

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Rumah Sakit merupakan institusi kesehatan yang menjadi bagian integral yang tidak terpisahkan dari organisasi kesehatan. Rumah Sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan secara terpadu yang terdiri dari berbagai ragam upaya pelayanan preventif maupun kuratif yang dilaksanakan dalam suatu sistem yang terpadu dan menyeluruh. Rumah sakit merupakan salah satu jaringan pelayanan kesehatan yang penting, sarat dengan tugas, beban, masalah dan harapan yang digantungkan padanya sehingga rumah sakit merupakan suatu lembaga yang bersifat padat karya, padat modal dan padat teknologi (Aditama, 2004).

2.1 Tinjauan Umum Budaya Organisasi Rumah Sakit

Budaya rumah sakit adalah sekumpulan nilai, keyakinan, norma, dan praktik yang diterapkan oleh staf rumah sakit dan memengaruhi perilaku dan interaksi mereka dalam lingkungan kerja. Budaya ini berpengaruh pada kualitas pelayanan kesehatan, tingkat kepuasan pasien, kinerja staf, dan keselamatan pasien. Elemen-elemen penting dalam budaya rumah sakit meliputi keselamatan pasien, etika profesional, kolaborasi antarprofesi, kepemimpinan yang mendukung, komunikasi terbuka, serta perhatian pada kesehatan mental dan fisik staf.

2.1.1 Definisi Budaya Organisasi

Menurut (Nimran, 2004) budaya organisasi adalah falsafah, ideologi, anggapan, keyakinan, harapan, sikap dan norma yang dimiliki bersama dan yang mengikat suatu masyarakat. (Mangkunegara, 2005) menyatakan bahwa budaya organisasi adalah seperangkat asumsi atau sistem keyakinan, nilai-nilai, dan norma yang dikembangkan dalam organisasi yang dijadikan pedoman tingkah laku bagi anggota-anggotanya untuk mengatasi masalah adaptasi eksternal dan internal. (Robbins, 2008) mendefinisikan budaya organisasi sebagai suatu persepsi bersama yang dianut oleh anggota - anggota organisasi dan mejadi suatu sistem dari makna bersama yang dianut oleh para anggota yang membedakan organisasi tersebut dengan organisasi lainnya.

Menurut (Harlen & Lousyiana, 2015) bahwa budaya organisasi adalah suatu kerangka kerja yang menjadi pedoman tingkah laku sehari-hari dan membuat keputusan untuk karyawan dan mengarahkan tindakan mereka untuk mencapai tujuan organisasi. Dari beberapa pendapat ahli dapat disimpulkan budaya organisasi merupakan falsafah, nilai-nilai, keyakinan, yang dianut serta serta menjadi pedoman dalam organisasi untuk mencapai tujuan.

Menurut (Adamy, 2016) budaya organisasi yang efektif adalah yang memiliki paling sedikit dua sifat berikut. Pertama, kuat (*strong*), artinya budaya organisasi yang dibangun mampu mengikat dan mempengaruhi perilaku individu yang ada dalam organisasi ke arah tujuan organisasi, serta budaya organisasi mampu mendorong pelaku organisasi serta organisasi itu sendiri untuk memiliki goals, objectives, persepsi, perasaan, nilai dan kepercayaan, norma- norma bersama yang mempunyai arah yang jelas sehingga mereka mampu bekerja dan mengekspresikan potensi mereka dalam arah dan tujuan yang sama. Kedua, dinamis dan adaptif artinya budaya organisasinya *fleksibel* dan *responsive* terhadap perubahan dan perkembangan lingkungan internal dan eksternal organisasi yang demikian cepat dan kompleks.

2.1.2 Awal Mula Budaya Organisasi

Terciptanya budaya organisasi melalui suatu proses yang panjang dan secara bertahap serta berkelanjutan (Matondang, 2008):

1. Tahap pertama : Nilai budaya dibawa pendiri

Pada organisasi yang baru berdiri, para pendirinya akan membawa nilai dan norma yang melekat pada dirinya. (kepribadian, kepemimpinan, pandangan dan filosofi hidup maupun gaya hidupnya). Pada tahap ini, pengaruh kebenaran, waktu, ruang, hakekat manusia, aktifitas dan hubungan antar manusia yang dialami dan diresapi oleh para pendiri, sangat kuat dan dominan dalam mempengaruhi setiap kebijakannya

1. Tahap Kedua : Nilai Diperkenalkan

Nilai atau norma yang melekat pada diri pemimpin mulai diperkenalkan kepada anggotanya

2. Tahap Ketiga : Nilai Divalidasi

Oleh para anggota organisasi, nilai dan norma ini kemudian dipelajari dihayati, dan diaplikasikan untuk menghadapi “persoalan” internal dan eksternal organisasi. Pada tahap ini terjadi seleksi dari fenomena sosial yang ada pada organisasi, menjadi fenomena yang bukan budaya dan yang akan menjadi budaya. Apabila divalidasi sukses dan akan dipelajari bersama serta dilaksanakan bersama, itulah yang akan lolos menjadi budaya organisasi.

3. Tahap Keempat : Nilai menjadi Budaya

Nilai dan norma yang sudah membuahkan hasil dan terbukti dapat menjadi solusi serta menjadi pegangan bagi seluruh anggotanya. Nilai dan norma kemudian menjadi asumsi-asumsi dasar bersama, maka budaya organisasi telah diterapkan. Disini terjadi proses perubahan dan nilai-nilai pendukung menjadi asumsi-asumsi dasar bersama, sebagai bentuk budaya organisasi.

4. Tahap Kelima : Budaya Ditanamkan

Pada tahap ini bila budaya telah eksis, maka budaya mulai diajarkan dan dipelajari oleh para anggota baru (pimpinan dan staf pendatang baru) melalui suatu proses interaksi sosialisasi, perilaku pimpinan, dan kelompok.

5. Tahap Keenam : Budaya Diperkuat

Guna menghadapi persoalan internal dan eksternal organisasi, budaya organisasi harus selalu diperkuat dan dipertahankan, melalui Upaya pengelolaan intergrasi internal, dipertahankan dan beradaptasi dengan lingkungan luarnya.

6. Tahap Ketujuh : Budaya Dipersoalkan

Suatu saat budaya organisasi tidak lagi dapat menjadi solusi yang tepat, karena lingkungan luar telah berubah cepat. Adanya needs untuk melakukan adaptasi, penyesuaian, perubahan dari solusi yang sudah ada.

7. Tahap Kedelapan : Budaya Dirubah

Perubahan budaya organisasi pada akhirnya harus terjadi, bila solusi yang ada tidak lagi dapat menjawab persoalan organisasi yang timbul kemudian. Perubahan dapat terjadi melalui proses yang timbul kemudian. Perubahan dapat terjadi melalui proses evolusi baik yang direncanakan maupun mendadak sesuai dengan pertumbuhan organisasi.

8. Tahap Kesembilan : Budaya baru divalidasi ulang

Perubahan demi perubahan kemudian memunculkan solusi baru, bentuk baru, budaya baru. Apakah itu asimilasi, akulturasi, dan difusi dari dua atau lebih budaya (etnis, sub budaya, *religious*, bangsa, kelompok, organisasi, desa, dan kota). Perubahan-perubahan fenomena budaya harus melalui proses validasi ulang serta dibuktikan keberhasilannya. Kemudian dipelajari bersama di lingkungan organisasi.

2.1.3 Dimensi Budaya Organisasi

Dalam konteks perusahaan, budaya organisasi dianggap sebagai salah satu strategi dari perusahaan dalam meraih tujuan dari perusahaan. Hal itu didukung (Robbin & Judge, 2013) yang mengemukakan karakteristik- karakteristik budaya organisasi diantaranya adalah :

- 1) Inovasi dan keberanian mengambil resiko (*Innovation and risk taking*) yaitu sejauh mana karyawan diharapkan didorong untuk bersikap inovatif dan berani mengambil resiko
- 2) Perhatian terhadap detail (*Attention to detail*) yaitu sejauh mana karyawan diharapkan mampu dalam memperlihatkan kecermatan, analisis dan perhatian kepada rincian
- 3) Berorientasi pada hasil (*Outcome orientation*) yaitu sejauh mana manajemen berfokus lebih pada hasil ketimbang teknik atau proses yang digunakan untuk mencapai hasil tersebut
- 4) Berorientasi kepada manusia (*People orientation*) yaitu sejauh mana keputusan-keputusan manajemen mempertimbangkan efek dari hasil tersebut atas orang yang ada di dalam organisasi

- 5) Berorientasi pada tim (*Team orientation*) yaitu sejauh mana kegiatan-kegiatan kerja diorganisasikan pada tim kerja , bukan individu-individu.
- 6) Agresivitas (*Aggresivness*) yaitu sejauh mana orang-orang dalam organisasi itu agresif dan kompetitif untuk menjalankan budaya organisasi sebaik-baiknya
- 7) Stabilitas (*Stability*) yaitu sejauh mana kegiatan-kegiatan organisasi menekankan dipertahankannya status quo dalam perbandingannya dengan pertumbuhan.

Sejauh mana budaya organisasi telah mempengaruhi organisasi dalam menjalankan aktifitas keseharian (Adamy, 2016) ada sepuluh macam karakteristik yang dipakai untuk mengukur keberadaan budaya organisasi yang meliputi :

1. *Inisiatif Individu*, Seberapa jauh inisiatif seseorang dikehendaki dalam perusahaan. Meliputi tanggung jawab, kebebasan, dan independensi dari masing- masing anggota organisasi.
2. *Toleransi*, Seberapa jauh sumber daya manusia didorong untuk lebih agresif, inovatif, dan mau menghadapi resiko di dal am pekerjaannya
3. *Pengarahan*, Kejelasan organisasi dalam menentukan tujuan dan harapan terhadap sumber daya manusia terhadap hasil kerjanya.
4. *Integrasi*, Bagaimana unit-unit dalam organisasi didorong untuk melakukan kegiatannya dalam suatu koordinasi yang baik.
5. *Dukungan manajemen*, Seberapa jauh para manajer memberikan komunikasi yang jelas, bantuan dan dukungan terhadap bawahannya dalam melaksanakan tugasnya.
6. *Pengawasan*, Meliputi peraturan-peraturan dan supervisi langsung yang digunakan untuk melihat secara keseluruhan dari perilaku karyawan
7. *Identitas*, Pemahaman anggota organisasi yang loyal kepada organisasi secara penuh. Seberapa jauh loyalitas terhadap organisasi.
8. *Sistem penghargaan*, Alokasi *reward* yang berdasarkan pada kriteria hasil kerja karyawan..
9. *Toleransi Terhadap Konflik*, Usaha mendorong karyawan untuk kritis terhadap konflik yang terjadi.

10. Pola Komunikasi, Komunikasi organisasi yang terbatas pada hierarki formal dari setiap perusahaan.

Menurut (Robbins, 2008) dalam ada sepuluh karakteristik kunci yang merupakan inti budaya organisasi, yakni :

1. *Member identity*, yaitu identitas anggota dalam organisasi secara keseluruhan, dibandingkan dengan identitas dalam kelompok kerja atau bidang profesi masing-masing.
2. *Group emphasis*, yaitu seberapa besar aktivitas kerja bersama lebih ditekankan dari pada kerja individual.
3. *People focus*, yaitu seberapa jauh keputusan manajemen yang di ambil digunakan untuk mempertimbangkan keputusan tersebut bagi anggota organisasi.
4. *Unit integration*, yaitu seberapa jauh unit-unit di dalam organisasi dikondisikan untuk beroperasi secara terkondisi.
5. *Control*, yaitu banyaknya/jumlah peraturan dan pengawasan langsung digunakan untuk mengawasi dan mengendalikan perilaku karyawan.
6. *Risk tolerance*, yaitu besarnya dorongan terhadap karyawan untuk menjadi lebih agresif, inovatif, dan berani mengambil resiko.
7. *Reward criteria*, yaitu berapa besar imbalan di alokasikan sesuai dengan kinerja karyawan di bandingkan alokasi berdasarkan senioritas, favoritism, atau factor-faktor non kinerja lainnya.
8. *Conflict tolerance* yaitu besarnya dorongan yang diberikan kepada karyawan untuk bersikap terbuka terhadap konflik dan kritik.
9. *Means-ends orientation*, yaitu intensitas manajemen dalam menekankan pada penyebab atau hasil, dibandingkan pada teknik dan proses yang di gunakan untuk mengembangkan hasil.
10. *Open-system focus*, yaitu besarnya pengawasan organisasi dan respon yang di berikan untuk mengubah lingkungan eksternal.

Menurut (Cameron dan Quinn, 2011) membagi budaya organisasi dalam empat profil yaitu (Adamy, 2016) :

- 1) *The Hierarchy Culture*

Budaya Hierarchy dicirikan dengan garis wewenang (authority) pengambilan keputusan yang jelas, adanya standar peraturan dan prosedur, control, dan mekanisme akuntabilitas yang di nilai dan dihargai sebagai kunci untuk sukses, formalisasi yang baku, terdapatnya struktur kerja yang jelas dan seluruh anggota organisasi dikendalikan oleh prosedur kerja. Dimana seorang pimpinan (leader) yang efektif berperan sebagai koordinator dan penyelenggara (organizer) yang baik dan dapat menjaga atau memelihara organisasi agar dapat berraktivitas dengan lancar karena, merupakan hal tersebut suatu hal penting dalam organisasi

2) *The Market Culture*

Jenis organisasi ini diorientasikan menuju lingkungan eksternal daripada lingkungan internal. Fokusnya pada permasalahan – permasalahan eksternal yang mencakup pemasok, pelanggan, kontraktor, pemegang lisensi, pemerintah dan seterusnya. Fokus utama tipe budaya ini adalah kompetisi dan produktivitas di dalam organisasi. Kesuksesan didefinisikan dari segi pangsa pasar dan penetrasi.

3) *The Clan Culture*

Disebut Clan karena jenis organisasinya mirip dengan keluarga besar. Nilai dan tujuan yang dibagi, kesatuapaduan, kepribadian, partisipatif, dan rasa kebersamaan, merupakan jenis organisasi dengan budaya Clan. Karakteristik dari jenis organisasi dengan budaya Clan adalah kerja tim. Dalam lingkungan budaya Clan dapat dikelola dengan baik melalui kerja tim (tidak individual) dan pengembangan pegawai dan pelanggan dianggap sebagai mitra.

4) *The Adhocracy Culture*

Adshocracy adalah Adhoc, menunjukkan unit dinamis. Asumsinya adalah inovasi dan memelopori inisiatif yang dapat membawa kesuksesan organisasi, terutama dalam bisnis mengembangkan produk dan jasa baru,

dan menyiapkan perubahan – perubahan untuk masa yang akan datang. Tujuan utama adhocracy adalah memupuk atau membantu perkembangan kemampuan beradaptasi, fleksibilitas dan kreatifitas.

Dimensi budaya organisasi menurut (Schein, 2004) terdiri dari tiga variabel dimensi yaitu dimensi adaptasi eksternal, dimensi integrasi internal, dan dimensi asumsi- asumsi dasar. Lebih lanjut dijelaskan sebagai berikut (Adamy, 2016):

- 1) Dimensi Adaptasi Eksternal (*Eksternal Adaptation Task*) Sesuai teori Edgar H. Schein, maka untuk mengetahui variable Dimensi Adaptasi Eksternal, indikator -indikator yang akan diteliti lebih lanjut meliputi: misi, tujuan, sarana dasar, pengukuran keberhasilan dan strategi cadangan.
- 2) Dimensi Integrasi Internal (*Internal Intergration Tasks*) Dimensi Integrasi Internal, indikator -indikator yang akan diteliti, yaitu: bahasa yang sama, batasan dalam kelompok, penempatan status/ kekuasaan, hubungan dalam kelompok, penghargaan dan bagaimana mengatur yang sulit diatur.
- 3) Dimensi Asumsi-Asumsi Dasar (*Basic Underlying Assumptions*) Indikator-indikator yang untuk mengetahui variable dimensi asumsi-asumsi dasar, yaitu: hubungan dengan lingkungan, hakekat kegiatan manusia, hakekat kenyataan dan kebenaran, hakekat waktu, hakekat kebenaran manusia, hakekat hubungan antar manusia, homogenitas versus heterogenitas.

2.2 Tinjauan Umum *Self-efficacy*

Self-efficacy adalah istilah yang diakui secara luas dalam berbagai bidang seperti sosial, psikologi, konseling, pendidikan, klinis, dan literatur kesehatan (Shorey & Lopez, 2021) Definisi *self-efficacy* menurut Bandura menekankan bahwa keyakinan individu terhadap kemampuan mereka memengaruhi tindakan dan hasil yang dicapai (Artino, 2012). *Self-efficacy* adalah faktor krusial dalam lingkungan perawatan kesehatan yang memengaruhi berbagai aspek perawatan pasien dan kepatuhan terhadap protokol. Dalam konteks manajemen hipertensi, penyedia layanan kesehatan dan perawat menghadapi hambatan dalam memberikan bantuan perawatan mandiri secara efektif (Augusto et al., 2022). Hal

ini menyoroti pentingnya *self-efficacy* di kalangan profesional medis untuk membimbing pasien ke arah praktik perawatan mandiri yang lebih baik. Faktor-faktor yang memengaruhi *self-efficacy* di kalangan profesional kesehatan, seperti jenis kelamin dan kebutuhan khusus, telah dipelajari secara luas (murti restu, 2019).

Memahami faktor-faktor ini dapat membantu meningkatkan kepercayaan diri dan kompetensi tenaga medis dalam memberikan *patient-centered care* (PCC). Implementasi PCC telah terbukti memiliki dampak signifikan pada hasil pasien. (Atmajaya & Hartini, 2017) menekankan pentingnya *self-efficacy* penyedia layanan kesehatan dalam memberikan perawatan berkualitas. Pelatihan kesehatan, sebagai bentuk perawatan berpusat pada pasien, memerlukan perhatian intensif dari tenaga kesehatan untuk menjaga stabilitas fisik dan emosional (Hamid Asriyani, 2021). Hal ini semakin menekankan peran *self-efficacy* dalam kemampuan penyedia layanan kesehatan untuk berinteraksi secara efektif dengan pasien dan mendukung kesejahteraan mereka.

Self-efficacy adalah penting dalam berbagai intervensi yang bertujuan meningkatkan hasil kesehatan dan kesejahteraan. Penelitian menunjukkan bahwa *self-efficacy* berperan signifikan dalam efektivitas intervensi yang ditargetkan pada berbagai populasi dan kondisi kesehatan. Sebagai contoh, sebuah studi oleh (Smoktunowicz et al., 2019) meneliti efektivitas intervensi berbasis internet untuk mengurangi kerja di kalangan medis. Studi tersebut bertujuan untuk meningkatkan sumber daya penanggulangan seperti *self-efficacy* dan dukungan yang dirasakan untuk mengurangi dampak, termasuk kelelahan kerja dan depresi. *Self-efficacy*, yang melibatkan keyakinan seseorang terhadap kemampuannya dalam melaksanakan tugas tertentu, memainkan peran signifikan dalam memengaruhi perilaku dan hasil dalam konteks perawatan kesehatan (Shorey & Lopez, 2021a).

Dalam bidang pendidikan kesehatan, persepsi *self-efficacy* fakultas dalam pengaturan interprofesional sangat penting untuk mempersiapkan calon klinisi masa depan. (Theses et al., 2021) Secara keseluruhan, literatur menunjukkan bahwa *self-efficacy* adalah komponen krusial dari intervensi yang bertujuan meningkatkan hasil kesehatan, mengurangi stres, mempromosikan kesehatan mental, dan memengaruhi perilaku kesehatan di berbagai populasi. Dengan meningkatkan *self-efficacy* melalui intervensi yang ditargetkan, peneliti dan praktisi

dapat berpotensi meningkatkan efektivitas upaya promosi kesehatan dan intervensi di berbagai lingkungan dan populasi. *Self-efficacy* di kalangan profesional kesehatan sangat penting untuk keberhasilan implementasi praktik PCC. Memahami faktor-faktor yang memengaruhi *self-efficacy* dan mengatasi hambatan dalam bantuan perawatan mandiri dapat menghasilkan peningkatan hasil pasien dan kualitas layanan kesehatan secara keseluruhan.

2. 1 Definisi *Self-efficacy*

Ada beberapa pengertian efikasi diri (*self efficacy*) sejak pertama kali dikenalkan oleh Albert Bandura. Menurut Baron dan Byrne dalam Christian dan Moninka (2012) menyebutkan bahwa *self-efficacy* sebagai keyakinan seseorang tentang kemampuannya, yang kemudian berkembang sehingga ada yang mengartikannya sebagai kompetensi diri seseorang untuk melakukan suatu tugas dan menghadapi kendala yang terjadi.

Selain itu Bandura (Gufon & Risnawita, 2011) mendefinisikan bahwa *Self-efficacy* adalah keyakinan individu mengenai kemampuan dirinya dalam melakukan tugas atau tindakan yang diperlukan untuk mencapai hasil tertentu. Bandura juga mengatakan bahwa *self-efficacy* pada dasarnya adalah hasil dari proses kognitif berupa keputusan, keyakinan atau pengharapan tentang sejauh mana individu memperkirakan kemampuan dirinya dalam melaksanakan tugas atau tindakan tertentu yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan.

Dalam bukunya yang berjudul "*Self-efficacy in Changing Societies*" Bandura & Watts (1996) menjelaskan bahwa Keberhasilan efikasi lebih dari sekadar menyampaikan penilaian positif. Selain itu, untuk meningkatkan kepercayaan orang tentang kemampuan mereka, mereka menyusun situasi untuk dengan cara yang membawa kesuksesan dan membuat orang tidak berada dalam situasi terlalu dini di mana mereka cenderung sering gagal. Mereka mendorong individu untuk mengukur keberhasilan mereka dalam hal perbaikan diri daripada kemenangan atas orang lain.

Menurut Bandura, *self-efficacy* tidak berkaitan dengan kecakapan yang dimiliki, tetapi berkaitan dengan keyakinan individu mengenai hal yang dapat dilakukan dengan kecakapan yang ia miliki seberapa pun besarnya. "*Self-*

efficacy merupakan penilaian seseorang terhadap dirinya sendiri atau tingkat keyakinan mengenai seberapa besar kemampuannya dalam mengerjakan suatu tugas tertentu untuk dapat mencapai hasil tertentu" pengertian tersebut dikemukakan (Wolkfolk dalam Marini & Hamidah. 2014). Berdasarkan definisi-definisi di atas yang telah dipaparkan oleh para ahli dapat disimpulkan bahwa *self-efficacy* adalah suatu keyakinan atau kepercayaan diri seseorang terhadap kemampuan yang telah dimilikinya dalam menjalankan atau melaksanakan tugas-tugas dan segala kewajiban yang ia hadapi, sehingga pada akhirnya akan mampu menghadapi segala rintangan guna mencapai tujuan yang diharapkan.

2.2 Dimensi *Self-efficacy*

Menurut Bandura (Hanny, 2016) keyakinan akan kemampuan yang dimiliki individu dapat bervariasi dalam masing-masing dimensi. Dimensi-dimensi tersebut yaitu:

1) *Level / magnitude*

Dimensi ini kaitannya dengan derajat atau level sejauh apa individu merasa kesulitan dan merasa mampu untuk melakukannya. Konsep dalam dimensi ini berada pada keyakinan seseorang atas kemampuan yang dimilikinya dalam menghadapi kesulitan tugas yang didapatkan. Jika individu tersebut berhadapan dengan tugas yang tersusun atas suatu tingkatan terjadap kesulitan, maka keyakinan individu tersebut berada pada Batasan tugas-tugas yang mudah, kemudian sedang hingga tugas-tugas yang dirasa berada pada level yang sulit, sesuai berdasarkan kemampuan yang dimiliki sebagai tuntutan tingkat yang dibutuhkan. Semakin tinggi taraf kesulitan dalam mengerjakan tugas-tugas, maka akan keyakinan yang dimiliki untuk menyelesaikan akan semakin lemah. Suatu keyakinan ini mempengaruhi tingkah laku berdasarkan hambatan akan suatu tugas atau aktivitas. Individu akan mencoba melakukan perilaku yang dirasa mampu sesuai dengan kemampuannya dan menghindari perilaku yang berbeda diluar batasan kemampuan yang dimilikinya.

2) *Strength*

Dimensi ini kaitannya dengan tingkat keyakinan atau suatu harapan yang dimiliki individu sesuai dengan kemampuannya. Individu akan mempunyai pengharapan yang lemah juga mudah goyah oleh lingkungan yang tidak mendukung, sebaliknya jika individu memiliki lingkungan yang dapat mendukung kemampuannya maka pengharapan yang dimiliki oleh individu tersebut akan semakin kuat.

3) *Generality*

Dimensi ini berkaitan dengan suatu keyakinan individu dalam kemampuannya melaksanakan tugas di berbagai aktivitas yang dimiliki. Aktivitas yang dimaksud sangat bervariasi dan menuntut individu tersebut untuk dapat merasa yakin atas kemampuannya. Individu akan merasa yakin akan kemampuannya pada segala bidang atau hanya beberapa bidang saja. Misalnya seorang siswa memiliki keyakinan yang kuat dalam mata pelajaran ekonomi tetapi ia tidak memiliki keyakinan yang sama pada mata pelajaran matematika itulah mengapa terkadang siswa mampu mendapatkan nilai yang bagus pada mata pelajaran ekonomi tetapi tidak mampu mendapatkan nilai yang sama pada mata pelajaran lainnya.

Berdasarkan dimensi *self-efficacy* yang telah dipaparkan di atas dapat disimpulkan bahwa dimensi yang terdapat dalam *self-efficacy* terdiri atas tiga dimensi dimana pada setiap dimensi terdapat cara-cara individu agar dapat melakukan kemampuannya sesuai dengan yang telah dimilikinya.

2.3 Sumber-sumber *Self-efficacy*

Menurut Bandura (Ferridianto, 2012) *self-efficacy* dapat dikembangkan melalui suatu kombinasi atau salah satu dari empat sumber yaitu: *Mastery Experience* (pengalaman-pengalaman tentang penguasaan), *Social modelling* (permodelan sosial), *Social persuasion* (persuasi sosial), *Physical and emotional state* (kondisi fisik dan emosi).

a) *Mastery Experience/ Performance Accomplishment*

Berasal dari pengalaman-pengalaman penguasaan. Sumber memiliki pengaruh bagi *self-efficacy* adalah dari pengalaman-pengalaman

tentang suatu penguasaan yang sebelumnya telah dilakukan pada masa lalu. Asal dari kesuksesan kinerja akan membangkitkan ekspektasi terhadap diri akan kemampuannya untuk mempengaruhi hasil yang diharapkan. Individu yang pernah memperoleh suatu prestasi akan mendapatkan dorongan keyakinan dan penilaiannya terhadap *self-efficacy*. Ketekunan dan kegigihan dalam berusaha mengatasi kesulitan dalam mengurangi kegagalan dipengaruhi oleh pengalaman.

b) *Vicarious Experience*

Dengan adanya pengamatan atas aktivitas orang lain dalam situasi yang menekan dan tanpa menimbulkan kerugian akan mampu menumbuhkan pengharapan. Diharapkan dapat timbul keyakinan bahwa nantinya akan berhasil jika berusaha secara terus menerus dan tekun. Melalui model ini *self-efficacy* individu akan meningkat, apalagi jika individu tersebut merasa memiliki kemampuan yang setara bahkan merasa dapat menjadi lebih baik daripada orang lain. Peningkatan *self-efficacy* ini dapat menjadikan efektifitas motivasi apabila memiliki kesamaan karakteristik antara individu dengan model.

c) *Verbal Persuasion*

Self-efficacy dapat juga diraih atau dilemahkan lewat persuasi sosial. Orang diarahkan, melalui sugesti dan bujukan, untuk percaya bahwa mereka dapat mengatasi masalah-masalah dimasa datang. Harapan efficacy yang tumbuh melalui cara ini lemah dan tidak bertahan lama. Dalam kondisi yang menekan serta kegagalan terus menerus, pengharapan apapun yang berasal dari sugesti ini akan cepat lenyap jika mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan.

Individu mendapat bujukan atau sugesti untuk dapat meyakini bahwa dapat mengatasi masalah yang akan dihadapinya. Persuasi verbal mengarahkan individu agar dapat berusaha lebih untuk mencapai tujuan dan kesuksesan. *Self-efficacy* yang tumbuh dengan metode ini tidak bertahan lama jika di kemudian hari individu mengalami trauma atau pengalaman yang tidak menyenangkan.

d) *Emotional Arousal*

Sumber terakhir *self-efficacy* adalah kondisi fisiologis dan emosi. Individu dengan emosi yang kuat dapat menurunkan performa yang dimilikinya. Ketika mengalami ketakutan yang besar, keemasan yang kuat dan rasa stress yang tinggi, manusia memiliki ekspektasi *self-efficacy* yang rendah.

Kondisi emosi jika dihadapkan dengan situasi yang menekan dapat mempengaruhi suatu pengharapan. Tekanan yang berlebihan mampu melumpuhkan performa.

Individu lebih mengharapkan akan berhasil jika tidak mengalami tekanan ini dibanding menjadi menderita kegelisahan yang mendalam. Berdasarkan sumber *self-efficacy* yang telah dipaparkan dapat disimpulkan bahwa berbagai sumber *self-efficacy* dapat mendukung pencapaian dan tujuan individu atas kemampuan yang dimilikinya berdasarkan sumber yang dapat dikuasai olehnya.

2.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Self-efficacy*

Bandura (dalam Ferridianto, 2012, hlm. 27-29) menyatakan bahwa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi *self-efficacy* pada diri individu antara lain

1. Budaya

Nilai (*values*), kepercayaan (*beliefs*), dalam proses pengaturan diri (*self regulatory process*) mempengaruhi *self-efficacy* sebagai sumber penilaian dan juga konsekuensi atas keyakinan akan kemampuan dirinya.

2. Gender

Perbedaan status antara laki-laki dan perempuan dapat berpengaruh akan *self-efficacy*. Hal ini dapat dilihat dari penelitian Bandura pada tahun 1997 yang menyatakan bahwa wanita lebih efikasinya yang tinggi dalam pengelolaan perannya. Wanita yang memiliki peran selain ibu rumah tangga, juga sebagai wanita karir akan memiliki *self-efficacy* yang tinggi dibandingkan dengan pria yang bekerja.

3. Sifat Dari Tugas Yang Dihadapi

Tingginya kesulitan dalam suatu tugas yang diterima oleh individu akan mempengaruhi penilaian individu tersebut akan kemampuan

dirinya. Semakin rumit tugas yang diterima maka akan menimbulkan rendahnya penilaian individu akan kemampuannya. Sebaliknya, jika individu mendapat tugas yang mudah maka penilaian akan kemampuannya akan semakin tinggi.

4. Intensif Eksternal

Intensif yang diberikan orang lain dalam merefleksikan keberhasilan seseorang diyakini dapat mempengaruhi *self-efficacy* seseorang atau dikenal juga sebagai competent cintings intencives.

5. Status Atau Peran Individu Dalam Lingkungan

Individu akan mendapatkan *self-efficacy* yang tinggi apabila memiliki status atau derajat control yang lebih besar. Sedangkan jika individu memiliki *self-efficacy* yang rendah dikarenakan individu tersebut memiliki status yang lebih rendah dan control yang lebih kecil.

6. Informasi Tentang Kemampuan Diri

Apabila individu mendapatkan informasi negatif mengenai dirinya itu dikarenakan individu tersebut memiliki *self-efficacy* yang rendah. Sedangkan jika individu memiliki informasi yang positif maka *self-efficacy* yang dimilikinya juga tinggi.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi *self-efficacy* berasal dari dalam diri individu tersebut maupun berasal dari lingkungan sekitarnya atau dapat berasal dari faktor eksternal dan faktor internal.

2.3 Tinjauan Umum *Patient Centered Care (PCC)*

Penelitian biomedis tentang penyakit serta diagnosis dan pengobatannya telah menghasilkan kemajuan penting dan tak terbantahkan dalam perawatan kesehatan. Namun perawatan yang hanya didasarkan pada perspektif biomedis tidak akan menghasilkan perawatan yang memuaskan atau bahkan dapat diterima. Kumpulan penelitian terbaru menyoroti pentingnya mempertimbangkan pengalaman subjektif individu dan membentuk pendekatan perawatan berpusat

pada pasien (*Patient Centered Care*) sehingga dapat mempromosikan kesehatan (Edvardsson et al., 2008). Organisasi kesehatan semakin fokus pada pemberian perawatan yang berpusat pada pasien daripada berfokus pada penyakit. (Bokhour et al., 2018)

Patient Centered Care diperkenalkan oleh *American Institute of Medicine* (IOM) untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan di abad ke-21. IOM mendefinisikan PCC sebagai perawatan yang diorganisir seputar pasien di mana penyedia layanan bermitra dengan pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi dan memenuhi seluruh kebutuhan dan preferensi pasien. (Ewunetu et al., 2023) PCC adalah praktik merawat pasien dengan cara yang bernilai bagi pasien individu dan keluarganya. Implementasi praktik ini adalah masalah umum di seluruh dunia. (Birhanu et al., 2021) Tren saat ini, sistem kesehatan di seluruh dunia bergerak menuju model PCC. (Al-Sahli et al., 2021). Dalam tinjauan sistematis, Rathert dan kolega menunjukkan bahwa organisasi yang berkinerja baik dalam berbagai dimensi perawatan berbasis PCC melaporkan hasil keluaran organisasi dan pasien yang lebih baik. (Cramm & Nieboer, 2018)

4.1 Ekosistem PCC

Seiring perkembangan PCC mulai membentuk sebuah ekosistem (Gambar 2). Dalam ekosistem PCC sedikitnya dipayungi oleh 6 gugus pedoman yang universal, yaitu WHO *Quality in healthcare* dengan 7 dimensi (2006 & 2015), ISQua PCC System dengan 3 mental model (2022), WHO *global strategy on integrated people-centred health services* 2016-2026, dengan 5 strategic goals (2015), Starkes dan Istak KARS 2022 dengan 16 standar (2022), *Risk Management in Healthcare* dengan 8 dimensi (2021), WHO *Global Patient Safety Action Plan* 2021-2030 dengan 7 strategy (2021). (Niko Lumenta KARS, 2023)

Gambar 4. Ekosistem PCC (Niko Lumenta KARS, 2023)



WHO (*World Health Organization*) mengidentifikasi kualitas dalam perawatan kesehatan berdasarkan tujuh dimensi utama. Dimensi ini membantu memastikan bahwa pelayanan kesehatan tidak hanya efektif tetapi juga adil dan dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat. Pada tahun 2006 dan kemudian diperbarui pada tahun 2015, WHO menetapkan tujuh dimensi kualitas pelayanan kesehatan sebagai berikut: (WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services Interim Report, 2015)

- 1). Efektivitas (*Effectiveness*) yaitu mengukur sejauh mana layanan kesehatan mencapai hasil yang diinginkan berdasarkan bukti ilmiah terbaik yang ada. Ini mencakup penggunaan prosedur, obat-obatan, teknologi, dan metode yang terbukti efektif dalam menghasilkan hasil kesehatan yang optimal.
- 2). Efisiensi (*Efficiency*) yaitu berfokus pada penyediaan layanan kesehatan dengan cara yang menghindari pemborosan sumber daya, termasuk waktu, uang, dan tenaga kerja. Efisiensi berarti menggunakan sumber daya yang tersedia dengan cara yang paling produktif untuk mencapai hasil terbaik.
- 3). Aksesibilitas (*Accessibility*) yaitu mencakup kemampuan individu untuk memperoleh layanan kesehatan yang mereka butuhkan tanpa menghadapi hambatan seperti lokasi geografis, biaya, atau keterbatasan waktu. Layanan kesehatan harus mudah diakses oleh semua orang, terutama kelompok yang rentan dan terpinggirkan.
- 4). Ketepatan Waktu (*Timeliness*) yaitu mengacu pada penyediaan layanan kesehatan tepat pada waktunya, meminimalkan

penundaan yang tidak perlu. Ini berarti mengurangi waktu tunggu untuk layanan kesehatan, sehingga pasien dapat menerima perawatan pada saat mereka membutuhkannya. 5). Kesetaraan (*Equity*) yaitu semua orang mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama tanpa diskriminasi berdasarkan faktor seperti status ekonomi, gender, lokasi geografis, atau kondisi kesehatan. Semua individu harus memiliki kesempatan yang adil untuk mencapai potensi kesehatan tertinggi mereka. 6). Berpusat pada Pasien (*Patient-centeredness*) berarti layanan yang menghormati dan merespons preferensi, kebutuhan, dan nilai-nilai individu pasien. Pasien harus dilibatkan dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka dan diperlakukan dengan martabat dan hormat. 7). Keselamatan (*Safety*) yaitu dimensi yang memastikan bahwa layanan kesehatan tidak membahayakan pasien. Ini mencakup upaya untuk menghindari cedera, infeksi, atau efek samping yang tidak diinginkan akibat intervensi kesehatan. Keselamatan pasien melibatkan penerapan standar yang ketat dan prosedur untuk mengidentifikasi dan mengurangi risiko.

International Society for Quality in Health Care (ISQua) memperkenalkan sistem untuk PCC yang menggunakan tiga model mental utama. Model ini diusulkan pada tahun 2022 untuk memberikan kerangka kerja yang lebih jelas dan efektif dalam mengimplementasikan PCC dalam berbagai sistem kesehatan. Berikut penjelasan tentang ketiga model mental tersebut (Asri et al., n.d.):

1). *Mindset of Relational Practice* (Pola pikir praktik relasional), Model ini menekankan pentingnya hubungan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan. Relasi yang baik dan saling menghormati antara pasien dan penyedia layanan adalah kunci untuk PCC yang efektif. Beberapa elemen utama dalam model ini meliputi: a). Empati dan Penghargaan: Penyedia layanan kesehatan harus menunjukkan empati dan penghargaan terhadap pengalaman dan perspektif pasien. b) Komunikasi Terbuka: Komunikasi yang jujur, transparan, dan dua arah antara pasien dan penyedia layanan adalah esensial. c). Kepercayaan: Membangun kepercayaan melalui interaksi yang konsisten dan penuh perhatian.

2). *Mindset of Partnership and Inclusion* (Pola pikir kemitraan dan inklusi), model ini menekankan pentingnya kolaborasi dan inklusi dalam perawatan kesehatan. Penyedia layanan kesehatan harus bekerja sama dengan pasien dan keluarga mereka sebagai mitra dalam proses perawatan. Elemen utama dari model ini meliputi: a). Keterlibatan Pasien dan Keluarga: Pasien dan keluarga mereka harus dilibatkan dalam pengambilan keputusan terkait perawatan kesehatan. b). Penghormatan terhadap Otonomi: Menghormati pilihan dan preferensi pasien serta mendukung otonomi mereka dalam pengambilan keputusan. c). Kerja Tim: Mendorong kerja tim antara berbagai penyedia layanan kesehatan untuk memberikan perawatan yang terintegrasi dan kohesif.

3). *Mindset of Responsive Systems* (Pola pikir sistem yang responsif), Model ini fokus pada pentingnya sistem dan struktur yang responsif terhadap kebutuhan pasien. Ini berarti sistem kesehatan harus fleksibel dan adaptif untuk memenuhi kebutuhan individual pasien. Elemen utama dari model ini meliputi: a). Aksesibilitas: Memastikan layanan kesehatan mudah diakses oleh semua pasien, tanpa hambatan finansial, geografis, atau lainnya. b). Fleksibilitas dan Adaptabilitas: Sistem kesehatan harus mampu beradaptasi dengan perubahan kebutuhan pasien dan lingkungan. c). Kualitas dan Keselamatan: Menjamin bahwa semua aspek perawatan kesehatan memenuhi standar tertinggi kualitas dan keselamatan. Untuk mengimplementasikan PCC yang efektif, ISQua merekomendasikan integrasi ketiga model mental ini ke dalam budaya dan praktik sehari-hari organisasi layanan kesehatan. Berikut adalah beberapa langkah yang bisa diambil: (Berntsen et al., 2021)

- a) Pelatihan dan Pengembangan: Melatih tenaga kesehatan untuk mengembangkan keterampilan komunikasi, empati, dan kolaborasi.
- b) Struktur dan Kebijakan: Membangun kebijakan dan prosedur yang mendukung keterlibatan pasien dan keluarga, serta memastikan sistem kesehatan yang responsif dan fleksibel.

- c) Evaluasi dan Umpan Balik: Menggunakan alat ukur dan metode evaluasi untuk memantau implementasi PCC dan mendapatkan umpan balik dari pasien dan penyedia layanan.

WHO Global Strategy on Integrated People-Centred Health Services 2016-2026 adalah sebuah kerangka kerja yang bertujuan untuk mereformasi layanan kesehatan agar lebih berpusat pada individu dan terintegrasi. Strategi ini dirancang untuk membantu negara-negara meningkatkan kualitas layanan kesehatan dengan fokus pada kebutuhan dan preferensi individu, keluarga, dan komunitas. Berikut penjelasan tentang lima tujuan strategis (*strategic goals*) dari strategi ini yang diperkenalkan pada tahun 2015: (World Health Organization 2021, 2021)

1). *Empowering and Engaging People and Communities* (Pemberdayaan dan Keterlibatan Orang dan Komunitas), tujuan ini menekankan pentingnya pemberdayaan individu dan komunitas untuk mengambil peran aktif dalam menjaga kesehatan mereka sendiri dan dalam proses pengambilan keputusan terkait kesehatan. Strategi ini mencakup:

- a) Pendidikan Kesehatan: Meningkatkan literasi kesehatan sehingga individu lebih memahami kondisi kesehatan mereka dan opsi perawatan yang tersedia.
- b) Partisipasi Aktif: Melibatkan komunitas dalam perencanaan dan evaluasi layanan kesehatan.
- c) Dukungan Psikososial: Menyediakan dukungan yang diperlukan untuk membantu individu mengelola kondisi kesehatan mereka dengan lebih baik.

2). *Strengthening Governance and Accountability* (Memperkuat Tata Kelola dan Akuntabilitas), Tujuan ini berfokus pada peningkatan sistem tata kelola dan akuntabilitas dalam layanan kesehatan untuk memastikan transparansi, efisiensi, dan responsivitas. Ini termasuk:

- a) Kepemimpinan yang Kuat: Memastikan adanya kepemimpinan yang kompeten dan berintegritas dalam mengelola layanan kesehatan.
- b) Kerangka Kerja Kebijakan: Membangun kebijakan yang jelas dan mendukung untuk perawatan kesehatan yang berpusat pada individu.
- c) Akuntabilitas: Menetapkan mekanisme akuntabilitas untuk memantau kinerja dan hasil layanan kesehatan.

3). *Reorienting the Model of Care* (Mengarahkan Ulang Model Perawatan), Tujuan ini bertujuan untuk mengubah model perawatan dari yang bersifat reaktif dan episodik menjadi proaktif dan berkelanjutan, dengan fokus pada pencegahan dan pengelolaan penyakit kronis. Aspek utama termasuk:

- a) Perawatan Terintegrasi: Mengintegrasikan berbagai layanan kesehatan untuk menyediakan perawatan yang komprehensif dan berkelanjutan.
- b) Fokus pada Pencegahan: Mengutamakan pencegahan dan pengelolaan dini penyakit.
- c) Tim Lintas Profesi: Mendorong kerja sama antar berbagai profesi kesehatan untuk memberikan perawatan yang holistik.

4). *Coordinating Services within and across Sectors* (Koordinasi Layanan di Dalam dan Antar Sektor), Tujuan ini menekankan pentingnya koordinasi antar sektor kesehatan dan dengan sektor lain yang mempengaruhi determinan sosial kesehatan. Ini mencakup:

- a) Kolaborasi Antar Sektor: Bekerja sama dengan sektor pendidikan, sosial, dan lainnya untuk menangani determinan sosial kesehatan.

- b) Koordinasi Layanan: Meningkatkan koordinasi antar penyedia layanan kesehatan untuk menghindari fragmentasi perawatan.
- c) Jaringan Rujukan Efektif: Mengembangkan sistem rujukan yang efisien untuk memastikan pasien menerima perawatan yang tepat pada waktu yang tepat.

5. *Creating an Enabling Environment* (Menciptakan Lingkungan yang Mendukung), Tujuan ini berfokus pada pembangunan lingkungan yang mendukung implementasi layanan kesehatan yang berpusat pada individu dan terintegrasi. Ini melibatkan:

- a) Investasi dalam Teknologi: Menggunakan teknologi informasi dan komunikasi untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan.
- b) Pengembangan Tenaga Kesehatan: Melatih tenaga kesehatan untuk mengadopsi pendekatan yang berpusat pada individu dan kolaboratif.
- c) Pendanaan Berkelanjutan: Memastikan adanya mekanisme pendanaan yang mendukung model perawatan yang terintegrasi dan berkelanjutan

Berdasarkan PCC Institute KARS, STARKES dan ISTAK merupakan program dan standar yang dikembangkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) di Indonesia untuk meningkatkan kualitas dan keselamatan pasien di rumah sakit. Pada tahun 2022, KARS memperkenalkan 16 standar yang harus dipenuhi oleh rumah sakit dalam rangka mendapatkan akreditasi. Berikut adalah penjelasan tentang STARKES dan ISTAK KARS 2022 beserta 16 standar yang terkait: (Niko Lumenta KARS, 2023). STARKES (Standar Nasional Keselamatan Pasien) adalah serangkaian standar yang difokuskan pada peningkatan keselamatan pasien di rumah sakit. Standar ini mencakup berbagai aspek yang bertujuan untuk mencegah kejadian tidak diinginkan dan memastikan lingkungan perawatan yang aman bagi pasien. ISTAK (Instrumen

Standar Akreditasi Rumah Sakit) adalah instrumen yang digunakan untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi yang ditetapkan oleh KARS. ISTAK mencakup kriteria dan elemen yang harus dipenuhi oleh rumah sakit untuk mendapatkan akreditasi.

Enam belas standar STARKES dan ISTAK KARS 2022, yaitu:

- 1) Kepemimpinan dan Manajemen yang mencakup komitmen manajemen rumah sakit untuk memastikan keselamatan pasien, kepemimpinan yang efektif, dan dukungan terhadap budaya keselamatan.
- 2) Hak Pasien dan Keluarga yaitu menjamin bahwa hak-hak pasien dan keluarganya dihormati dan dilindungi selama proses perawatan di rumah sakit.
- 3) Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko yang mencakup upaya untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan mengelola risiko yang dapat mempengaruhi keselamatan pasien.
- 4) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Melibatkan langkah-langkah untuk mencegah dan mengendalikan infeksi dalam lingkungan rumah sakit.
- 5) Penggunaan Obat yang Aman yaitu mencakup proses yang memastikan penggunaan obat yang tepat dan aman bagi pasien.
- 6) Keselamatan Bedah yaitu mencakup standar yang memastikan prosedur bedah dilakukan dengan aman dan risiko diminimalkan.
- 7) Peningkatan Kualitas dan Keselamatan Pasien yaitu mencakup program-program untuk meningkatkan kualitas perawatan dan keselamatan pasien secara berkelanjutan.
- 8) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan yaitu mencakup standar yang memastikan bahwa fasilitas rumah sakit aman dan mendukung keselamatan pasien.

- 9) Pelayanan Darurat yaitu standar yang memastikan bahwa layanan darurat di rumah sakit siap dan mampu menangani keadaan darurat medis.
- 10) Manajemen Informasi yaitu mencakup standar yang memastikan bahwa informasi pasien dikelola dengan aman dan digunakan untuk meningkatkan kualitas perawatan.
- 11) Pelayanan Laboratorium yaitu mencakup standar yang memastikan pelayanan laboratorium yang akurat, aman, dan tepat waktu.
- 12) Pelayanan Radiologi yaitu mencakup standar yang memastikan pelayanan radiologi yang aman dan berkualitas.
- 13) Pengelolaan Gizi dan Nutrisi yaitu mencakup standar yang memastikan bahwa pasien menerima perawatan gizi yang tepat dan aman.
- 14) Pelayanan Rehabilitasi yaitu Mencakup standar yang memastikan bahwa pasien menerima pelayanan rehabilitasi yang efektif dan aman.
- 15) Manajemen Sumber Daya Manusia yaitu mencakup standar yang memastikan bahwa tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit kompeten dan memiliki kualifikasi yang sesuai.
- 16) Pelayanan Paliatif dan Dukungan Akhir Hayat yaitu mencakup standar yang memastikan bahwa pasien dengan kondisi terminal menerima perawatan yang bermartabat dan nyaman

Risk Management in Healthcare dengan 8 Dimensi (2021) merupakan proses identifikasi, analisis, dan mitigasi risiko yang dapat mempengaruhi kualitas layanan dan keselamatan pasien. Berikut adalah delapan dimensi utama dalam risk management di *healthcare*:(Alam, 2016)

1. *Clinical Risk Management*: Fokus pada identifikasi dan mitigasi risiko klinis yang dapat membahayakan pasien. Melibatkan peninjauan insiden, audit klinis, dan pelatihan staf untuk memastikan praktik yang aman.

Implementasi protokol klinis dan panduan praktik untuk mencegah kesalahan medis.

2. *Operational Risk Management*: Mengelola risiko operasional yang berkaitan dengan proses dan sistem dalam fasilitas kesehatan. Memastikan kelancaran operasional harian, termasuk manajemen fasilitas, rantai pasokan, dan teknologi informasi. Mengidentifikasi potensi kegagalan dalam proses operasional dan mengembangkan strategi mitigasi.
3. *Financial Risk Management*: Mengelola risiko keuangan yang dapat mempengaruhi stabilitas finansial organisasi. Melibatkan analisis keuangan, pengendalian biaya, dan perencanaan anggaran untuk menghindari kerugian finansial. Monitoring pendapatan dan pengeluaran untuk memastikan keberlanjutan finansial.
4. *Legal and Regulatory Risk Management*: Memastikan kepatuhan terhadap hukum dan regulasi yang berlaku di sektor kesehatan. Mengidentifikasi potensi risiko hukum dan mengembangkan kebijakan untuk mengurangi paparan hukum. Melibatkan tim hukum untuk memantau perubahan peraturan dan memastikan kepatuhan.
5. *Environmental Risk Management*: Mengidentifikasi dan mengelola risiko lingkungan yang dapat mempengaruhi keselamatan dan kesehatan. Melibatkan pengendalian limbah medis, pengelolaan bahan berbahaya, dan pencegahan bencana alam. Memastikan kebersihan dan keamanan lingkungan fasilitas kesehatan.
6. *Technological Risk Management*: Mengelola risiko yang berkaitan dengan penggunaan teknologi dalam layanan kesehatan. Melibatkan keamanan data pasien, kelayakan sistem informasi kesehatan, dan evaluasi teknologi medis baru. Mengembangkan kebijakan keamanan siber untuk melindungi data pasien dan informasi sensitif.

7. *Reputational Risk Management*: Melindungi reputasi dan citra organisasi kesehatan. Mengelola komunikasi dengan pasien, keluarga, dan masyarakat untuk memastikan transparansi dan kepercayaan. Menanggapi insiden atau keluhan dengan cepat dan efektif untuk meminimalkan dampak negatif pada reputasi.
8. *Strategic Risk Management*: Mengelola risiko yang dapat mempengaruhi tujuan jangka panjang dan strategi organisasi. Melibatkan perencanaan strategis, analisis SWOT, dan pemantauan tren industri untuk mengidentifikasi peluang dan ancaman. Mengembangkan rencana kontingensi untuk menghadapi perubahan pasar dan lingkungan eksternal.

Implementasi *Risk Management* dalam Healthcare: 1). Identifikasi Risiko: Menggunakan metode seperti brainstorming, checklist, dan analisis data untuk mengidentifikasi potensi risiko. 2). Analisis Risiko: Menilai probabilitas dan dampak dari setiap risiko yang diidentifikasi. 3). Mitigasi Risiko: Mengembangkan dan menerapkan strategi untuk mengurangi atau menghilangkan risiko. 4). Monitoring dan Evaluasi: Melakukan pemantauan berkelanjutan dan evaluasi efektivitas strategi mitigasi risiko. 5). Pelaporan dan Komunikasi: Melaporkan temuan risiko dan tindakan mitigasi kepada manajemen dan staf terkait secara teratur. *Risk management* yang efektif dalam healthcare tidak hanya meningkatkan keselamatan pasien tetapi juga memastikan keberlanjutan dan efisiensi operasional organisasi kesehatan.

Rencana Aksi Keselamatan Pasien Global WHO 2021-2030 adalah kerangka kerja komprehensif yang bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien di seluruh dunia. Kerangka kerja ini menguraikan tujuh tujuan strategis untuk membantu negara anggota, organisasi layanan kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya dalam menerapkan praktik keselamatan pasien yang efektif. Berikut penjelasan rinci tentang tujuh tujuan strategis tersebut: (WHO, 2018)

1. Kebijakan untuk Menghilangkan Bahaya

Mengembangkan dan menerapkan kebijakan yang kuat untuk membangun budaya keselamatan pasien dan menghilangkan bahaya yang dapat dihindari dalam layanan kesehatan. Ini melibatkan: Membentuk kebijakan nasional tentang keselamatan pasien dan kerangka hukum. Mengintegrasikan keselamatan pasien ke dalam kebijakan dan strategi kesehatan yang ada. Memastikan akuntabilitas dan pemantauan rutin terhadap inisiatif keselamatan pasien.

2. Sistem yang Sangat Andal

Menciptakan sistem kesehatan yang sangat andal yang secara konsisten meminimalkan bahaya dengan: Menstandarisasi prosedur dan praktik untuk mengurangi variasi dan kesalahan. Menerapkan praktik dan protokol keselamatan berbasis bukti. Mendorong budaya pembelajaran dan peningkatan berkelanjutan.

3. Kepemimpinan Keselamatan yang Efektif

Mempromosikan kepemimpinan dan tata kelola yang kuat untuk keselamatan pasien di semua tingkat dengan: Mengembangkan kapasitas dan kompetensi kepemimpinan dalam keselamatan pasien. Menetapkan peran dan tanggung jawab yang jelas bagi para pemimpin keselamatan pasien. Mendorong budaya transparansi, keterbukaan, dan akuntabilitas.

4. Tenaga Kesehatan yang Terampil

Memastikan bahwa tenaga kesehatan kompeten dan mampu memberikan perawatan yang aman dengan: Mengintegrasikan prinsip-prinsip keselamatan pasien ke dalam pendidikan dan pelatihan profesional kesehatan. Menyediakan peluang pengembangan profesional berkelanjutan yang berfokus pada keselamatan pasien. Mendorong pendekatan multidisipliner terhadap keselamatan pasien.

5. Pasien dan Keluarga yang Terlibat

Memberdayakan pasien dan keluarga untuk menjadi mitra aktif dalam perawatan mereka sendiri dengan: Mempromosikan keterlibatan pasien dan keluarga dalam inisiatif keselamatan dan pengambilan keputusan. Menyediakan informasi yang dapat diakses dan dipahami tentang keselamatan pasien. Mendorong umpan balik dari pasien dan keluarga

serta menggunakan umpan balik tersebut untuk meningkatkan perawatan.

6. Pembelajaran dan Berbagi Pengetahuan Keselamatan

Mengembangkan mekanisme untuk belajar dari insiden keselamatan pasien dan berbagi pengetahuan secara luas dengan: Membentuk sistem pelaporan dan pembelajaran nasional dan lokal untuk insiden keselamatan pasien. Menganalisis data untuk mengidentifikasi tren, penyebab utama, dan area yang perlu diperbaiki. Berbagi pelajaran yang dipelajari dan praktik terbaik di dalam dan antar sistem kesehatan.

7. Investasi yang Berkelanjutan

Memastikan pendanaan yang berkelanjutan untuk inisiatif keselamatan pasien guna memastikan perbaikan jangka panjang dengan: Mengalokasikan sumber daya yang memadai untuk program dan kegiatan keselamatan pasien. Berinvestasi dalam penelitian dan pengembangan untuk berinovasi dan meningkatkan keselamatan pasien. Memastikan bahwa keselamatan pasien menjadi prioritas dalam anggaran kesehatan dan mekanisme pendanaan.

Komponen Kunci untuk Implementasi: 1). Pengukuran dan Evaluasi: Menetapkan metrik dan alat untuk menilai kemajuan dalam mencapai tujuan keselamatan pasien. 2). Kolaborasi dan Kemitraan: Mendorong kemitraan antara pemerintah, organisasi layanan kesehatan, badan profesional, dan pasien. 3). Teknologi dan Inovasi: Menggunakan teknologi dan solusi inovatif untuk meningkatkan praktik keselamatan pasien. 4). Ketahanan dan Kesiapsiagaan: Membangun sistem kesehatan yang tangguh yang mampu mempertahankan keselamatan selama krisis, seperti pandemi.

Rencana Aksi Keselamatan Pasien Global WHO 2021-2030 bertujuan untuk menciptakan dunia di mana pasien menerima perawatan yang aman dan berkualitas tinggi, serta sistem kesehatan yang tangguh dan mampu belajar dan meningkatkan secara berkelanjutan.

4.2 Akibat dari penerapan PCC terhadap kepuasan Masyarakat

Kepuasan pasien merupakan salah satu hal sangat penting dalam meninjau mutu pelayanan suatu rumah sakit. Ada empat aspek mutu yang dapat dipakai sebagai indikator penilaian mutu pelayanan suatu rumah sakit, yaitu: 1) penampilan keprofesian yang ada di rumah sakit (aspek klinis), 2) efisiensi dan efektivitas penyelenggaraan pelayanan berdasarkan pemakaian sumber daya, 3) aspek keselamatan, keamanan dan kenyamanan pasien, dan 4) aspek kepuasan pasien yang dilayani. Pascoe (dalam Krowinsky dan Steiber) mendefinisikan kepuasan pasien dari dua sisi yang berbeda (contrast model). Pasien memasuki rumah sakit dengan serangkaian harapan dan keinginan. Bila kenyataan pengalaman selama mendapatkan pelayanan di rumah sakit lebih baik daripada yang diharapkannya maka mereka akan puas, sebaliknya bila pengalaman selama mendapatkan pelayanan di rumah sakit lebih rendah (lebih buruk) daripada yang mereka harapkan maka mereka akan merasa tidak puas.

Kepuasan pasien merupakan hal yang sangat subyektif, sulit untuk diukur, dapat berubah-ubah, serta banyak sekali faktor yang berpengaruh, sebanyak dimensi di dalam kehidupan manusia. Subyektivitas tersebut bisa berkurang dan bahkan bisa menjadi obyektif bila cukup banyak orang yang sama pendapatnya terhadap sesuatu hal. Oleh karena itu, untuk mengkaji kepuasan pasien dipergunakan suatu instrumen penelitian yang cukup valid disertai dengan metode penelitian yang baik.

Di dalam situasi yaitu rumah sakit harus mengutamakan pihak yang dilayani (*client oriented*) yang termasuk dalam model PCC, (Suryawati Chriswardani, 2004) maka banyak sekali manfaat yang dapat diperoleh suatu rumah sakit bila mengutamakan kepuasan pasien. manfaat ini antara lain:

- 1) Rekomendasi medis untuk kesembuhan pasien akan dengan senang hati diikuti oleh pasien yang merasa puas terhadap pelayanan rumah sakit.
- 2) Terciptanya citra positif dan nama baik rumah sakit karena pasien yang puas tersebut akan memberitahukan kepuasannya kepada orang lain.

Hal ini secara akumulatif akan menguntungkan rumah sakit karena merupakan pemasaran rumah sakit secara tidak langsung.

- 3) Citra positif rumah sakit akan menguntungkan secara sosial dan ekonomi. Bertambahnya jumlah pasien yang berobat, karena ingin mendapatkan pelayanan yang memuaskan seperti yang selama ini mereka dengar akan menguntungkan rumah sakit secara sosial dan ekonomi (meningkatnya pendapatan rumah sakit).
- 4) Berbagai pihak yang berkepentingan (stake holders) rumah sakit, seperti, perusahaan asuransi, akan lebih menaruh kepercayaan pada rumah sakit yang mempunyai citra positif.
- 5) Di dalam rumah sakit yang berusaha mewujudkan kepuasan pasien akan lebih diwarnai dengan situasi pelayanan yang menjunjung hak-hak pasien. Rumah sakitpun akan berusaha sedemikian rupa sehingga malpraktik tidak terjadi. (Suryawati Chriswardani, 2004)

4.3 Dimensi dan variabel penentu kepuasan pasien

(Suryawati Chriswardani, 2004) menyebutkan bahwa mengukur kepuasan pasien dapat digunakan sebagai alat untuk: 1) evaluasi kualitas pelayanan kesehatan, 2) evaluasi terhadap konsultasi intervensi dan hubungan antara perilaku sehat dan sakit, 3) membuat keputusan administrasi, 4) evaluasi efek dari perubahan organisasi pelayanan, 5) administrasi staf, 6) fungsi pemasaran, 7) formasi etik profesional. Linder Pelz (dalam Krowinsky dan Steiber) mengajukan sepuluh elemen sebagai faktor-faktor yang perlu diamati dalam mengkaji kepuasan pasien, yaitu: keterjangkauan (*accessibility*), ketersediaan sumber daya (*availability of resources*), kontinuitas pelayanan (*continuity of care*), efektivitas (terhadap hasil) (*efficacy atau outcomes of care*), keuangan (*finance*), humanitas (*humaness*), ketersediaan informasi (*information gathering*), pemberian informasi (*information delivering*), kenyamanan lingkungan (*pleasantness of surrounding*), serta kualitas dan kompetensi petugas (*quality atau competence*). Model SERVQUAL (*service quality*) yang dikembangkan Zeithalm dan Parasuraman banyak dipakai sebagai landasan konsep penelitian tentang kepuasan pasien di banyak tempat. Model ini

menyebutkan bahwa pertanyaan mendasar yang cukup sensitif untuk mengukur pengalaman konsumen mendapatkan pelayanan tercakup dalam lima dimensi kualitas pelayanan yaitu: 1) *reliability* (kehandalan): kemampuan untuk menampilkan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan akurat, 2) *responsiveness* (ketanggapan atau kepedulian): kemampuan untuk membantu konsumen dan meningkatkan kecepatan pelayanan, 3) *assurance* (jaminan kepastian): kompetensi yang dimiliki sehingga memberikan rasa aman, bebas dari bahaya, risiko atau keraguan dan kepastian yang mencakup pengetahuan, perilaku dan sifat yang dapat dipercaya, 4) *empathy* (perhatian): sifat dan kemampuan untuk memberikan perhatian penuh kepada pasien, kemudahan melakukan kontak dan komunikasi yang baik, 5) *tangibles* (wujud nyata): penampilan fisik dari fasilitas, peralatan, sarana informasi atau komunikasi dan petugas atau pegawai.

Ada dua dimensi kepuasan pasien: 1) kepuasan yang mengacu hanya pada penerapan standar dan kode etik profesi: hubungan dokter pasien, kenyamanan pelayanan, kebebasan menentukan pilihan, pengetahuan dan kompetensi teknis, efektivitas pelayanan dan keamanan tindakan, 2) kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan: ketersediaan, kewajiban, kesinambungan, penerimaan, ketersediaan, keterjangkauan, efisiensi, dan mutu pelayanan kesehatan. Sebagian besar dimensi dan variable diatas termasuk dalam ekosistem PCC dan hal diatas menjelaskan bahwa PCC sangat erat kaitannya dengan aspek persepsi pasien. (Suryawati Chriswardani, 2004)

4.4 Budaya kerja dan penerapan PCC

Di beberapa negara informasi yang tersedia mengenai PCC terbatas dan sebagian besar condong pada dimensi tertentu dari praktik PCC. Meskipun PCC telah menjadi fokus perbaikan kualitas namun sebagian besar masih diimplementasikan dari pendekatan tradisional yang berpusat pada penyedia layanan bukan pasien. (Birhanu et al., 2021) Mengubah sistem kesehatan untuk fokus pada PCC dan melayani "keseluruhan" pasien adalah usaha yang kompleks. Upaya untuk mengubah budaya kesehatan memerlukan upaya yang kuat di semua tingkat organisasi. (Bokhour et al., 2018), (Wibowo, 2017)

membahas peran budaya organisasi dalam mempromosikan keselamatan pasien di rumah sakit, dengan menyoroti tujuh elemen kunci yang diperlukan untuk membangun budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien di rumah sakit sangat penting untuk memberikan perawatan yang aman kepada pasien dan mencegah insiden yang tidak diinginkan (Gea, 2020). Target keselamatan pasien, seperti akurasi identifikasi pasien, komunikasi yang efektif, keamanan pengobatan, dan pengurangan risiko pasien jatuh, merupakan komponen penting dari standar akreditasi rumah sakit (Gea, 2020). Pengembangan budaya keselamatan pasien melibatkan visibilitas manajemen senior, komitmen terhadap keselamatan, komunikasi yang efektif, dan kemauan untuk melaporkan insiden dan kesalahan (Gea, 2020). Perawat memainkan peran penting dalam keselamatan pasien, terutama dalam pemberian obat, di mana kesalahan dapat berdampak serius bagi pasien (Rambe, 2020). Kesalahan pengobatan, termasuk kesalahan dalam meresepkan, menyalin, mendistribusikan, dan pemberian obat, adalah masalah global yang memerlukan perhatian untuk memastikan keselamatan pasien (Rambe, 2020). Perawat, sebagai kelompok penyedia layanan kesehatan terbesar di rumah sakit, bertanggung jawab atas pemberian obat dan harus mematuhi prinsip-prinsip pemberian obat yang aman (Rambe, 2020).

2.4 Hubungan Antara Budaya Kerja Dan *Self-efficacy*

Hubungan antara budaya kerja dan *self-efficacy* di fasilitas kesehatan telah menjadi topik yang menarik dalam berbagai penelitian. (Nurliawati et al., n.d.) melakukan penelitian tentang motivasi kerja pegawai di Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Jombang, yang berfokus pada kompensasi non-finansial. (Eldayana et al., 2015) mengeksplorasi hubungan antara insentif dana kapitasi dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). (Farhan & Suparman, 2015) menemukan pengaruh simultan yang signifikan dari budaya organisasi, iklim organisasi, dan motivasi kerja terhadap kinerja dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan YARSI Mataram (Rusifiani, 2018) meneliti hubungan antara motivasi kerja dan kinerja perawat di bangsal rumah sakit islam Siti Aisyah Madiun. (Niam & Syah, 2019)) meneliti pengaruh budaya organisasi, motivasi kerja, dan kepemimpinan terhadap kepuasan kerja karyawan. (Suratri et al., 2020) berfokus

pada hubungan antara kepuasan kerja dan motivasi kerja di sektor kesehatan di rumah sakit Indonesia.. (Lestari et al., 2021) menyelidiki faktor motivasi intrinsik dan ekstrinsik bagi petugas rekam medis dan informasi kesehatan di rumah sakit. (Djaman, 2021) mengeksplorasi pengaruh motivasi kerja, disiplin kerja, dan budaya organisasi terhadap kinerja pegawai kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tora Belo. Secara keseluruhan, penelitian-penelitian ini menyoroti pentingnya memahami interaksi antara budaya kerja, *self-efficacy*, dan motivasi dalam pengaturan layanan kesehatan untuk meningkatkan kinerja karyawan dan kepuasan kerja.

Berikut adalah gambaran skematik hubungan antara teori-teori yang relevan terkait budaya kerja, *self-efficacy*, dan motivasi dalam mempengaruhi kinerja karyawan, khususnya di sektor kesehatan:

1. Budaya Kerja (Teori Budaya Organisasi)

Budaya kerja organisasi yang positif mendukung nilai, norma, dan praktik yang mendorong karyawan untuk berkembang. Budaya ini mempengaruhi:

- a) *Self-efficacy* (Teori *Self-efficacy*): Ketika karyawan merasakan dukungan dari lingkungan kerja, keyakinan mereka terhadap kemampuan pribadi (*self-efficacy*) meningkat.
- b) Motivasi (Teori Motivasi Berprestasi): Budaya kerja yang mendukung juga mendorong motivasi berprestasi karena adanya pengakuan dan penghargaan terhadap inisiatif karyawan.

2. *Self-efficacy*

Pengaruh terhadap Motivasi (Teori Motivasi Berprestasi): *Self-efficacy* yang tinggi meningkatkan motivasi karyawan karena keyakinan akan

kemampuan untuk mencapai hasil yang baik. Keyakinan ini juga memengaruhi:

- a) Kesesuaian *Person-Organization* (*Person-Organization Fit*): Karyawan dengan *self-efficacy* tinggi cenderung merasa lebih cocok dengan budaya organisasi yang positif.
- b) Kinerja (Teori Harapan): Karyawan yang percaya pada kemampuannya akan lebih termotivasi untuk mencapai hasil yang baik.

Dengan menggabungkan semua hubungan ini, dapat terlihat bahwa budaya kerja yang positif berperan sebagai fondasi dalam mendukung *self-efficacy* yang kemudian berdampak langsung pada kinerja karyawan dan penerapan *patient-centered care* yang lebih baik dalam konteks perawatan kesehatan.

2.5 Variabel Penelitian Dan Dasar Teori

Variabel	Konsep dan Teori	Sumber Referensi
Budaya Rumah Sakit	- Budaya organisasi memengaruhi lingkungan kerja, perilaku tenaga kesehatan, serta kualitas pelayanan. - Budaya yang mendukung penerapan PCC. - Teori dari Schein mengenai budaya organisasi.	- Djaman (2021): Budaya organisasi dan kinerja pegawai RS - Huang et al. (2022): Hubungan budaya rumah sakit dengan PCC - Farhan & Suparman (2015): Budaya organisasi dan motivasi kerja - Wibowo(2017) : Budaya keselamatan pasien adalah bagian dari budaya organisasi untuk mendukung PCC - Bokhour et al. (2018): Implementasi PCC melalui

Variabel	Konsep dan Teori	Sumber Referensi
		transformasi budaya organisasi.
<i>Self-efficacy</i>	- Teori Self-efficacy oleh Albert Bandura: Keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk mencapai tujuan. - <i>Self-efficacy</i> tenaga kesehatan berperan penting dalam menghadapi tantangan implementasi PCC.	- Artino (2012): <i>Self-efficacy</i> dalam konteks pendidikan - Shorey & Lopez (2021): <i>Self-efficacy</i> dalam konteks keperawatan - Murti Restu (2019): Faktor-faktor yang memengaruhi <i>self-efficacy</i> perawat - Anisyah, I. (2020); Efikasi diri berhubungan dengan tingkat pengetahuan tenaga kesehatan dan memengaruhi implementasi budaya keselamatan pasien.
Implementasi PCC	- Patient-Centered Care (PCC): Model layanan kesehatan yang memprioritaskan partisipasi aktif pasien dalam perawatan, kebutuhan, dan preferensi pasien. - Implementasi PCC dipengaruhi oleh budaya organisasi, <i>self-efficacy</i>, dan motivasi berprestasi.	- Berntsen et al. (2021): Perspektif pasien tentang PCC - Cramm & Nieboer (2018): Validasi alat pengukuran PCC - Bokhour et al. (2018): Transformasi budaya organisasi untuk menerapkan PCC - Al-Sahli et al. (2021): Persepsi pasien tentang layanan PCC di rumah sakit tersier - WHO (2015, 2018): <i>Global strategy on people-centered care and harm reduction.</i> - Edvardsson et al. (2008): Pengembangan <i>Person-Centered</i>

Variabel	Konsep dan Teori	Sumber Referensi
		<i>Climate Questionnaire.</i> - Ewunetu et al. (2023); Studi perbandingan antara rumah sakit publik dan swasta dalam implementasi PCC dan persepsi pasien -Niko Lumenta KARS,2023; Ekosistem PCC

1. **Budaya Rumah Sakit → Implementasi PCC**

Budaya organisasi yang mendukung komunikasi, kerja sama tim, dan fokus pada keselamatan pasien akan mempermudah implementasi PCC.

Referensi: Huang et al. (2022), Djaman (2021), Bokhour et al. (2018).

2. **Self-efficacy → Implementasi PCC**

Tenaga kesehatan dengan *self-efficacy* tinggi akan lebih percaya diri dalam menerapkan praktik PCC yang sesuai standar.

Referensi: Artino (2012), Shorey & Lopez (2021), Murti Restu (2019).

3. **Hubungan Interaktif**

Budaya rumah sakit yang positif juga dapat meningkatkan *self-efficacy* tenaga kesehatan, yang pada akhirnya mendukung implementasi PCC.

Referensi: WHO (2015, 2018), Al-Sahli et al. (2021), Djaman (2021)

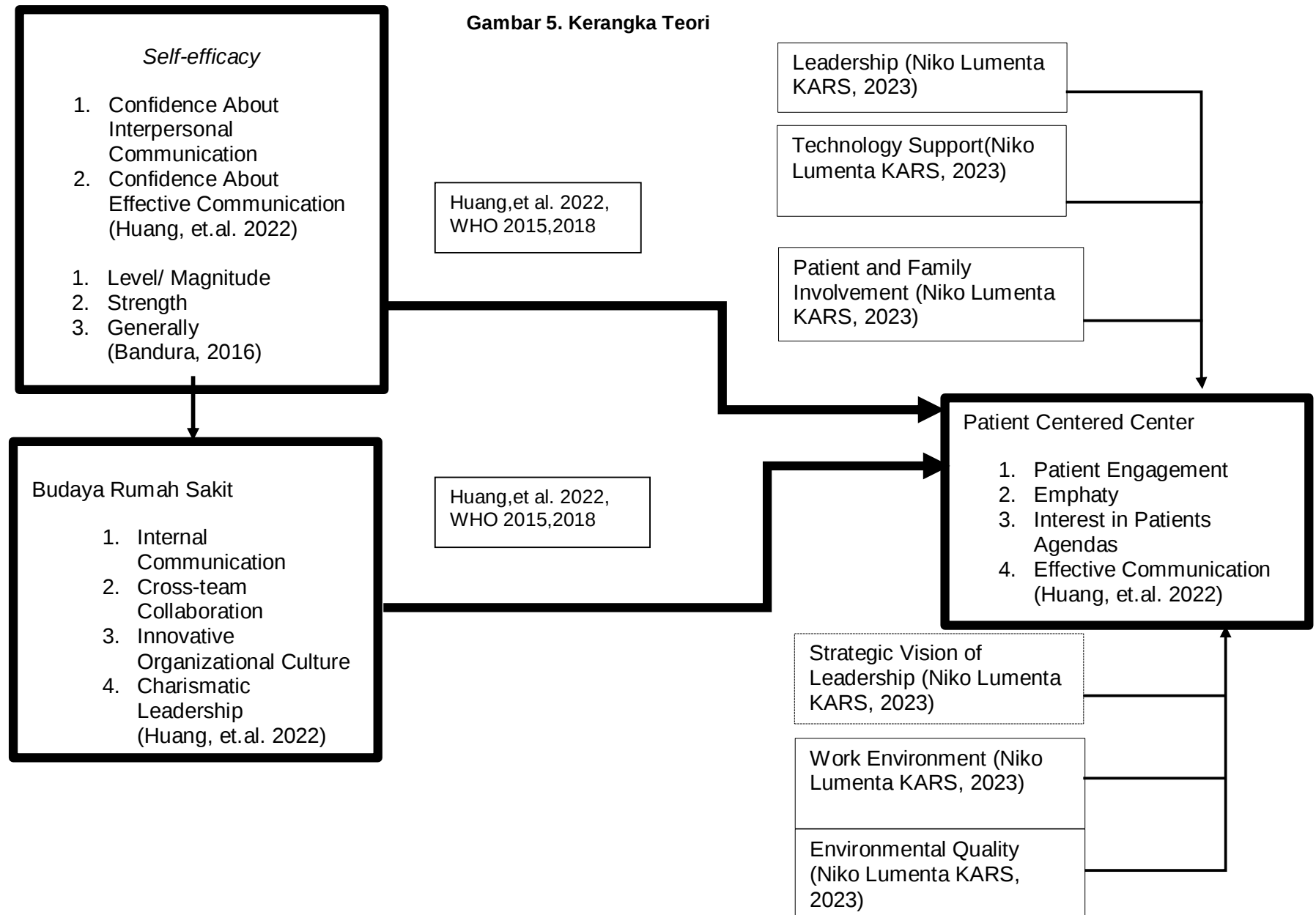
2.6 Mapping Teori

Budaya Rumah Sakit	<i>Self-efficacy</i>	Patient Centered Care
1. Internal Communication 2. Cross-team Collaboration 3. Innovative Organizational Culture 4. Charismatic Leadership (Huang, et.al. 2022)	1. Confidence About Interpersonal Communication 2. Confidence About Effective Communication (Huang, et.al. 2022)	1. Patient Engagement 2. Emphaty 3. Interest in Patients Agendas 4. Effective Communication (Huang, et.al. 2022)
1. Orientation towards Innovation and Change 2. Organizational Hierarchy and Structure 3. Collaboration and Communication 4. Focus on Patients and Quality of Care 5. Leadership and Managerial Support	1. <i>Past Experience</i> 2. <i>Vicarious Experience</i> 3. <i>Verbal Persuasion</i> 4. <i>Emotional Cues</i> Bandura (2001)	1. Respect for Patient's Preferences 2. Involvement of Patients in Decision Making 3. Listening to and Responding to Patients' Needs 4. Clear and Transparent Communication 5. Addressing Patients' Psychosocial Needs 6. Provision of Holistic and Coordinated Care

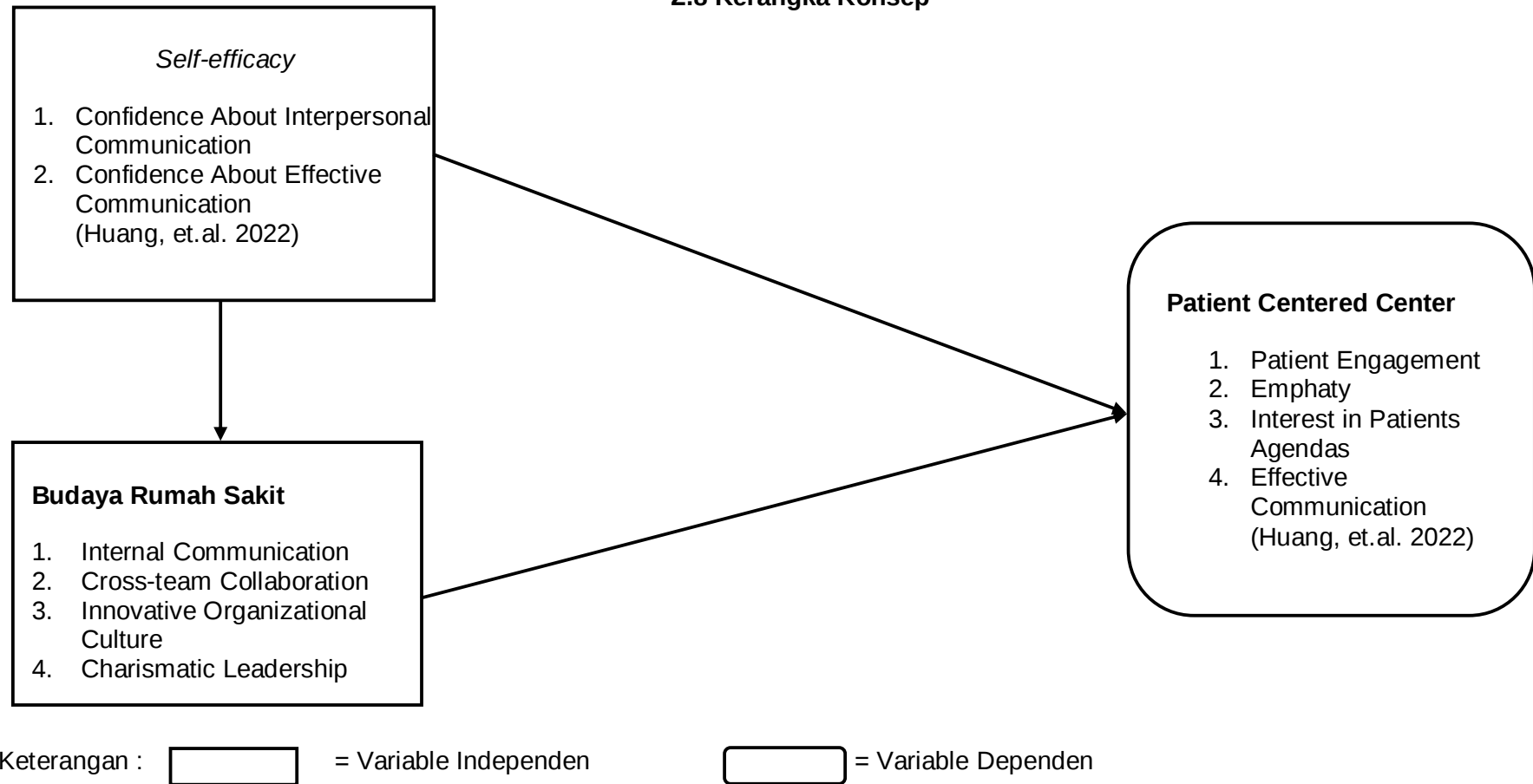
Rivard (2011)		7. Empathy and Trust-Building Relationships Lutz & Bowers (2000)
1. Organizational structure 2. Internal Communication 3. Inter-Staff Relations 4. Organizational Norms and Values 5. Innovation and Change 6. Patient Orientation 7. Leadership Klinge (1995)	1. <i>magnitude,</i> 2. <i>generality,</i> 3. <i>strength</i> Bandura (1997)	Respecting and Responding to Patients' Preferences and Values Open and Effective Communication Patient Involvement in Medical Decisions Personalized Care Based on Patient's Needs Attention to the Emotional Well-being of the Patient Involvement of Family in the Care Process Patient Experience and Satisfaction

		Hobbs (2009)
--	--	--------------

2.7 Kerangka Teori



2.8 Kerangka Konsep



Gambar 6. Kerangka Konsep

2.8 Matriks Penelitian Terdahulu

Tabel 3. Matriks penelitian terdahulu

No.	Penulis dan Tahun	Judul	Topik Utama	Temuan/Implikasi Utama	Perbedaan
1.	Anisyah, I. (2020)	"Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Motivasi Perawat Dalam Melaksanakan Budaya Keselamatan Pasien"	Pengetahuan dan motivasi, Budaya Keselamatan Pasien	Tingkat pengetahuan dan motivasi perawat berpengaruh positif terhadap budaya keselamatan pasien di ruang perawatan inap.	Variabel yang digunakan peneliti adalah budaya rumah sakit
2.	Augusto, C., Sari, E. A., & Shalahuddin, I. (2022)	"Hambatan pada Pelaksanaan Self Care Hipertensi: Scoping Review"	Hambatan perawatan mandiri, Hipertensi	Mengidentifikasi hambatan dalam penerapan perawatan mandiri untuk pasien hipertensi dan perlunya dukungan serta pelatihan tambahan.	Variabel yang digunakan peneliti adalah <i>self-efficacy</i>

No.	Penulis dan Tahun	Judul	Topik Utama	Temuan/Implikasi Utama	Perbedaan
3.	Gea, K. N. R. (2020)	"Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit"	Sasaran Keselamatan Pasien, Standar Rumah Sakit	Menekankan komponen penting dalam standar keselamatan pasien serta persyaratan organisasi untuk keselamatan pasien di rumah sakit.	Variabel yang digunakan peneliti adalah <i>self-efficacy</i> , budaya rumah sakit
4.	Hamid (2021) Asriyani	"Pelaksanaan Health Coaching dalam Meningkatkan Self- Care Management Pasien Heart Failure"	Health coaching, Manajemen perawatan mandiri	Menyoroti efektivitas health coaching dalam meningkatkan manajemen perawatan mandiri pasien gagal jantung, menekankan dukungan dan keterlibatan pasien.	Variabel yang digunakan peneliti adalah <i>self-efficacy</i> dan budaya rumah sakit

No.	Penulis dan Tahun	Judul	Topik Utama	Temuan/Implikasi Utama	Perbedaan
6.	Huang, X., et al. (2022)	"Hospital Culture and Healthcare Workers' Provision of Patient-Centered Care"	Budaya rumah sakit, Patient-Centered Care (PCC), Self- efficacy	Menemukan bahwa budaya rumah sakit berpengaruh signifikan terhadap PCC; self- efficacy memainkan peran mediasi, dan motivasi berprestasi memperkuat hubungan ini.	Peneliti melakukan dirumah sakit indonesia
7.	Atmajaya, A., & Hartini, I. (2017)	"Pengaruh Supervisi Klinik Model Akademik Terhadap Kemampuan Perawat dalam Menerapkan PCC"	Supervisi klinik, PCC, Keterampilan perawat	Membahas efek positif dari supervisi klinik akademik pada kemampuan perawat dalam memberikan patient-centered care.	Variabel yang digunakan peneliti adalah <i>self-efficacy</i> dan budaya rumah sakit

No.	Penulis dan Tahun	Judul	Topik Utama	Temuan/Implikasi Utama	Perbedaan
8.	McClelland, D. C., & Koestner, R. (2009)	"The Achievement Motive"	Motivasi berprestasi, Teori motivasi	Dasar teoretis motivasi, terutama dalam konteks dorongan tenaga kesehatan untuk mencapai dan sukses dalam peran mereka.	Variabel yang digunakan peneliti adalah <i>self-efficacy</i> dan budaya rumah sakit
9.	MP Hutabarat, C., et al. (2013)	"Kepuasan Pasien Pengguna Kartu Jakarta Sehat di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit"	Kepuasan pasien, Kualitas layanan, Faktor sosiokultural	Menjelaskan kepuasan pasien dalam layanan rawat jalan dan menyoroti pengaruh faktor sosiokultural dan psikologis terhadap kepuasan pasien.	Variabel yang digunakan peneliti adalah <i>self-efficacy</i> dan budaya rumah sakit, pcc
10.	Murti Restu (2019)	"Faktor-faktor yang Mempengaruhi <i>Self-</i> "	<i>Self-efficacy</i> , Pelatihan perawat,	Mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi <i>self-efficacy</i> perawat	Variabel yang digunakan peneliti adalah

No.	Penulis dan Tahun	Judul	Topik Utama	Temuan/Implikasi Utama	Perbedaan
		<i>efficacy</i> Perawat Dalam Melaksanakan resusitasi jantung paru	Perawatan darurat	dalam melakukan resusitasi jantung paru, menyarankan pelatihan untuk meningkatkan kepercayaan diri perawat.	pcc dan budaya rumah sakit
11.	Rambe, B. M. (2020)	"Analisis Faktor Perawat dalam Pelaksanaan Keselamatan Pasien terhadap Medication Administration Error"	Kesalahan pemberian obat, Keselamatan pasien, Faktor perawat	Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kesalahan administrasi obat oleh perawat, menandakan pentingnya budaya keselamatan untuk pencegahan kesalahan.	Variabel yang digunakan peneliti adalah <i>self-efficacy</i> dan budaya rumah sakit
12.	Wibowo, A. (2017)	"Review Sistematis: Elemen-Elemen Utama dalam Membangun Budaya Keselamatan"	Keselamatan pasien, Budaya organisasi	Mengidentifikasi elemen utama dalam membangun budaya	Variabel yang digunakan peneliti adalah <i>self-efficacy</i>

No.	Penulis dan Tahun	Judul	Topik Utama	Temuan/Implikasi Utama	Perbedaan
		Pasien di Rumah Sakit"		keselamatan pasien di rumah sakit, termasuk kerja tim, komunikasi, dan akuntabilitas.	dan pcc
13.	Riskiyah, R., et al. (2017)	"Pengalaman Pasien Rawat Inap terhadap Penerapan PCC di RS UMM"	Perawatan inap, PCC, Pengalaman pasien	Menyoroti pengalaman pasien dengan PCC di lingkungan rawat inap, menunjukkan bahwa PCC meningkatkan kepuasan pasien.	Variabel yang digunakan peneliti adalah <i>self-efficacy</i> dan budaya rumah sakit
14.	Ryan, R. M. (2012)	"Motivation and the Organization of Human Behavior"	Teori motivasi, Perilaku manusia	Diskusi teoritis tentang kemunculan kembali motivasi sebagai faktor penting dalam kinerja pekerja kesehatan dan perawatan pasien.	Variabel yang digunakan peneliti adalah <i>self-efficacy</i> dan budaya rumah sakit
15.	Schoen, J. L. (2015)	"Effects of Implicit Achievement Motivation,	Motivasi berprestasi,	Menyatakan bahwa motivasi berprestasi	Variabel yang digunakan peneliti

No.	Penulis dan Tahun	Judul	Topik Utama	Temuan/Implikasi Utama	Perbedaan
		Expected Evaluations, and Domain Knowledge on Creative Performance"	Kinerja	merupakan prediktor keterlibatan kerja dan perilaku organisasi, relevan untuk mendorong kinerja tinggi dalam kesehatan.	adalah <i>self-efficacy</i> dan budaya rumah sakit
16.	Sedarmayanti, & Hari, H. (2017)	"Pengaruh Motivasi Kerja Terhadap Kinerja Tenaga Kependidikan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran"	Motivasi kerja, Kinerja	Menyoroti dampak motivasi kerja terhadap kinerja pekerja kesehatan, menyarankan strategi untuk meningkatkan motivasi dan kinerja.	Variabel yang digunakan peneliti adalah <i>self-efficacy</i> dan budaya rumah sakit
17.	Shorey, S., & Lopez, V. (2021)	" <i>Self-efficacy</i> in a Nursing Context"	<i>Self-efficacy</i> , Keperawatan, Promosi kesehatan	Membahas <i>self-efficacy</i> dalam konteks keperawatan dan bagaimana hal itu memengaruhi pemberian layanan	Variabel yang digunakan peneliti adalah budaya rumah sakit

No.	Penulis dan Tahun	Judul	Topik Utama	Temuan/Implikasi Utama	Perbedaan
				kesehatan, interaksi pasien, serta promosi kesehatan.	
18.	Siama Juwita, G., et al. (2017)	"Hubungan Mutu Pelayanan dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Tamiang Layang"	Kualitas layanan, Kepuasan pasien, Perawatan inap	Menunjukkan korelasi antara kualitas layanan dan kepuasan pasien rawat inap, menekankan perlunya peningkatan kualitas untuk meningkatkan tingkat kepuasan.	Variabel yang digunakan peneliti adalah <i>self-efficacy</i> dan budaya rumah sakit
19.	Smoktunowicz, E., et al. (2019)	"Efficacy of an Internet-based Intervention for Job Stress and Burnout Among Medical Professionals"	Burnout, Stres kerja, Intervensi online	Mengevaluasi efikasi intervensi online untuk mengurangi burnout dan stres, dengan fokus pada peningkatan self-	Variabel yang digunakan peneliti adalah budaya rumah sakit

No.	Penulis dan Tahun	Judul	Topik Utama	Temuan/Implikasi Utama	Perbedaan
				efficacy di kalangan profesional medis.	
20.	Theses, A., et al. (2021)	"Faculty Perceptions of <i>Self-efficacy</i> in interprofesional healthcare education	<i>Self-efficacy</i> , Pendidikan interprofesional	Menjelajahi <i>self-efficacy</i> dalam konteks Pendidikan interprofesional menyoroti pentingnya <i>self-efficacy</i> dalam Pendidikan kesehatan untuk kolaborasi dan pelatihan efektif	Variabel yang digunakan peneliti adalah budaya rumah sakit dan pcc

2.9 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan dugaan sementara yang masih perlu dibuktikan kebenarannya melalui suatu penelitian. Hipotesis terbentuk sebagai hubungan antara dua variable atau lebih. Berdasarkan latar belakang masalah, perumusan masalah dan kerangka konseptual yang telah diuraikan maka hipotesis yang diajukan pada penelitian adalah sebagai berikut:

- 1 H₀ : Tidak Ada pengaruh *self-efficacy* terhadap budaya rumah sakit di RSUD Beriman Kota Balikpapan

 H_a : Ada pengaruh *self-efficacy* terhadap budaya rumah sakit di RSUD Beriman Kota Balikpapan
- 2 H₀ : Tidak Ada pengaruh *Self-efficacy* terhadap penerapan patient-centered care (PCC) di RSUD Beriman Kota Balikpapan

 H_a : Ada pengaruh *Self-efficacy* terhadap penerapan patient-centered care (PCC) di RSUD Beriman Kota Balikpapan
- 3 H₀ : Tidak Ada pengaruh budaya rumah sakit terhadap penerapan patient-centered care (PCC) di RSUD Beriman Kota Balikpapan

 H_a : Ada pengaruh budaya rumah sakit terhadap penerapan patient-centered care (PCC) di RSUD Beriman Kota Balikpapan
- 4 H₀ : Tidak Ada pengaruh *Self-efficacy* terhadap penerapan patient-centered care (PCC) melalui budaya rumah sakit di RSUD Beriman Kota Balikpapan

Tidak Ada pengaruh *Self-efficacy* terhadap penerapan patient-centered care (PCC) melalui budaya rumah sakit di RSUD
Ha : Beriman Kota Balikpapan

2.10 Definisi Operasional Dan Kriteria Objektif

Tabel 4. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
1.	Budaya Rumah Sakit	Budaya organisasi rumah sakit adalah suatu kerangka kerja yang menjadi pedoman tingkah laku sehari-hari dan membuat keputusan untuk karyawan dan mengarahkan tindakan mereka untuk mencapai tujuan organisasi. Indikator : 1. Internal communication mengacu pada proses	Budaya rumah sakit” mengacu pada jumlah kesadaran kolektif, nilai, etika, dan norma dalam praktik medis yang dimiliki oleh karyawan rumah sakit dalam kondisi sosial ekonomi tertentu. Indikator: 1. Internal Communication adalah proses penyampaian informasi, ide, atau pesan yang berlangsung di dalam	Kuesioner menggunakan kuesioner yang dikembangkan oleh (Huang, et al, 2022) sebanyak 12 pertanyaan dengan menggunakan skala likert : 4: Sangat Setuju 3: Setuju 2: Tidak Setuju	Berdasarkan perhitungan di atas maka kriteria objektif tentang budaya rumah sakit yaitu : a. Tinggi : Jika skor total jawaban dari responden ≥ 30 b. Rendah : Jika skor total

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
		pertukaran informasi dan ide di dalam organisasi, yang mencakup pertemuan kelompok untuk membahas kondisi pasien dan rencana perawatan, serta kemampuan karyawan untuk secara bebas mengidentifikasi dan mengomunikasikan potensi insiden yang dapat berdampak negative 2. Cross-team collaboration adalah dorongan dan pelaksanaan kerja sama lintas disiplin di rumah	rumah sakit, baik secara formal maupun informal, yang melibatkan manajemen, karyawan, dan berbagai departemen. 2. Cross-team Collaboration adalah kemampuan tim-tim berbeda dalam rumah sakit untuk bekerja sama guna mencapai tujuan bersama, dengan memanfaatkan keahlian dan sumber daya yang saling melengkapi 3. Innovative Organizational adalah budaya rumah sakit yang mendorong kreativitas,	1: Sangat Tidak Setuju a. Skor Tertinggi = Jumlah pernyataan x bobot tertinggi = $12 \times 4 = 48$ b. Skor terendah = jumlah pernyataan x bobot terendah $12 \times 1 = 12$ c. Skor Range: $48 - 12 = 36$ d. Interval skor : $36 / 2 = 18$ e. Skor Standar $48 - 18 = 30$	jawaban dari responden < 30

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
		sakit, di mana berbagai departemen bekerja sama secara efektif untuk memecahkan masalah pasien. Hal ini mencakup pemahaman dan penerimaan bersama di antara anggota departemen, serta kolaborasi dalam mengembangkan metode inovatif untuk memberikan layanan kesehatan 3. Innovative organizational culture merujuk pada budaya rumah sakit yang mendorong inovasi berkelanjutan dalam	keberanian mengambil risiko, dan penerapan ide-ide baru untuk meningkatkan efisiensi, kualitas, atau produk/jasa yang dihasilkan Culture 4. Charismatic Leadership adalah gaya kepemimpinan menggunakan karisma, daya tarik pribadi, dan kemampuan komunikasi yang kuat untuk menginspirasi, memotivasi, dan memengaruhi pengikutnya menuju pencapaian visi bersama		

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
		teknologi informasi kesehatan, keterampilan administratif, dan pengembangan metode baru dalam pemberian layanan kesehatan. Budaya ini menekankan pentingnya kolaborasi antar departemen untuk menciptakan solusi inovatif yang meningkatkan kualitas perawatan pasien 4. Charismatic leadership adalah gaya kepemimpinan di mana pemimpin berusaha menjadi teladan yang baik bagi karyawan,			

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
		menekankan pentingnya menunjukkan rasa hormat dan kepedulian terhadap pasien, serta melindungi hak-hak mereka. Pemimpin karismatik mempengaruhi dan menginspirasi karyawan untuk berperilaku sesuai dengan nilai-nilai organisasi yang berfokus pada pasien Huang et al. (2022)			

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
2.	<i>Self-efficacy</i>	<i>Self-efficacy</i> adalah keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk berhasil melakukan tugas atau menghadapi tantangan tertentu. <i>Self-efficacy</i> bukan hanya tentang kepercayaan diri secara umum, tetapi lebih spesifik pada keyakinan dalam konteks keterampilan atau situasi tertentu. Indikator : 3. Confidence About Interpersonal adalah tingkat kepercayaan diri individu dalam berinteraksi dengan orang lain, termasuk	Penilaian seseorang terhadap dirinya sendiri atau tingkat keyakinan mengenai seberapa besar kemampuannya dalam mengerjakan suatu tugas tertentu untuk dapat mencapai hasil tertentu. Indikator: 1. Confidence About Interpersonal merujuk pada tingkat keyakinan individu dalam menjalin hubungan antarpribadi yang positif dan produktif, termasuk kemampuan untuk	Kuesioner menggunakan “kuesioner yang dikembangkan oleh (Huang, et al, 2022) sebanyak 9 pertanyaan dengan menggunakan skala likert : 4: Sangat Setuju 3: Setuju 2: Tidak Setuju 1: Sangat Tidak Setuju	Berdasarkan perhitungan di atas maka kriteria objektif tentang <i>self-efficacy</i> yaitu : a. Tinggi : Jika skor total jawaban dari responden ≥ 18 b. Rendah : Jika skor total jawaban dari

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
		kemampuan untuk membangun, mempertahankan, dan memperkuat hubungan sosial melalui komunikasi yang efektif, pemahaman emosional, dan respons adaptif terhadap kebutuhan sosial. 4. Communication Confidence About Effective Communication adalah keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk menyampaikan pesan secara jelas, persuasif, dan sesuai konteks sehingga dapat mencapai tujuan komunikasi dan	memahami dan merespons secara efektif kebutuhan, emosi, dan perspektif orang lain 2. Communication Confidence About Effective Communication mengacu pada tingkat keyakinan individu terhadap kemampuan mereka untuk menyampaikan informasi, ide, dan pesan secara jelas, efisien, dan relevan sehingga dapat dipahami oleh penerima	a. Skor Tertinggi = Jumlah pernyataan x bobot tertinggi = $9 \times 4 = 36$ b. Skor terendah = jumlah pernyataan x bobot terendah $9 \times 1 = 9$ c. Skor Range: $36 - 9 = 27$ d. Interval skor : $36 / 2 = 18$ e. Skor Standar $36 - 18 = 18$	responden < 18

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
		menghasilkan pemahaman bersama Huang et al. (2022)			
3.	Patient-Centered Care	Patient centered care adalah pendekatan dalam pelayanan kesehatan yang berfokus pada pemberian perawatan yang menghormati dan merespons preferensi, kebutuhan, dan nilai-nilai pasien. Teori ini menempatkan pasien sebagai mitra aktif dalam proses perawatan dan pengambilan keputusan medis.	PCC merupakan layanan kesehatan bernilai tinggi yang sangat penting untuk meningkatkan kualitas perawatan dan membangun hubungan dokter-pasien yang harmoni. Indikator: 1. Patient Engagement adalah tingkat partisipasi pasien dalam proses	Kuesioner menggunakan "kuesioner yang dikembangkan oleh (Huang, et al, 2022) sebanyak 16 pertanyaan dengan menggunakan skala likert : 4: Sangat Setuju	Berdasarkan perhitungan di atas maka kriteria objektif tentang PCC yaitu : a. Tinggi : Jika skor total jawaban dari responden ≥ 32

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
		Indikator: 1. Patient Engagement merujuk pada tingkat keterlibatan aktif pasien dalam proses perawatan mereka. Ini mencakup partisipasi pasien dalam pengambilan keputusan terkait perawatan, pemantauan kondisi kesehatan mereka, serta kolaborasi dengan tenaga kesehatan untuk mencapai hasil yang diinginkan 2. Emphaty merujuk Kemampuan tenaga kesehatan untuk memahami dan merasakan pengalaman serta perasaan pasien,	perawatan kesehatan, yang mencakup keterlibatan aktif mereka dalam pengambilan keputusan, kepatuhan terhadap rekomendasi medis, dan komunikasi yang efektif dengan tenaga kesehatan 2. Emphaty adalah kemampuan tenaga kesehatan untuk memahami dan merasakan kebutuhan emosional, pengalaman, dan perspektif pasien, serta memberikan	3: Setuju 2: Tidak Setuju 1: Sangat Tidak Setuju a. Skor Tertinggi = Jumlah pernyataan x bobot tertinggi = $16 \times 4 = 64$ b. Skor terendah = jumlah pernyataan x bobot terendah $16 \times 1 = 16$ c. Skor Range: $64 - 16 = 48$ d. Interval skor : $64 / 2 = 32$ e. Skor Standar $64 - 32 = 32$	b. Rendah : Jika skor total jawaban dari responden < 32

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
		yang dapat meningkatkan kepuasan dan kepatuhan pasien terhadap perawatan 3. Interest in Patients Agendas mengacu pada perhatian dan komitmen tenaga kesehatan untuk memahami, mengakomodasi, dan memberikan prioritas pada kebutuhan, kekhawatiran, nilai, serta preferensi pasien dalam proses perawatan 4. Effective Communication merujuk Keterampilan komunikasi yang mencakup mendengarkan secara	respons yang mendukung 3. Interest in Patients Agendas adalah perhatian dan fokus tenaga kesehatan terhadap masalah, kebutuhan, dan prioritas yang penting bagi pasien dalam konteks perawatan kesehatan 4. Effective Communication adalah kemampuan tenaga kesehatan untuk menyampaikan informasi yang jelas, terbuka, dan mudah dipahami kepada pasien, sehingga		

NO	VARIABEL	DEFINISI TEORI	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT DAN CARA PENGUKURAN	KRITERIA OBJEKTIF
		aktif, memahami perspektif pasien, dan menyampaikan informasi dengan jelas, yang merupakan komponen kunci dalam perawatan yang berpusat pada pasien. Huang et al. (2022)	menciptakan pemahaman bersama yang mendukung pengambilan keputusan dan perawatan		