

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Patient safety adalah usaha sistematis untuk mengurangi risiko bahaya dan kesalahan yang terjadi dalam layanan kesehatan. Di seluruh dunia, sekitar 1 dari 10 pasien mengalami kesalahan perawatan, dengan total mencapai 134 juta kasus per tahun World Health Organization (WHO, 2023). Akibat dari kesalahan ini menyebabkan peningkatan jumlah kematian, dari 2,6 juta pada tahun 2019 menjadi lebih dari 3 juta per tahun pada tahun 2023 (WHO, 2019; WHO, 2023). Secara global, diperkirakan 4 dari 10 pasien mengalami cedera, dan 4 dari 100 pasien meninggal di negara-negara dengan pendapatan rendah hingga menengah (Slawomirski L, 2020; WHO, 2023). Kondisi ini merupakan ancaman serius bagi sistem layanan kesehatan di seluruh dunia dan merupakan isu yang mendalam dan mendesak untuk ditangani secara global.

Kesalahan dalam perawatan dapat mengakibatkan dampak negatif yang signifikan. Menurut World Health Organization (WHO, 2019), kesalahan perawatan merupakan salah satu dari sepuluh penyebab utama kematian dan kecacatan global. Selain itu, kesalahan tersebut juga mengakibatkan kerugian finansial yang besar dan mempengaruhi ekonomi secara keseluruhan (Slawomirski L, 2020). Dampak lain yang ditimbulkan termasuk penurunan produktivitas, penurunan kualitas dan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, serta problem psikologis terhadap pasien dan keluarga psikologis (WHO, 2023). Meskipun berbagai usaha secara global sudah dilakukan selama 15 tahun terakhir, perubahan yang jelas belum terlihat (WHO, 2023). Oleh karena itu, sangat penting untuk mencegah insiden patient safety baik dari penyebab, solusi dan faktor yang mempengaruhi terjadinya insiden patient safety.

Faktor-faktor yang mempengaruhi patient safety termasuk Faktor sistem dan organisasi, teknologi, faktor manusia dan perilaku, faktor yang berhubungan dengan pasien serta faktor eksternal. Faktor sistem dan organisasi termasuk

kompleksitas intervensi medis, prosedur yang tidak memadai, gangguan dalam alur kerja dan koordinasi perawatan, serta keterbatasan sumber daya dan staf yang tidak memadai. Faktor teknologi mencakup masalah dalam sistem informasi kesehatan, seperti kesalahan pada rekam medis elektronik atau sistem manajemen pengobatan, serta penyalahgunaan teknologi. Faktor manusia dan perilaku, seperti komunikasi yang buruk antar tenaga kesehatan, kerja tim yang tidak efektif, kelelahan, psikologis dan bias kognitif, juga berkontribusi. Selain itu, faktor pasien seperti pengetahuan kesehatan yang terbatas, kurangnya partisipasi, dan ketidakpatuhan terhadap pengobatan, serta faktor eksternal seperti kebijakan yang tidak memadai, peraturan yang tidak konsisten, tekanan ekonomi, dan tantangan lingkungan, turut memengaruhi (WHO, 2023). Faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam menerapkan keselamatan pasien meliputi usia, sikap, pengetahuan, motivasi kerja, beban kerja, lama masa kerja, supervisi, dan budaya organisasi (Salsabila & Dhamanti, 2023). Secara keseluruhan, keselamatan pasien merupakan hasil interaksi kompleks antara berbagai faktor internal dan eksternal, termasuk faktor psikologis yang mempengaruhi kinerja perawat dalam menerapkan prosedur keselamatan pasien.

Kesejahteraan psikologi adalah konsep pikiran positif yang mempengaruhi kesehatan tubuh secara signifikan signifikan (Amna et al. 2022), meliputi kebahagiaan, sukacita, dan kesuksesan (Sahusilawane et al, 2017). WHO mendefinisikan kesejahteraan psikologi sebagai penilaian subjektif terhadap potensi diri dan bagian dari Subjective Well-Being (SWB) (Keyes, 2013). Semakin baik kesejahteraan psikologi akan meningkatkan tanggung jawab dan kinerja seseorang dalam pekerjaan (Ryff 1989; Edwani 2018) dan berdampak pada mutu perawatan dan praktik keselamatan (Melnik et al., 2018; McClelland et al., 2018; Ross et al., 2017; Salyers et al., 2017). Oleh karena itu, meningkatkan kesejahteraan psikologis perawat menjadi kunci dalam memastikan mutu perawatan dan penerapan praktik keselamatan yang optimal.

Faktor yang dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologi yang buruk dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor tersebut diantaranya termasuk insomnia

(Ryff, 1989), stres (Clemente, 2016), kecemasan, depresi (Ramkisson et al., 2016), dan burnout (Collin et al., 2019). Sebagai contoh di Indonesia, khususnya Makassar terdapat 60.7% mengalami kecemasan sedang, stres pada tingkat ringan sebesar 100,0%, sementara depresi cenderung terjadi pada tingkat ringan sebesar 51,3% (Devi Lupianti et al., 2022). Sekitar 35% perawat mengalami gejala burnout dan dapat mengganggu kesejahteraan psikologis (American Nurses Foundation, 2021). Terdapat 66% kesejahteraan psikologis perawat selama pandemi dipengaruhi oleh ketakutan, kelelahan, serta masalah psikologis negatif seperti kecemasan (Amin, M et al., 2022). Berdasarkan meta analisis terdapat hubungan signifikan antara tingkat burnout dan tindakan keselamatan pasien, dengan probabilitas superioritas sebesar 66,4% (Garcia et al., 2019). Beberapa tinjauan sistematis membuktikan, perawat mengalami burnout/ kelelahan tingkat sedang hingga tinggi (Khatatbeh et al., 2022), termasuk tinjauan sistematik di 49 negara menunjukkan sepersepuluh dari perawat di seluruh dunia menderita gejala kelelahan tinggi (Woo et al., 2020). Yang et al (2022) menegaskan, terdapat kegagalan secara global dalam menjaga kesehatan mental dan kesejahteraan perawat secara keseluruhan (WHO, 2022), yang berpotensi menjadi ancaman serius bagi kesehatan global dan memerlukan perhatian segera (ICN, 2022). Masalah kesehatan mental perawat dipengaruhi oleh banyak faktor dan memiliki konsekuensi yang beragam dan serius. Hal ini menunjukkan kebutuhan mendesak untuk memperhatikan kesejahteraan psikologi perawat sebagai bagian dari strategi peningkatan keselamatan pasien (Munro & Hope, 2022). Penting memperhatikan kesejahteraan psikologi perawat untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Kesejahteraan psikologi perawat sangat berperan terhadap pelayanan berkualitas tinggi yang berdampak terhadap pekerjaan dan kepada pasien. Psikologis perawat merupakan faktor penting dalam mencapai kinerja dan keselamatan pasien (Jamal et al., 2023), dimana kinerja perawat menjadi faktor keberhasilan rumah sakit dalam menerapkan keselamatan pasien (Raymound, 2022). Jika kesejahteraan psikologis perawat tinggi, maka kinerja perawat semakin baik (Susanti et al., 2023). Oleh karena itu, kesejahteraan psikologis perawat yang

baik meningkatkan kinerja dan keselamatan pasien sehingga menjadi faktor kunci kualitas pelayanan kesehatan yang optimal.

Kesejahteraan psikologi yang buruk pada perawat berdampak pada peningkatan insiden keselamatan pasien. Faktor-faktor seperti kesejahteraan psikologi, tingkat depresi dan keterlibatan kerja memiliki dampak signifikan terhadap persepsi keselamatan pasien (Elliott & Fry, 2021). Kesejahteraan psikologi yang buruk dan tingkat kelelahan dapat mempengaruhi risiko kesalahan medis dan menjadi ancaman terhadap keselamatan pasien (Melnik et al., 2018; Hall et al., 2016). Kesejahteraan psikologi perawat sangat penting untuk mengurangi risiko kesalahan medis dan meningkatkan keselamatan pasien.

Selain itu, faktor lain seperti sikap, pengetahuan, dan tindakan juga berperan dalam penerapan keselamatan pasien. Penelitian oleh Salsabila & Dhamanti (2023) menunjukkan bahwa pengetahuan merupakan faktor dominan yang mempengaruhi kinerja perawat dalam menerapkan keselamatan pasien, yang sesuai dengan pandangan Benyamin Bloom (1908) bahwa pembentukan perilaku melibatkan pengetahuan, sikap, dan tindakan (Notoatmodjo, 2014). Hubungan yang signifikan antara pengetahuan, sikap, dan tindakan perawat dalam penerapan keselamatan pasien juga telah dibuktikan dalam penelitian lainnya (Iqbal et al., 2020; Pardede et al., 2020; Jalil et al., 2020; Raymound et al., 2022; Hilda et al., 2022; Abdelaliem & Alsenany, 2022). Dengan demikian, penguatan pengetahuan perawat, bersama dengan sikap dan tindakan yang tepat, menjadi kunci utama dalam penerapan keselamatan pasien yang efektif dan berkelanjutan.

Berbagai penelitian menjelaskan bahwa jika kesejahteraan perawat baik, maka akan semakin baik pula kinerja perawat yang diberikan kepada pasien sehingga terhindar dari patient safety incident. Akan tetapi penelitian pada umumnya berfokus pada peningkatan pengetahuan/edukasi, kebijakan pemerintah, pelaporan patient safety incident dan bagaimana meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga dalam upaya patient safety, burnout perawat dan patient safety. Belum ada penelitian yang secara khusus melihat keterkaitan antara kondisi psikologis perawat dengan perilaku keselamatan pasien dalam satu penelitian yang utuh sehingga

penting untuk dilakukan penelitian. Oleh karena itu, penelitian ini akan menganalisis hubungan kesejahteraan psikologis dengan perilaku keselamatan pasien oleh perawat.

B. Rumusan Masalah

Pentingnya keselamatan pasien tidak terlepas dari peran tenaga perawat. Perawat di instansi kesehatan menjadi salah satu faktor penentu kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Terdapat berbagai teori yang mendukung topik budaya positif. Salah satunya yaitu teori kesejahteraan psikologi yang dikemukakan (Ryff, 1989b) sebagai bentuk mewujudkan potensi diri dan rasa bertanggung jawab sehingga dapat menciptakan kinerja yang baik.

Kesejahteraan psikologi merupakan komponen kunci dalam hubungan antara lingkungan praktik keperawatan dan keselamatan pasien (Lee et al, 2019). Semakin baik pengetahuan dan sikap perawat maka semakin baik tindakan tentang keselamatan pasien (Pardede et al, 2020). Dalam menciptakan keselamatan pasien yang sesuai dengan kompetensi akan sangat penting untuk meningkatkan dan mempertahankan sikap, keterampilan dan pengetahuan keselamatan pasien (Abdelaliem & Alsenany, 2022). Kesejahteraan psikologi yang tinggi maka kinerja perawat semakin baik (Susanti et al., 2023). Kesejahteraan psikologis yang rendah pada perawat, seperti tekanan kerja, akan cenderung menyebabkan penurunan kinerja (Jalil et al., 2020).

Berdasarkan permasalahan tersebut sehingga dirumuskan pertanyaan “Apakah terdapat hubungan antara kesejahteraan psikologis dengan perilaku keselamatan pasien oleh perawat?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan kesejahteraan psikologis dengan perilaku keselamatan pasien oleh perawat.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan antara kesejahteraan psikologis dengan pengetahuan keselamatan pasien oleh perawat di rumah sakit kota Makassar
- b. Untuk mengetahui hubungan antara kesejahteraan psikologis dengan sikap keselamatan pasien oleh perawat di rumah sakit kota Makassar
- c. Untuk mengetahui hubungan antara kesejahteraan psikologis dengan tindakan keselamatan pasien oleh perawat di rumah sakit kota Makassar

D. Originalitas

Berdasarkan beberapa penelitian yang telah dilakukan oleh (Elliott et al., 2021; Lee et al., 2019) menunjukkan bahwa perawat yang memiliki kesejahteraan yang baik cenderung memiliki persepsi yang lebih positif terhadap sikap keselamatan pasien. Pengetahuan yang tepat akan mempengaruhi perilaku perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan memprioritaskan keselamatan pasien (Nasution et al. 2022). Semakin baik pengetahuan dan sikap perawat maka semakin baik tindakan tentang patient safety (Pardede et al., 2020; Abdelaliem et al., 2022). Kesejahteraan psikologi yang tinggi maka kinerja perawat semakin baik (Susanti et al., 2023; Jalil et al., 2020). Kesejahteraan psikologi yang rendah dan tingkat kelelahan mempengaruhi hasil keselamatan pasien yang buruk (Hall et al., 2016)

Meskipun telah banyak penelitian yang meneliti hubungan antara kesejahteraan psikologis perawat dan perilaku keselamatan pasien, studi-studi tersebut masih terfragmentasi dengan fokus pada variabel-variabel individual, seperti pengetahuan, sikap, atau tindakan secara terpisah ((Elliott & Fry, 2021) Lee et al., 2019; Nasution et al., 2022; Pardede et al., 2020; Susanti et al., 2023; Jalil et al., 2020). Originalitas penelitian ini terletak pada pendekatan yang menggabungkan

ketiga variabel utama perilaku perawat, yaitu pengetahuan, sikap, dan tindakan, terhadap keselamatan pasien. Oleh karena itu, penelitian ini menawarkan pendekatan holistik untuk memahami bagaimana hubungan kesejahteraan psikologis perawat dengan keseluruhan aspek perilaku mereka terkait keselamatan pasien, yang belum secara menyeluruh dibahas dalam penelitian-penelitian sebelumnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Literatur

1. Kesejahteraan Psikologi (*Psychological Well-Being*)

a. Pengertian

Kesejahteraan psikologis merupakan manifestasi optimal dari kapasitas psikologis individu, yang tercermin dalam kemampuan untuk menerima diri secara utuh, baik dalam aspek kekuatan maupun keterbatasan. Individu dengan tingkat kesejahteraan psikologis yang tinggi cenderung memiliki tujuan hidup yang jelas, menjalin hubungan interpersonal yang sehat, menunjukkan kemandirian dalam pengambilan keputusan, mampu mengelola lingkungan secara efektif, serta terus mengalami perkembangan dan pertumbuhan pribadi secara berkelanjutan (Ryff & Keyes, 1995).

Kesejahteraan psikologis merupakan manifestasi optimal dari kapasitas psikologis individu, yang tercermin dalam kemampuan untuk menerima diri secara utuh, baik dalam aspek kekuatan maupun keterbatasan. Individu dengan tingkat kesejahteraan psikologis yang tinggi cenderung memiliki tujuan hidup yang jelas, menjalin hubungan interpersonal yang sehat, menunjukkan kemandirian dalam pengambilan keputusan, mampu mengelola lingkungan secara efektif, serta terus mengalami perkembangan dan pertumbuhan pribadi secara berkelanjutan (Ryff, 1989b).

Ryff mengembangkan konsep kesejahteraan psikologis berdasarkan sintesis berbagai teori yang telah ada, dengan merumuskan suatu pendekatan multidimensional untuk mengukur kesejahteraan individu secara komprehensif. Model ini menggambarkan kesejahteraan psikologis sebagai proses aktualisasi diri yang berorientasi pada pencapaian potensi optimal individu dalam berbagai aspek kehidupan (Ryff & Keyes, 1995).

b. Faktor-Faktor kesejahteraan psikologi

1) Usia

(Ryff & Keyes, 1995) Ryff menyatakan bahwa variabel usia berkontribusi terhadap perbedaan pada masing-masing dimensi kesejahteraan psikologis. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa dimensi penguasaan lingkungan dan otonomi cenderung meningkat seiring bertambahnya usia, khususnya selama transisi dari masa dewasa awal ke dewasa madya. Selain itu, dimensi hubungan positif dengan orang lain juga mengalami perkembangan yang progresif sejalan dengan pertambahan usia.

2) Jenis Kelamin

Penelitian (Ryff & Keyes, 1995) menunjukkan bahwa perempuan cenderung memiliki tingkat kesejahteraan psikologis yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Perbedaan ini dikaitkan dengan perbedaan pola pikir yang memengaruhi strategi coping yang digunakan, serta tingkat keterlibatan dalam aktivitas sosial. Perempuan umumnya lebih terbuka dalam mengekspresikan emosi melalui komunikasi interpersonal, seperti berbagi cerita dengan orang lain, dan menunjukkan preferensi yang lebih tinggi terhadap pembentukan serta pemeliharaan relasi sosial dibandingkan laki-laki.

3) Status Sosial Ekonomi

(Ryff & Singer, 2006) juga mengidentifikasi bahwa status sosial ekonomi merupakan determinan penting dalam pembentukan kesejahteraan psikologis individu. Pendidikan tinggi dan posisi pekerjaan yang lebih mapan berkontribusi secara positif terhadap peningkatan kesejahteraan psikologis, khususnya dalam dimensi penerimaan diri dan tujuan hidup. Individu yang berada pada kelas sosial yang lebih tinggi cenderung memiliki pandangan yang lebih positif terhadap diri sendiri dan pengalaman masa lalu, serta

menunjukkan arah dan tujuan hidup yang lebih jelas dibandingkan dengan mereka yang berasal dari kelas sosial yang lebih rendah.

4) Budaya

Budaya dan struktur sosial masyarakat memainkan peran penting dalam membentuk norma, nilai, serta kebiasaan yang memengaruhi kesejahteraan psikologis individu. Perbedaan antara budaya individualistik dan kolektivistik menghasilkan variasi dalam pengalaman dan persepsi terhadap kesejahteraan psikologis. Studi komparatif yang dilakukan di Amerika Serikat dan Korea Selatan mengungkapkan bahwa partisipan dari Korea Selatan menunjukkan skor yang lebih tinggi pada dimensi hubungan positif dengan orang lain, namun lebih rendah pada dimensi penerimaan diri, yang mencerminkan pengaruh budaya kolektif yang menekankan interdependensi sosial. Sebaliknya, partisipan dari Amerika Serikat mencatat skor yang lebih tinggi dalam dimensi pertumbuhan pribadi pada perempuan dan tujuan hidup pada laki-laki, namun keduanya menunjukkan skor yang relatif rendah pada dimensi otonomi. Temuan ini menegaskan bahwa orientasi budaya turut memengaruhi struktur kesejahteraan psikologis secara signifikan (Ryff & Singer, 2006).

c. Dimensi kesejahteraan psikologi

1) Otonomi

Otonomi merujuk pada kapasitas individu untuk memiliki keyakinan yang teguh terhadap nilai dan prinsip pribadi, serta kemampuan untuk menjalani kehidupan secara mandiri tanpa ketergantungan yang berlebihan pada pengaruh eksternal (Ryff, 1989).

2) Hubungan Positif Dengan Orang Lain

Dimensi hubungan positif dengan orang lain menyoroti pentingnya kualitas interaksi interpersonal yang didasarkan pada rasa saling percaya, empati, dan afeksi. Kemampuan individu untuk membangun ikatan emosional yang sehat, termasuk kapasitas untuk mencintai dan

peduli terhadap sesama, dipandang sebagai indikator utama dari kesehatan mental dan merupakan wujud aktualisasi diri dalam konteks hubungan sosial.

3) Penerimaan Diri

Penerimaan diri dipandang sebagai indikator esensial dari kesehatan mental yang optimal, serta merefleksikan aspek fundamental dari aktualisasi diri dan kematangan psikologis. Dimensi ini mencakup kemampuan individu untuk menerima berbagai pengalaman hidup di masa lalu secara positif dan integratif, termasuk pengakuan terhadap kekuatan dan keterbatasan diri (Ryff, 1989).

4) Pengembangan Diri

Pertumbuhan pribadi mencerminkan proses pengembangan potensi diri yang berkelanjutan sebagai bagian dari upaya aktualisasi diri. Karakteristik utama dari dimensi ini adalah keterbukaan terhadap pengalaman baru, yang menunjukkan kapasitas individu untuk belajar, berubah, dan berkembang secara adaptif dalam menghadapi dinamika kehidupan (Ryff, 1989).

5) Penguasaan Lingkungan

Penguasaan lingkungan merujuk pada kemampuan individu untuk mengelola dan menavigasi lingkungan hidupnya secara efektif, termasuk dalam memanfaatkan peluang secara konstruktif guna mendukung pengembangan diri serta peningkatan kapasitas personal (Ryff, 1989).

6) Tujuan Hidup

Dimensi tujuan hidup berkaitan dengan keyakinan individu terhadap eksistensi makna dan arah dalam kehidupannya. Kedewasaan psikologis tercermin dari kemampuan individu untuk merumuskan serta mempertahankan pemahaman yang jelas dan terarah mengenai tujuan hidup, yang memberikan orientasi dan makna dalam setiap aspek pengalaman hidup (Ryff, 1989).

d. Dampak kesejahteraan psikologi perawat terhadap keselamatan pasien

Faktor-faktor seperti kesejahteraan psikologis, tingkat depresi, dan keterlibatan dalam pekerjaan berperan signifikan dalam memengaruhi persepsi individu terhadap keselamatan pasien. Ketiga variabel ini saling berinteraksi dalam membentuk evaluasi tenaga kesehatan terhadap kondisi dan praktik keselamatan di lingkungan klinis (Elliott & Fry, 2021).

Faktor manusia dan aspek perilaku, termasuk rendahnya tingkat kesejahteraan psikologis, berpotensi meningkatkan risiko terjadinya kesalahan medis dan secara langsung mengancam keselamatan pasien. Tenaga kesehatan yang mengalami gangguan psikologis cenderung menunjukkan penurunan kinerja, yang pada gilirannya dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kesalahan dalam proses pemberian layanan medis (Hall et al., 2016).

Kesejahteraan psikologis merupakan suatu konstruksi yang mencerminkan pola pikir positif yang secara substansial berkontribusi terhadap kesehatan fisik individu (Amna et al. 2022), Dimensi-dimensi seperti kebahagiaan, rasa sukacita, dan pencapaian diri turut membentuk inti dari kesejahteraan psikologis (Sahusilawane et al, 2017). WHO mengartikan kesejahteraan psikologis merujuk pada evaluasi subjektif individu atas kapasitasnya dalam mengenali serta mewujudkan potensi diri, yang juga termasuk dalam komponen Subjective Well-Being (SWB) (Keyes, 2013). Dengan peningkatan tingkat kesejahteraan psikologis dikaitkan dengan peningkatan rasa tanggung jawab dan performa profesional (Ryff 1989; Edwani 2018), yang pada gilirannya berdampak positif terhadap mutu layanan kesehatan serta pelaksanaan praktik keselamatan pasien (Melnik et al., 2018; McClelland et al., 2018; Ross et al., 2017; Salyers et al., 2017).

Kesehatan mental perawat dipengaruhi oleh berbagai determinan kompleks yang dapat menimbulkan dampak serius, baik terhadap individu perawat maupun lingkungan kerjanya. Permasalahan dalam kesehatan

mental menegaskan urgensi untuk memberikan perhatian yang lebih besar terhadap aspek kesejahteraan psikologis perawat. Dalam konteks pelayanan kesehatan, kesejahteraan psikologis perawat harus diposisikan sebagai komponen strategis yang esensial dalam upaya peningkatan keselamatan pasien, mengingat kondisi mental yang optimal tidak hanya berkontribusi pada kesejahteraan personal tenaga keperawatan, tetapi juga berdampak langsung terhadap mutu pelayanan dan penerapan standar keselamatan pasien secara menyeluruh (Munro & Hope, 2022).

2. Keselamatan Pasien

a. Definisi

Keselamatan pasien (patient safety) merupakan suatu pendekatan sistematis yang bertujuan untuk memastikan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien. Pendekatan ini mencakup identifikasi dan penilaian risiko, manajemen risiko klinis, pelaporan serta analisis insiden keselamatan, pembelajaran berkelanjutan dari insiden yang terjadi, dan penerapan intervensi yang bertujuan untuk meminimalkan kemungkinan terjadinya cedera. Cedera tersebut umumnya disebabkan oleh kesalahan dalam tindakan medis, baik berupa tindakan yang tidak tepat maupun kegagalan dalam mengambil tindakan yang semestinya (Kemenkes RI, 2017).

Regulasi terkait keselamatan pasien ditujukan untuk meningkatkan kualitas layanan di fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan prinsip manajemen risiko secara menyeluruh pada setiap aspek penyelenggaraan pelayanan. Pendekatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi, mengendalikan, dan mengurangi potensi risiko yang dapat mengganggu keselamatan pasien, sehingga tercipta sistem pelayanan yang lebih aman dan efektif (Kemenkes RI, 2017).

b. Tujuan Keselamatan Pasien

Menurut (Mulyana, 2013) tujuan program keselamatan pasien di rumah sakit antara lain:

- 1) Terbentuknya budaya keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit mencerminkan komitmen kolektif seluruh elemen organisasi terhadap praktik pelayanan yang aman, transparan, dan berorientasi pada pencegahan risiko.
- 2) Akuntabilitas rumah sakit yang meningkat mencerminkan tanggung jawab dalam memberikan pelayanan yang aman, transparan, dan dapat dipercaya oleh pasien serta masyarakat.
- 3) Penurunan kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit mencerminkan perbaikan sistem pelayanan melalui penerapan praktik keselamatan yang efektif, sehingga risiko terjadinya insiden yang merugikan pasien dapat diminimalisir secara signifikan.
- 4) Implementasi program-program pencegahan yang efektif berperan dalam mencegah terulangnya kejadian tidak diharapkan melalui identifikasi akar masalah dan penerapan tindakan korektif yang berkelanjutan.

c. Sasaran Keselamatan Pasien (*patient safety*)

Sasaran keselamatan pasien sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 mencakup: identifikasi pasien secara akurat, peningkatan efektivitas komunikasi antar tenaga kesehatan, pengamanan terhadap penggunaan obat-obatan berisiko tinggi, verifikasi lokasi dan prosedur pembedahan yang tepat pada pasien yang benar, serta upaya untuk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan dan mencegah cedera akibat pasien terjatuh.

- 1) Mengidentifikasi pasien dengan benar
Kegiatan yang dilaksanakan sebagai berikut:
 - a) Identifikasi pasien harus dilakukan dengan menggunakan dua indikator identitas yang sah, dan tidak diperbolehkan menggunakan nomor kamar atau lokasi sebagai identifikasi.
 - b) Identifikasi pasien wajib dilakukan sebelum pemberian obat, transfusi darah, atau produk darah lainnya.

- c) Pasien harus diidentifikasi sebelum pengambilan darah atau spesimen lain untuk pemeriksaan, serta sebelum pemberian pengobatan maupun tindakan medis.
- d) Kebijakan dan prosedur harus memastikan pelaksanaan identifikasi pasien yang konsisten di semua situasi dan lokasi pelayanan.

Kesalahan akibat kekeliruan identifikasi pasien dapat terjadi pada berbagai tahap diagnosis dan terapi. Faktor-faktor yang meningkatkan risiko kesalahan ini mencakup kondisi pasien yang sedang dalam keadaan terbius, tersedasi, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya; perpindahan tempat tidur, kamar, atau lokasi dalam fasilitas kesehatan; gangguan fungsi sensorik; serta situasi khusus lainnya yang mempersulit proses identifikasi secara akurat (Kemenkes RI, 2017).

Sasaran ini memiliki dua tujuan utama: pertama, memastikan identifikasi pasien secara andal sebagai individu yang tepat untuk menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua, menjamin bahwa tindakan atau terapi yang diberikan benar-benar ditujukan kepada individu tersebut. Untuk mencapai hal ini, kebijakan dan prosedur yang dikembangkan secara kolaboratif harus memperkuat proses identifikasi, terutama dalam konteks pemberian obat, transfusi darah atau produk darah, pengambilan spesimen, serta pelaksanaan tindakan medis. Prosedur tersebut mensyaratkan penggunaan minimal dua indikator identitas pasien—seperti nama lengkap, nomor rekam medis, tanggal lahir, atau gelang identitas dengan bar-code—dan secara tegas melarang penggunaan nomor kamar atau lokasi sebagai alat identifikasi.

Kebijakan dan/atau prosedur juga harus mencakup pedoman penggunaan dua identifikasi pasien yang berbeda di berbagai lokasi dalam fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk di layanan rawat jalan,

unit gawat darurat, dan kamar operasi. Prosedur ini juga harus mengatur mekanisme identifikasi bagi pasien dalam kondisi koma tanpa identitas. Pengembangan kebijakan tersebut dilakukan melalui proses kolaboratif untuk memastikan bahwa seluruh kemungkinan situasi klinis yang memerlukan identifikasi pasien telah diakomodasi secara menyeluruh dan konsisten (Kemenkes RI, 2017).

2) Meningkatkan komunikasi yang efektif

Kegiatan yang dilaksanakan sebagai berikut:

- a) Instruksi verbal, perintah melalui telepon, serta hasil pemeriksaan harus dicatat secara lengkap oleh penerima informasi tersebut.
- b) Instruksi lisan, perintah melalui telepon, serta hasil pemeriksaan wajib dikonfirmasi dengan membacakan kembali secara lengkap oleh penerima informasi guna memastikan keakuratan komunikasi dan mencegah kesalahan klinis.
- c) Setiap perintah atau hasil pemeriksaan harus dikonfirmasi oleh individu yang memberikan instruksi atau menyampaikan hasil tersebut, guna menjamin kejelasan dan akurasi informasi klinis.
- d) Kebijakan dan prosedur harus dirancang untuk mendukung praktik verifikasi yang konsisten terhadap akurasi komunikasi lisan yang disampaikan melalui telepon, guna meminimalkan potensi kesalahan informasi klinis.

Komunikasi yang efektif—yang ditandai oleh ketepatan waktu, keakuratan, kelengkapan, kejelasan, dan pemahaman oleh penerima informasi—berperan penting dalam menurunkan angka kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berlangsung dalam bentuk elektronik, lisan, maupun tertulis, namun instruksi yang disampaikan secara verbal atau melalui telepon, jika diizinkan oleh peraturan, merupakan bentuk komunikasi yang paling rentan terhadap kesalahan. Risiko serupa juga ditemukan dalam pelaporan hasil pemeriksaan kritis, seperti saat laboratorium klinik menyampaikan

hasil pemeriksaan segera (cito) kepada unit perawatan pasien melalui telepon. Untuk itu, fasilitas pelayanan kesehatan perlu menyusun kebijakan dan/atau prosedur secara kolaboratif yang mencakup: pencatatan atau entri perintah/hasil secara lengkap oleh penerima, pelaksanaan konfirmasi dengan membacakan kembali informasi tersebut (read back), serta verifikasi keakuratan isi perintah atau hasil oleh pemberi informasi. Khusus untuk obat-obatan kategori high-alert seperti NORUM/LASA, dilakukan pengejaan ulang (spell back). Kebijakan juga harus menetapkan alternatif yang dapat diterapkan dalam situasi ketika proses pembacaan ulang tidak memungkinkan, seperti di kamar operasi atau dalam kondisi darurat di IGD dan ICU (Kemenkes RI, 2017).

3) Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai.

Kegiatan yang dilaksanakan sebagai berikut:

- a) Kebijakan dan/atau prosedur disusun untuk mencakup secara sistematis proses identifikasi, penempatan, pelabelan, dan penyimpanan obat-obatan berisiko tinggi guna memastikan pengelolaannya dilakukan secara aman dan terkendali di seluruh area pelayanan kesehatan.
- b) Kebijakan dan prosedur diterapkan secara konsisten dalam praktik pengelolaan obat berisiko tinggi.
- c) Elektrolit konsentrat hanya disediakan di unit pelayanan pasien jika secara klinis diperlukan, dengan pengamanan khusus untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja sesuai kebijakan yang berlaku.
- d) Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan harus diberi label yang jelas dan ditempatkan di area terbatas dengan pengawasan ketat.

Obat-obatan merupakan komponen integral dalam rencana terapi pasien, sehingga penerapan manajemen yang tepat sangat krusial

untuk menjamin keselamatan pasien. Obat-obatan berisiko tinggi (high-alert medications), termasuk obat dengan nama dan tampilan serupa (NORUM/LASA), memiliki potensi besar menyebabkan kesalahan medis atau kejadian sentinel dengan dampak klinis yang signifikan. Risiko kesalahan meningkat apabila tenaga kesehatan, termasuk staf baru atau perawat kontrak, tidak memperoleh orientasi yang memadai, terutama di situasi darurat. Strategi yang paling efektif untuk meminimalkan kejadian tersebut adalah dengan menerapkan sistem pengelolaan khusus untuk obat-obat berisiko tinggi, termasuk relokasi elektrolit konsentrat dari unit pelayanan ke instalasi farmasi. Oleh karena itu, fasilitas pelayanan kesehatan perlu menyusun kebijakan dan/atau prosedur secara kolaboratif untuk menetapkan daftar obat-obatan yang perlu diwaspadai, berdasarkan data dan konteks klinis masing-masing institusi (Kemenkes RI, 2017).

- 4) Memastikan kesesuaian antara lokasi pembedahan, prosedur yang akan dilakukan, dan identitas pasien secara tepat untuk mencegah kesalahan tindakan bedah.

Kegiatan yang dilaksanakan sebagai berikut:

- a) Fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan checklist atau prosedur verifikasi praoperatif untuk memastikan lokasi, prosedur, dan identitas pasien sudah tepat, serta memastikan seluruh dokumen dan peralatan yang dibutuhkan tersedia, akurat, dan berfungsi dengan baik.
- b) Seluruh tim bedah melaksanakan dan mendokumentasikan prosedur '*time-out*' tepat sebelum insisi untuk memastikan kebenaran tindakan, lokasi, dan identitas pasien.
- c) Kebijakan dan prosedur disusun untuk memastikan konsistensi verifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar, termasuk pada tindakan medis dan prosedur gigi yang dilakukan di luar kamar operasi.

Kasus pembedahan pada lokasi, prosedur, atau pasien yang salah merupakan insiden serius yang masih sering terjadi di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Kesalahan ini umumnya disebabkan oleh komunikasi yang tidak efektif antar anggota tim bedah, kurangnya keterlibatan pasien dalam proses penandaan lokasi operasi, serta tidak adanya mekanisme verifikasi yang sistematis. Faktor lain yang turut berkontribusi meliputi penilaian praoperatif yang tidak memadai, kurangnya penelaahan terhadap rekam medis, budaya organisasi yang tidak mendukung komunikasi terbuka, serta penggunaan resep yang sulit dibaca dan singkatan medis yang tidak jelas (Kemenkes RI, 2017).

5) Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

Kegiatan yang dilaksanakan sebagai berikut:

- a) Fasilitas pelayanan kesehatan mengadopsi atau menyesuaikan pedoman cuci tangan terkini yang telah diterima secara luas, sebagaimana direkomendasikan oleh WHO untuk keselamatan pasien.
- b) Fasilitas pelayanan kesehatan melaksanakan program cuci tangan yang efektif sebagai bagian dari upaya pencegahan infeksi dan peningkatan keselamatan pasien.
- c) Kebijakan dan/atau prosedur disusun untuk mendukung upaya berkelanjutan dalam menurunkan risiko infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan.

Upaya pencegahan dan pengendalian infeksi menjadi tantangan utama bagi tenaga kesehatan di berbagai jenis fasilitas pelayanan. Infeksi yang terkait dengan pelayanan medis tidak hanya berdampak luas terhadap keselamatan pasien, tetapi juga menyebabkan peningkatan beban biaya yang signifikan, sehingga menjadi perhatian serius bagi pasien maupun profesional kesehatan. Kondisi ini dapat

ditemukan secara umum di seluruh jenis layanan kesehatan (Kemenkes RI, 2017).

6) Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

Kegiatan yang dilaksanakan sebagai berikut:

- a) Fasilitas pelayanan kesehatan melakukan asesmen awal terhadap risiko jatuh pada pasien dan melakukan penilaian ulang jika terjadi perubahan kondisi atau terapi klinis yang signifikan.
- b) Intervensi pencegahan diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien yang teridentifikasi berisiko melalui asesmen.

Kasus jatuh merupakan salah satu penyebab utama cedera pada pasien rawat inap. Oleh karena itu, fasilitas pelayanan kesehatan perlu melakukan evaluasi risiko jatuh secara komprehensif dengan mempertimbangkan karakteristik populasi yang dilayani, jenis layanan, dan sumber daya yang tersedia. Evaluasi tersebut mencakup riwayat jatuh, penggunaan obat-obatan dan konsumsi alkohol, analisis pola berjalan dan keseimbangan, serta pemeriksaan alat bantu jalan yang digunakan pasien. Program pencegahan jatuh juga harus memonitor efek samping dari intervensi yang diterapkan, seperti penggunaan alat penghalang yang tidak tepat atau pembatasan asupan cairan, yang dapat menimbulkan cedera tambahan, gangguan sirkulasi, atau penurunan integritas kulit. Implementasi program pencegahan jatuh yang menyeluruh merupakan bagian penting dari upaya peningkatan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2017).

d. Langkah menuju Keselamatan Pasien (*patient safety*)

Kemampuan staf fasilitas pelayanan kesehatan dalam mengevaluasi kemajuan penyelenggaraan asuhan yang lebih aman sangatlah penting. Dengan menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien, fasilitas dapat meningkatkan mutu keselamatan melalui perencanaan strategis dan pengukuran kinerja yang sistematis. Implementasi langkah-langkah ini

tidak hanya memastikan pemberian asuhan yang optimal dan aman, tetapi juga memungkinkan respons cepat terhadap insiden yang tidak diinginkan. Selain itu, tujuh langkah tersebut mendukung pencapaian tujuan tata kelola klinis, manajemen risiko, dan pengendalian mutu secara menyeluruh (Kemenkes RI, 2017).

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien terdiri dari:

- 1) Mengembangkan kesadaran akan pentingnya keselamatan pasien dengan membangun budaya organisasi yang adil dan transparan.
- 2) Memimpin dan mendukung staf dengan menegakkan komitmen yang tegas dan konsisten terhadap keselamatan pasien di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan.
- 3) Mengintegrasikan aktivitas manajemen risiko dengan membangun sistem dan prosedur untuk mengidentifikasi serta mengelola potensi kesalahan.
- 4) Mengembangkan sistem pelaporan yang memudahkan staf dalam melaporkan insiden baik secara internal maupun eksternal.
- 5) Melibatkan pasien dengan mengembangkan komunikasi terbuka dan aktif mendengarkan aspirasi mereka.
- 6) Mendorong staf untuk menerapkan analisis akar penyebab dalam pembelajaran insiden guna meningkatkan keselamatan pasien.
- 7) Pencegahan cedera dalam konteks keselamatan pasien dapat dicapai melalui penerapan sistem keselamatan yang komprehensif. Pembelajaran berkelanjutan yang berfokus pada modifikasi praktik klinis, proses kerja, dan sistem organisasi menjadi kunci utama. Mengingat kompleksitas fasilitas pelayanan kesehatan, pencapaian tujuan tersebut memerlukan perubahan budaya organisasi yang mendalam serta komitmen yang kuat dari seluruh tenaga kesehatan selama periode waktu yang panjang.

e. Standar Keselamatan Pasien (*patient safety*)

Standar keselamatan pasien dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017, meliputi:

- 1) Pasien beserta keluarganya memiliki hak untuk menerima informasi yang jelas mengenai rencana pelayanan, hasilnya, serta potensi risiko atau insiden yang mungkin terjadi selama proses perawatan.
- 2) Keselamatan pelayanan dapat ditingkatkan melalui keterlibatan aktif pasien sebagai mitra dalam proses perawatan. Oleh karena itu, fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyediakan sistem dan mekanisme edukasi bagi pasien dan keluarga mengenai hak, kewajiban, serta tanggung jawab mereka dalam asuhan klinis.
- 3) Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan melibatkan koordinasi komprehensif sepanjang seluruh proses perawatan, mulai dari penerimaan pasien, pemeriksaan dan diagnosis, perencanaan terapi, pelaksanaan tindakan medis, rujukan, hingga saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan.
- 4) Fasilitas pelayanan kesehatan perlu menerapkan metode peningkatan kinerja yang meliputi perancangan atau perbaikan proses, pemantauan dan evaluasi kinerja melalui pengumpulan data yang sistematis, analisis mendalam terhadap insiden, serta implementasi perubahan berkelanjutan guna meningkatkan keselamatan pasien, dengan kriteria sebagai berikut:
 - a) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan perancangan sistem yang komprehensif dengan mengacu pada visi, misi, dan tujuan institusi, kebutuhan pasien dan tenaga kesehatan, prinsip klinis terkini, praktik manajemen yang baik, serta mempertimbangkan faktor risiko potensial bagi pasien, sebagaimana dianjurkan dalam 'Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien'.

- b) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan pengumpulan data kinerja yang mencakup aspek pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi sumber daya, mutu pelayanan, dan aspek keuangan.
 - c) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melaksanakan evaluasi menyeluruh terhadap seluruh insiden yang terjadi dan secara proaktif melakukan penilaian terhadap kasus-kasus dengan risiko tinggi.
 - d) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib memanfaatkan data dan hasil analisis secara menyeluruh untuk mengidentifikasi dan mengimplementasikan perubahan sistem yang diperlukan guna menjamin peningkatan kinerja dan keselamatan pasien.
- 5) Peran kepemimpinan sangat penting dalam meningkatkan keselamatan pasien dengan membentuk tim multidisipliner yang mengelola program keselamatan secara terpadu. Program tersebut mencakup identifikasi risiko secara proaktif dan upaya meminimalkan insiden, baik kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian potensial cedera (KPC), kejadian tanpa cedera (KTC), maupun kejadian nyaris cedera (KNC). Mekanisme kerja dijalankan untuk memastikan seluruh komponen fasilitas pelayanan kesehatan berpartisipasi aktif dalam program keselamatan pasien, termasuk prosedur tanggap cepat terhadap insiden yang mencakup penanganan pasien terdampak, mitigasi risiko terhadap pihak lain, dan penyampaian informasi yang akurat untuk analisis lebih lanjut. Sistem pelaporan internal dan eksternal yang transparan didukung oleh analisis akar penyebab insiden. Selain itu, kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit serta pengelola layanan dengan pendekatan multidisipliner menjadi kunci keberhasilan. Fasilitas juga menyediakan sumber daya dan sistem informasi yang memadai untuk perbaikan kinerja dan keselamatan pasien, dengan sasaran terukur serta pengumpulan data

objektif guna mengevaluasi efektivitas intervensi, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

- 6) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya rumah sakit, wajib menyelenggarakan program pendidikan, pelatihan, dan orientasi bagi staf baru yang mencakup topik keselamatan pasien sesuai dengan peran dan tanggung jawab masing-masing. Topik keselamatan pasien juga harus terintegrasi dalam seluruh kegiatan pelatihan berkelanjutan (in-service training), dengan pedoman yang jelas mengenai pelaporan insiden. Selain itu, fasilitas harus menyediakan pelatihan kerja sama tim guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam pemberian layanan kepada pasien.

f. Insiden Terkait Keselamatan Pasien (*patient safety*)

Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 meliputi:

- 1) Kondisi Potensial Cedera (KPC) mengacu pada situasi yang memiliki risiko tinggi menimbulkan cedera, meskipun insiden sebenarnya belum terjadi.
- 2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah insiden yang hampir terjadi tetapi belum mencapai pasien.
- 3) Kejadian Tidak Cedera (KTC) merujuk pada insiden yang telah mengenai pasien namun tidak menyebabkan cedera.
- 4) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah insiden yang menyebabkan cedera pada pasien.

g. Penyebab dan Dampak

Lebih dari setengah perawat melaporkan kondisi kesehatan fisik dan mental yang kurang optimal, dan sekitar 50% di antaranya mengaku pernah melakukan kesalahan medis (Melnyk et al., 2018). Data dari *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa sekitar 10% pasien—setara dengan satu dari sepuluh pasien—mengalami kesalahan dalam perawatan setiap tahunnya, dengan total mencapai 134 juta kasus. Jumlah

kematian akibat kesalahan tersebut meningkat dari 2,6 juta pada tahun 2019 menjadi lebih dari 3 juta kasus pada tahun 2023. Selain peningkatan angka mortalitas, kesalahan dalam pelayanan kesehatan juga berdampak pada penurunan produktivitas pasien dan tenaga kesehatan, berkurangnya kualitas serta kepercayaan publik terhadap sistem layanan kesehatan, serta menimbulkan gangguan psikologis seperti trauma, stres, dan kecemasan pada pasien maupun keluarganya akibat pengalaman buruk selama perawatan (WHO, 2019; WHO, 2023).

h. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keselamatan Pasien

Kerugian yang dialami pasien akibat pelanggaran terhadap prinsip keselamatan dalam perawatan kesehatan bersifat luas, kompleks, dan dapat terjadi di berbagai jenis serta tingkatan fasilitas pelayanan kesehatan. Insiden keselamatan pasien umumnya dipicu oleh kombinasi berbagai faktor yang saling berinteraksi, di mana lebih dari satu penyebab seringkali terlibat dalam setiap kejadian:

1. Faktor sistem dan organisasi:

- a) Kompleksitas prosedur medis dapat meningkatkan potensi terjadinya kesalahan dalam perawatan pasien.
- b) Ketidaksesuaian atau ketidaklengkapan dalam proses dan prosedur operasional berkontribusi terhadap meningkatnya risiko keselamatan pasien.
- c) Disrupsi dalam alur kerja dan kurangnya koordinasi antar tim perawatan dapat meningkatkan risiko terjadinya insiden keselamatan pasien.
- d) Keterbatasan sumber daya
- e) Kurangnya kompetensi dan pengembangan kapasitas staf berkontribusi terhadap meningkatnya risiko keselamatan pasien.

2. Faktor teknologi:
 - a) Permasalahan dalam sistem informasi kesehatan, termasuk catatan medis elektronik dan sistem pemberian obat, dapat menjadi sumber risiko terhadap keselamatan pasien.
 - b) Pemanfaatan teknologi yang tidak tepat.
3. Faktor manusia dan perilaku:
 - a) Kegagalan komunikasi di antara tenaga kesehatan, dalam tim pelayanan, maupun dengan pasien dan keluarganya.
 - b) Kerja tim yang tidak optimal.
 - c) aktor psikologis seperti kelelahan, kejenuhan, dan bias kognitif dapat memengaruhi pengambilan keputusan klinis dan meningkatkan risiko kesalahan dalam pelayanan kesehatan.
4. Faktor yang berhubungan dengan pasien:
 - a) Rendahnya tingkat literasi kesehatan pasien dapat menghambat pemahaman terhadap instruksi medis.
 - b) Minimnya keterlibatan pasien serta ketidakpatuhan terhadap regimen pengobatan.
5. Faktor eksternal:
 - a) Tidak adanya kebijakan atau regulasi yang konsisten dapat menghambat penerapan standar keselamatan pasien secara sistematis.
 - b) Tekanan dalam aspek ekonomi dan keuangan dapat memengaruhi ketersediaan sumber daya dan kualitas layanan kesehatan.
 - c) Kondisi lingkungan fisik dan faktor alam dapat menjadi tantangan eksternal yang berdampak pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang aman.

Secara global, sekitar 4 dari 10 pasien mengalami cedera, dan 4 dari setiap 100 pasien meninggal dunia di negara berpendapatan rendah hingga menengah (Slawomirski L, 2020; WHO, 2023). Kompleksitas serta saling keterkaitan antar berbagai faktor menjadikan kerugian pasien sebagai isu yang meluas dan

tidak dapat diselesaikan melalui pendekatan yang sederhana (WHO, 2023). Di tingkat rumah sakit, beberapa faktor yang memengaruhi implementasi keselamatan pasien oleh perawat antara lain usia, sikap, tingkat pengetahuan, motivasi kerja, beban kerja, pengawasan, serta budaya organisasi (Salsabila & Dhamanti, 2023).

Kinerja perawat dari aspek kualitas diukur melalui empat indikator utama, yaitu kelengkapan dokumentasi keperawatan, implementasi International Patient Safety Goals (IPSG), pelaporan insiden kejadian tidak diharapkan, serta tingkat kepuasan pelanggan. Setiap perawat pelaksana diharapkan memenuhi target spesifik untuk masing-masing indikator, karena pencapaian yang kurang dari target dapat memengaruhi skor penilaian kinerja secara keseluruhan. Hasil pencapaian kinerja kualitas tersebut dicatat secara bulanan oleh perawat dan kemudian dihitung total serta rata-ratanya sebagai dasar evaluasi (Maryana, 2023).

3. Perilaku

a. Definisi perilaku

Perilaku merupakan bentuk respons individu terhadap suatu rangsangan, yang berkembang menjadi kebiasaan seiring dengan internalisasi nilai-nilai yang diyakini. Secara umum, perilaku manusia mencakup berbagai aktivitas—baik yang tampak maupun yang tidak—sebagai hasil interaksi dengan lingkungan, dan termanifestasi dalam aspek kognitif (pengetahuan), afektif (sikap), serta psikomotorik (tindakan). Dalam perspektif ilmiah, perilaku dipandang sebagai respons organisme terhadap stimulus eksternal, yang diklasifikasikan menjadi dua bentuk utama: respons pasif dan respons aktif. Respons pasif merujuk pada reaksi internal yang tidak dapat diamati secara langsung, sedangkan respons aktif merupakan tindakan yang dapat terlihat secara nyata (Pusphandani, 2015).

b. Jenis-jenis perilaku

Jenis-jenis perilaku individu menurut (Okviana 2015):

- 1) Perilaku sadar, tindakan yang dilakukan dengan kesadaran penuh dan melalui proses berpikir.
- 2) Perilaku tidak sadar, respons otomatis tanpa disadari atau tanpa pertimbangan rasional.
- 3) Perilaku terlihat dan tidak terlihat, perilaku yang dapat diamati secara langsung dan yang terjadi secara internal.
- 4) Perilaku sederhana dan kompleks, perilaku yang melibatkan proses mental minimal vs. proses yang rumit dan terintegrasi.
- 5) Perilaku mental mudah terpengaruhi, reaksi psikologis yang dipengaruhi oleh lingkungan atau kondisi emosional.

c. Faktor perilaku

Menurut Lawrence Green dalam (Notoatmodjo, 2010) perilaku kesehatan ini ditentukan oleh 3 (tiga) faktor utama, yakni:

- 1) Faktor pendorong (predisposing factors) merupakan determinan awal yang memengaruhi kecenderungan individu untuk mengadopsi perilaku tertentu, termasuk pengetahuan, sikap, nilai-nilai, keyakinan, dan tradisi. Intervensi melalui pendidikan atau promosi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran serta memperluas pemahaman masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan, baik pada tingkat individu, keluarga, maupun komunitas.
- 2) Faktor pemungkin (enabling factors) merupakan elemen yang mendukung atau memfasilitasi terjadinya suatu perilaku, khususnya perilaku kesehatan. Faktor ini mencakup tersedianya sumber daya dan infrastruktur seperti fasilitas layanan kesehatan (puskesmas, rumah sakit, posyandu), sarana sanitasi (tempat pembuangan air dan sampah), fasilitas olahraga, ketersediaan makanan bergizi, serta kemampuan finansial individu atau keluarga.

- 3) Faktor penguat (*reinforcing factors*) adalah elemen yang berfungsi memperkuat atau mendorong terjadinya perilaku tertentu. Meskipun individu memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk menjalani perilaku sehat, tindakan tersebut sering kali tidak dilakukan tanpa adanya dukungan atau dorongan dari lingkungan sosial, seperti dukungan dari keluarga, teman sebaya, atau tenaga kesehatan.

d. Domain perilaku

Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2014) membedakan 3 dominan perilaku yaitu kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*) dan psikomotor (*psychomotor*). Teori Bloom tersebut dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yaitu:

- 1) Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil dari proses penginderaan, yaitu kemampuan individu untuk memahami dan mengenali suatu objek melalui pancaindra seperti penglihatan, pendengaran, dan penciuman. Pengetahuan berperan sebagai salah satu domain utama yang memengaruhi pembentukan perilaku terbuka (*overt behavior*). Tingkat pengetahuan seseorang terhadap suatu objek dapat bervariasi, dan umumnya diklasifikasikan ke dalam enam tingkatan utama yang menggambarkan kedalaman pemahaman:
 - a) Tahu (*Know*) yaitu Pengetahuan pada tingkat dasar merujuk pada kemampuan individu untuk mengingat informasi atau materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tahapan ini mencakup proses *recall*, yaitu mengingat kembali fakta-fakta atau detail spesifik yang diperoleh melalui pengalaman belajar atau rangsangan yang telah diterima.
 - b) Memahami (*comprehension*) Memahami diartikan tingkat kognitif di mana individu mampu menjelaskan kembali informasi yang diperoleh dengan akurat, serta menginterpretasikan materi tersebut secara tepat. Pada tahap ini, seseorang tidak hanya mengingat fakta, tetapi juga dapat menjelaskan konsep, memberikan contoh,

menyimpulkan isi materi, dan memprediksi implikasi berdasarkan pemahamannya.

- c) Aplikasi (*application*) merujuk pada kemampuan individu untuk menerapkan pengetahuan, konsep, prinsip, atau metode yang telah dipelajari ke dalam situasi nyata. Kemampuan ini mencerminkan pemahaman fungsional atas materi, di mana seseorang dapat menggunakan teori, rumus, atau aturan dalam konteks baru atau berbeda dari lingkungan belajar awalnya.
- d) Analisis (*analysis*) Analisis adalah kemampuan kognitif untuk memecah suatu konsep, materi, atau objek ke dalam bagian-bagian penyusunnya, sambil tetap mempertahankan keterkaitan antar komponen dalam satu struktur yang utuh. Individu yang mampu melakukan analisis dapat mengidentifikasi hubungan, pola, atau prinsip yang mendasari, serta memahami bagaimana setiap elemen berkontribusi terhadap keseluruhan sistem.
- e) Sintesis (*synthesis*) merupakan kemampuan kognitif untuk mengintegrasikan berbagai elemen atau informasi yang telah dianalisis ke dalam suatu struktur baru yang kohesif dan bermakna. Kemampuan ini mencakup aktivitas menyusun, merencanakan, merangkum, atau memodifikasi suatu konsep atau teori yang telah ada untuk menghasilkan gagasan baru yang orisinal dan relevan.
- f) Evaluasi (*Evaluation*) merupakan kemampuan individu untuk menilai atau memberikan justifikasi terhadap suatu objek, gagasan, atau hasil berdasarkan kriteria tertentu, baik yang ditetapkan sendiri maupun yang telah tersedia. Tahapan ini mencerminkan kemampuan berpikir kritis dalam membandingkan, mempertimbangkan kelebihan dan kekurangan, serta menentukan nilai atau kualitas suatu informasi secara sistematis dan objektif.

2) Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan bentuk respons internal atau kecenderungan afektif seseorang terhadap suatu stimulus atau objek, yang bersifat laten dan tidak dapat diamati secara langsung. Manifestasi sikap hanya dapat diinterpretasikan melalui perilaku yang bersifat tertutup. Secara umum, sikap mencerminkan reaksi emosional terhadap rangsangan sosial dan menunjukkan konsistensi dalam merespons objek tertentu. Sama halnya dengan pengetahuan, sikap juga memiliki jenjang intensitas yang mencerminkan kedalaman dan kekuatan kecenderungan individu terhadap objek tersebut, sebagai berikut:

- a) Menerima (*receiving*) Merupakan tingkat awal dari sikap, di mana individu menunjukkan kesediaan untuk memperhatikan dan merespons stimulus yang diberikan. Ini mencerminkan keterbukaan terhadap pengalaman atau informasi baru.
 - b) Menanggapi (*responding*) Menggambarkan keterlibatan aktif individu dalam merespons stimulus, baik melalui menjawab pertanyaan, menyelesaikan tugas, maupun berpartisipasi dalam kegiatan yang berkaitan, sebagai bentuk keterlibatan emosional dan sikap positif.
 - c) Menghargai (*valuing*) Ditunjukkan dengan komitmen terhadap suatu nilai tertentu, misalnya melalui ajakan kepada orang lain, partisipasi dalam diskusi, atau pembelaan terhadap suatu gagasan, yang menunjukkan internalisasi nilai dalam diri individu.
 - d) Bertanggung jawab (*responsibility*) Merupakan tingkat sikap yang paling tinggi, di mana individu menunjukkan komitmen pribadi terhadap nilai yang dipilih, serta siap menanggung konsekuensi dari keputusan dan tindakan yang diambil berdasarkan nilai tersebut.
- 3) Praktik atau tindakan merupakan bentuk nyata dari penerapan pengetahuan dan sikap seseorang dalam kehidupan sehari-hari, yang tercermin melalui perilaku yang dapat diamati. Evaluasi praktik

berfungsi untuk menilai sejauh mana individu melakukan tindakan sesuai dengan pedoman atau instruksi yang telah ditetapkan. Pelaksanaan praktik umumnya dipengaruhi oleh ketersediaan sarana, prasarana, serta dukungan lingkungan. Secara umum, praktik dapat diklasifikasikan ke dalam tiga tingkatan berdasarkan intensitas dan konsistensinya, yaitu:

- a) Respon terpimpin (*guided respons*) Merupakan tingkat awal dari keterampilan psikomotorik, di mana individu melaksanakan suatu tindakan berdasarkan panduan atau contoh yang diberikan, serta mengikuti langkah-langkah secara sistematis dan tepat.
- b) Mekanisme (*mecanism*) Menggambarkan fase di mana individu telah menguasai keterampilan tertentu dan mampu melaksanakannya secara otomatis, mandiri, dan konsisten, sehingga menunjukkan kebiasaan yang telah terbentuk.
- c) Adaptasi (*adaptation*) Merupakan tingkatan lanjutan di mana seseorang mampu memodifikasi atau menyesuaikan tindakan berdasarkan kebutuhan situasi, tanpa mengurangi akurasi atau efektivitas dari tindakan tersebut, mencerminkan fleksibilitas dan kematangan keterampilan (Purba & Aceh, 2024).

3. Perilaku Keselamatan Pasien

Teori Benyamin Bloom (1908), menyatakan bahwa pembentukan perilaku melibatkan tiga komponen penting, yaitu pengetahuan, sikap, dan tindakan (Notoatmodjo, 2014). Hubungan signifikan antara pengetahuan, sikap, dan tindakan perawat dalam pelaksanaan keselamatan pasien juga telah dikonfirmasi oleh sejumlah penelitian lain. Oleh karena itu, memperkuat pengetahuan perawat, bersama dengan pengembangan sikap dan tindakan yang sesuai, menjadi faktor kunci dalam penerapan keselamatan pasien secara efektif dan berkelanjutan (Iqbal et al., 2020; Pardede et al., 2020; Jalil et al., 2020; Raymound et al., 2022; Hilda et al., 2022; Jesmo, 2024).

Rumah sakit perlu memastikan bahwa perawat harus memiliki pengetahuan yang memadai, keterampilan yang relevan, serta sikap profesional dalam menghadapi kompleksitas pelayanan kesehatan. Tanpa penguasaan pengetahuan yang cukup, tenaga kesehatan termasuk perawat akan mengalami kesulitan dalam mengimplementasikan dan mempertahankan keselamatan pasien secara berkelanjutan Myer, 2012 dalam Darliana, (2016).

a. Pengetahuan

Penelitian yang dilakukan oleh Salsabila & Dhamanti (2023) mengungkapkan bahwa pengetahuan merupakan faktor utama yang berperan penting dalam meningkatkan kinerja perawat dalam menerapkan keselamatan pasien.

Pengetahuan tenaga kesehatan mengenai sasaran keselamatan pasien mencakup beberapa aspek penting, antara lain identifikasi pasien yang tepat, peningkatan efektivitas komunikasi, peningkatan keamanan penggunaan obat-obatan berisiko tinggi, kepastian ketepatan lokasi pembedahan, prosedur, dan pasien yang akan dioperasi, serta upaya pengurangan risiko infeksi dan kejadian pasien jatuh (Ningsih et., 2020). Tingkat pengetahuan perawat yang tinggi berkontribusi langsung terhadap peningkatan mutu pelayanan yang diberikan. Pencapaian keselamatan pasien sangat dipengaruhi oleh pengetahuan perawat terhadap prinsip-prinsip keselamatan, sehingga kompetensi pengetahuan perawat dalam asuhan keperawatan memiliki peran penting dalam menjamin kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit (Arfebi et al., 2022). Tingkat pengetahuan yang rendah tentang keselamatan pasien dapat berdampak negatif terhadap kinerja perawat, khususnya dalam penerapan prinsip-prinsip keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit (Pratama. Adhi, 2017).

Penerapan identifikasi pasien oleh perawat yang dilandasi oleh pengetahuan yang tinggi akan mendorong terbentuknya perilaku profesional yang berkelanjutan dalam menjamin keselamatan pasien (Darliana, 2016). Semakin tinggi tingkat pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien, maka diharapkan semakin meningkat pula pemahaman perawat terhadap pentingnya

implementasi keselamatan pasien dalam praktik klinis, yang pada akhirnya akan mendorong terlaksananya tindakan keselamatan pasien secara optimal (Baihaqi et al., 2020). Pengetahuan tentang keselamatan pasien menegaskan bahwa pendidikan mengenai keselamatan pasien memiliki peran penting dalam meningkatkan perilaku keselamatan di lingkungan pelayanan kesehatan (Seo & Lee, 2022).

b. Sikap

Sikap merupakan dorongan internal yang memengaruhi perilaku individu terhadap suatu objek atau situasi tertentu. Dalam praktik keperawatan, penerapan prosedur identifikasi pasien oleh perawat seharusnya terinternalisasi sebagai bagian dari budaya keselamatan, sehingga dapat meminimalkan kemungkinan terjadinya insiden dalam proses pelayanan kesehatan (Fatimah et al., 2018). Sikap negatif perawat terhadap keselamatan pasien memiliki hubungan yang signifikan dengan peningkatan insiden kejadian tidak diinginkan, termasuk keluhan dari pasien dan keluarga serta terjadinya kesalahan dalam pemberian pengobatan (Almanhali et al., 2024).

Sikap keselamatan pasien perawat berperan penting dalam pencegahan kejadian yang dapat dicegah serta dalam peningkatan kualitas pelayanan keperawatan (Alanazi et al., 2025). Sikap positif keselamatan pasien pada perawat merupakan aspek penting dalam praktik keperawatan. Oleh karena itu, peran kepemimpinan keperawatan menjadi krusial dalam menjaga motivasi kerja perawat dan menciptakan kondisi kerja yang mendukung, guna memastikan terciptanya lingkungan yang aman bagi pasien (Yilmaz et al., 2022).

Lingkungan kerja serta konteks sosial dan budaya secara signifikan memengaruhi pembentukan sikap keselamatan pasien pada perawat (Granel et al., 2025). Sikap perawat ICU terhadap keselamatan pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk lingkungan kerja, efektivitas komunikasi antar tim, serta kualitas kepemimpinan manajerial, yang secara keseluruhan membentuk persepsi dan perilaku keselamatan dalam praktik keperawatan (Malinowska-

Lipień et al., 2024). Sikap keselamatan perawat yang positif berhubungan dengan penurunan insiden kejadian tidak diinginkan serta peningkatan keselamatan di tempat kerja. Selain itu, faktor-faktor seperti *burnout* dan lama pengalaman kerja turut memengaruhi pembentukan sikap perawat terhadap keselamatan pasien (Al-Mugheed et al., 2022).

c. Tindakan

Upaya peningkatan keselamatan pasien menuntut keterlibatan seluruh elemen dalam sistem pelayanan kesehatan yang kompleks. Hal ini mencakup berbagai tindakan dalam perbaikan kinerja, penguatan keamanan lingkungan, dan manajemen risiko yang komprehensif, termasuk pengendalian infeksi, pemberian obat yang aman, penggunaan alat pelindung keselamatan, penerapan praktik klinis yang aman, serta penciptaan lingkungan perawatan yang mendukung keselamatan pasien (Purba & Aceh, 2024). Tindakan yang dilakukan perawat memiliki keterkaitan erat dengan tingkat pengetahuan yang dimilikinya. Semakin tinggi tingkat pengetahuan dan semakin baik sikap, maka semakin besar pula pengaruhnya terhadap pengambilan tindakan yang tepat, terutama karena tindakan tersebut menyangkut keselamatan pasien termasuk aspek utama dalam ketepatan identifikasi pasien, komunikasi yang efektif, keamanan penggunaan obat, memastikan prosedur yang benar pada lokasi yang benar, pengurangan risiko infeksi, dan pencegahan resiko jatuh (Pardede et al., 2020).

Pengetahuan memiliki hubungan yang signifikan dengan tindakan dalam penerapan keselamatan pasien. Semakin baik tingkat pengetahuan perawat, maka semakin baik pula kualitas tindakan yang dilakukan. Keberhasilan tindakan tersebut juga memerlukan dukungan dari tingkat kepatuhan individu perawat. Oleh karena itu, diharapkan perawat dapat meningkatkan kepatuhan terhadap pelaksanaan tindakan yang sesuai dengan standar operasional prosedur (Listianawati, 2018).

4. *Burnout*

d. Definisi *Burnout*

Burnout merupakan suatu kondisi psikologis yang ditandai oleh kelelahan emosional, fisik, dan mental akibat paparan stres kerja yang berkepanjangan dan ketidakmampuan individu dalam mengelola tekanan tersebut secara efektif. Menurut Freudenberg (1974, dalam Nursalam, 2017), *burnout* muncul ketika individu merasa frustrasi karena hambatan dalam pencapaian tujuan atau harapan kerja. Pines dan Aronson mendefinisikan *burnout* sebagai respons terhadap tuntutan emosional yang intens, yang memunculkan perubahan perilaku dan sikap, termasuk kecenderungan untuk menarik diri secara psikologis dari lingkungan kerja. Kondisi ini umumnya ditandai oleh menurunnya energi, rendahnya rasa penghargaan terhadap diri, dan gangguan kesejahteraan secara menyeluruh.

Dampak paling nyata dari *burnout* adalah penurunan kinerja individu dan kualitas layanan yang diberikan. Seseorang yang mengalami *burnout syndrome* cenderung kehilangan rasa makna dan keterikatan terhadap pekerjaannya, sebagai akibat dari kelelahan emosional, fisik, dan mental yang berlangsung dalam jangka waktu lama. Kondisi ini mengakibatkan ketidakmampuan dalam memenuhi tuntutan profesional secara optimal, yang sering kali ditandai dengan peningkatan ketidakhadiran, penggunaan cuti sakit yang berlebihan, atau bahkan keputusan untuk mengundurkan diri dari pekerjaan (Felton, 1998; Maslach, 2001; Poncet, 2008 dalam Nursalam 2017).

e. Etiologi

Kelelahan atau *burnout* dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang secara umum diklasifikasikan ke dalam dua kategori utama, yaitu faktor personal dan faktor lingkungan kerja. Faktor personal mencakup karakteristik individu seperti tipe kepribadian, ekspektasi, karakteristik demografis, locus of control, serta persepsi terhadap efikasi diri. Sementara itu, faktor lingkungan meliputi beban kerja yang berlebihan, kurangnya penghargaan, rendahnya tingkat kontrol terhadap pekerjaan, lemahnya rasa kepemilikan, ketidakadilan

organisasi, serta ketidaksesuaian antara nilai pribadi dengan nilai institusi (Cavus, 2010 dalam Nursalam, 2017).

Selain faktor-faktor utama yang telah disebutkan sebelumnya, sejumlah variabel tambahan juga diketahui memiliki hubungan signifikan dengan kejadian burnout. Faktor-faktor tersebut mencakup status pernikahan, masa kerja, tingkat dukungan sosial yang diterima, struktur keluarga, tanggung jawab individu, kejelasan peran, stabilitas emosi, serta tingkat kelelahan yang dialami. Masing-masing elemen ini berkontribusi terhadap kerentanan individu terhadap stres kerja kronis dan sindrom *burnout*.

f. Dimensi *Burnout*

1) Kelelahan emosional

Kelelahan emosional merupakan dimensi utama dari burnout syndrome yang mencerminkan kelelahan fisik dan emosional akibat tekanan kerja yang berkepanjangan. Kondisi ini umumnya dipicu oleh stres pekerjaan yang intens dan terus-menerus (Akcemete, Kaner & Sucuoglu, 2001; Yildim, 1996, dalam Nursalam, 2017). Individu yang mengalami kelelahan emosional cenderung menjadi tidak responsif terhadap klien atau pasien yang mereka layani, serta memandang pekerjaannya sebagai beban yang menyiksa. Mereka juga sering merasa tidak mampu menghadapi tuntutan hari-hari kerja berikutnya dan mengalami ketegangan yang terus-menerus (Leiter & Maslach, 1988; Ergin, 1995; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Cimen & Ergin, 2001, dalam Nursalam, 2017).

2) Depersonalisasi

Depersonalisasi merupakan dimensi dari burnout yang ditandai oleh sikap tidak peduli, sinis, serta perilaku negatif dan tidak bersahabat terhadap individu lain, terutama terhadap mereka yang dilayani. Kondisi ini mencerminkan keterputusan emosional dari pekerjaan, di mana individu mulai kehilangan makna serta motivasi dalam perannya, dan cenderung menjaga jarak secara psikologis dari lingkungan kerjanya. Perilaku ini dapat muncul dalam bentuk ketidaktertarikan, sikap dingin, atau bahkan

permusuhan terhadap klien atau pasien, yang mencerminkan distorsi hubungan interpersonal akibat tekanan kerja yang berkepanjangan.

3) Rendahnya prestasi diri

Rendahnya pencapaian personal merupakan dimensi evaluatif dari burnout syndrome yang mencerminkan persepsi negatif individu terhadap kompetensi dan keberhasilannya dalam pekerjaan. Individu dengan kondisi ini cenderung menilai dirinya tidak efektif, tidak produktif, dan tidak mampu memberikan kontribusi yang berarti terhadap lingkungan kerjanya (Maslach, 2003, dalam Nursalam, 2017). Mereka merasakan stagnasi dalam perkembangan profesional, bahkan merasa tertinggal dibandingkan dengan harapan atau standar kinerja yang ada. Pandangan pesimistis ini berdampak pada menurunnya motivasi dan komitmen terhadap pekerjaan (Leiter & Maslach, 1998; Singh et al., 1994, dalam Nursalam, 2017).

g. Faktor Penyebab

Maslach & Leiter, (1997) dalam Nursalam (2017) timbulnya burnout disebabkan oleh beberapa faktor yang diantaranya yaitu:

1) Karakteristik individu

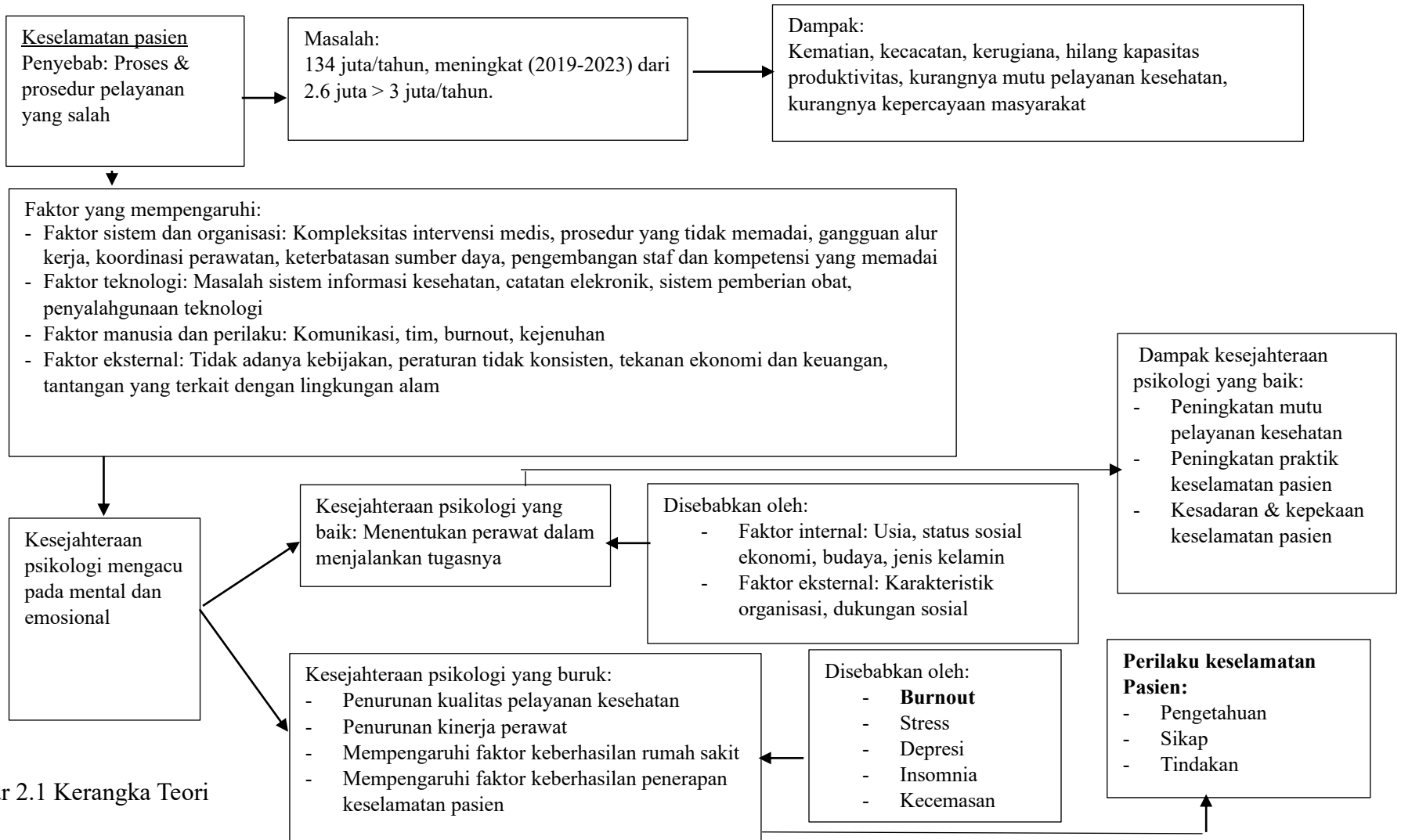
Sumber dari dalam diri individu merupakan salah satu penyebab timbulnya *burnout*. Sumber tersebut dapat digolongkan atas dua faktor yaitu:

- a) Faktor demografi, Jenis kelamin memengaruhi stres; pria cenderung lebih rentan dibanding wanita.
- b) Faktor perfeksionis, yaitu ciri kepribadian di mana individu memiliki standar yang sangat tinggi terhadap dirinya sendiri dan berusaha menyelesaikan pekerjaan secara sempurna. Ketika ekspektasi tersebut tidak tercapai, individu perfeksionis lebih mudah mengalami frustrasi, ketidakpuasan, dan tekanan emosional yang berpotensi memicu stres dan burnout.

2) Lingkungan Kerja

Beban kerja yang berlebihan merupakan faktor krusial dalam lingkungan kerja yang dapat memicu terjadinya burnout, mencakup aspek kuantitatif seperti jumlah tugas, serta aspek kualitatif seperti tingkat kompleksitas pekerjaan. Ketika tuntutan pekerjaan melebihi kapasitas individu—misalnya melalui jam kerja yang panjang, jumlah klien yang tinggi, serta beban administratif yang berlebihan—hal ini dapat menyebabkan kelelahan emosional dan mendorong timbulnya perilaku penarikan diri secara psikologis dalam interaksi dengan klien (Cherniss, 1980; Maslach, 1981, dalam Nursalam, 2017).

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Referensi: (WHO, 2019; WHO, 2023), (Slawomirski, 2020), (Amna et al., 2022), (Salsabila & Dhamanti, 2023) (Melnik et al., 2018; McClelland et al., 2018; Ross et al., 2017; Salyers et al., 2017), (Jamal et al., 2023), (Simas et al., 2022), (Ryff, 2014), (Clemente et al., 2016), (Ramkisson et al., 2016), (Collin et al., 2019), (Munro & Hope, 2022), (Salsabila & Dhamanti., 2023), (Benyamin Bloom.,1908), (Iqbal et al., 2020; Jalil et al., 2020; Pardede et al., 2020b).

