 55,5% yang termasuk dalam kategori Budaya sedang menurut standar survei. Nilai budaya ini lebih rendah bila dibandingkan dengan nilai yang dicapai RS Restu Ibu Balikpapan sebagai sesama RS tipe C di Kota Balikpapan, yaitu sebesar 62,41% . RSUD Beriman Balikpapan terletak cukup strategis di tengah kota dan merupakan rumah sakit umum milik pemerintah Kota Balikpapan satu-satunya saat ini. Kedua hal ini menjadikannya rumah sakit yang cukup banyak menjadi pilihan masyarakat Kota Balikpapan, terutama di era jaminan kesehatan nasional saat ini.

Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Beriman tahun 2023 juga masih nampak lemah di beberapa dimensi yaitu *Respon non-punitive*, *Staffing and Work Pace* dan *Handsoff and Information Exchange*. Bila dibandingkan dengan Survey tahun sebelumnya, ketiga dimensi tersebut tetap memperlihatkan capaian respon positif yang rendah. Hal yang cukup menarik ditemukan pada dimensi *Kerjasama/teamwork* yang pada tahun 2023 mengalami penurunan nilai dibandingkan dengan dimensi lain yang cenderung mengalami peningkatan nilai. Nilai budaya keselamatan pasien ini dapat disandingkan dengan pelaporan IKP yang terjadi setiap tahunnya.

Laporan Komite Mutu mengenai IKP yang terjadi selama periode 2021-2023 di RSUD Beriman Balikpapan juga didapatkan terjadi peningkatan angka KTD. Jumlah Insiden Keselamatan di RSUD Beriman Balikpapan tahun 2023 mengalami peningkatan sebesar 102,3% dibanding tahun 2022, dari angka tersebut KTD mengalami peningkatan sebesar 22,2%.

Pada jenis insiden KTD, KTC dan Sentinel, telah terjadi paparan terhadap pasien. Ketiga jenis insiden ini menjadi jenis Insiden Keselamatan Pasien yang penting untuk diperhatikan untuk menilai kegagalan dalam sistem dan selanjutnya mencegah kejadian terulang. Berdasarkan data terlihat jumlah ketiganya cenderung meningkat sejak tahun 2021 sampai dengan 2024.

Tabel 1. Jenis Insiden Keselamatan Pasien (KTD dan KTC) Periode 2021-2024 RSUD Beriman Balikpapan Berdasarkan Kategori Sasaran Keselamatan Pasien

No	Tahun	Jenis Insiden	SKP 1	SKP 2	SKP 3	SKP 4	SKP 5	SKP 6
1	2021	KTD	1	0	0	0	0	1
		KTC	3	5	0	0	0	1
2	2022	KTD	6	0	0	0	0	2
		KTC	0	0	1	0	0	3
3	2023	KTD	1	0	0	0	0	1
		KTC	1	4	0	0	0	4
	2024	KTD	1	0	0	0	0	0

4	Semester 1	KTC	2	0	0	0	0	1
TOTAL			17	9	1	0	0	27

Data Sekunder Komite Mutu RSUD Beriman Balikpapan

Data IKP yang terdokumentasikan sejak tahun 2021 sampai dengan 2024 semester I memperlihatkan sebagian besar terkait dengan Standar Keselamatan Pasien yang terkait pengurangan risiko cedera akibat jatuh, identifikasi pasien, dan komunikasi efektif. Sebagian besar IKP dilaporkan terjadi di ruang perawatan dimana hampir serupa dengan temuan Pham et al, dalam penelitiannya yang menemukan sebesar 37% IKP terjadi ruang perawatan rawat inap. (Pham et al., 2016). Beberapa kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien berakar dari kegagalan komunikasi antar tenaga kesehatan seperti kegagalan penyampaian informasi kritis, dan kurangnya koordinasi antar shift.

Kegagalan komunikasi ini berkontribusi langsung terhadap risiko keselamatan pasien, terutama dalam aspek yang telah diidentifikasi dalam dokumentasi IKP, yaitu cedera akibat jatuh, kesalahan dalam identifikasi pasien, serta ketidakefektifan komunikasi antar tenaga kesehatan. Hal ini diperkuat oleh penelitian Leonard et al. (2004) yang menyebutkan bahwa lebih dari 70% kejadian sentinel dalam pelayanan kesehatan disebabkan oleh kegagalan komunikasi. (Leonard et al., 2004)

Dari keseluruhan IKP yang terdokumentasi dan dilaporkan selama tahun 2021- 2023 terdapat peningkatan jumlah IKP yang terkait langsung dengan perawat di RSUD Beriman Balikpapan, dimana terdapat kenaikan rata-rata 3 kasus setiap tahunnya. Data tersebut dapat dilihat dalam gambar berikut:



Gambar 1. Kejadian IKP terkait Perawat di RSUD Beriman Balikpapan Periode 2021-2023

Wawancara pada beberapa orang perawat, ditemukan di beberapa unit kerja tidak rutin dilakukan diskusi maupun *briefing* bersama kepala ruangan atau kepala unit mengenai implementasi SKP . Beberapa perawat juga menyampaikan hanya mendapat pengetahuan saat orientasi sebagai pegawai baru dan tidak mengetahui bagaimana dilakukan penilaian implementasi SKP pada mereka. Pengarahan rutin dan pengawasan dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien merupakan bagian dari fungsi kepemimpinan kepala ruangan di masing-masing unit pelayanan yang harus dilaksanakan dengan baik. (Gillies, 1994)

Berdasarkan data-data yang didapat, diperlukan berbagai strategi pengembangan untuk mencapai tujuan keselamatan pasien di RSUD Beriman Balikpapan. Upaya membangun kesadaran tentang pentingnya nilai keselamatan pasien, serta memberikan arahan dan dukungan kepada staf dalam penerapannya, merupakan elemen krusial dalam membentuk budaya keselamatan pasien (Republik Indonesia, 2017). Implementasi sasaran keselamatan pasien merupakan langkah praktis yang harus dikembangkan dalam

mewujudkan pelayanan pasien yang aman dan bermutu. Menyadari mengenai betapa pentingnya implementasi sasaran keselamatan pasien di rumah sakit terutama dikaitkan dengan peran perawat, maka peneliti melakukan penelitian mengenai pengaruh kepemimpinan, komunikasi, dan kerja tim terhadap implementasi sasaran keselamatan pasien pada perawat di RSUD Beriman Balikpapan. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan yang berguna untuk dijadikan dasar dalam merancang program pengembangan keselamatan pasien di RSUD Beriman Balikpapan pada masa mendatang.

1.2. Kajian Masalah

Keselamatan pasien merupakan elemen penting untuk menentukan mutu dari pelayanan kesehatan. Nilai budaya keselamatan pasien di RSUD Beriman Balikpapan pada tahun 2022 dan 2023 selama dua tahun berturut-turut ini hasilnya masih kurang baik. Hasil ini sejalan dengan adanya peningkatan dalam jumlah IKP yang didata sejak tahun 2021-2023. Dari keseluruhan data IKP tersebut terdapat beberapa yang disebabkan tidak dilaksanakannya Sasaran Keselamatan Pasien dengan baik di rumah sakit.

Keselamatan pasien bukan hanya tanggung jawab perawat, tetapi juga manajemen, dokter, dan staf lainnya. Sistem keselamatan harus melibatkan semua pihak. Namun perlu disadari perawat merupakan profesi yang melakukan kontak dalam waktu yang cukup lama terutama untuk pasien rawat inap. (Indrayadi et al., 2022). Kejadian IKP yang terkait dengan perawat di RSUD Beriman Balikpapan mengalami peningkatan sejak tahun 2021-2023. Hal ini perlu menjadi perhatian karena perawat merupakan profesi yang memiliki persentase cukup besar dari seluruh profesi yang memberikan pelayanan di Rumah sakit.

Salah satu langkah penting dalam “tujuh langkah menuju keselamatan pasien” adalah mencegah cedera melalui penerapan

sistem keselamatan pasien. Pelaksanaan SKP yang optimal dapat mengurangi IKP dan meningkatkan kualitas layanan yang diberikan rumah sakit. Survey pendahuluan yang telah dilakukan di RSUD Beriman Balikpapan menunjukkan perlunya upaya untuk mengembangkan strategi dalam meningkatkan budaya dan penerapan sasaran keselamatan pasien. Upaya awal yang bisa dilakukan adalah dengan menentukan faktor-faktor yang dapat dianalisa untuk mendukung tercapainya keselamatan pasien dan mencegah IKP di Rumah sakit.

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2009, terdapat empat faktor utama yang berkontribusi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien (IKP), yaitu faktor organisasi, faktor kerja tim, faktor lingkungan, dan faktor individu. Penelitian di RSUD Ajjappanngge Soppeng pada tahun 2015 mengungkapkan bahwa dari keempat faktor tersebut, faktor organisasi (mencakup aspek budaya keselamatan, kepemimpinan, dan komunikasi) dan kerja tim memberikan kontribusi paling signifikan terhadap munculnya masalah keselamatan pasien. (Rivai et al., 2016)

Dalam penelitian yang dilakukan Dewi K, et.al di sebuah Rumah sakit di Serang, dari ketiga variabel independen yang diteliti yaitu kepemimpinan, kompetensi, dan komunikasi, terlaksananya penerapan budaya keselamatan pasien pada perawat di ruang rawat inap rumah sakit sangat dipengaruhi oleh peran kepemimpinan. (Kuraesin et al., 2023). Kegagalan dalam kepemimpinan terjadi ketika *supervisor* atau atasan/pengawas tidak memberikan pelatihan atau arahan yang cukup bagi pegawainya. Ketika hal ini terjadi, pegawai semakin merasa terisolir dan meningkatkan kejadian pelayanan pasien yang tidak terstandar dan berakhir pada kesalahan atau insiden, (Diller et al., 2014)

Lemahnya nilai pada dimensi *handoff and transitions* pada Survey Budaya Keselamatan Pasien RSUD Beriman tahun 2023 menggambarkan masih diperlukan evaluasi terhadap penerapan

sasaran keselamatan komunikasi yang efektif saat melakukan transfer informasi tentang pasien baik antar unit maupun dalam unit yang sama. Peran pemimpin sebagai pendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu dalam hal pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien sesuai dengan yang tertera dalam Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit .(D. P. K. K. Kesehatan, 2006)

Komunikasi yang tidak jelas dapat menyebabkan kesalahpahaman atau ketidakjelasan dalam diagnosa, pemberian obat, atau tindakan medis yang tidak sesuai. Diller et al pada penelitiannya dengan menggunakan aplikasi *Human Factor Analysis Classification System* (HFACS) untuk menganalisa 105 IKP di beberapa rumah sakit di Amerika Serikat pada periode Juli 2011 dan November 2012, menemukan bahwa komunikasi menjadi penyebab paling sering terjadinya kejadian tidak diinginkan. Hasil menunjukkan kurang efektifnya komunikasi yang dilakukan para staf dan kurang lengkapnya informasi yang disampaikan. (Diller et al., 2014). Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Endriani et al., 2024) di sebuah rumah sakit di Bandar Lampung yang menunjukkan bahwa Komunikasi Interpersonal bersama dengan Motivasi, dan Sikap secara simultan berpengaruh signifikan terhadap penerapan keselamatan pasien di Rawat Inap. Menurut *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), masalah komunikasi, termasuk kegagalan dalam komunikasi verbal dan nonverbal, miskomunikasi antar staf atau antar shift, serta komunikasi yang tidak terdokumentasi dengan baik, dapat memicu terjadinya kesalahan. Penelitian juga mengungkapkan bahwa komunikasi memiliki kaitan yang signifikan dengan penerapan keselamatan pasien oleh perawat. (Rivai et al., 2016)

Rumah sakit di era kemajuan teknologi memiliki tuntutan dan standar yang tinggi yang dapat meningkatkan stress terkait pekerjaan pada staf di pelayanan kesehatan. Stress terkait kerja

berhubungan dengan perilaku kerja yang buruk dan selanjutnya akan mempengaruhi kualitas pelayanan dan keselamatan pasien (Chen et al., 2021) Pada penelitian di Taiwan, I.Chen,et.al menemukan keselamatan pasien dipengaruhi secara tidak langsung oleh stress terkait kerja yang dimediasi oleh Budaya Keselamatan Pasien. Stres dapat menciptakan ketidakharmonisan dalam tim. Karyawan yang merasa stres cenderung lebih mudah tersinggung, kurang sabar, dan kurang kooperatif, yang dapat mengganggu kerjasama tim.

Teamwork/kerja tim diartikan sebagai sekelompok orang yang memiliki keahlian khusus yang bekerja sama dan berinteraksi satu sama lain untuk mencapai tujuan bersama (Ilyas,2003) dalam (Shameela & Sulistiadi, 2024). (Febriansyah et al., 2020) menyebutkan kerjasama tim yang baik akan mengurangi beban kerja yang dirasakan anggota dalam tim sehingga berpengaruh pada budaya keselamatan pasien. Penelitian menunjukkan bahwa beban kerja yang tinggi pada perawat berhubungan dengan penurunan kinerja keselamatan pasien. Perawat dengan beban kerja tinggi cenderung memiliki kinerja yang lebih rendah dalam menjaga keselamatan pasien (Astriana et al., 2017). *Teamwork* pada survey budaya keselamatan pasien RSUD Beriman Balikpapan tahun 2023 menjadi satu-satunya yang mengalami penurunan dibanding nilai tahun 2022. Studi tahun 2020 di rumah sakit di Bandung menemukan kerja tim mempengaruhi capaian sasaran keselamatan pasien sebesar 12,6% secara signifikan (Ira Hastuti Ani Siregar, 2020). Sebuah Kerjasama tim akan menjadi penentu lancar atau tidaknya perjalanan organisasi (Febriansyah et al., 2020) Organisasi kesehatan dapat memastikan kelancaran operasional, peningkatan kualitas pelayanan, dengan memperhatikan kompetensi dan pendidikan petugas kesehatannya. Tingkat pendidikan perawat berhubungan signifikan dengan kinerja keselamatan pasien, dimana semakin memenuhi standar tingkat pendidikan yang dimiliki

perawat, kinerja dalam penerapan program keselamatan pasien makin baik. (Astria et al., 2017). Kompetensi perawat yang lebih tinggi berdampak langsung pada penerapan indikator keselamatan pasien. Ini menunjukkan bahwa peningkatan kompetensi perawat dapat memperbaiki praktik keselamatan pasien di rumah sakit. (Prabowo et al., 2024)

Masa kerja yang panjang dan pendidikan yang baik dapat saling melengkapi. Petugas dengan pengalaman yang luas dan pengetahuan mendalam memiliki kompetensi yang lebih holistik. Perawat dengan masa kerja yang lebih lama memiliki pengalaman yang lebih banyak, yang berkontribusi pada kinerja yang lebih tinggi dalam keselamatan pasien. Pengalaman ini dapat meningkatkan pemahaman mereka tentang praktik keselamatan dan mengurangi risiko kesalahan. Pengalaman kerja yang lebih lama memberikan kecakapan dan pengetahuan yang lebih dalam dalam penerapan program keselamatan pasien, sehingga menghasilkan kinerja yang lebih tinggi. Perawat yang telah bekerja lebih dari 5 tahun umumnya menunjukkan kinerja yang lebih unggul dibandingkan dengan perawat yang memiliki pengalaman kerja antara 1 hingga 5 tahun. (Astria et al., 2017)

Masa kerja yang positif, di mana mereka merasa diberdayakan dan bermanfaat, dapat meningkatkan motivasi perawat untuk menerapkan praktik keselamatan. Perawat yang termotivasi memiliki dorongan intrinsik untuk memberikan perawatan terbaik. Motivasi ini dapat memperkuat penerapan praktik keselamatan. Perawat yang termotivasi akan lebih aktif dalam mengikuti pelatihan keselamatan, melaporkan insiden, dan berpartisipasi dalam inisiatif keselamatan. Motivasi secara tidak langsung, melalui peningkatan kompetensi, berpengaruh signifikan terhadap penerapan indikator keselamatan pasien. (Prabowo et al., 2024).

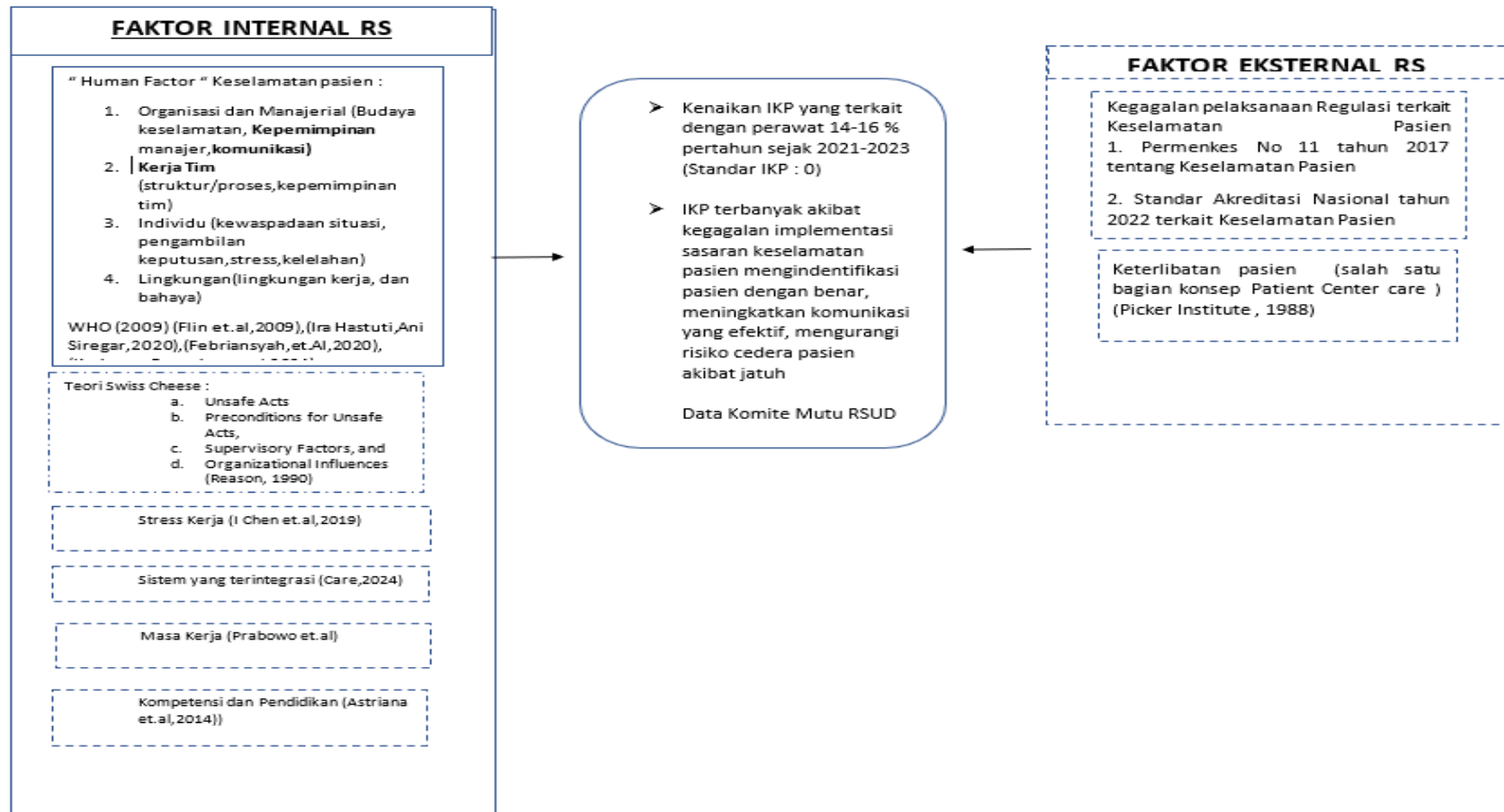
Konsep lain yang juga dikenal adalah konsep *Patient*

Center Care (PCC).

Pemahaman dan kompetensi perawat mengenai PCC menjadi salah satu faktor yang akan meningkatkan partisipasi pasien dalam pelaksanaan keselamatan pasien selain kerja tim dan iklim keselamatan yang baik.(Hwang et al., 2019) . Ketika perawat memiliki pemahaman yang baik tentang prinsip PCC, mereka mampu berkomunikasi secara efektif dengan pasien, memberikan edukasi yang sesuai, serta melibatkan pasien dalam proses pengambilan keputusan terkait perawatan. Dengan demikian, pasien lebih sadar akan kondisi mereka, lebih patuh terhadap rencana terapi, serta lebih aktif dalam menyampaikan kekhawatiran atau keluhan yang dapat berkontribusi terhadap peningkatan keselamatan pasien.

Dari keseluruhan faktor yang disebutkan di atas diperlukan integrasi yang menunjangnya menjadi sebuah sistem yang baik. Sistem keselamatan yang terintegrasi melibatkan seluruh tim perawatan. Ini mencakup komunikasi yang baik, pelaporan insiden, dan penggunaan teknologi yang mendukung keselamatan. Sistem keselamatan pasien yang terintegrasi dan proaktif adalah kunci untuk meningkatkan kualitas perawatan dan keselamatan pasien di rumah sakit. Dengan menerapkan prinsip-prinsip ini, rumah sakit dapat mengurangi variasi, mengurangi risiko, dan meningkatkan hasil yang positif bagi pasien.(Carem2024)

Kajian masalah ini dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 2. Kajian Masalah Penelitian (Flin et al., 2009) , (Rivai et al., 2016), (Ira Hastuti Ani Siregar, 2020), (Febriansyah et al., 2020), (WHO, 2009), (Reason, 1990), (Picker Institute, 1988)

Rumusan Masalah

- a) Apakah ada pengaruh Kepemimpinan terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien pada Perawat di RSUD Beriman Balikpapan?
- b) Apakah ada pengaruh Komunikasi terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan pasien pada Perawat RSUD Beriman Balikpapan?
- c) Apakah ada pengaruh Kerja Tim terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien pada Perawat di RSUD Beriman Balikpapan?
- d) Variabel mana yang dominan berpengaruh terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien pada Perawat di RSUD Beriman Balikpapan?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis pengaruh Kepemimpinan, Komunikasi, dan Kerja Tim terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien pada Perawat di RSUD Beriman Balikpapan.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Untuk menganalisis pengaruh Kepemimpinan terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien pada Perawat di RSUD Beriman Balikpapan.
- 2) Untuk menganalisis pengaruh Komunikasi terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien pada Perawat di RSUD Beriman Balikpapan.
- 3) Untuk menganalisis pengaruh Kerja Tim terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien pada Perawat di RSUD Beriman Balikpapan.

- 4) Untuk menganalisis variabel yang dominan berpengaruh terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien pada Perawat di RSUD Beriman Balikpapan.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam upaya memperluas dan memperdalam pengetahuan khususnya di bidang Perilaku Organisasi dan Keselamatan Pasien.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hal ini merupakan pengalaman yang menjadi pelajaran berharga bagi peneliti dalam melatih kemampuan berpikir ilmiah dan analitis serta memberikan kesempatan dalam menginterpretasikan temuan di lapangan dengan menggunakan teori yang relevan. Penelitian ini juga memperkuat kemampuan dalam mengidentifikasi masalah organisasi, mengevaluasi kebijakan yang diterapkan, serta mengeksplorasi alternatif solusi yang inovatif dan implementatif.

1.4.3 Manfaat Bagi Peneliti

Memberikan pengalaman berharga dalam memperluas wawasan dan pengetahuan akademik dan selain untuk memenuhi syarat akademik untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit, penelitian ini juga berkontribusi terhadap pengembangan kompetensi kepemimpinan dan manajerial peneliti dalam dunia kerja khususnya di Bidang rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Umum Tentang Keselamatan Pasien

2.1.1 Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakan sebuah sistem yang bertujuan untuk memastikan pelayanan kesehatan yang lebih aman. Sistem ini mencakup penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, pembelajaran dari insiden yang terjadi beserta tindak lanjutnya, serta penerapan solusi untuk mengurangi risiko dan mencegah cedera akibat kesalahan dalam tindakan medis atau kelalaian untuk melakukan tindakan yang diperlukan. (D. P. K. K. Kesehatan, 2006)

WHO mendefinisikan keselamatan pasien sebagai "sebuah pendekatan untuk mencegah dan meminimalkan bahaya yang terkait dengan perawatan kesehatan." Pendekatan ini bertujuan untuk memastikan bahwa pasien terhindar dari cedera yang tidak disengaja saat menerima perawatan kesehatan.(WHO, 2023).

Tujuan keselamatan pasien meliputi :

- a. Terwujudnya budaya keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit.
- b. Peningkatan tanggung jawab rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Penurunan jumlah insiden yang tidak diinginkan di rumah sakit
- d. Pelaksanaan program pencegahan untuk mencegah terjadinya pengulangan insiden yang tidak diharapkan .

2.1.2 Sasaran Keselamatan Pasien

Sesuai dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit tahun 2022, secara nasional diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional yang terdiri dari:

- e. **Mengidentifikasi pasien dengan benar.**

Rumah sakit menerapkan prosedur untuk memastikan keakuratan identifikasi pasien, yang bertujuan mengenali pasien sebagai individu yang akan menerima layanan, tindakan, atau pengobatan tertentu secara tepat. Proses ini mencocokkan layanan atau perawatan yang diberikan dengan pasien yang bersangkutan. Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal dua identitas, seperti nama lengkap dan tanggal lahir atau kode batang (barcode), tanpa melibatkan nomor kamar atau lokasi pasien, guna memastikan layanan diberikan kepada pasien yang tepat sesuai dengan kebijakan rumah sakit.

Identifikasi pasien dilakukan pada berbagai kesempatan, termasuk saat pemberian terapi atau intervensi, seperti pemberian obat, transfusi darah atau produk darah, serta terapi radiasi. Proses ini juga dilakukan ketika melakukan tindakan medis, seperti pemasangan jalur intravena atau hemodialisis. Selain itu, pasien harus diidentifikasi sebelum melakukan prosedur diagnostik apa pun, seperti pengambilan darah atau spesimen lainnya untuk pemeriksaan laboratorium, kateterisasi jantung, atau tindakan radiologi diagnostik.

Identifikasi juga dilakukan sebelum penyajian makanan kepada pasien.

f. Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

Komunikasi efektif merupakan komunikasi yang dilakukan secara tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dapat dipahami oleh penerima pesan. Hal ini berperan dalam meminimalkan risiko kesalahan sekaligus meningkatkan tingkat keselamatan pasien. Komunikasi yang dijalankan dapat secara lisan, tertulis dan elektronik. Menurut KMK No 1128 mengenai Standar Akreditasi Rumah Sakit, proses komunikasi efektif di Rumah sakit dinilai berdasarkan proses komunikasi yang efektif saat penerimaan instruksi melalui telepon dengan tahapan menulis

atau menginput ke komputer, membaca ulang, dan mengonfirmasi kembali, serta menggunakan metode SBAR saat melaporkan kondisi pasien kepada dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), yang kemudian didokumentasikan dalam rekam medis. Selain itu, komunikasi juga dilakukan saat menyampaikan laporan hasil nilai kritis pemeriksaan penunjang diagnostik melalui telepon. Prosedur komunikasi yang efektif ini juga diterapkan saat serah terima sesuai dengan jenisnya, baik antar tenaga kesehatan, antara unit perawatan yang berbeda di rumah sakit, maupun saat memindahkan pasien dari ruang perawatan ke unit layanan diagnostik.

g. Meningkatkan Keamanan Obat-obatan yang harus diwaspadai

Obat-obatan dengan kewaspadaan tinggi adalah jenis obat yang berpotensi menimbulkan cedera serius pada pasien jika penggunaannya tidak sesuai. Obat-obatan ini termasuk obat risiko tinggi, yaitu obat dengan zat aktif yang dapat menyebabkan kematian atau kecacatan jika terjadi kesalahan dalam penggunaannya, seperti insulin, heparin, atau sitostatika. Selain itu, kategori ini juga mencakup obat-obatan yang memiliki kesamaan bentuk atau nama yang mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM atau *Look Alike Sound Alike/LASA*) serta elektrolit konsentrat. Menurut SNARS 2022, kegiatan peningkatan keamanan terhadap obat yang harus diwaspadai meliputi penetapan daftar obat kewaspadaan tinggi (*High Alert*) termasuk obat LASA oleh rumah sakit. Selain itu Rumah sakit menerapkan pengelolaan obat kewaspadaan tinggi, termasuk obat *Look-Alike Sound-Alike* (LASA), secara konsisten di seluruh area rumah sakit untuk mengurangi risiko dan cedera. Evaluasi serta pembaruan daftar obat *High-Alert* dan LASA dilakukan minimal sekali

dalam setahun, berdasarkan laporan insiden lokal, nasional, maupun internasional. Penyimpanan elektrolit konsentrat tertentu diatur hanya di Instalasi Farmasi, kecuali di unit pelayanan yang memiliki pertimbangan klinis, guna meminimalkan risiko cedera dalam penggunaannya. Penyimpanan elektrolit konsentrat di luar Instalasi Farmasi hanya diperbolehkan dalam situasi tertentu yang sesuai dengan maksud dan tujuan yang telah ditetapkan. Selain itu, rumah sakit juga menetapkan dan menerapkan protokol untuk koreksi hipokalemia, hiponatremia, dan hipofosfatemia.

h. Memastikan sisi yang benar, prosedur yang benar, Pasien yang benar pada Pembedahan/tindakan Invasif

Rumah sakit menetapkan prosedur pelaksanaan verifikasi pra-operasi, penandaan lokasi operasi, serta proses *time-out* yang dilakukan tepat sebelum tindakan bedah atau invasif dimulai, dan *sign-out* yang dilakukan setelah tindakan selesai. Prosedur ini mencakup berbagai tindakan yang melibatkan insisi atau pungsi, seperti operasi terbuka, aspirasi perkutan, injeksi obat tertentu, biopsi, tindakan intervensi atau diagnostik vaskuler dan kardiak perkutan, laparoskopi, dan endoskopi. Selain itu, rumah sakit wajib mengidentifikasi seluruh area di mana operasi dan tindakan invasif dilakukan. Proses ini dinilai dalam akreditasi berdasarkan pelaksanaan verifikasi pra- operasi menggunakan daftar tilik untuk memastikan pasien, tindakan, dan sisi yang tepat.

Rumah sakit juga telah menetapkan dan menerapkan sistem penandaan sisi operasi atau tindakan invasif dengan tanda yang seragam, mudah dikenali, dan tidak ambigu. Penandaan dilakukan oleh dokter operator atau dokter asisten yang akan melakukan operasi atau tindakan invasif, dengan melibatkan pasien jika memungkinkan. Selain itu, rumah sakit menerapkan proses *time-out* menggunakan "*Surgical Safety*

Checklist" terbaru dari WHO untuk memastikan keselamatan pasien selama tindakan bedah maupun medis invasif.

i. Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

Kegiatan cuci tangan (*hand hygiene*) yang dilakukan dengan benar merupakan langkah utama dalam upaya mengeliminasi infeksi ini maupun infeksi lainnya. Penilaian terhadap elemen ini mencakup penerapan program kebersihan tangan di rumah sakit yang mengacu pada standar terbaru dari WHO. Penilaian selanjutnya adalah dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan program kebersihan tangan, termasuk langkah-langkah perbaikan yang diambil untuk meningkatkan efektivitas program tersebut

j. Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh

Risiko jatuh pada pasien rawat jalan berkaitan dengan kondisi pasien, situasi, atau lokasi di rumah sakit. Berdasarkan SNARS 2022, elemen penilaian pada aspek ini mencakup bukti yang menunjukkan rumah sakit telah melakukan skrining terhadap pasien rawat jalan untuk mengidentifikasi kondisi, diagnosis, situasi, atau lokasi yang dapat meningkatkan risiko jatuh dengan menggunakan metode atau alat skrining yang telah ditentukan. Jika hasil skrining menunjukkan adanya risiko jatuh, tindakan atau intervensi dilakukan untuk menguranginya, dan seluruh hasil skrining beserta intervensi yang dilakukan didokumentasikan dengan baik.

Untuk pasien rawat inap, rumah sakit melakukan pengkajian risiko jatuh pada semua pasien, baik dewasa maupun anak-anak, dengan menggunakan metode standar yang sesuai dengan kebijakan rumah sakit. Pengkajian ulang risiko jatuh dilakukan jika terdapat perubahan kondisi pasien atau jika pasien telah teridentifikasi memiliki risiko jatuh berdasarkan hasil pengkajian sebelumnya. Tindakan atau intervensi untuk menurunkan risiko jatuh pada pasien rawat

inap juga telah dilaksanakan dan didokumentasikan secara sistematis.(Kepmenkes RI, 2022)

2.1.3 Faktor Yang Mempengaruhi Keselamatan Pasien

a. Menurut WHO (2009)

Ada empat kategori faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien antara lain: Organisasi/manajerial, kerja tim, pegawai individual, serta lingkungan kerja. Keterkaitannya digambarkan dalam gambar sebagai berikut:



Gambar 3. Faktor-faktor Yang Berpengaruh Pada Keselamatan Pasien (Flin, Winter, and Cakil Sarac 2009)

Penting untuk dicatat bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi dampak keselamatan pasien tidak bekerja secara terpisah, melainkan saling terkait dan berinteraksi satu sama lain. Keempat kategori faktor ini kemudian dijabarkan menjadi 10 (sepuluh) topik keselamatan pasien yang relevan. (Flin et al., 2009), yaitu :

1. Kategori Organisasi/Manajerial mencakup tiga topik: (1) pentingnya budaya keselamatan, (2) peran kepemimpinan manajer, dan (3) komunikasi yang efektif dalam organisasi.
2. Kategori Kerja Tim membahas dua hal utama: (4) struktur dan dinamika proses kerja tim, serta (5) peran kepemimpinan tim (team leadership) yang dilakukan

oleh supervisor.

3. Kategori Individu Pekerja menyoroti aspek personal yang meliputi: (6) kewaspadaan situasi, (7) kemampuan pengambilan keputusan, (8) pengaruh stres, dan (9) dampak kelelahan pada pekerja.
4. Kategori Lingkungan Kerja menyoroti pentingnya memahami (10) lingkungan kerja dan bahaya yang mungkin ada di dalamnya.

Keempat kategori tersebut memberikan gambaran menyeluruh mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kinerja dan keselamatan kerja dalam suatu organisasi.

b. Teori Model *Swiss Cheese* (Reason, 1990) (Larouzee & Le Coze, 2020)

Model ini menggambarkan sistem kesehatan sebagai serangkaian "lapisan pertahanan" yang dapat mencegah terjadinya insiden. Setiap lapisan memiliki "lubang" yang mewakili kelemahan atau potensi kesalahan. Ketika "lubang" di beberapa lapisan berjajar, insiden keselamatan pasien dapat terjadi.

Faktor-faktor yang berkontribusi:

- 1) Kesalahan aktif: Dilakukan oleh tenaga kesehatan, seperti kesalahan dalam pemberian obat, kesalahan diagnosis, atau kesalahan dalam prosedur medis.
- 2) Kesalahan latar belakang: Faktor sistem yang berkontribusi terhadap terjadinya kesalahan aktif, seperti kurangnya sumber daya, beban kerja yang tinggi, atau protokol yang tidak jelas.
- 3) Kondisi laten: Faktor yang mendasarinya, seperti budaya keselamatan pasien yang lemah, kurangnya pelatihan

tenaga kesehatan, atau sistem pelaporan insiden yang tidak efektif.

Teori *Swiss cheese* dari Reason menyebutkan bahwa insiden yang terjadi pada sebuah sistem yang kompleks seperti sistem pelayanan kesehatan, terjadi karena hilangnya lapisan penghalang dari empat tingkatan dalam sistem sosioteknikal. Keempat tingkatan itu adalah *Unsafe Acts*, *Preconditions for Unsafe Acts*, *Supervisory Factors*, and *Organizational Influences*. Teori ini menggambarkan setiap lubang atau kegagalan yang terjadi akan mengganggu integritas keseluruhan sistem. Bila tidak terjadi kegagalan dalam sistem, maka tidak akan terdapat “lubang” pada keju tersebut.

Selanjutnya Reason berpendapat tidak setiap “lubang” yang terdapat pada sistem akan menyebabkan insiden. Terkadang kegagalan tersebut terdeteksi lebih awal dan mampu segera diperbaiki untuk mencegah insiden terjadi. Lubang-lubang yang terjadi pada level *Unsafe Acts* dan pada beberapa level Prekondisi, menggambarkan kegagalan aktif. Kegagalan aktif merujuk pada kegagalan yang terjadi saat proses pelayanan, misalnya saat pengobatan pasien, medikasi saat pembedahan, dll. Kegagalan ini juga terjadi langsung berkaitan dengan kejadian yang bisa merugikan pasien. Alasan lain disebut kegagalan aktif adalah karena jenis kegagalan ini bisa berubah saat proses pelayanan. Kondisi ini sangat dinamis sebagaimana bisa terjadi kesalahan, menyadari kesalahan yang terjadi dan segera memperbaikinya. Berbeda dengan kegagalan aktif, kegagalan laten memiliki karakteristik yang berbeda. Kegagalan ini berada pada Tingkat yang lebih tinggi yaitu level organisasi dan *Supervisory* dan prekondisi. Disebut laten karena saat kegagalan ini terjadi, seringkali tidak terdeteksi langsung. Mereka bisa bertahan lama dalam sebuah sistem sebelum disadari. Dan tidak seperti kegagalan aktif,

kegagalan laten tidak bisa diperbaiki dengan segera. Kegagalan ini bahkan bisa tidak terdeteksi hingga terjadi sebuah Insiden.

c. Model *Human Factors Analysis and Classification System* (HFACS)

Kegagalan penerapan Sasaran Keselamatan Pasien oleh petugas di Rumah Sakit akan berdampak pada terjadinya IKP. Teori *Swiss Cheese* oleh Reason dianggap kurang aplikatif saat digunakan, maka dikembangkanlah sebuah model untuk menginvestigasi insiden yang diakibatkan faktor manusia/petugas. HFACS terdiri dari jenis penyebab dari setiap Level error yang diajukan Reason. Kuisisioner pada HFACS dikembangkan oleh Departemen Pertahanan di Amerika Serikat (DoD/ *Department of Defands*). HFACS telah digunakan di berbagai bidang untuk mendeteksi kesalahan dan analisa insiden, seperti di Pertambangan, Industri minyak dan gas, konstruksi, dan tentunya di Industri kesehatan yang dikaitkan dengan Keselamatan Pasien. (Widyanti & Reyhannisa, 2020) Setiap kategori bisa terjadi karena faktor perilaku petugas ataupun sistem. Seperti halnya teori Reason, keempat kategori kesalahan diawali oleh *Unsafe Acts*.

Faktor manusia yang berpengaruh terhadap kejadian insiden/kesalahan di pelayanan kesehatan:

- 1) Kesalahan Tindakan (*Unsafe Acts*): Insiden disebabkan langsung oleh tindakan pemberi layanan kesehatan seperti kesalahan dalam tindakan pelayanan atau keterampilan yang kurang, dan pelanggaran yang sudah berlangsung terus menerus. (Diller et al., 2014)
- 2) Kondisi Operator (*Preconditions for Unsafe Acts*): Insiden terjadi diakibatkan faktor lingkungan dan kondisi operator yang mempengaruhi terjadinya kesalahan, seperti keadaan mental dan fisiologis yang buruk, serta faktor komunikasi dan koordinasi

- 3) Pengawasan (*Supervision*): Kegagalan pengawasan yang mencakup pelatihan yang tidak memadai, perencanaan operasional yang buruk, dan kegagalan untuk mengatasi masalah yang diketahui
- 4) Pengaruh Organisasi (*Organizational Influences*): Keputusan manajemen tingkat atas yang mempengaruhi keselamatan, termasuk manajemen sumber daya, iklim organisasi, dan proses operasional (Diller et al., 2014)

Dapat dikatakan juga HFACS merupakan instrument penilaian yang dikembangkan dari teori *Swiss Cheese Reason*. Perbedaan mendasarnya adalah pada HFACS lebih menguraikan kembali faktor-faktor kesalahan manusia di keempat tingkatan.

d. Patient Centered Care (PCC)

Konsep modern PCC didasarkan pada penelitian di tahun 1988 oleh Picker Institute, yang mengidentifikasi delapan dimensi dalam pelaksanaan PCC seperti terdapat pada buku *Through the Patient's eye : Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. PCC adalah pendekatan pelayanan kesehatan yang memprioritaskan kebutuhan, preferensi dan nilai-nilai pasien. PCC bertujuan untuk membangun hubungan yang kuat antara pasien dan tenaga kesehatan. Konsep PCC juga secara jelas menggambarkan kebutuhan untuk melibatkan tidak hanya hanya pasien, namun juga keluarga, rekan, *caregiver*, bahkan komunitas lain yang lebih luas. (Luxford et al., 2010). Delapan dimensi dalam PCC seperti yang disebutkan sebelumnya terdiri dari respek dan kewajiban, informasi dan Pendidikan, keterlibatan pasien, koordinasi dan kontinuitas, aksesibilitas dan ketepatan waktu, dukungan fisik dan emosional, Teknologi informasi dan Lingkungan fisik.

Patient Centered Care (PCC) sekarang juga mulai dikenal dengan istilah *Person-Centered Care*. Kim pada penelitiannya

menyebutkan kerangka kerja PCC berpengaruh secara positif pada aktivitas keselamatan pasien, terutama pada aspek lingkungan fisik dan atribut staf. (M. S. Kim et al., 2022). Sebagaimana keselamatan pasien menjadi prioritas utama di rumah sakit, konsep PCC menyediakan pendekatan menyeluruh yang menempatkan pasien sebagai pusat pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah meningkatkan keselamatan, kualitas, dan kepuasan pasien. Pada sebuah penelitian di Unit stroke di RS Kanudjoso Djatiwibowo pada tahun 2015, ditemukan bahwa peningkatan kesadaran dan partisipasi pasien serta keluarganya dalam proses perawatan dapat mendukung penerapan keselamatan pasien. Ketika pasien dan keluarga memahami pentingnya keselamatan, mereka lebih cenderung untuk mendukung prosedur keselamatan yang diterapkan oleh rumah sakit. (Iskandar & Iskandar, 2017)

2.2. Tinjauan Umum Tentang Kepemimpinan

2.2.1 Pengertian Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah proses dalam mempengaruhi orang, untuk mencapai tujuan organisasi. (Flin et al., 2009). Beberapa definisi menyebutkan terdapat dua komponen dalam kepemimpinan yaitu interaksi antar manusia dan proses mempengaruhi orang lain, seorang pimpinan fokus pada orang-orang, sementara manajer fokus pada tujuan organisasi. (Joseph & Huber, 2021). Organisasi akan berjalan dengan baik jika pimpinan mempunyai kecakapan dalam bidangnya, dan setiap pimpinan mempunyai keterampilan yang berbeda, seperti keterampilan teknis, manusiawi dan konseptual.

Terdapat beberapa teori kepemimpinan yang berfokus pada sifat, perilaku, dan gaya kepemimpinan yang sebagian besar dikaitkan dengan kinerja bisnis dan produktivitas. Namun saat ini

beberapa penelitian tertarik melihat antara gaya kepemimpinan yang dikaitkan dengan keselamatan. Model kepemimpinan yang sering dikaitkan dengan pembelajaran mengenai *Safety leadership* adalah model kepemimpinan transaksional dan transformasional. Menurut (Bass,1998) kepemimpinan transaksional berdasarkan hubungan transaksional antara pimpinan dan pengikut, jadi pimpinan menawarkan insentif/hukuman tergantung pada pencapaian standar dari pengikutnya. Model kepemimpinan ini baik digunakan bila berorientasi pada kinerja karyawan, karena menekankan pada aspirasi dan tujuan individual. (Flin et al., 2009). Dimensi kepemimpinan transaksional adalah *Kontingen reward* (Pemimpin memberikan penghargaan atau pengakuan berdasarkan pencapaian target spesifik) dan *management by exception* (pemimpin memantau kinerja untuk memastikan standar dipenuhi, dan bertindak hanya saat terjadi penyimpangan). (Herawati, 2014)

Di sisi lain kepemimpinan transformasional adalah pemimpin yang menginspirasi bawahannya untuk mengenyampingkan kepentingan pribadi mereka demi kebaikan organisasi dan mereka mampu memiliki pengaruh yang luar biasa pada diri pengikutnya., dimana unsur-unsurnya terdiri dari :

1. Pengaruh Ideal (pemimpin menjadi panutan yang dihormati dan diikuti)
 2. Stimulasi Intelektual (pemimpin mendorong kreativitas dan inovasi untuk memecahkan masalah penting dalam lingkungan kerjanya)
 3. Motivasi Inspirasi (pemimpin memberikan visi yang jelas untuk masa depan organisasi dan memotivasi staf untuk bekerja melampaui ekspektasi)
 4. Konsiderasi Individu (pemimpin memperhatikan kebutuhan dan pengembangan setiap individu dalam tim)
- Perilaku seorang pemimpin akan sangat dipengaruhi oleh

adanya pengalaman dalam hidupnya. Karena kepribadian seseorang akan mempengaruhi gaya kepemimpinan yang digunakan. (Nursalam, 2006). Selain itu, berhasilnya sebuah misi organisasi juga sangat dipengaruhi oleh empat hal yaitu manajer/pimpinan, staf dan atasan, pekerjaan, serta lingkungan. Keempatnya harus diintegrasikan dengan baik oleh seorang pemimpin, dan perlu dukungan dengan memperhatikan teori motivasi, interaksi dan transformasi.

Motivasi kerja menjadi salah satu aspek yang sangat perlu diperhatikan dalam mengarahkan staf oleh pimpinan. Motivasi diartikan sebagai perasaan atau pikiran yang mendorong seseorang melakukan pekerjaan atau menjalankan kekuasaan, terutama dalam berperilaku. (Nursalam, 2006). Menurut Kopelman (1986) dalam (Nursalam, 2006), produktivitas tenaga keperawatan ditentukan oleh beberapa faktor, yaitu :

1. *Organizational characteristics*

- a. *Reward System* : merupakan suatu stimulus terhadap perbaikan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan
- b. *Goal Setting dan MBO* : tenaga keperawatan merupakan perpanjangan tangan untuk menerjemahkan visi misi rumah sakit, sehingga harus memahami dan menerapkan visi misi tersebut dalam memberikan pelayanan keperawatan.
- c. *Selection* : pemilihan tenaga keperawatan yang sesuai
- d. *Training and development* : merupakan proses pendidikan jangka pendek dengan prosesur yang tertata baik dalam pembelajaran kepada tenaga keperawatan
- e. *Leadership*
- f. *Organization structure and culture* : struktur organisasi diharapkan memberikan kepastian mengenai pemisahan kegiatan pekerjaan antara yang satu dengan yang lain dan

bagaimana hubungan aktivitas dan fungsi dibatasi. Selain itu struktur organisasi juga diharapkan mampu menggambarkan kewenangan proses/alur pelaporan di dalamnya.

2. *Nurse Characteristics*

- a. *Knowledge*/pengetahuan, merupakan informasi yang dapat digunakan sebagai dasar untuk bertindak, mengambil keputusan dan menentukan strategi tertentu.
- b. *Skills*/keahlian . kapasitas yang dibutuhkan dalam melaksanakan tugas.
- c. *Ability*, kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu.
- d. *Motivation*
- e. *Attitudes*, sikap yang merupakan reaksi seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek.
- f. *Value and norm*

3. *Work Characteristic*

- a. *Objective performance*, pengaturan kinerja staf agar mampu bekerja sesuai prosedur dan produktif sehingga hasil kerja optimal
- b. *Feedback*, umpan balik dari pimpinan untuk memperbaiki kinerja karyawannya
- c. *Job design*, fungsi penetapan kegiatan kerja seseorang atau sekelompok karyawan secara organisasional
- d. *Works schedule*, pengaturan waktu yang efektif dalam melakukan pekerjaan.

Faktor kepemimpinan dan sistem imbalan (karakteristik organisasi) berpengaruh pada kinerja individu melalui motivasi, sedangkan faktor pendidikan berpengaruh pada kinerja individu atau organisasi melalui variabel pengetahuan keterampilan atau kemampuan, Kopelman (1986) dalam (Nursalam, 2006). Dari sini dapat dilihat bahwa produktivitas staf salah satunya yang bisa dilihat dari seberapa baik mereka menjalankan program yang dirancang

organisasi, dipengaruhi oleh motivasi, penghargaan/sistem imbalan, pendidikan staf, keterampilan dan pengetahuan staf, serta kepemimpinan.

Dalam sebuah penelitian di Serang, faktor penting yang memengaruhi keberhasilan penerapan budaya keselamatan pasien pada perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit XX Serang adalah kepemimpinan. Seorang pemimpin yang kompeten dan profesional dalam menjalankan tugasnya akan menjadi teladan bagi bawahannya. Dengan demikian, pemimpin mampu mengarahkan bawahan untuk bergerak sejalan dengan tujuan organisasi, yaitu memastikan implementasi budaya keselamatan pasien pada perawat di rumah sakit terlaksana dengan baik.(Kuraesin et al., 2023)

2.2.2 Kepemimpinan dalam Keselamatan Pasien

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No 11 tahun 2017 mengenai Keselamatan Pasien disebutkan kepemimpinan memiliki peranan dalam pelaksanaan Keselamatan Pasien, yaitu:

1. Pimpinan memastikan pelaksanaan program keselamatan pasien terintegrasi dalam organisasi dengan menerapkan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit."
2. Pimpinan menjamin keberlangsungan program proaktif untuk mengidentifikasi risiko keselamatan pasien serta upaya untuk menekan atau mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan.
3. Pimpinan mendorong komunikasi dan koordinasi yang efektif antara unit kerja dan individu terkait pengambilan keputusan dalam hal keselamatan pasien.
4. Pimpinan menyediakan sumber daya yang memadai untuk melakukan pengukuran, evaluasi, dan peningkatan kinerja rumah sakit sekaligus memperkuat upaya keselamatan pasien.
5. Pimpinan melakukan pengukuran dan evaluasi terhadap efektivitas perannya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan memastikan keselamatan pasien. (Republik Indonesia,

2017)

Kepemimpinan yang efektif, akan meningkatkan kualitas komunikasi dan Kerja tim yang efisien dan pada akhirnya perawatan yang aman dan berkualitas untuk hasil pasien yang positif. (Murray & Cope, 2021a) Hasanah et al menemukan dalam penelitiannya perilaku kepemimpinan di RSUD dr.H. Andi Abdurrahman Noor Tanah Bumbu yang paling penting adalah fungsi pengarahan, dimana telah dilakukan pendelegasian wewenang. Hasanah, et.al (2021).

Bila dikaitkan dengan *contingency theory*, seorang pemimpin harus mampu mengatur kondisi kerjanya dibanding dia yang diatur oleh lingkungan kerjanya. Sehingga fleksibilitas dalam kegiatan pengarahan (*direction*), pengawasan (*supervision*), serta koordinasi (*coordination*) dalam memimpin bawahannya diharapkan meningkatkan keberhasilan tujuan yang ingin dicapai. (Gillies, 1994). Pemimpin dapat memimpin secara efektif bila diterima sebagai bagian tim dan diakui oleh timnya memiliki kedudukan lebih tinggi. Dalam manajemen keperawatan, seorang manajer keperawatan sebagai aspek pemimpin di keperawatan diharapkan memenuhi harapan ini. Kegiatan-kegiatan kepemimpinan tersebut dijelaskan sebagai berikut:

1) Pengarahan

Pengarahan mencakup berbagai bentuk penugasan, instruksi, kebijakan, aturan, standar yang bertujuan untuk memimpin orang lain dalam mencapai perilaku yang diharapkan. Instruksi bisa diberikan secara tertulis atau lisan agar bawahan mengambil tindakan tertentu atau menghindari tindakan tertentu sesuai dengan yang diinstruksikan. Efektivitas tim memerlukan informasi yang jelas antara pimpinan dan bawahan, yang dapat dicapai dengan pemberian instruksi yang sederhana, langsung pada maksud yang dituju, dan menggunakan istilah yang baku .

(Gillies, 1994)

2) Supervisi

Supervisi adalah perilaku kepemimpinan yang meliputi memantau pekerjaan, menilai kinerja, dan menerima atau memperbaiki performa, dan memberikan dukungan untuk meningkatkan kinerja keseluruhan.(Gillies, 1994). Supervisi dalam pelayanan keperawatan, supervisi adalah suatu aktivitas dinamis yang melibatkan supervisor atau pimpinan, individu yang disupervisi sebagai mitra kerja, dan pasien yang menerima pelayanan.(Indrayadi et al., 2022) . Intensitas kegiatan supervisi juga harus disesuaikan dengan kondisi di masing-masing unit, sehingga tidak terlalu mengekang atau tidak terlalu longgar. (Gillies, 1994)

3) Koordinasi

Koordinasi merupakan aspek kepemimpinan yang melibatkan berbagai aktivitas untuk memastikan staf dapat bekerja bersama secara selaras. Koordinasi memiliki peran penting dalam keberhasilan organisasi di bidang kesehatan. Tim yang memberikan perawatan pasien terdiri dari berbagai jenis personalitas yang harus bisa diakomodasi agar mampu bekerja bersama secara produktif. Koordinasi yang dilakukan saat pertemuan grup harus dilakukan secara efektif, dimulai dengan tujuan yang jelas, tercatat dan disampaikan pada petugas yang tidak sempat mengikuti kegiatan. Namun pada tingkatan pertemuan yang membahas penyelesaian suatu masalah, harus disediakan cukup waktu untuk berdiskusi, memberikan kesempatan ada staf untuk menyuarakan pendapat, dan dapat diikuti sebanyak mungkin staf yang tidak sedang bertugas.(Gillies, 1994) Pengorganisasian pelayanan keperawatan merupakan proses pengelompokan kegiatan terhadap tugas, wewenang, tanggung jawab dan koordinasi kegiatan baik secara vertikal maupun horizontal yang dilakukan

tenaga keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. (Nursalam, 2006). Bagaimana struktur organisasi yang dipilih sebuah organisasi juga akan mempengaruhi proses pelimpahan wewenang, tugas dan tanggung jawab anggotanya.

2.3. Tinjauan Umum Tentang Komunikasi

2.3.1 Pengertian Komunikasi

Komunikasi adalah proses dimana informasi dan maknanya dipindahkan dari pengirim kepada penerimanya. Komunikasi sangat penting untuk efisiensi kerja dan penyampaian pelayanan yang aman dan berkualitas. Komunikasi menyediakan pengetahuan, hubungan institusi, pola perilaku dan sangat penting untuk kepemimpinan dan koordinasi tim. (Flin et al., 2009). Elemen penting komunikasi terdiri atas (Leggat, 2018):

- a. *Sender*: orang atau sistem yang memulai sebuah komunikasi. Saat mengirimkan sebuah pesan/ide harus dipastikan Bahasa yang digunakan mudah, sederhana, dan *to the point*.
- b. *Emotion*: emosi seperti marah atau bahagia dapat menutupi pesan yang sebenarnya ingin disampaikan. Bagaimana seseorang menyampaikan pesan, nada suara dan media nya sangat mempengaruhi isi pesan yang akan diterima.
- c. *Distorsi*: perubahan makna, kondisi atau bentuk sesuatu yang biasa, asli, alami dari hal kondisi atau bentuk awal yang dimaksudkan
- d. *Feed Back/Umpan Balik*: indikasi adanya reaksi dari reaksi penerima pesan
- e. Komunikasi Non-verbal: perilaku non-verbal bisa mempengaruhi proses komunikasi, senyuman, jabat tangan, *gesture* tubuh ikut menentukan bagaimana pesan diterima.
- f. *Receiver/Penerima pesan*: orang atau sistem yang menerima pesan/ide dalam komunikasi

Dalam lingkup organisasi komunikasi bisa terjadi secara formal

dan informal. Komunikasi formal diperlukan untuk koordinasi dalam sebuah organisasi. Komunikasi formal kembali bisa dibagi menjadi *downward communication* (dari atas ke bawah), *upward communication* (dari bawah ke atas) dan horizontal. Komunikasi horizontal terjadi saat informasi disampaikan dalam sebuah kelompok, tim, atau unit fungsional yang berada pada level yang sama dalam sebuah organisasi. Pada konteks ini, komunikasi digunakan untuk mengkoordinasikan usaha, menyelesaikan masalah, berbagi informasi, menangani konflik, dan menyusun laporan. Komunikasi yang efektif akan menentukan juga bagaimana setiap anggota bekerja dengan baik sebagai sebuah tim. (Jason A.Colquitt, Jeffrey A.LePine, Michael J.wesson, 2017)

2.3.2 Komunikasi dalam Keselamatan Pasien

Komunikasi berperan mewujudkan keselamatan pasien dan memastikan kelancaran pelayanan. Komunikasi adalah proses menyampaikan pesan berupa informasi, ide, gagasan, atau pernyataan, di mana staf dapat berbicara dengan bebas tanpa rasa takut, baik terkait keputusan tindakan maupun saat menemukan hal yang berpotensi berdampak negatif terhadap pasien. Budaya keselamatan yang baik dalam organisasi cenderung memiliki komunikasi yang terbuka dan saling percaya, staf yang paham mengenai pentingnya keselamatan pasien, serta mekanisme untuk mengukur efektivitas langkah-langkah pencegahan yang diterapkan. (Susatia, Budi & Sundari, 2021)

Dewi (2012) dalam (Susatia, Budi & Sundari, 2021) mengatakan keselamatan pasien dijamin melalui penerapan standar keselamatan pasien dan peningkatan pelaksanaannya oleh perawat. Hal ini mencakup beberapa langkah penting, seperti identifikasi pasien, komunikasi yang efektif selama serah terima, mencegah kesalahan dalam pemberian obat, menghindari kesalahan prosedur, mencegah infeksi nosokomial, dan meminimalkan risiko pasien jatuh. Kesempatan untuk mengajukan

pertanyaan dapat menjadi faktor positif yang signifikan dalam meningkatkan komunikasi, terutama karena pimpinan selalu mendorong staf untuk bertanya mengenai masalah kerja yang dianggap sangat penting. Salah satu cara untuk memperkuat komunikasi adalah melalui *briefing*, yang memungkinkan informasi terkait risiko keselamatan pasien dapat tersampaikan. (Susatia, Budi & Sundari, 2021)

Proses komunikasi dalam kegiatan pelayanan pasien berperan penting dalam kegiatan pemindahan pasien atau *handoff/handover*. Istilah *handoff* atau *handover* merujuk pada pemindahan tanggung jawab perawatan pasien antara tenaga kesehatan melalui komunikasi yang efektif mengenai semua informasi kesehatan yang terkait pasien, diagnose terbaru, kebutuhan dan target terapi. (Alcalá Minagorre et al., 2023). Kegiatan ini bertujuan untuk memastikan keberlanjutan perawatan dan memastikan keselamatan pasien selama pemindahan pasien. *Handoff* pasien merupakan waktu kritis dimana ada potensi terjadinya kesalahan-kesalahan pada komunikasi tentang informasi. Pada kondisi Dimana dilakukan pertukaran informasi secara langsung, informasi seharusnya disampaikan secara langsung (*face to face*) antara para professional yang terlibat dalam perawatan pasien. Namun pada kenyataan informasi sering disampaikan melalui perantara yang kemudian menyampaikan pada professional lain yang tidak hadir saat *handoff*, sehingga interaksi yang dibutuhkan antar professional yang bertanggung jawab langsung tidak terjadi. (Alcalá Minagorre et al., 2023).

Menurut (Walshe & Boaden, 2005) Komunikasi yang mendukung keselamatan pasien adalah:

- 1) Kepercayaan dan transparansi
- 2) Proses dan alur informasi yang baik
- 3) Persepsi bersama tentang arti penting keselamatan pasien

4) Perhatian dan pengenalan pada pentingnya kesalahan

Penelitian yang dilakukan oleh Kanaris (2023) dalam artikel berjudul *Mind the Power Gap: How Hierarchical Leadership in Healthcare is a Risk to Patient Safety* membahas bagaimana struktur kepemimpinan yang terlalu hirarkis dalam lingkungan kesehatan dapat membatasi komunikasi, sehingga berpotensi meningkatkan risiko terhadap keselamatan pasien. Studi ini menyoroti bahwa sistem komando yang terlalu ketat dapat menghambat staf dalam menyampaikan pendapat, mengangkat isu kritis, dan berkontribusi terhadap tujuan perawatan pasien. (Kanaris, 2023)

Dalam konteks layanan kesehatan, terutama di rumah sakit, adanya hierarki yang kuat sering kali menciptakan kesenjangan kekuasaan antara tenaga medis senior dan staf dengan posisi lebih rendah. Akibatnya, terjadi hambatan komunikasi di mana perawat, dokter junior, atau tenaga kesehatan lainnya enggan untuk menyampaikan kekhawatiran mereka kepada dokter senior atau manajemen karena takut akan konsekuensi negatif, seperti sanksi profesional atau dianggap tidak kompeten. (Kanaris, 2023). Pada penelitian yang sama, Kanaris (2023) mengangkat Teori *psychological safety* oleh Amy Edmondson yang menyoroti bahwa dalam organisasi yang sangat hirarkis, karyawan cenderung enggan untuk berbicara terbuka jika merasa lingkungan mereka tidak aman secara psikologis. Ini berlaku di sektor kesehatan, di mana individu yang berada di posisi rendah dalam hierarki sering kali tidak merasa nyaman mengungkapkan kesalahan atau mengajukan pertanyaan kritis. Kondisi seperti ini tentunya sangat merugikan karena berpotensi merugikan keselamatan pasien. Elemen Utama dalam Teori *Psychological Safety*, adalah :

- g. Keamanan dalam Mengambil Risiko Interpersonal : Anggota tim merasa aman untuk mengekspresikan diri tanpa takut dipermalukan atau dihukum.

- h. Kepercayaan dalam Kolaborasi : Semua anggota tim merasa didengarkan dan dihargai, tanpa memandang hierarki atau posisi.
- i. Keterbukaan terhadap Masukan dan Kesalahan : Organisasi dengan *psychological safety* yang tinggi memperlakukan kesalahan sebagai kesempatan untuk belajar, bukan untuk menyalahkan.
- j. Dorongan untuk Berpartisipasi Secara Aktif : Semua orang merasa berhak dan memiliki kewajiban untuk berkontribusi terhadap diskusi dan pengambilan keputusan.

Leonard M,et al menyebutkan terdapat beberapa perilaku yang dapat dikembangkan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi untuk mewujudkan keselamatan pasien. (Leonard et al., 2004):

a. *Appropriate Asessment* (Sesuai tuntutan)

Mengajarkan petugas cara menyampaikan pendapat dan menciptakan dinamika di mana mereka berani mengungkapkan kekhawatiran mereka merupakan faktor kunci dalam keselamatan. Seringkali, karena khawatir dan model hierarki dalam pekerjaan menyebabkan petugas enggan segera mengemukakan pendapat atau masalah yang dihadapi. Menurunkan pembatasan waktu tepat meminta bantuan, dan menanggapi setiap permintaan dengan baik dan sesuai aturan akan meningkatkan keamanan sistem.

b. *Critical language*

Kedokteran adalah lingkungan yang hierarkis, sehingga sulit bagi orang untuk mengungkapkan kekhawatirannya. Selain itu, jarak kekuasaan kurangnya keamanan psikologis, norma budaya, dan ketidakpastian mengenai rencana tindakan semakin memperumit situasi. Kemampuan untuk membuat semua orang berhenti dan mendengarkan sangat penting untuk perawatan yang aman. Bahasa kritis menciptakan model

komunikasi yang disepakati dengan jelas, yang membantu menghindari kecenderungan alami untuk berbicara secara tidak langsung dan hormat.

c. Kesadaran Situasional

Kesadaran situasional mengacu pada tim perawatan yang mempertahankan "gambaran besar" dan berpikir ke depan untuk merencanakan dan mendiskusikan kemungkinan yang tidak terduga. Dialog berkelanjutan ini, yang membuat anggota tim selalu mengetahui informasi terkini tentang apa yang terjadi dan bagaimana mereka akan merespons jika situasi berubah, merupakan faktor kunci dalam keselamatan.

d. *Debriefing*

Debriefing adalah proses meluangkan waktu beberapa menit setelah prosedur, atau di penghujung hari, untuk menilai apa yang telah dilakukan dengan baik oleh tim, apa saja tantangan yang dihadapi, dan apa yang akan bisa diperbaiki selanjutnya. Ini adalah kesempatan besar untuk belajar secara individu dan tim selagi kegiatan baru terjadi.

2.4. Tinjauan Umum Tentang Kerja Tim

2.4.1 Pengertian Kerja Tim

Kerja tim adalah sebuah proses dinamis yang meliputi 2 atau lebih orang yang terikat dalam sebuah aktivitas yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas. (Flin et al., 2009) Pandangan yang hampir sama juga mengartikan Tim sebagai sebuah kelompok pegawai yang saling berinteraksi dan mempengaruhi, dan saling bergantung untuk pencapaian sebuah tujuan, serta menerima diri mereka sebagai bagian dari entitas sosial dalam lingkungan kerja. (Bratton, 2021). Anggota dalam tim harus menyadari bahwa mereka merupakan bagian dari kelompok tersebut, dan menerima juga anggota yang lain. Keberadaan tim yang efektif dalam sebuah organisasi bisa menawarkan penguatan, *job enrichment* dan menjadi

alat untuk mencapai hasil yang lebih baik. Ilyas menyebutkan Teamwork/kerja tim diartikan sebagai sekelompok individu dengan keahlian tertentu yang bekerja sama dan berinteraksi untuk mencapai tujuan bersama (Shameela & Sulistiadi, 2024). Thompson mengartikan tim sebagai pencapaian tujuan bersama oleh sekelompok orang yang terkait informasi, sumber daya, dan keterampilan (Febriansyah et al., 2020)

Pada konsep yang IPC (*Interprofesional Collaboration*) yang dikenal saat ini, terdapat aspek kerja tim atau kolaborasi Tim dalam prakteknya. Orchard, V. Curran, dan S. Kabene menyajikan konsep mendalam terkait kolaborasi antarprofesional dalam layanan kesehatan dengan fokus pada kerja tim sebagai kunci keberhasilan praktik yang berpusat pada pasien (*Interdisciplinary Collaborative Practice/IDCP*). Indikator utama yang menyusun Kerja Tim dalam konteks IPC adalah:

- a. *Role Clarification* (Kejelasan Peran)
- b. *Role Valuing* (Penghargaan terhadap peran)
- c. *Trusting Relationship* (Hubungan Berbasis kepercayaan)
- d. *Power sharing* (berbagi kekuatan dan pengambilan Keputusan)
- e. *Mutual Respect and Communication* (Komunikasi dan saling Menghormati) (Orchard et al., 2005)

Sementara Flin menyebutkan, salah satu keterampilan non teknis yang penting dalam lingkungan kerja dengan risiko tinggi termasuk layanan kesehatan adalah kerja tim, dimana komponennya terdiri dari:

- a. *Leadership* (Kepemimpinan)
- b. *Communication* (Komunikasi)
- c. *Coordination* (koordinasi)
- d. *Situational awareness* (Kesadaran situasional)

e. *Mutual support* (Dukungan saling membantu) (Flin et al., 2017)

Sebuah pendekatan sistematis yang dikembangkan oleh *Department of Defense (DoD)* dan *the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* untuk mengembangkan praktek kerja tim, dikenal dengan *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS™)* awalnya dikenalkan pada November 2006 sebagai standar nasional untuk pelatihan tim di Pelayanan Kesehatan. (Grose & Burney, 2022). Salah satu model penilaian dalam model pelatihan ini adalah Team STEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire (T-TAQ) (Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, 2008) mengembangkan kompetensi yang harus dimiliki kerja sama tim yang efektif yaitu:

1. Struktur Tim, dalam kompetensi ini organisasi terdiri dari kelompok yang ditugaskan untuk menyelesaikan tugas. Tujuan pembentukan ini adalah untuk menerapkan pemberdayaan karyawan melalui jenis struktur yang menjadi dasar dalam menciptakan struktur tim yang baik. setiap kelompok diberikan fleksibilitas untuk mendesain tugas mereka sendiri dengan pendekatan yang paling efektif.
2. Kepemimpinan, diharapkan bahwa pemimpin mampu memotivasi, mengoordinasikan, dan membimbing anggota agar bisa mencapai tujuan yaitu dalam kaitan mencapai keselamatan pasien dan pelayanan bermutu.
3. Pemantauan Situasi, diharapkan bahwa anggota tim memiliki kemampuan untuk mengamati keadaan serta kesehatan mental dan fisik anggota tim lainnya.
4. Saling Mendukung, diharapkan setiap anggota tim dapat menerapkan kemampuan mendengarkan, bertanya, mendorong, menghoramti, membantu, dan berpartisipasi bersama.
5. Komunikasi, diharapkan bahwa anggota tim dapat

berkomunikasi secara efektif agar informasi akurat yang mencakup pelayanan, pengobatan, perawatan dan kondisi pasien terkini, termasuk perubahan yang terjadi dan dapat dicegah bisa tersampaikan. Hal ini memungkinkan praktisi rumah sakit untuk meningkatkan kerja tim secara optimal.

2.4.2 Kerja Tim dalam Keselamatan Pasien

Dalam konteks rumah sakit, tim dibentuk oleh para profesional yang bekerja sebagai sebuah kelompok dengan fungsinya masing-masing yang saling terkait dan berkomitmen untuk mencapai suatu tujuan yaitu mewujudkan pelayanan yang berkualitas. Namun sayangnya meskipun harus bekerja sebagai sebuah tim, sangat jarang bisa dilakukan pelatihan bersama. Selain itu karena berasal dari disiplin ilmu yang berbeda mempengaruhi kualitas kerjasamanya. (Grose & Burney, 2022) Tim dalam setting rumah sakit secara umum memiliki peran yang cukup jelas, terikat oleh prosedur dan protokol tetap, memiliki hierarki profesional, dan berbagi tujuan organisasi yang sama, berbeda dengan tim berdasarkan komunitas yang biasanya peran masing-masing tidak terlalu jelas. (Flin et al., 2009)

Kerjasama dalam tim merupakan hal penting dalam usaha peningkatan kualitas pelayanan dan budaya keselamatan pasien di rumah sakit karena proses yang terjadi dalam tim kerja akan mempengaruhi suasana saat bekerja. (Febriansyah et al., 2020) juga menyebutkan manajemen rumah sakit harus memastikan efektivitas dan konduktivitas tim kerja. Selain menciptakan budaya keselamatan kerja, perlu juga dilakukan upaya untuk menyelaraskan antara pimpinan, ketua tim dan anggota tim yang berinteraksi langsung dengan pasien. Salah satu penyelarasan seperti yang telah disebutkan di atas adalah kepastian mengenai peranan masing-masing dalam tim tersebut, bila pembagian peran ini tidak jelas maka dapat menimbulkan masalah. Pengarahan sebelum bertugas dapat digunakan untuk memastikan tanggung

jawab peranan masing-masing. (Flin et al., 2009).

Pembagian peran tanggung jawab dalam tim tersebut, salah satunya diuraikan dalam Teori *Big Five in Teamwork* yang merujuk pada lima komponen utama yang mendukung efektivitas tim, bukan pada model kepribadian individu. (Salas et al., 2005). Menurut teori ini efektivitas kerja tim bergantung pada lima komponen inti berikut:

- f. *Team Leadership* (Kepemimpinan Tim) : Peran pemimpin dalam mengarahkan, mengoordinasikan, memotivasi, dan memastikan bahwa tim tetap fokus pada tujuan. Pemimpin tim harus dapat menilai kinerja tim, memberikan arahan, dan menciptakan lingkungan yang positif.
- g. *Mutual Performance Monitoring* (Pemantauan Kinerja Bersama) : Anggota tim harus saling memantau kinerja satu sama lain untuk mengidentifikasi kesalahan dan memperbaikinya sebelum menjadi masalah besar. Memastikan bahwa semua anggota tim menjalankan perannya dengan benar.
- h. *Backup Behavior* (Perilaku Dukungan) : Kemampuan anggota tim untuk membantu satu sama lain dalam situasi kritis, misalnya dengan mengambil alih tugas anggota lain yang mengalami kesulitan. Distribusi beban kerja yang fleksibel dalam situasi yang menuntut.
- i. *Adaptability* (Kemampuan Beradaptasi) : Tim harus dapat menyesuaikan strategi mereka berdasarkan informasi dan perubahan yang terjadi di lingkungan kerja. Kemampuan untuk mengenali perubahan dan menyesuaikan tugas serta tanggung jawab untuk mempertahankan efektivitas tim.
- j. *Team Orientation* (Orientasi Tim) : Kesiediaan anggota tim untuk bekerja sama, berbagi informasi, dan mengutamakan tujuan tim daripada kepentingan individu.

Implementasi konsep *Big Five in Teamwork* dalam sektor kesehatan dapat meningkatkan efektivitas tim medis serta mengurangi kesalahan yang berdampak pada keselamatan pasien.

Dengan kepemimpinan yang kuat, pemantauan kinerja yang ketat, perilaku saling mendukung, adaptabilitas tinggi, dan orientasi tim yang jelas, tenaga kesehatan dapat bekerja lebih efektif dalam situasi yang penuh tekanan. pengambilan keputusan yang kolektif.

Beberapa penelitian telah menunjukkan pentingnya kerja tim dalam pelayanan kesehatan, seperti penelitian (Baker et al. 2007; Manser, 2009) dalam (Flin et al., 2009) yang menyebutkan hampir 70-80% kesalahan pelayanan kesehatan berhubungan dengan faktor manusia yang berkaitan dengan lemahnya komunikasi dan pemahaman dalam tim. Selain itu kerja tim yang baik juga berhubungan langsung dengan jumlah pelaporan insiden oleh perawat. Pelaporan insiden akan menjadi bahan untuk melakukan upaya peningkatan keselamatan pasien. (Hwang & Ahn, 2015)

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dalam rumah sakit, terdapat beberapa metode yang dapat diterapkan sebagai metode penugasan asuhan keperawatan. Secara tradisional dikenal empat metode penugasan yang umum tentang organisasi pemberian asuhan keperawatan yaitu, metode fungsional, metode individual atau kasus, metode tim, dan metode primer. (Nursalam, 2006) Berikut dijelaskan secara singkat beberapa metode tersebut :

- a. Metode Kasus (*total patient care approach*) : metode pemberian asuhan yang pertama kali digunakan, dimana perawat bertanggung jawab terhadap pasien tertentu yang didasarkan pada rasio satu perawat untuk satu pasien dengan pemberian perawatan menetap untuk periode tertentu. Pada metode ini seorang perawat akan bertanggungjawab penuh atas sekelompok pasien selama jam jaganya. Metode ini lebih sesuai digunakan di area perawatan pasien seperti di ruang isolasi atau intensive care.
- b. Metode Fungsional (*Task-Oriented*) : metode ini populer pada masa perang dunia II. Pemberian asuhan berdasarkan

pembagian tugas oleh perawat, sehingga akan didapatkan dalam satu shift jaga satu perawat akan berfokus pada satu jenis asuhan keperawatan saja, karena metode ini berfokus pada distribusi pekerjaan sesuai tugas dan prosedur dimana target dari tindakan keperawatan.

- c. Metode Tim : metode ini muncul pada tahun 1950-an, dimana penugasan asuhan keperawatan yang diberikan oleh sekelompok perawat terhadap sekelompok pasien. Ketua tim merupakan perawat yang berpengalaman serta memiliki kompetensi di bidangnya, yang selanjutnya melakukan pembagian tugas dan mengarahkan anggota timnya.
- d. Metode Perawatan Primer : metode yang dikembangkan awal tahun 1970-an ini, dimana pemberian asuhan keperawatan ditandai dengan adanya keterikatan yang kuat dan terus-menerus antar pasien dan perawat yang ditugaskan dalam merencanakan dan melaksanakan asuhan keperawatan termasuk berkolaborasi dengan tim lainnya. Pada metode ini terdapat Perawat primer yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan dan Perawat Associate yang membantu asuhan keperawatan saat perawat primer tidak hadir.

Penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit sangat berkaitan dengan metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan, karena setiap metode memiliki pengaruh terhadap efektivitas komunikasi, koordinasi, serta pengambilan keputusan klinis. Di sisi lain, pemilihan metode asuhan keperawatan juga mempengaruhi batasan otoritas dan jenis layanan yang dapat diberikan oleh setiap level perawat dalam satu tim jaga. Dalam metode fungsional, misalnya, setiap perawat memiliki tugas yang spesifik dan terbatas, sehingga dapat meningkatkan efisiensi tetapi juga berisiko menurunkan tanggung jawab holistik terhadap pasien. Sebaliknya, metode kasus dan metode primer memberikan tanggung jawab yang lebih luas bagi perawat, memungkinkan

mereka untuk lebih proaktif dalam mengidentifikasi dan mencegah risiko keselamatan pasien. Dengan demikian, pemilihan metode yang tepat harus mempertimbangkan keseimbangan antara efisiensi, komunikasi, serta kapasitas perawat dalam memberikan perawatan yang aman dan berkualitas sesuai dengan standar keselamatan pasien.

2.5. Tinjauan Umum Tentang Perawat

Menurut *International Council of Nursing* (ICN) tahun 1965, perawat adalah seorang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan dan memenuhi syarat dan memiliki otoritas untuk memberikan layanan keperawatan serta bertanggung jawab untuk meningkatkan kesehatan, memberikan layanan kepada orang yang sakit, dan pencegahan penyakit. (Dr. H. MIFTAHUL MUNIR, 2020) Menurut UU kesehatan Nomor 17 tahun 2023, perawat masuk sebagai bagian dari Tenaga Kesehatan. Jenis tenaga kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keperawatan terdiri atas perawat vokasi, ners, dan ners spesialis. (K. Kesehatan, 2023)

Pelayanan keperawatan merupakan layanan profesional yang bersifat holistik, meliputi aspek fisiologis, psikologis, sosial, spiritual, dan kultural, yang diberikan kepada klien karena keterbatasan kemampuan, kemauan, dan pengetahuan mereka dalam memenuhi kebutuhan dasar, baik yang aktual maupun potensial. Secara umum, tanggung jawab utama perawat adalah memenuhi kebutuhan dasar klien dalam rangka meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, serta mendukung proses penyembuhan dan pemulihan kesehatan. (PPNI, 2005).

Asuhan keperawatan dapat diberikan secara mandiri atau dalam kolaborasi dengan tim keperawatan dengan jenjang profesi berbeda dan bekerja sama dengan tim medis lainnya. Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai batas kewenangan dan kompetensi perawat tertentu. Dalam Petunjuk Pelaksanaan Jenjang

Karir Perawat di Rumah Sakit Tahun 2013, kewenangan perawat dalam praktik klinis ditentukan berdasarkan jenjang kompetensi, mulai dari Perawat Klinis I hingga Perawat Klinis V. Semakin tinggi jenjangnya, semakin luas batasan kewenangan klinis yang dimiliki, baik dalam tindakan keperawatan mandiri maupun kolaboratif. Perawat di tingkat awal memiliki kewenangan terbatas pada tindakan dasar dengan pengawasan ketat, sementara perawat di tingkat lebih tinggi dapat mengambil keputusan klinis yang lebih kompleks dan berperan sebagai pemimpin dalam tim keperawatan. (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik, 2013) Batasan kewenangan ini menjadi faktor utama yang menentukan sejauh mana seorang perawat dapat berkontribusi dalam kerja tim dan mendukung anggota tim lainnya untuk memastikan keselamatan pasien. Semakin tinggi kompetensi dan kewenangan klinis yang dimiliki, semakin besar pula peran perawat dalam mengoordinasikan informasi, mengawasi tindakan medis, dan memberikan umpan balik yang krusial bagi rekan sejawat serta tenaga kesehatan lainnya.

Dalam konteks Sasaran Keselamatan Pasien, batasan kewenangan klinis perawat berpengaruh langsung terhadap efektivitas kolaborasi dalam tim. Sebagai contoh, dalam identifikasi pasien yang tepat, perawat dengan kewenangan lebih tinggi dapat memimpin proses verifikasi identitas pasien sebelum tindakan medis dilakukan. Begitu pula dalam komunikasi efektif, perawat dengan tingkat kompetensi lebih tinggi memiliki tanggung jawab lebih besar dalam memastikan kelancaran handover, menghindari kesalahan medikasi, dan memberikan instruksi yang jelas kepada perawat junior. Dalam aspek keamanan penggunaan obat, batasan kewenangan juga menentukan sejauh mana perawat dapat menilai efek samping obat, melakukan intervensi, atau memberi saran kepada dokter terkait terapi yang lebih aman. Oleh karena itu, batasan kewenangan klinis bukan hanya menentukan kapasitas individual seorang perawat, tetapi juga seberapa besar ia dapat

mendukung anggota tim lainnya dalam menjalankan protokol keselamatan pasien secara optimal, guna menciptakan sistem perawatan yang lebih efektif dan minim risiko.

Secara umum, perawat memiliki berbagai peran, antara lain sebagai pemberi pelayanan/asuhan (*care provider*), pemimpin komunitas (*community leader*), pendidik (*educator*), pengelola (*manager*). Dua peran penting perawat yaitu sebagai *care provider* secara langsung, dimana perawat bertugas memberikan pelayanan, restorasi kesehatan, dan memelihara status kesehatan pasiennya dan peran kedua adalah sebagai koordinator/integrator. Peranan sebagai koordinator ini muncul karena posisi perawat yang menjadi pusat koordinasi sehari-hari dalam pemberian layanan dan arus informasi yang terkait dengan pemberian layanan kesehatan pada pasien. (Joseph & Huber, 2021). Pencegahan terjadinya IKP adalah salah satu tanggung jawab utama perawat sebagai pemberi asuhan (*care provider*). Penting disadari perawat adalah mayoritas tenaga kesehatan dan memiliki interaksi langsung dengan pasien. Selain itu menurut (Roussel, Swansburg et.al, 2008) dalam (Indrayadi et al., 2022) perawat juga selalu berada di sekitar pasien selama pelayanan kesehatan diberikan. Kondisi ini membuat peran perawat sangat besar dalam mencegah insiden keselamatan pasien.

2.6. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit

Rumah sakit, sesuai amanat UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023, merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Sebagai sebuah institusi, Rumah sakit wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang terstandar dengan mengedepankan prinsip keadilan, mutu, dan efisiensi.

Pelayanan rumah sakit ke depannya akan menentukan klasifikasi rumah sakit yang didasarkan pada kompetensi/kemampuan layanan. Kompetensi didasarkan pada kemampuan tertinggi yang dimiliki rumah sakit di masing-masing jenis pelayanan. Rumah sakit akan memiliki kemampuan yang berbeda-beda untuk tiap layanan yang diberikan, dan selanjutnya akan mempengaruhi pembayaran yang diberikan. Saat ini klasifikasi rumah sakit masih dibagi menjadi RS Umum dan RS khusus, yang masing-masing dibagi menjadi kelas A,B, dan C sesuai jumlah minimal tempat tidur. Setiap jenis rumah sakit diwajibkan melakukan peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara internal melalui pengukuran dan pelaporan indikator mutu, pelaporan insiden keselamatan pasien, dan manajemen risiko. Selain itu peningkatan mutu eksternal dapat dilakukan melalui registrasi, lisensi, dan akreditasi. (K. Kesehatan, 2023).

Pada kedua kegiatan peningkatan mutu baik internal dan eksternal tercantum kewajiban rumah sakit terkait pemenuhan aspek keselamatan pasien. PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien memperkuat kebijakan keselamatan sebagai aspek sentral dalam operasional rumah sakit. Regulasi ini menegaskan bahwa keselamatan pasien merupakan tanggung jawab kolektif seluruh elemen rumah sakit, melibatkan tata kelola yang sistematis untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan mengurangi risiko insiden keselamatan. Seluruh rumah sakit meskipun memiliki keterbatasan sumber daya, diwajibkan untuk memastikan pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan, pembelajaran dari insiden, dan penerapan standar operasional prosedur (SOP) yang berbasis bukti. Langkah- langkah ini sejalan dengan kebutuhan akan budaya keselamatan pasien yang harus ditanamkan secara menyeluruh di setiap tingkatan organisasi. Dengan demikian, keselamatan pasien tidak hanya menjadi bagian dari kewajiban hukum tetapi juga sebagai indikator utama mutu

layanan rumah sakit.(Kemenkes, 2019)

Penyelenggaraan keselamatan pasien dilakukan salah satunya melalui penerapan sasaran keselamatan pasien . Penerapan/implementasi sasaran keselamatan pasien menjadi salah satu upaya nyata dan terukur dalam mewujudkan pelayanan yang aman di rumah sakit. Rumah sakit perlu memastikan bahwa seluruh sasaran ini diintegrasikan dalam prosedur pelayanan sehari-hari melalui pendekatan berbasis risiko dan kolaborasi tim multidisiplin. Selain itu, rumah sakit harus membangun sistem monitoring dan evaluasi yang ketat terhadap implementasi sasaran ini untuk mengidentifikasi area perbaikan secara berkesinambungan.(Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2017)

Berangkat dari regulasi-regulasi yang disebutkan sebelumnya, rumah sakit diharapkan mampu meningkatkan mutu pelayanan sekaligus melindungi pasien dari risiko yang tidak diinginkan. Keselamatan pasien harus menjadi bagian integral dari strategi pengelolaan rumah sakit, dengan memanfaatkan teknologi informasi untuk mendukung pelaporan insiden, analisis data, dan pengambilan keputusan berbasis bukti. Dalam jangka panjang, pelaksanaan kebijakan keselamatan pasien yang konsisten akan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan yang aman, bermutu, dan berorientasi pada kebutuhan pasien.

2.7. Matriks Penelitian Terdahulu

Tabel 2. Matriks Penelitian Terdahulu

No.	Judul & Peneliti	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
1	Pengaruh Kepemimpinan Manajemen Rumah Sakit Dalam Iklim Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Sentra Medika Cibinong Tahun 2013. (Suwignjo, 2015)	Variabel independen dalam penelitian ini adalah gaya kepemimpinan transformasional dengan indikator seperti stimulasi intelektual, motivasi inspirasional, idealisasi pengaruh, dan konsiderasi individual.	Metode yang digunakan adalah kuantitatif dengan desain <i>cross-sectional</i> . Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner dan pengamatan. Analisis data dilakukan dengan menggunakan metode analisis regresi linier	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara faktor kepemimpinan transformasional, khususnya motivasi inspirasional dan idealisasi pengaruh, terhadap iklim keselamatan pasien. Faktor yang paling dominan adalah idealisasi pengaruh	Variabel dependen berbeda dengan variabel dependen yang diteliti yaitu penerapan keselamatan pasien pada perawat	Melihat pengaruh faktor kepemimpinan sebagai variabel independen

No.	Judul & Peneliti	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
		Variabel dependen adalah iklim keselamatan pasien dengan indikator seperti sistem pelaporan, sistem hadiah, komitmen manajemen, pemberdayaan pegawai, dan identitas organisasi	sederhana dan ganda			
2	Pengaruh Kepemimpinan, Komunikasi	Penelitian ini menganalisis pengaruh	Metode yang digunakan adalah <i>survey</i>	Hasilnya menunjukkan bahwa ada pengaruh	Perbedaan pada variabel dependen	Menggunakan variabel independen yang sama

No.	Judul & Peneliti	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
	Dan Kerja Tim Terhadap Maturitas Budaya Keselamatan Pasien Di Rsud A.M Parikesit Tenggarong Tahun 2017 (Silalahi et al., 2019)	kepemimpinan, komunikasi, dan kerja tim terhadap maturitas budaya keselamatan pasien di RSUD A.M Parikesit Tenggarong	<i>analitik</i> dengan pendekatan <i>cross sectional study</i> . Sampel penelitian ini sebanyak 175 responden yang merupakan staf rumah sakit.	signifikan dari kepemimpinan, komunikasi, dan kerja tim terhadap maturitas budaya keselamatan pasien, dengan tingkat maturitas berada pada kategori proaktif .		
3	<i>The Role of Teamwork in Improving Patient Safety Culture</i> (Febriansyah et al., 2020)	Variabel dalam penelitian ini meliputi gaya kepemimpinan, kerjasama tim, dan pengetahuan	Metode yang digunakan adalah pendekatan kausalitas analitik dengan metode survei dan teknik	Hasilnya menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan, kerjasama tim, dan pengetahuan memiliki pengaruh baik secara parsial maupun	Mempelajari variabel independen yang sama yaitu <i>teamwork</i> terhadap	Mempelajari kajian teori terkait variabel independen

No.	Judul & Peneliti	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
		tentang budaya keselamatan pasien	korelasi. Sampel terdiri dari 98 perawat di Instalasi Rawat Inap, dengan teknik <i>purposive random sampling</i>	simultan terhadap budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit X Bekasi. Variabel dominan adalah kerjasama tim	budaya keselamatan pasien	
4	Analisis Pengaruh Gaya Kepemimpinan Direktur terhadap Budaya Keselamatan Pasien di RS Hermina Pandanaran	Penelitian ini menganalisis pengaruh gaya kepemimpinan direktur terhadap budaya keselamatan pasien di RS Hermina Pandanaran.	Metode yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan waktu <i>cross-sectional</i> . Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam	Hasilnya menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan transformasional direktur telah melibatkan staf dalam menerapkan budaya keselamatan pasien, khususnya <i>non blaming culture</i> dan budaya belajar dari	Variabel independen yang sama yaitu kepemimpinan terhadap budaya keselamatan pasien	Variabel dependen yang berbeda

No.	Judul & Peneliti	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
	(Kartika, 2015)		(<i>indepth interview</i>) dan observasi, dan dianalisis menggunakan metode analisis isi (<i>content analysis</i>).	insiden. Namun budaya pelaporan belum berjalan dengan baik, dan tujuh langkah keselamatan pasien belum dilaksanakan sepenuhnya. Direktur disarankan untuk lebih sering melakukan sosialisasi budaya pelaporan dan melaksanakan asesmen risiko.		
5	<i>Correlation Between Teamwork and Patient</i>	Variabel utama dalam penelitian ini adalah “ <i>teamwork</i> ” dan	Metode yang digunakan adalah studi korelasi deskriptif	Hasilnya menunjukkan bahwa profesional kesehatan di Rumah Sakit Umum	Variabel kerja tim sebagai variabel independen	Pengaruh kerja tim terhadap keselamatan pasien sebagai variabel dependen yang sama

No.	Judul & Peneliti	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
	<i>Safety in a Tertiary Hospital in Cyprus</i> (Kyriacou Georgiou et al., 2021)	“<i>safety climate</i>”. “<i>Teamwork</i>” mencakup persepsi profesional kesehatan tentang kolaborasi dalam tim kesehatan untuk memberikan perawatan pasien yang aman, sedangkan “<i>safety climate</i>” merujuk pada komitmen	berdasarkan kuesioner anonim dan mandiri yang diisi setelah pengembangan dan implementasi sistem jaminan kualitas yang komprehensif di rumah sakit umum Nicosia.	Nicosia mempersepsikan iklim kerja sama tim sebagai positif, berbeda dengan iklim keselamatan. Penelitian ini menekankan perlunya intervensi di semua area yang tercakup oleh SAQ untuk meningkatkan iklim keselamatan dan terus mendorong kerja sama tim untuk mendapatkan hasil yang lebih baik.	dalam penelitian	

No.	Judul & Peneliti	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
		profesional terhadap keselamatan pasien.				
6	Pengaruh Budaya Organisasi Terhadap Kinerja Tim Dalam Penerapan <i>Patient Safety</i> Di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar (Bima, 2017)	Penelitian ini mengkaji pengaruh budaya organisasi terhadap kinerja tim dalam penerapan <i>patient safety</i> di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar. Variabel independen	Metode yang digunakan adalah kuantitatif dengan rancangan survei analitik. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh budaya organisasi terhadap kinerja tim dalam	Secara keseluruhan, budaya organisasi berpengaruh signifikan terhadap kinerja tim. Dimensi budaya organisasi seperti <i>Innovation and Risk Taking, Outcome Orientation, People Orientation, Aggressiveness</i> , dan <i>Stability</i> secara langsung mempengaruhi kinerja	Berbeda pada variabel independen dan terdapat variabel antara	Menggunakan variabel dependen yang sama

No.	Judul & Peneliti	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
		adalah budaya organisasi, sedangkan variabel dependen adalah kinerja tim.	penerapan <i>patient safety</i>	tim. Variabel <i>Team Orientation</i> tidak berpengaruh signifikan terhadap kinerja tim.		
7	<i>Teamwork and Clinical Error Reporting among Nurses in Korean Hospitals</i> (Jee-In Hwang, PhD, 1 Jeonghoon Ahn, PhD) 2014	Variabel Independen: Tingkat kerjasama tim. Variabel Dependen: Pelaporan kesalahan klinis oleh perawat.	Penelitian menggunakan desain <i>cross sectional</i> dengan kuesioner yang mencakup item tentang kerjasama tim dan pelaporan kesalahan klinis.	Tingkat kerjasama tim berada pada tingkat moderat dan memiliki hubungan positif dengan kinerja pelaporan kesalahan oleh perawat	Variabel dependen penelitian ini berbeda dengan variable dependen yang diteliti saat ini	Mengkaji pengaruh Kerjasama tim, dan memberi bahan pembandingan pengukuran variabel Kerjasama tim

No.	Judul & Peneliti	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
8	<i>Teamwork, psychological safety, and patient safety competency among emergency nurses</i> (Jee Hye Hana , Young Sook Roh) 2020	Variabel independen dalam penelitian ini termasuk kerja tim, keamanan psikologis, dan karakteristik umum perawat seperti jumlah shift malam. Variabel dependen adalah kompetensi keselamatan pasien.	Penelitian deskriptif korelasional ini menggunakan metodologi survei <i>cross-sectional</i> dengan sampel 200 perawat gawat darurat.	Analisis regresi berganda mengungkapkan bahwa pemantauan situasi, pelaporan kejadian buruk keselamatan pasien, jumlah shift malam per bulan, dan keamanan psikologis adalah faktor signifikan yang mempengaruhi kompetensi keselamatan pasien. persepsi terhadap <i>teamwork</i> /kerja tim	Perbedaan pada variabel dependen dan populasi yang terbatas pada perawat di Gawat Darurat.	Memantau aspek kerja tim sebagai salah satu variabel independen

No.	Judul & Peneliti	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
9	Kepemimpinan Kepala Ruang dalam Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit : <i>Literature Review</i> (Yuli Dwi Hartanto , Bambang Edi Warsito)	Independen: Kepemimpinan kepala ruang Dependen: Penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit	Studi ini dilakukan dengan cara pemetaan sistematis terkait peran kepemimpinan dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Sejumlah 20 artikel penelitian dievaluasi dari berbagai sumber informasi <i>online</i>	Kepemimpinan kepala ruang dalam penerapan budaya keselamatan pasien meliputi kepemimpinan dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien, membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko,	Menganalisa kepemimpinan dari sisi kepala ruangan, dan variabel dependennya adalah penerapan budaya keselamatan pasien	Memberikan Gambaran mengenai variabel kepemimpinan yang bisa dikaitkan dengan fungsi kepemimpinan yang lebih luas

No.	Judul & Peneliti	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
			EBSCO, <i>medline</i> , CINAHL <i>complete</i> , dan <i>science direct</i>	mengembangkan sistem pelaporan, melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman dengan pasien serta mengimplementasikan sistem keselamatan pasien, yang kesemuanya ada pada kepemimpinan transformasional		
10	Pengaruh Kerja Tim, Komunikasi dan Budaya	Variabel Independen: Kerja tim (X1), Komunikasi	Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain	Ditemukan hubungan positif antara kerja tim, komunikasi, dan budaya keselamatan	Memiliki variabel independen yang sama	Perbedaan pada salah satu variabel independen yaitu

No.	Judul & Peneliti	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
	Keselamatan Pasien Terhadap Capaian Sasaran Keselamatan Pasien (Suatu Survei pada Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit X) (Ira Hastuti Ani Siregar) 2020	(X2), dan Budaya Keselamatan Pasien (X3). Variabel Dependen: Capaian Sasaran Keselamatan Pasien (Y)	studi <i>cross-sectional</i> . Data dianalisis menggunakan metode deskriptif dan verifikatif dengan analisis jalur (<i>path analysis</i>)	pasien terhadap capaian sasaran keselamatan pasien. Kerja tim, komunikasi, dan budaya keselamatan pasien berpengaruh baik secara parsial maupun simultan terhadap capaian sasaran keselamatan pasien	yaitu kerja tim dan komunikasi	budaya keselamatan pasien
11	Faktor Yang Berhubungan Dengan	Variabel Independen: Kepemimpinan, komunikasi,	Observasional dengan pendekatan cross-sectional,	Ada hubungan signifikan antara kepemimpinan, komunikasi, dan	Terdapat satu variabel independen yang berbeda	Melihat pengaruh variabel kepemimpinan, komunikasi dan kerja

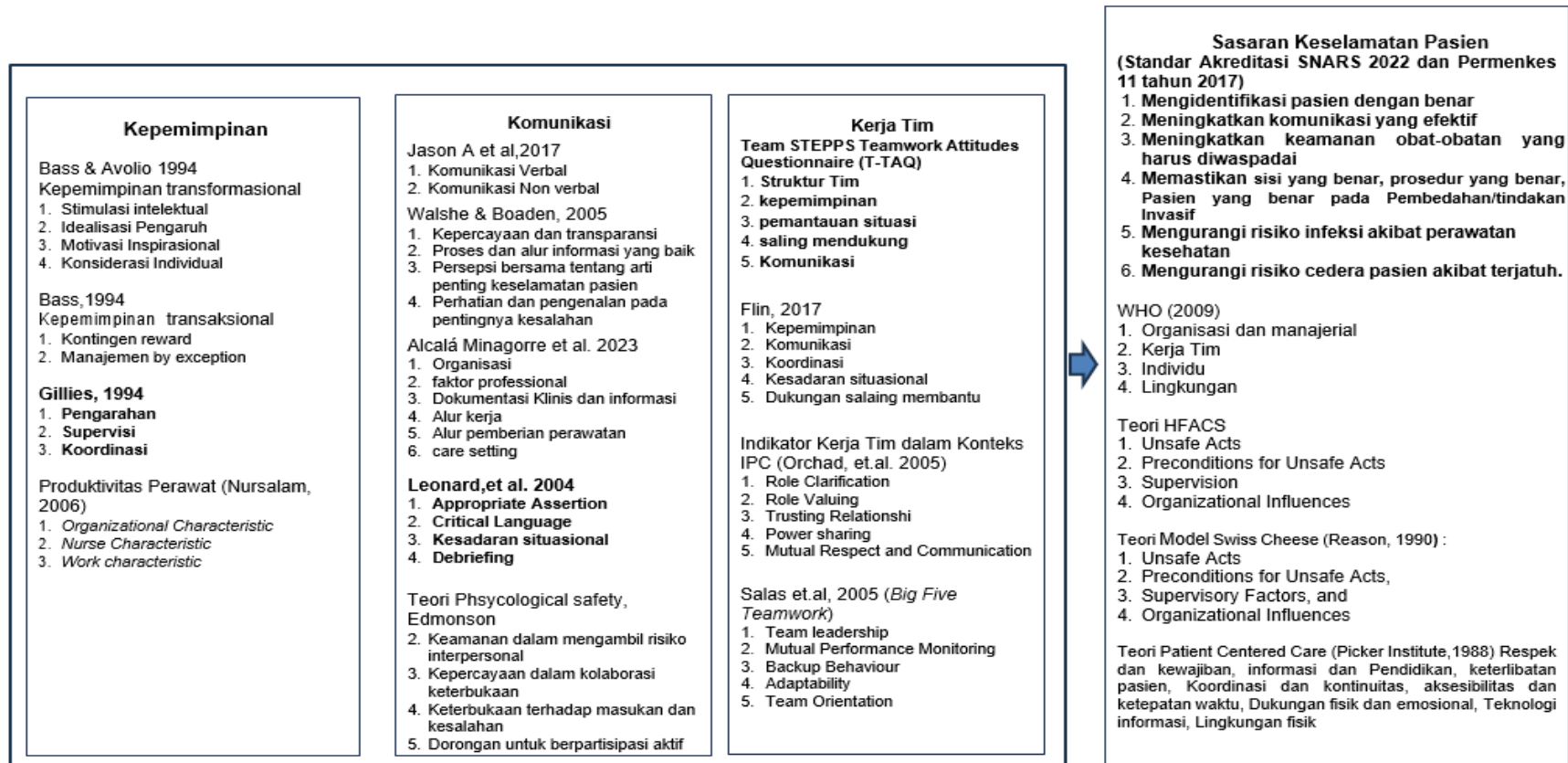
No.	Judul & Peneliti	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
	Implementasi Keselamatan Pasien Di RSUD Ajjappanngge Soppeng Tahun 2015 (Fridawaty Rivai, A.Indahwaty Sidin, Ita Kartika)2015	supervisi, kerjasama tim, dan budaya keselamatan. Variabel Dependen: Implementasi keselamatan pasien	menggunakan analisis univariat dan bivariat dengan uji <i>chi-square</i>	supervisi dengan implementasi keselamatan pasien. Tidak ada hubungan signifikan antara kerja tim dan budaya keselamatan dengan implementasi keselamatan pasien.	yaitu supervise yang tidak diteliti pada penelitian kali ini.	tim terhadap budaya keselamatan pasien
12	<i>Factors that influence the implementation of patient's safety culture by ward nurses</i>	Variabel Independen: Pengetahuan, motivasi, dan dukungan pemimpin.	Desain: Korelasional deskriptif dengan pendekatan <i>cross-sectional</i> .	Terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan perawat, motivasi perawat terhadap keselamatan pasien, dan perilaku	Perbedaan variabel independen dan dependen	Mengaitkan dengan keselamatan pasien yang diteliti sebagai variabel dependen

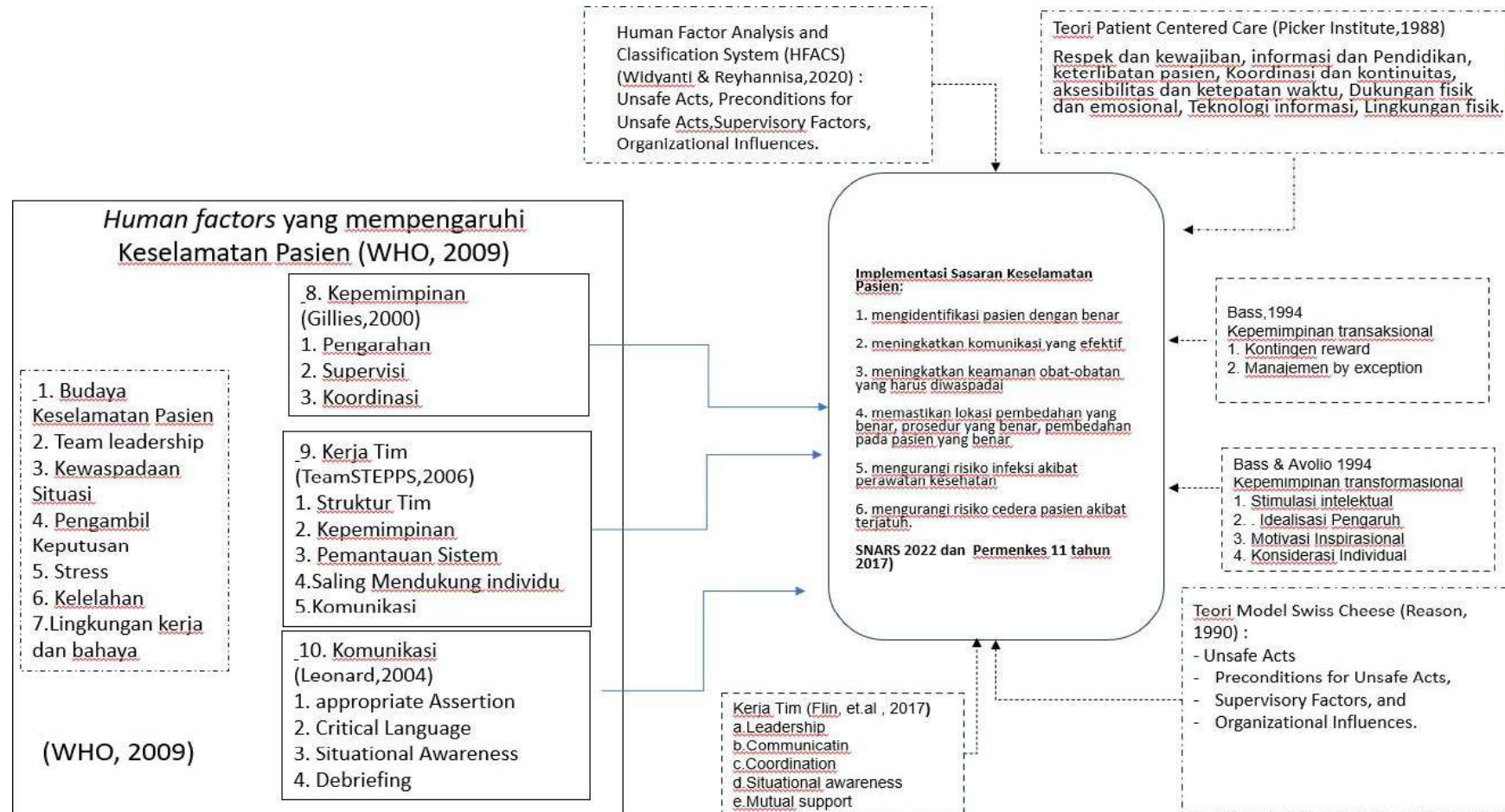
No.	Judul & Peneliti	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
	<i>in district general hospital</i> (Ida Faridah Setyowati) 2018	Variabel Dependen: Implementasi budaya keselamatan pasien oleh perawat bangsal.	Populasi: 205 perawat bangsal di rumah sakit umum daerah. Pengumpulan Data: Kuesioner yang valid dan reliabel.	pemimpin terhadap penerapan budaya keselamatan pasien		
13	Analisis Pengaruh Kepemimpinan Klinis Kepala Instalasi Rawat Inap Terhadap Implementasi Keselamatan Pasien Di	Variabel Independen: Kepemimpinan klinis yang mencakup <i>Demonstrating Personal Quality, Working with Others, Managing</i>	Observasional analitik dengan desain <i>cross - sectional</i> . Sample random sampling 100 orang, analisis data univariat, bivariat (<i>Chi square</i> dan korelasi) dan	Ada korelasi positif antara <i>Demonstrating Personal Quality</i> dan Implementasi Keselamatan Pasien. Tidak ada korelasi antara <i>Working with others</i> dan implementasi keselamatan pasien.	Meneliti variabel independen yang spesifik mengenai kepemimpinan klinis	Meneliti variabel dependen yang sama yaitu implementasi/penerapan keselamatan pasien

No.	Judul & Peneliti	Variabel	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
	Ruang Rawat Inap RSUD Panglima Sebaya Tanah Grogot Kabupaten Paser Kalimantan Timur (MANSYAH HM) 2019	<i>Service, Improving Service, dan Setting Direction.</i> Variabel Dependen: Implementasi keselamatan pasien di ruang rawat inap.	multivariat (regresi logistic)	<i>Managing service dan Improving Service</i> berhubungan positif dengan implementasi keselamatan pasien		

2.8. Mapping Teori

Tabel 3. Mapping Teori





Gambar 4. Kerangka Teori

Berdasarkan uraian teori di atas, penelitian ini selanjutnya akan menggunakan beberapa teori yang menunjang dan bisa disesuaikan dengan kondisi di Lokasi penelitian. Faktor yang berpengaruh pada implementasi sasaran keselamatan pasien pada perawat di rumah sakit dikaji menggunakan teori dari WHO 2009 dalam (Flin et al., 2009), dimana akan melihat pengaruh faktor-faktor berikut terhadap budaya keselamatan pasien, yaitu:

a. Kepemimpinan

Terdapat 3 aspek perilaku dalam kepemimpinan untuk mendukung perubahan perilaku anggota dalam suatu organisasi:

- 1) Pengarahan. Pengarahan mencakup berbagai bentuk penugasan, instruksi, kebijakan, aturan, standar yang bertujuan untuk memimpin orang lain dalam mencapai perilaku yang diharapkan. Instruksi bisa diberikan secara tertulis atau lisan agar bawahan mengambil tindakan tertentu atau menghindari tindakan tertentu sesuai dengan yang diinstruksikan. Efektivitas tim memerlukan informasi yang jelas antara pimpinan dan bawahan, yang dapat dicapai dengan pemberian instruksi yang sederhana, langsung pada maksud yang dituju, dan menggunakan istilah yang baku (Gillies, 1994)
- 2) Supervisi, adalah perilaku kepemimpinan yang meliputi memantau pekerjaan, menilai kinerja, dan menerima atau memperbaiki performa, dan memberikan dukungan untuk meningkatkan kinerja keseluruhan. (Gillies, 1994) . Supervisi dalam pelayanan keperawatan, supervisi adalah suatu aktivitas dinamis yang melibatkan supervisor atau pimpinan, individu yang disupervisi sebagai mitra kerja, dan pasien yang menerima pelayanan. (Indrayadi et al., 2022). Intensitas kegiatan supervisi juga harus disesuaikan dengan kondisi di masing-masing unit, sehingga tidak terlalu

mengekan atau tidak terlalu longgar. (Gillies, 1994)

- 3) Koordinasi. Koordinasi merupakan aspek kepemimpinan yang melibatkan berbagai aktivitas untuk memastikan staf dapat bekerja bersama secara selaras. Koordinasi memiliki peran penting dalam keberhasilan organisasi di bidang kesehatan. Tim yang memberikan perawatan pasien terdiri dari berbagai jenis personalitas yang harus bisa diakomodasi agar mampu bekerja bersama secara produktif. Koordinasi yang dilakukan saat pertemuan grup harus dilakukan secara efektif, dimulai dengan tujuan yang jelas, tercatat dan disampaikan pada petugas yang tidak sempat mengikuti kegiatan. Namun pada tingkatan pertemuan yang membahas penyelesaian suatu masalah, harus disediakan cukup waktu untuk berdiskusi, memberikan kesempatan ada staf untuk menuangkan pendapat, dan dapat diikuti sebanyak mungkin staf yang tidak sedang bertugas. (Gillies, 1994)

b. Komunikasi

Kemampuan berkomunikasi merupakan aspek penting karena komunikasi yang efektif berkaitan erat dengan pengelolaan konflik. Selain itu, komunikasi yang baik juga mendukung penyebaran informasi mengenai isu-isu terkait pelayanan keperawatan maupun organisasi. Terdapat dua aspek utama dalam komunikasi, yaitu sikap dalam berkomunikasi dan alat yang digunakan. Komunikasi dapat dilakukan secara verbal, tertulis, atau lisan.

Keterampilan komunikasi mencakup kemampuan mendengarkan secara aktif, memfasilitasi alur informasi, bersikap asertif, memberikan umpan balik, menciptakan solusi perantara jika terjadi kendala dalam komunikasi, membangun jaringan, dan menetapkan komunikasi sebagai bagian dari visi. Perilaku ini dapat dikembangkan lebih lanjut untuk

meningkatkan efektivitas komunikasi, yang pada akhirnya berkontribusi pada terciptanya keselamatan pasien.. (Leonard et al., 2004):

- 1) *Appropriate Asessment* / Komunikasi asertif: adalah cara yang tegas untuk berkomunikasi sambil mempertahankan rasa hormat kepada lawan bicara.
- 2) *Critical language*: Menggunakan bahasa yang tepat dan praktis untuk menunjukkan kondisi kritis, mengungkapkan kebutuhan, kekhawatiran, atau adanya masalah.
- 3) *Kesadaran Situasional*: Memahami konteks dan situasi di sekitar untuk mengambil keputusan yang tepat.
- 4) *Debriefing*: Proses refleksi setelah suatu kejadian untuk mengidentifikasi pelajaran dan perbaikan.

c. Kerja Tim

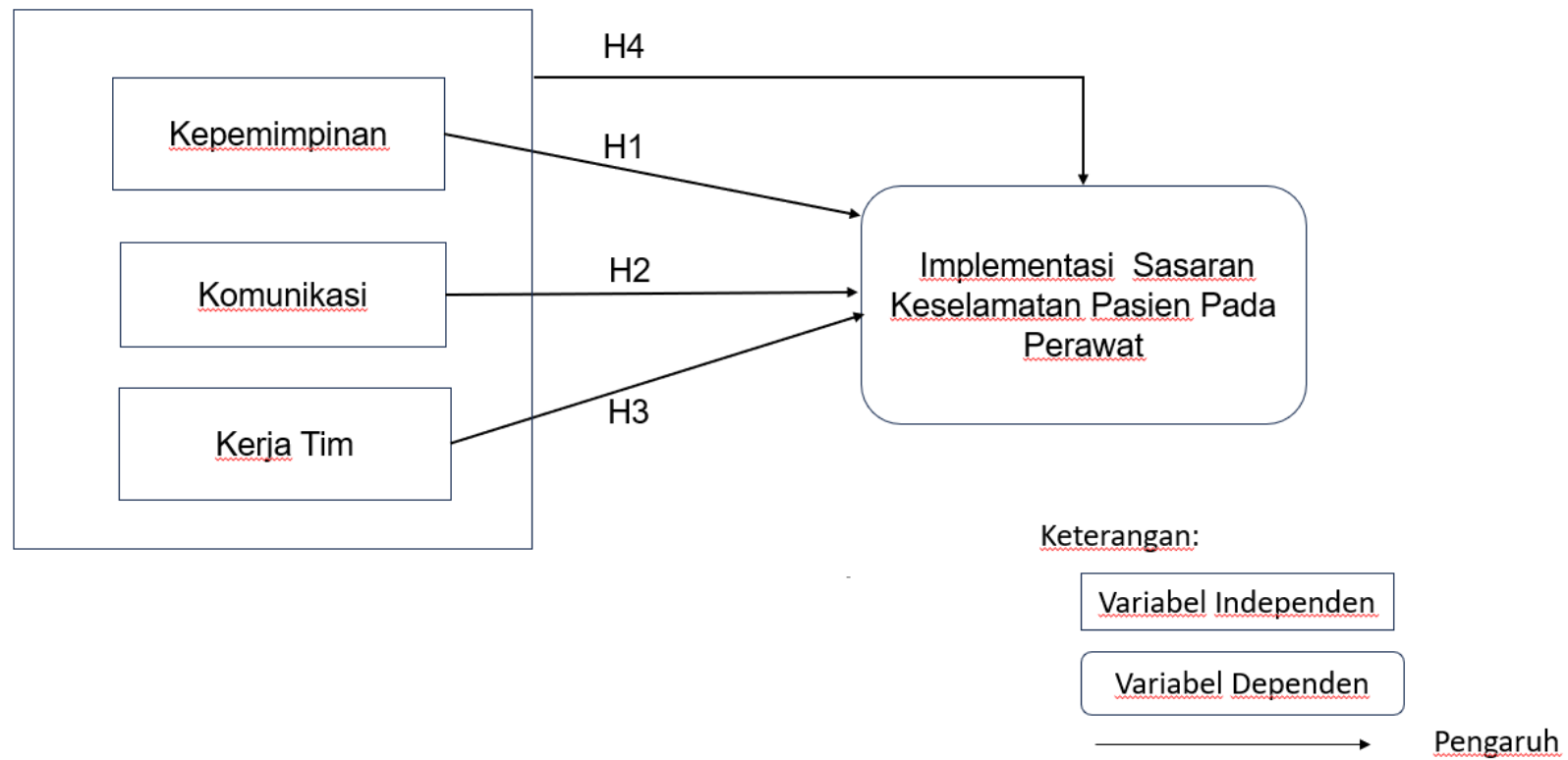
Tim merupakan elemen penting dalam kehidupan organisasi, karena setiap pekerjaan melibatkan individu dengan berbagai keahlian yang bekerja sama untuk mencapai satu tujuan. Kerja tim adalah sebuah proses dinamis yang melibatkan dua atau lebih individu dalam aktivitas tertentu untuk menyelesaikan sebuah tujuan. Sebagian besar pekerjaan di rumah sakit dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu, seperti tim ruang operasi, pergantian shift antar staf, serta unit medis dan perawatan. Perilaku kelompok dalam tim kerja dapat memengaruhi perilaku masing-masing anggotanya.

Beberapa faktor yang bervariasi terkait jenis dan ruang lingkup kerjanya dan memengaruhi kinerja tim meliputi aspek psikologis tim, dinamika kerja sama, dan pola kepemimpinan dalam tim. Kinerja tim juga dipengaruhi oleh karakteristik strukturalnya. (NUR, 2019).

Prosedur organisasi rumah sakit yang tersusun dengan baik, menjadikan tim bagian penting dalam layanan primer berbasis komunitas, meskipun aturan kerja terkadang tidak

selalu jelas. Struktur kerja tim pun disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Untuk memastikan tim bekerja secara efektif, setiap anggota perlu memiliki peran masing-masing, baik itu peran formal maupun informal. Kompetensi dasar yang harus dimiliki tim yang bekerja baik menurut model penilaian *Team STEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire (T-TAQ)* (Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, 2008) adalah:

- 1) Struktur Tim, dalam kompetensi ini organisasi terdiri dari kelompok yang ditugaskan untuk menyelesaikan tugas. Tujuan pembentukan ini adalah untuk menerapkan pemberdayaan karyawan melalui jenis struktur yang menjadi dasar dalam menciptakan struktur tim yang baik. setiap kelompok diberikan fleksibilitas untuk mendesain tugas mereka sendiri dengan pendekatan yang paling efektif.
- 2) Kepemimpinan, diharapkan bahwa pemimpin mampu memotivasi, mengoordinasikan, dan membimbing anggota agar bisa mencapai tujuan yaitu dalam kaitan mencapai keselamatan pasien dan pelayanan bermutu.
- 3) Pemantauan Situasi, diharapkan bahwa anggota tim memiliki kemampuan untuk mengamati keadaan serta kesehatan mental dan fisik anggota tim lainnya.
- 4) Saling Mendukung, diharapkan setiap anggota tim dapat menerapkan kemauan mendengarkan, bertanya, mendorong, menghoramti, membantu, dan berpartisipasi bersama.
- 5) Komunikasi, diharapkan bahwa anggota tim dapat berkomunikasi secara efektif agar informasi akurat yang mencakup pelayanan, pengobatan, perawatan dan kondisi pasien terkini, termasuk perubahan yang terjadi dan dapat dicegah bisa tersampaikan. Hal ini memungkinkan praktisi rumah sakit untuk meningkatkan kerja tim secara optimal.



Gambar 5. Kerangka Konsep

Pengaruh kepemimpinan, komunikasi, dan kerja tim dalam konteks implementasi keselamatan pasien. Pertama-tama, peran penting dalam implementasi keselamatan pasien yang kuat akan dimainkan oleh Kepemimpinan merujuk pada kemampuan individu atau tim untuk memimpin, mengarahkan, melakukan supervisi dan mengoordinasikan orang lain dalam mencapai tujuan bersama. Kepemimpinan yang efektif dapat memengaruhi budaya keselamatan pasien dengan memberikan contoh, memastikan komitmen terhadap praktik keselamatan, dan memfasilitasi komunikasi yang baik.

Komunikasi yang baik melibatkan transparansi, saling mendengarkan, dan berbagi pengetahuan yang bisa diwujudkan dalam bentuk beberapa perilaku yang mendukung komunikasi efektif. Komunikasi yang efektif memastikan informasi tentang keselamatan pasien dapat diteruskan dengan jelas dan tepat waktu.

Kerja tim yang baik memastikan koordinasi yang efisien dalam penerapan praktik keselamatan pasien. Tim yang berfungsi dengan baik dapat mengidentifikasi risiko, memecahkan masalah, dan beradaptasi dengan perubahan.

Kepemimpinan yang kuat, komunikasi yang efektif, dan kerja tim yang solid secara langsung memengaruhi penerapan praktik keselamatan pasien di rumah sakit.

Oleh karena itu, peneliti mengusulkan bahwa kepemimpinan, komunikasi, dan kerja tim memiliki dampak terhadap keselamatan pasien di rumah sakit. Dengan memahami serta mengintegrasikan faktor-faktor tersebut, rumah sakit dapat membangun lingkungan yang mendukung keselamatan pasien sekaligus meningkatkan kualitas pelayanan. Komunikasi yang efektif antara anggota tim dan dengan pemimpin. Pemahaman yang baik tentang protokol keselamatan pasien akan difasilitasi oleh Komunikasi yang jelas dan terbuka, yang memungkinkan tim untuk berkolaborasi secara konsisten dalam penerapannya.

NO.	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	HASIL PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
1.	Kepemimpinan	Seseorang yang Mengarahkan dan mengkoordinasikan pekerjaan (Gillies,1994)	Kemampuan atasan (kepala ruangan) untuk mempengaruhi/mengarahkan stafnya untuk berpartisipasi dalam mencapai tujuan organisasi mewujudkan keselamatan pasien Indikator penilaian: a. Penugasan, perintah atau kebijakan yang digunakan untuk mengarahkan perilaku bawahan sesuai standar yang ditetapkan. b. Perilaku kepemimpinan yang berfungsi memeriksa	Kuesioner dengan 10 Pertanyaan. Skala pengukuran Menggunakan skala likert. 1= Sangat Tidak Setuju 2= Tidak Setuju 3=Setuju 4=Sangat Setuju	a. Skor tertinggi 10x4= 40 b. Skor terendah 10x1= 10 c. Range (40-10) = 30 d. Interval: 30/2= 15 e. Skor 40-15= 25	Kriteria Objektif: a. Baik = Jika Total Jawaban ≥ 25 b. Kurang Baik = Jika total jawaban < 25

NO.	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	HASIL PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
	c. Koordinasi		pekerjaan, mengevaluasi kinerja, memperbaiki kinerja, dan memberikan dukungan. c. Semua kegiatan yang memungkinkan staf bekerja bersama secara harmonis.			
2.	Komunikasi <i>a. Appropriate asessment</i>	Proses dimana informasi dan maknanya dipindahkan dari pengirim kepada penerimanya. (WHO,2009)	Proses transfer informasi, ide, dan gagasan oleh staf yang efektif dalam pelayanan Kesehatan. Indikator penilaian: a. Kemampuan untuk berkomunikasi yang tegas dan efektif.	Kuesioner terdiri atas 12 pertanyaan Skala pengukuran menggunakan skala likert. 1= Sangat Tidak Setuju 2= Tidak Setuju	a. Skor tertinggi 12x4= 48 b. Skor terendah 12x1= 12 c. Range (48-12) = 36 d. Interval: 36/2 = 18 e. Skor 48-18= 30	Kriteria Objektif a. Kurang baik = jika total jawaban responden <30 b. Baik = jika total jawaban

NO.	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	HASIL PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
	<i>b. Critical language</i> <i>c. Situational Awareness</i> <i>d. Debriefing</i>		b. Komunikasi yang menggunakan bahasa kritis yang disepakati untuk menunjukkan kondisi yang harus diwaspadai c. Kemampuan komunikasi untuk memahami yang ada di sekitarnya secara <i>real time</i>, dan kemampuan identifikasi risiko d. Proses meluangkan waktu diskusi di penghujung tugas harian untuk evaluasi apa yang telah dikerjakan.	3= Setuju 4= Sangat Setuju		responden ≥30

NO.	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	HASIL PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
3.	Kerja Tim a. Struktur Tim b. Kepemimpinan c. Pemantauan situasi	Sekelompok individu dengan keahlian tertentu yang bekerja sama dan berinteraksi untuk mencapai tujuan bersama (Ilyas,2003)	Proses dinamis yang melibatkan antar staf yang berkomitmen untuk melakukan pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien Indikator penilaian: a. Keleluasaan untuk merancang tugas sesuai cara yang dianggap baik. b. Fungsi pemimpin dalam mengarahkan anggota tim untuk fokus pada tujuan akhir keselamatan pasien c. Kemampuan anggota tim dalam melihat situasi,	Kuesioner 27 pertanyaan. Skala pengukuran Menggunakan skala likert. 1=Sangat Tidak Setuju 2=Tidak Setuju 3=Setuju 4=Sangat Setuju	a. Skor tertinggi = $27 \times 4 = 108$ b. Skor terendah = $27 \times 1 = 27$ c. Range $108 - 27 = 81$ d. Interval $81/2 = 40,5$ e. Skor = $108 - 40,5 = 67,5$	Kriteria Objektif a. Baik: jika skor jawaban responden $\geq 67,5$ b. Kurang Baik: jika skor jawaban responden $< 67,5$

NO.	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	HASIL PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
	d. Saling mendukung e. Komunikasi		kondisi mental dan fisik anggota tim. d. Kemampuan untuk mendengarkan, bertanya, persuasi, saling menghormati, saling menolong, saling berbagi, dan berpartisipasi dalam tim. e. Setiap anggota bisa memberi informasi akurat terkait pelayanan dan kondisi pasien.			
4.	Keselamatan Pasien	Suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman,	Penerapan Keselamatan Pasien yang dinilai berdasarkan 6 Sasaran Keselamatan Pasien	Kuisisioner dengan 26 Pertanyaan. Skala	a. Skor tertinggi = $26 \times 4 = 104$ b. Skor terendah = $26 \times 1 = 26$	Kriteria Objektif a. Baik : jika skor jawaban

NO.	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	HASIL PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
	a. Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar	meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah	a. Implementasi kebijakan dan prosedur yang memastikan pasien diidentifikasi dengan benar sebelum pemberian obat, pengambilan darah, dan tindakan lain yang terkait pelayanannya.	pengukuran menggunakan skala likert. 1= Sangat Tidak Setuju 2= Tidak Setuju 3= Setuju 4= Sangat Setuju	c. Range $104-26= 78$ d. Interval $78/2= 39$ e. Skor $104-39= 65$	responden ≥ 65 b. Kurang baik : jika skor jawaban responden < 65
	b. Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif	insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah	b. Mengadopsi praktik komunikasi yang jelas, terbuka dan berbasis bukti, termasuk melibatkan pasien dalam pengambilan Keputusan dan memberikan			

NO.	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	HASIL PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
	c. Meningkatkan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai	terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.	informasi yang mudah dimengerti. c. Mengimplementasikan prosedur yang memastikan penggunaan obat-obatan berisiko tinggi dilakukan dengan benar, termasuk verifikasi dosis, identifikasi pasien dan pemantauan efek samping.			
	d. Memastikan sisi yang benar, prosedur yang benar, pasien yang benar pada	(SNARS 2022 dan Permenkes No 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien)	d. Verifikasi Lokasi pembedahan, prosedur yang akan dilakukan, dan pasien yang akan dioperasi/ Tindakan			

NO.	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	HASIL PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
	pembedahan/ tindakan invasif e. Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan f. Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh		invasive sebelum memulai tindakan bedah. e. Menerapkan protokol pencegahan infeksi, termasuk kebersihan tangan, sterilisasi alat dan penggunaan antibiotika secara bijaksana. f. Mengidentifikasi pasien beresiko tinggi terjatuh, mengambil tindakan pencegahan, dan melibatkan pasien serta keluarga dalam perencanaan keselamatan.			