

BAB I PENDAHULUAN

1.2 Latar Belakang

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang bertujuan menjamin mutu dan keamanan pelayanan kesehatan melalui identifikasi dan pengendalian risiko, pelaporan insiden, serta pencegahan kejadian yang berpotensi merugikan pasien. Isu ini menjadi perhatian penting secara global sebagaimana dinyatakan oleh *World Health Organization* (WHO) dalam *Global Patient Safety Action Plan* 2021–2030, yang menegaskan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan tanpa mengalami kerugian akibat proses pelayanan tersebut. Secara global, diperkirakan sekitar 10% pasien di fasilitas kesehatan mengalami insiden yang seharusnya dapat dicegah, namun seringkali berakibat fatal seperti kecacatan hingga kematian (WHO, 2021). Laporan terbaru WHO menunjukkan bahwa praktik pelayanan kesehatan yang tidak aman masih berkontribusi terhadap lebih dari 3 juta kematian setiap tahun secara global, dengan proporsi terbesar kejadian cedera dan kematian terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah. Namun demikian, permasalahan keselamatan pasien juga masih menjadi isu penting di negara berpendapatan tinggi, baik pada pelayanan rumah sakit maupun pelayanan kesehatan primer dan rawat jalan (WHO, 2024).

WHO menetapkan tanggal 17 September sebagai *World Patient Safety Day* atau Hari Keselamatan Pasien Sedunia sebagai upaya meningkatkan kesadaran masyarakat dan tenaga kesehatan terhadap isu keselamatan pasien (Saefulmilah *et al.*, 2024). Beberapa negara juga telah menerapkan sistem pelaporan insiden untuk meningkatkan transparansi dan pembelajaran dari kejadian yang tidak diinginkan. Di Inggris, berdasarkan laporan *Learn from Patient Safety Events* (LFPSE), tercatat lebih dari 800.000 insiden keselamatan pasien dilaporkan setiap kuartal, dengan mayoritas kejadian tergolong tanpa cedera atau cedera ringan, sementara insiden fatal tetap berada di bawah 1% dari seluruh laporan (NHS England, 2025). Di Korea Selatan, data *Korean Patient Safety Reporting and Learning System* (KOPS) tahun 2023 menunjukkan bahwa kejadian jatuh merupakan salah satu insiden keselamatan pasien yang paling sering dilaporkan, yaitu 6.863 kasus (33,9%) dari total 20.273 laporan. Sebagian besar kejadian jatuh menyebabkan cedera ringan, namun masih terdapat kasus cedera berat dan kematian, sehingga jatuh tetap menjadi isu penting dalam keselamatan pasien (KOIHA, 2024).

Joint Commission International (JCI) menetapkan enam sasaran keselamatan pasien yang dikenal sebagai *International Patient Safety Goals* (IPSG) sebagai upaya penguatan sistem keselamatan pasien di rumah sakit. Enam sasaran tersebut menjadi acuan global bagi seluruh rumah sakit dalam menjaga standar keselamatan (Salsabila & Dhamanti, 2023). Standar internasional tersebut kemudian menjadi acuan bagi Indonesia dalam mengembangkan regulasi nasional. Salah satunya, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien yang menegaskan bahwa pencegahan risiko pasien jatuh merupakan salah satu

komponen penting dalam sasaran keselamatan pasien. Peraturan tersebut kemudian diintegrasikan ke dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) tahun 2018, yang ditetapkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Sasaran keenam keselamatan pasien menekankan pengurangan risiko cedera akibat jatuh melalui penilaian pasien dan penerapan kebijakan pencegahan yang sesuai dengan kondisi rumah sakit (Novilolita, 2020).

Jatuh merupakan salah satu insiden keselamatan yang dapat menimbulkan cedera serius, kecacatan, bahkan kematian (Innab, 2022). Menurut WHO, jatuh merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang serius di seluruh dunia. WHO mencatat bahwa jatuh menyebabkan sekitar 684.000 kematian per tahun dan menjadikannya penyebab kematian cedera tidak disengaja tertinggi kedua setelah kecelakaan lalu lintas. Lebih dari 80% kematian akibat jatuh terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah, di mana wilayah Asia Tenggara dan Pasifik Barat menyumbang sekitar 60% dari total kejadian tersebut (Zhu *et al.*, 2022). Di Indonesia, insiden pasien jatuh masih menjadi masalah keselamatan pasien dengan proporsi kejadian sebesar 14%, meskipun standar keselamatan menargetkan angka nol kejadian (Aisyiah *et al.*, 2025). Laporan Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) periode Januari–Juni 2023 mencatat 3.164 insiden keselamatan pasien, di mana kejadian pasien jatuh merupakan jenis insiden terbanyak dengan 639 kasus (20%), dan sebagian besar terjadi pada pasien rawat inap. Provinsi Jawa Timur melaporkan jumlah kejadian tertinggi, diikuti oleh Jawa Tengah dan Jawa Barat (Anenengo *et al.*, 2025).

Kondisi tersebut tercermin di RSUD Kota Makassar, berdasarkan data Komite Mutu rumah sakit, kejadian pasien jatuh masih terjadi. Data menunjukkan bahwa jumlah pasien yang mengalami jatuh di RSUD Kota Makassar selama periode 2022–2025 memiliki pola yang belum stabil dan belum menunjukkan penurunan yang konsisten. Pada tahun 2022 tercatat 6 kejadian, meningkat menjadi 15 kejadian pada 2023, kemudian menurun menjadi 11 kejadian pada 2024, dan pada tahun 2025 tercatat sebanyak 12 kejadian. Secara rata-rata, kejadian pasien jatuh selama periode 2022–2025 mencapai sekitar 11 kejadian per tahun. Hal ini menunjukkan bahwa risiko jatuh masih menjadi permasalahan keselamatan pasien yang signifikan dan memerlukan perhatian dalam pencegahan yang lebih optimal.

Kejadian pasien jatuh di rumah sakit menunjukkan perlunya identifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap risiko jatuh. Faktor risiko dapat berasal dari sisi pasien, antara lain usia lanjut, kondisi medis, penggunaan obat-obatan, dan gangguan mobilitas. Sedangkan dari sisi rumah sakit, seperti ketersediaan dan jumlah staf perawat menjadi kunci dalam mencegah atau menangani kejadian jatuh di lingkungan klinis (Kim *et al.*, 2022). Serta, kepatuhan perawat terhadap prosedur pencegahan jatuh terbukti berperan penting dalam mencegah insiden jatuh di rumah sakit (Rohmah & Prayoga, 2025). Temuan *The Joint Commission* melalui *Sentinel Event Database* juga menunjukkan bahwa rendahnya kepatuhan terhadap protokol dan praktik keselamatan merupakan

salah satu faktor yang paling sering berkontribusi terhadap terjadinya insiden jatuh (Amahoru *et al.*, 2022).

Data Laporan Komite Mutu menunjukkan kepatuhan dalam prosedur pencegahan risiko jatuh di RSUD Kota Makassar selama 2022–2025, masih fluktuatif dan belum mencapai target 100%. Rata-rata kepatuhan pada 2022 sebesar 81,16%, menurun menjadi 69,52% pada 2023, meningkat menjadi 92,01% pada 2024, dan mencapai 98,37% pada tahun 2025. Meskipun terjadi peningkatan, kepatuhan belum menunjukkan konsistensi. Capaian kepatuhan tersebut menunjukkan bahwa implementasi SOP pencegahan risiko jatuh masih perlu diperkuat. Kompetensi dan konsistensi perawat menjadi faktor penting untuk memastikan keselamatan pasien yang optimal (Anenengo *et al.*, 2025).

Upaya pencegahan risiko jatuh dipengaruhi oleh tiga kelompok faktor utama, yaitu *predisposing factor*, *enabling factor*, dan *reinforcing*. Faktor *predisposing* mencakup pengetahuan, sikap, pengalaman, dan beban kerja perawat. Faktor *enabling* meliputi kepemimpinan, supervisi, serta keberadaan SOP atau kebijakan, sedangkan faktor *reinforcing*, seperti pelatihan dan motivasi (Putri, 2025). Sebagian besar program pencegahan jatuh belum optimal, khususnya pada pelaksanaan asesmen risiko jatuh oleh perawat, yang berperan penting dalam menentukan efektivitas intervensi (Putra *et al.*, 2021). Perawat sebagai tenaga kesehatan yang paling sering berinteraksi dengan pasien memiliki peran utama dalam pelaksanaan penilaian risiko jatuh, di mana pelaksanaannya mencerminkan sikap dan kepatuhan perawat terhadap prosedur asuhan keperawatan (Astuti *et al.*, 2024).

Model *Knowledge, Attitude, Practice* (KAP) menjelaskan bahwa perubahan perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga komponen utama, yaitu pengetahuan, sikap, dan praktik. Pengetahuan berperan sebagai dasar dalam pembentukan sikap, sedangkan sikap menjadi faktor kunci yang mendorong munculnya praktik atau perilaku (Kang & Bagaoisan, 2024). Di antara ketiga komponen tersebut, sikap memiliki peran yang penting sebagai penghubung antara pengetahuan dan tindakan karena perawat yang memiliki pengetahuan memadai belum tentu menunjukkan perilaku keselamatan yang optimal apabila tidak disertai dengan sikap positif terhadap keselamatan pasien.

Berdasarkan kondisi RSUD Kota Makassar, rumah sakit telah memiliki SOP pencegahan risiko jatuh dan menunjukkan peningkatan kepatuhan perawat pada beberapa periode tertentu. Namun, kejadian pasien jatuh masih terus terjadi dan kepatuhan perawat belum menunjukkan konsistensi. Kondisi ini menegaskan adanya kesenjangan antara kebijakan yang telah ditetapkan dan perilaku perawat dalam praktik pelayanan sehari-hari. Oleh karena itu, permasalahan pencegahan risiko jatuh tidak hanya berkaitan dengan ketersediaan sistem atau regulasi, tetapi juga mengarah pada faktor internal perawat, khususnya sikap keselamatan (*safety attitude*).

Safety attitude perawat menggambarkan keyakinan, pemahaman, dan kesadaran mereka akan pentingnya menerapkan perilaku yang aman selama memberikan pelayanan klinis (Hernawati *et al.*, 2021). Sikap positif terhadap keselamatan pasien diyakini mampu mendorong perawat untuk lebih patuh

dalam menjalankan prosedur keselamatan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Astuti *et al.* (2024), yang menemukan adanya hubungan bermakna antara sikap perawat dengan kepatuhan dalam melakukan asesmen risiko jatuh ($p=0,001$) di salah satu rumah sakit di Provinsi Kalimantan Selatan. Hasil penelitian Hernawati *et al.* (2021) juga menunjukkan bahwa sikap individu memiliki pengaruh terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan budaya keselamatan pasien ($p=0,041$). Semakin baik sikap perawat terhadap keselamatan pasien, maka semakin tinggi pula tingkat kepatuhan mereka dalam mencegah risiko jatuh.

Penilaian sikap keselamatan secara objektif memerlukan instrumen yang terstandar. Salah satu instrumen yang banyak digunakan untuk mengukur sikap keselamatan tenaga kesehatan adalah *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) yang dikembangkan oleh Sexton *et al.*, (2006). Instrumen ini mengukur enam dimensi utama, yaitu *teamwork climate*, *safety climate*, *job satisfaction*, *stress recognition*, *perceptions of management*, dan *working conditions*. Pengukuran ini memberikan gambaran komprehensif tentang kekuatan dan kelemahan budaya keselamatan suatu organisasi dan dapat dimanfaatkan untuk merancang intervensi peningkatan keselamatan pasien (Kim *et al.*, 2025). Penelitian sebelumnya dari Alanazi *et al.* (2023) melaporkan bahwa unit keperawatan dengan budaya dan iklim keselamatan yang kuat menunjukkan angka kejadian pasien jatuh yang lebih rendah. Temuan serupa oleh Alanazi *et al.* (2024) mengindikasikan bahwa sikap keselamatan positif berhubungan dengan menurunnya kejadian *adverse events* seperti luka tekan, jatuh, dan infeksi nosokomial. Hal ini mempertegas bahwa *safety attitude* tidak hanya memengaruhi persepsi keselamatan, tetapi juga berkaitan erat dengan hasil klinis pasien secara nyata.

Berbagai penelitian telah menegaskan pentingnya sikap dan budaya keselamatan dalam mendorong perilaku aman tenaga kesehatan, namun bukti empiris pada tingkat rumah sakit daerah masih terbatas, khususnya yang mengkaji penerapannya dalam pencegahan risiko jatuh pasien. Kondisi RSUD Kota Makassar yang ditandai dengan fluktuasi kepatuhan perawat serta masih terjadinya kejadian pasien jatuh menunjukkan perlunya kajian lebih mendalam terhadap faktor sikap keselamatan. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk menganalisis hubungan antara *safety attitude* beserta keenam dimensinya berdasarkan *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ) dengan kepatuhan perawat dalam pencegahan risiko jatuh di RSUD Kota Makassar.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan *safety attitude* (*teamwork climate*, *safety climate*, *job satisfaction*, *stress recognition*, *perceptions of management*, dan *working conditions*) terhadap kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap RSUD Kota Makassar?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan *safety attitude* (*teamwork climate*, *safety climate*, *job satisfaction*, *stress recognition*, *perceptions of*

management, dan *working conditions*) terhadap kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap RSUD Kota Makassar.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis hubungan dimensi iklim kerja tim (*teamwork climate*) terhadap kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap RSUD Kota Makassar.
- b. Menganalisis hubungan dimensi iklim keselamatan (*safety climate*) terhadap kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap RSUD Kota Makassar.
- c. Menganalisis hubungan dimensi kepuasan kerja (*job satisfaction*) terhadap kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap RSUD Kota Makassar.
- d. Menganalisis hubungan dimensi pengenalan stres (*stress recognition*) terhadap kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap RSUD Kota Makassar.
- e. Menganalisis hubungan dimensi persepsi manajemen (*perceptions of management*) terhadap kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap RSUD Kota Makassar.
- f. Menganalisis hubungan dimensi kondisi kerja (*working conditions*) terhadap kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap RSUD Kota Makassar.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan di bidang manajemen mutu rumah sakit serta menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya terkait *safety attitude* dan kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat.

1.4.2 Instansi Rumah Sakit

Hasil penelitian dapat menjadi bahan evaluasi dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien serta memperbaiki pelaksanaan kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat.

1.4.3 Peneliti

Penelitian ini bermanfaat untuk menambah wawasan dan pengalaman peneliti mengenai permasalahan langsung di rumah sakit.

1.5 Kerangka Teori

berperan sebagai faktor utama yang diduga memiliki hubungan dengan kepatuhan perawat dalam pencegahan risiko jatuh, sedangkan faktor-faktor lain berperan sebagai faktor pendukung yang tidak diteliti secara langsung namun dapat memengaruhi hasil penelitian.

1.6 Kerangka Konsep

1.6.1 Dasar Pemikiran Variabel

Mutu pelayanan kesehatan berperan penting dalam menjamin keselamatan pasien. Insiden keselamatan pasien masih sering terjadi dan dapat menimbulkan dampak serius seperti memperparah kondisi pasien, meningkatkan biaya pelayanan, bahkan menyebabkan kematian. Secara global, keselamatan pasien telah menjadi prioritas mengingat tingginya angka insiden yang masih terjadi setiap tahun (Primasa & Kosasi, 2024). Salah satu bentuk upaya keselamatan pasien di rumah sakit adalah pencegahan risiko jatuh. Perawat memiliki peran penting dalam upaya pencegahan melalui pelaksanaan SPO yang telah ditetapkan rumah sakit. Namun kepatuhan perawat dalam melaksanakan prosedur pencegahan tersebut masih belum optimal sehingga berpotensi meningkatkan terjadinya insiden pasien jatuh di rumah sakit (Aprisunadi *et al.*, 2023).

Salah satu faktor yang dapat memengaruhi kepatuhan perawat dalam melaksanakan SOP pencegahan risiko jatuh adalah *safety attitude*. *Safety attitude* merupakan sikap dan persepsi tenaga kesehatan terhadap keselamatan pasien di lingkungan kerja yang mencerminkan komitmen individu dalam menerapkan praktik keselamatan selama memberikan pelayanan kesehatan. Konsep ini diukur menggunakan *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) yang terdiri dari enam dimensi utama, yakni *teamwork climate*, *safety climate*, *job satisfaction*, *stress recognition*, *perceptions of management*, dan *working conditions* (Sexton *et al.*, 2006).

Berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB) yang dikemukakan oleh Ajzen, sikap (*attitude*) merupakan salah satu faktor yang berperan dalam pembentukan perilaku. Sikap merupakan evaluasi positif atau negatif seseorang terhadap suatu tindakan yang dapat memengaruhi kecenderungan individu untuk melakukan perilaku tersebut. Seseorang yang percaya bahwa suatu perilaku akan memberikan dampak positif akan memiliki sikap yang mendukung (*favorable attitude*) terhadap perilaku tersebut. Dalam konteks pelayanan keperawatan, perawat yang memiliki *safety attitude* positif akan lebih mendukung dan melaksanakan prosedur pencegahan risiko jatuh karena meyakini bahwa tindakan tersebut penting untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan keperawatan (Putrina *et al.*, 2019).

Berbagai penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa *safety attitude* memiliki hubungan positif dengan implementasi tindakan keselamatan pasien. Astuti *et al.* (2024) menemukan bahwa sikap keselamatan berhubungan signifikan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan asesmen risiko jatuh. Hal serupa dilaporkan oleh Hernawati *et al.* (2021), bahwa sikap perawat berhubungan dengan kepatuhan dalam penerapan

budaya keselamatan pasien. Di tingkat internasional, penelitian Alanazi *et al.* (2024) menunjukkan bahwa sikap keselamatan yang positif mampu menurunkan kejadian *adverse events* seperti luka tekan, infeksi nosokomial, dan jatuh pada pasien.

Di RSUD Kota Makassar, laporan mutu menunjukkan bahwa kepatuhan perawat terhadap pencegahan risiko jatuh masih belum mencapai target yang ditetapkan. Kondisi tersebut menunjukkan perlunya analisis mengenai faktor-faktor yang diduga berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan SOP pencegahan risiko jatuh, salah satunya adalah *safety attitude*. Berdasarkan landasan teoritis dan empiris tersebut, maka penelitian ini dilakukan untuk menganalisis hubungan *safety attitude* dengan kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat rawat inap di RSUD Kota Makassar.

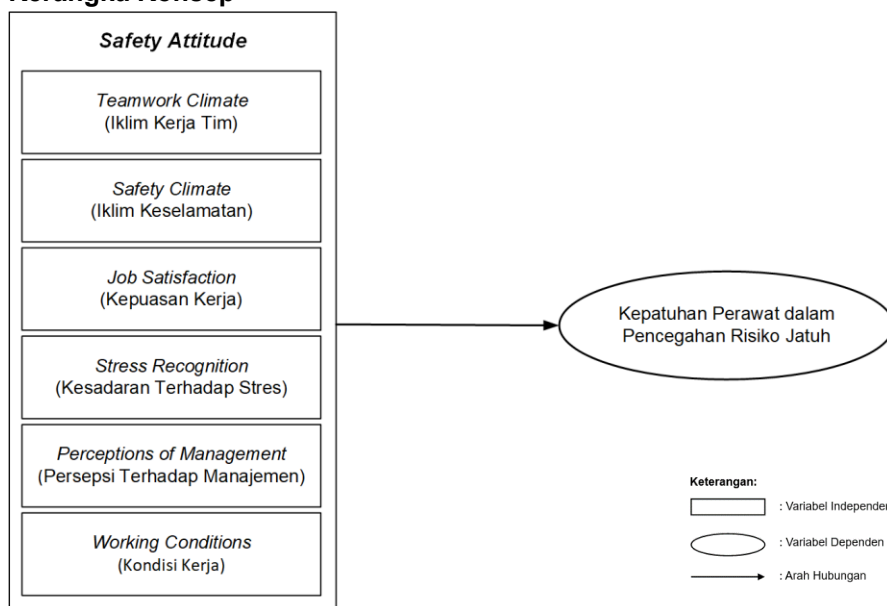
1.6.2 Mapping Theory

Tabel 1.1 Mapping Theory Safety Attitude dan Kepatuhan

Safety Attitude	Kepatuhan Pencegahan Risiko Jatuh
Cox & Cox (1991) 1. Efektivitas pengaturan keselamatan 2. Tanggung jawab individu 3. Skeptisime personal 4. keselamatan lingkungan kerja 5. kekebalan pribadi	Ajzen (1991) 1. Sikap (<i>Attitude</i>) 2. Norma subjektif (<i>Subjective norm</i>) 3. Persepsi kontrol perilaku (<i>Perceived behavior control</i>) 4. Niat (<i>Intention</i>) 5. Perilaku (<i>Behavior</i>)
Grau et al. (2002) 1. Efektivitas norma 2. Tanggung jawab pribadi 3. Persepsi orang lain	Tyler (1990) Seseorang patuh karena: 1. Instrumental (karena aturan, sanksi, pengawasan) 2. Normatif (karena moral, kesadaran)
Sexton et al. (2006) 1. <i>Teamwork Climate</i> 2. <i>Safety Climate</i> 3. <i>Job Satisfaction</i> 4. <i>Stress Recognition</i> 5. <i>Perception of Management</i> 6. <i>Working Conditions</i>	Blass (1999) 1. Kepercayaan (<i>Belief</i>) 2. Menerima (<i>Accept</i>) 3. Melakukan (<i>Act</i>)
Dobrowolska et al. (2020) 1. Kognitif 2. Afektif 3. Perilaku	Fajarini et al. (2024) 1. Kepatuhan terhadap SOP 2. Pelaksanaan pemantauan dan evaluasi 3. Penerapan tindakan pencegahan 4. Edukasi pasien dan keluarga 5. Pencatatan dan dokumentasi 6. Kepatuhan terhadap pelatihan 7. Penggunaan alat bantu dan teknologi
Zhai et al. (2021) 1. Kesadaran keselamatan 2. Emosi Keselamatan 3. Niat keselamatan	SOP Pencegahan Risiko Jatuh RSUD Kota Makassar, 2019

Safety Attitude	Kepatuhan Pencegahan Risiko Jatuh
	1. Skrining awal 2. Pemasangan gelang 3. Skrining ulang

1.6.3 Kerangka Konsep



Gambar 1.2 Kerangka Konsep

1.6.4 Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis Null (H0)

- Tidak terdapat hubungan dimensi *teamwork climate* (iklim kerja tim) dengan kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap di RSUD Kota Makassar.
- Tidak terdapat hubungan dimensi *safety climate* (iklim keselamatan) dengan kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap di RSUD Kota Makassar.
- Tidak terdapat hubungan dimensi *job satisfaction* (kepuasan kerja) dengan kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap di RSUD Kota Makassar.
- Tidak terdapat hubungan dimensi *stress recognition* (pengenalan terhadap stres) dengan kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap di RSUD Kota Makassar.
- Tidak terdapat hubungan dimensi *perception of management* (persepsi manajemen) dengan kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap di RSUD Kota Makassar.
- Tidak terdapat hubungan dimensi *working condition* (kondisi kerja) dengan kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap di RSUD Kota Makassar.

2. Hipotesis Alternatif (Ha)

- a. Terdapat hubungan dimensi *teamwork climate* (iklim kerja tim) dengan kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap di RSUD Kota Makassar.
- b. Terdapat hubungan dimensi *safety climate* (iklim keselamatan) dengan kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap di RSUD Kota Makassar.
- c. Terdapat hubungan dimensi *job satisfaction* (kepuasan kerja) dengan kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap di RSUD Kota Makassar.
- d. Terdapat hubungan dimensi *stress recognition* (pengenalan terhadap stres) dengan kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap di RSUD Kota Makassar.
- e. Terdapat hubungan dimensi *perception of management* (persepsi manajemen) dengan kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap di RSUD Kota Makassar.
- f. Terdapat hubungan dimensi *working condition* (kondisi kerja) dengan kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat ruang rawat inap di RSUD Kota Makassar.

1.6.5 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 1.2 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
1.	<i>Safety Attitude</i>	<i>Safety Attitude</i> adalah persepsi perawat mengenai keselamatan pasien dan lingkungan kerja di unit pelayanan, yang diukur melalui enam dimensi <i>teamwork climate</i> , <i>safety climate</i> , <i>job satisfaction</i> , <i>perception of management</i> , <i>working condition</i> , dan <i>stress recognition</i> .	Kuesioner <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> (SAQ) dengan jumlah 35 item (gabungan 6 dimensi: <i>teamwork climate</i> , <i>safety climate</i> , <i>job satisfaction</i> , <i>stress recognition</i> , <i>perceptions of management</i> , <i>working conditions</i>). Pilihan jawaban menggunakan skala Likert: Sangat Tidak Setuju (STS) = 1 Tidak Setuju (TS) = 2 Setuju (S) = 3 Sangat Setuju (SS) = 4	Perhitungan: 1. Skor maksimum = 140 2. Skor minimum = 35 3. Median = 103 4. Kategori: a. Kurang baik: <103 b. Baik: ≥ 103	Ordinal
2.	Iklim kerja tim (<i>teamwork climate</i>)	Iklim kerja sama tim adalah persepsi perawat mengenai kualitas kerja sama dan interaksi antar tenaga kesehatan, yang meliputi penghargaan terhadap pendapat, penyelesaian perbedaan secara profesional, ketersediaan bantuan dan dukungan, kemudahan untuk bertanya atau menyampaikan pendapat, serta koordinasi kerja antara perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kepada pasien.	Kuesioner dengan jumlah 5 pertanyaan pada nomor 1, 2, 3, 4, dan 5 dengan menggunakan skala likert dengan pilihan jawaban: Sangat Tidak Setuju (STS) = 1 Tidak Setuju (TS) = 2 Setuju (S) = 3 Sangat Setuju (SS) = 4	1. Skor maksimum = 20 2. Skor terendah = 5 3. Median = 15 4. Kategori: a. Kurang baik: <15 b. Baik: ≥15	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
3.	Iklim keselamatan (<i>safety climate</i>)	Iklim keselamatan adalah persepsi perawat terhadap komitmen organisasi yang kuat dan proaktif dalam menjaga mutu dan keselamatan, yang tercermin melalui rasa aman dalam pelayanan, penanganan kesalahan sesuai prosedur, kejelasan sistem pelaporan, pemberian umpan balik kinerja, keterbukaan dalam membahas kesalahan, dorongan untuk melaporkan insiden, pembelajaran dari kesalahan, serta tindak lanjut manajemen terhadap masukan terkait keselamatan pasien.	Kuesioner dengan jumlah 8 pertanyaan pada nomor 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, dan 13 dengan menggunakan skala likert dengan pilihan jawaban: Sangat Tidak Setuju (STS) = 1 Tidak Setuju (TS) = 2 Setuju (S) = 3 Sangat Setuju (SS) = 4	1. Skor maksimum = 32 2. Skor terendah = 8 3. Median = 24 4. Kategori: a. Kurang baik: <24 b. Baik: ≥ 24	Ordinal
4.	Kepuasan kerja (<i>job satisfaction</i>)	Kepuasan kerja adalah persepsi perawat terhadap sikap positif mengenai pengalaman kerjanya, yang tercermin dari rasa suka terhadap pekerjaan, kebanggaan sebagai perawat, rasa memiliki terhadap tempat kerja, penilaian positif terhadap lingkungan kerja, serta persepsi terhadap semangat kerja staf.	Kuesioner dengan jumlah 5 pertanyaan pada nomor 14, 15, 16, 17 dan 18 dengan menggunakan skala likert dengan pilihan jawaban: Sangat Tidak Setuju (STS) = 1 Tidak Setuju (TS) = 2 Setuju (S) = 3 Sangat Setuju (SS) = 4	1. Skor maksimum = 20 2. Skor terendah = 5 3. Median = 15 4. Kategori: a. Kurang baik: <15 b. Baik: ≥ 15	Ordinal
5.	Pengenalan stress (<i>stress recognition</i>)	Pengenalan stres adalah kesadaran atau pengakuan perawat bahwa kinerja kerjanya dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor stres, seperti beban kerja	Kuesioner dengan jumlah 4 pertanyaan pada nomor 19, 20, 21, dan 22 dengan menggunakan skala likert dengan pilihan jawaban:	1. Skor maksimum = 16 2. Skor terendah = 4 3. Median = 12 4. Kategori: a. Kurang baik: <12 b. Baik: ≥ 12	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
		berlebihan, kelelahan, tekanan kerja, dan situasi darurat.	Sangat Tidak Setuju (STS) = 1 Tidak Setuju (TS) = 2 Setuju (S) = 3 Sangat Setuju (SS) = 4		
6.	Persepsi terhadap manajemen (<i>perceptions of management</i>)	Persepsi manajemen adalah penilaian perawat terhadap peran dan dukungan manajemen unit dalam pelaksanaan pelayanan, yang tercermin melalui dukungan terhadap perawat, perhatian terhadap keselamatan pasien dalam pengambilan keputusan, pelaksanaan tanggung jawab manajerial secara efektif, penanganan masalah staf secara konstruktif, serta penyediaan informasi yang jelas dan tepat waktu.	Kuesioner dengan jumlah 5 pertanyaan pada nomor 23, 24, 25, 26, dan 27 dengan menggunakan skala likert dengan pilihan jawaban: Sangat Tidak Setuju (STS) = 1 Tidak Setuju (TS) = 2 Setuju (S) = 3 Sangat Setuju (SS) = 4	1. Skor maksimum = 20 2. Skor terendah = 5 3. Median = 15 4. Kategori: a. Kurang baik: <15 b. Baik: ≥ 15	Ordinal
7.	Kondisi kerja (<i>working conditions</i>)	Kondisi kerja adalah persepsi perawat mengenai kualitas lingkungan kerja dan kecukupan sumber daya dalam mendukung pelayanan, yang tercermin melalui kecukupan jumlah staf, pelatihan dan supervisi, ketersediaan informasi klinis, kolaborasi antarprofesi, serta efektivitas komunikasi.	Kuesioner dengan jumlah 8 pertanyaan pada nomor 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, dan 35 dengan menggunakan skala likert dengan pilihan jawaban: Sangat Tidak Setuju (STS) = 1 Tidak Setuju (TS) = 2 Setuju (S) = 3 Sangat Setuju (SS) = 4	1. Skor maksimum = 32 2. Skor terendah = 8 3. Median = 23 4. Kategori: a. Kurang baik: <23 b. Baik: ≥ 23	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
8.	Kepatuhan Perawat dalam menerapkan pencegahan risiko jatuh	Kepatuhan perawat adalah tingkat pelaksanaan tindakan pencegahan risiko jatuh sesuai standar operasional prosedur (SOP) rumah sakit, yang meliputi skrining awal risiko jatuh, pemasangan gelang identifikasi risiko jatuh, dan asesmen ulang risiko jatuh, berdasarkan frekuensi pelaksanaannya oleh perawat.	Kuesioner kepatuhan (29 item) yang diisi sendiri oleh perawat berdasarkan indikator penerapan SOP. Menggunakan skala likert dengan pilihan jawaban: 1 = Tidak Pernah 2 = Jarang 3 = Sering 4 = Selalu	1. Skor maksimum = 116 2. Skor minimum = 29 3. Median = 87 4. Kategori: a. Kurang Patuh: < 87 b. Patuh: ≥ 87	Ordinal

BAB II METODE PENELITIAN

2.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Pendekatan ini digunakan untuk menganalisis hubungan variabel independen *safety attitude* (*teamwork climate*, *safety climate*, *job satisfaction*, *stress recognition*, *perceptions of management*, dan *working conditions*). Dengan variabel dependen (kepatuhan pencegahan risiko jatuh pada perawat). Pendekatan *cross sectional* dilakukan dengan pengumpulan data pada satu periode waktu tertentu untuk melihat hubungan antar variabel pada saat yang sama. Penelitian ini bertujuan untuk menilai hubungan *safety attitude* dengan kepatuhan perawat dalam pencegahan risiko jatuh.

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Makassar yang berlokasi di Jl. Perintis Kemerdekaan KM. 14, Daya, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Sulawesi Selatan. Adapun penelitian ini akan dilakukan pada bulan Februari – April 2026.

2.3 Populasi dan Sampel

2.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek atau subjek penelitian yang memiliki karakteristik tertentu dan telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari serta dijadikan dasar dalam penarikan kesimpulan penelitian (Sugiyono, 2023). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Kota Makassar yang berjumlah 121 perawat. Perawat pelaksana dipilih sebagai responden karena merupakan tenaga kesehatan yang memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien serta berperan dalam tindakan pencegahan risiko jatuh. Berikut distribusi perawat pelaksana berdasarkan ruangan perawatan di RSUD Kota Makassar.

Tabel 2.1 Distribusi Populasi Berdasarkan Ruang Kerja Perawat Pelaksana Rawat Inap RSUD Kota Makassar Tahun 2026

No	Ruangan	Populasi (perawat)
1	Perawatan Interna	21
2	Perawatan Anak	14
3	Perawatan Bedah	18
4	Mawar	8
5	Perawatan Lt 5	10
6	Perawatan Penyakit Paru	7
7	Perawatan ICU	18
8	Perawatan PICU	11
9	RICU	14
Jumlah		121

Sumber: Data Sekunder, 2026

2.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang mewakili jumlah dan karakteristik tertentu dari populasi tersebut (Sugiyono, 2023). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *exhaustive sampling*, yaitu metode pengambilan sampel yang dengan melibatkan seluruh anggota populasi sebagai subjek penelitian. Dalam penelitian ini, sampel yang digunakan sebanyak 121 orang.

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah ketentuan yang digunakan untuk menentukan bahwa subjek penelitian layak dan sesuai untuk dimasukkan sebagai bagian dari sampel penelitian (Rizal *et al.*, 2024). Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini:

- a. Perawat yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Kota Makassar
- b. Perawat yang memberikan asuhan keperawatan langsung kepada pasien (perawat pelaksana)
- c. Perawat yang bersedia menjadi responden dan mengisi kuesioner penelitian secara lengkap

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ketentuan yang digunakan untuk menyatakan bahwa subjek penelitian tidak dapat dijadikan sampel karena tidak memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan (Rizal *et al.*, 2024). Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian ini:

- a. Perawat yang sedang cuti, atau tidak bertugas selama seluruh periode pengumpulan data
- b. Perawat yang tidak bertugas langsung dalam perawatan pasien seperti kepala ruangan atau staf administrasi
- c. Perawat yang tidak bersedia menjadi responden atau menolak berpartisipasi dalam penelitian

2.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan sesuai dengan penelitian. Kuesioner terdiri dari tiga bagian, yaitu:

2.4.1 Identifikasi responden

Bagian pertama berisi pertanyaan mengenai karakteristik responden yang meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, unit/ruang kerja, lama bekerja, serta riwayat pelatihan terkait keselamatan pasien khususnya pencegahan risiko jatuh. Data ini digunakan untuk menggambarkan karakteristik sampel penelitian.

2.4.2 Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) yang dikembangkan oleh Sexton *et al.* (2006). Instrumen ini terdiri dari 36 pernyataan yang digunakan untuk mengukur *safety attitude* tenaga kesehatan berdasarkan enam dimensi utama, namun dalam penelitian ini hanya digunakan 35 item karena terdapat satu item yang tidak valid berdasarkan hasil uji validitas sehingga

dieliminasi. Instrumen ini telah dimodifikasi oleh peneliti sesuai dengan konteks penelitian. Jumlah item pada setiap dimensi adalah sebagai berikut:

- a. Kerja Sama (*Teamwork climate*) terdiri dari 5 pernyataan (nomor 1-5). Dimensi ini mengukur persepsi perawat mengenai kualitas kerja sama antar tenaga kesehatan, yang meliputi penghargaan terhadap pendapat, penyelesaian perbedaan secara profesional, ketersediaan bantuan dan dukungan, kemudahan untuk bertanya atau menyampaikan pendapat, serta koordinasi tim dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
- b. Iklim Keselamatan (*Safety climate*) terdiri dari 8 pernyataan (nomor 6-13). Dimensi ini mengukur persepsi perawat mengenai tingkat keselamatan pelayanan di unit kerja, yang meliputi rasa aman dalam pelayanan, penanganan kesalahan sesuai prosedur, kejelasan alur pelaporan masalah keselamatan, pemberian umpan balik kinerja, keterbukaan dalam melaporkan kesalahan, dorongan untuk melaporkan insiden, pembelajaran dari kesalahan, serta tindak lanjut manajemen terhadap masukan keselamatan pasien.
- c. Kepuasan Kerja (*Job satisfaction*) terdiri dari 5 pernyataan (nomor 14-18). Dimensi ini mengukur sikap positif perawat terhadap pekerjaannya, yang tercermin dari rasa suka terhadap pekerjaan, rasa memiliki terhadap unit kerja, persepsi bahwa unit merupakan tempat kerja yang baik, kebanggaan sebagai perawat, serta semangat kerja staf.
- d. Pengenalan Stres (*Stress recognition*) terdiri dari 4 pernyataan (nomor 19-22). Dimensi ini mengukur kesadaran perawat bahwa beban kerja berlebihan, kelelahan, kondisi kerja yang penuh tekanan, dan situasi darurat dapat memengaruhi efektivitas kerja serta meningkatkan risiko kesalahan.
- e. Persepsi Manajemen (*Perceptions of Management*) terdiri dari 5 pernyataan (nomor 23-27). Dimensi ini mengukur persepsi perawat terhadap dukungan dan tindakan manajemen unit, yang meliputi dukungan dalam pelaksanaan tugas, perhatian terhadap keselamatan pasien dalam pengambilan keputusan, pelaksanaan tanggung jawab manajerial, penanganan masalah staf secara konstruktif, serta penyampaian informasi yang jelas dan tepat waktu.
- f. Kondisi Kerja (*Working conditions*) terdiri dari 8 pernyataan (nomor 28-35). Dimensi ini mengukur persepsi perawat mengenai kondisi kerja di unit, yang meliputi kecukupan jumlah staf, pelatihan bagi staf baru, ketersediaan informasi klinis, supervisi selama masa pelatihan, kolaborasi antarprofesi, serta efektivitas komunikasi dalam mendukung pelayanan pasien.

Seluruh item menggunakan skala likert empat pilihan, yaitu Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), dan Sangat Tidak Setuju (STS). Penggunaan skala likert 4 poin tanpa pilihan netral bertujuan untuk

meminimalkan kecenderungan responden memilih jawaban tengah (*central tendency bias*), sehingga responden terdorong untuk menyatakan sikap secara lebih jelas dan tegas terhadap setiap pernyataan yang diajukan. Skor setiap dimensi diperoleh dengan menjumlahkan skor seluruh item dalam dimensi tersebut, dengan melakukan *reverse scoring* pada pernyataan negatif. Semakin tinggi skor dimensi, semakin positif *safety attitude* perawat pada aspek tersebut. Selanjutnya, skor total dikategorikan menjadi baik dan kurang baik berdasarkan nilai *cut-off* yang telah ditentukan dalam penelitian ini.

2.4.3 Kepatuhan Perawat

Bagian ketiga merupakan kuesioner yang digunakan untuk mengukur kepatuhan perawat dalam melaksanakan pencegahan risiko jatuh sesuai SOP yang berlaku. Instrumen ini bersifat *self-assessment*, sehingga diisi secara mandiri oleh perawat berdasarkan frekuensi pelaksanaan tindakan dalam praktik sehari-hari. Kuesioner ini terdiri dari 29 pernyataan yang disusun berdasarkan SOP dan terdiri dari skrining risiko jatuh, pemasangan gelang risiko jatuh dan asesmen ulang risiko jatuh.

Instrumen ini menggunakan skala likert dengan penilaian empat kategori, yaitu 1 = Tidak Pernah, 2 = Jarang, 3 = Sering, dan 4 = Selalu. Skor dari seluruh item dijumlahkan untuk memperoleh skor total, kemudian dikategorikan menjadi patuh dan kurang patuh sesuai kriteria penilaian yang ditetapkan dalam penelitian. Instrumen ini dirancang untuk memberikan gambaran yang terukur dan sistematis mengenai tingkat kepatuhan perawat dalam pelaksanaan pencegahan risiko jatuh.

2.5 Uji Instrumen

Uji instrumen dilakukan untuk memastikan bahwa alat ukur yang digunakan valid dan reliabel sehingga data yang diperoleh akurat dan konsisten. Pengujian ini dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang merupakan rumah sakit kelas B dengan karakteristik pelayanan yang serupa dengan RSUD Kota Makassar. Uji instrumen tidak dilakukan di RSUD Kota Makassar karena seluruh populasi perawat rawat inap dilibatkan sebagai responden penelitian, sehingga untuk menghindari bias, pengujian dilakukan di rumah sakit lain yang memiliki kesetaraan karakteristik.

2.5.1 Uji Validitas

Menurut Sugiyono (2023), suatu instrumen dinyatakan valid apabila memiliki tingkat ketepatan yang memadai dalam mengukur variabel penelitian sesuai dengan konstruk yang telah ditetapkan. Validitas menunjukkan bahwa instrumen mampu merepresentasikan konsep yang diteliti secara akurat, sehingga data yang dihasilkan benar-benar mencerminkan aspek yang menjadi tujuan pengukuran. Dalam penelitian ini, pengujian validitas dilakukan pada taraf signifikansi $\alpha = 0,05$ (5%). Suatu item pernyataan dinyatakan valid apabila nilai r -hitung $\geq$ nilai r -tabel, dan dinyatakan tidak valid apabila nilai r -hitung $<$ r -tabel. Sehingga apabila item memenuhi kriteria tersebut, maka instrumen penelitian dapat dinyatakan telah memenuhi syarat validitas.

Tabel 2.2 Hasil Pengujian Validitas Instrumen

Item	r-hitung	r-tabel	Nilai sig.	Keterangan
Teamwork climate (Iklim Kerja Sama Tim)				
SA1	.717	.361	.000	Valid
SA2	-.027	.361	.886	Tidak Valid
SA3	.536	.361	.002	Valid
SA4	.716	.361	.000	Valid
SA5	.746	.361	.000	Valid
SA6	.781	.361	.000	Valid
Safety climate (Iklim Keselamatan)				
SA7	.924	.361	.000	Valid
SA8	.851	.361	.000	Valid
SA9	.771	.361	.000	Valid
SA10	.924	.361	.000	Valid
SA11	.389	.361	.042	Valid
SA12	.822	.361	.000	Valid
SA13	.807	.361	.000	Valid
SA14	.800	.361	.000	Valid
Job satisfaction (Kepuasan Kerja)				
SA15	.803	.361	.000	Valid
SA16	.815	.361	.000	Valid
SA17	.951	.361	.000	Valid
SA18	.912	.361	.000	Valid
SA19	.929	.361	.000	Valid
Stress recognition (Pengenalan Stres)				
SA20	.867	.361	.000	Valid
SA21	.911	.361	.000	Valid
SA22	.830	.361	.000	Valid
SA23	.814	.361	.000	Valid
Perception of management (Persepsi terhadap Manajemen)				
SA24	.866	.361	.000	Valid
SA25	.783	.361	.000	Valid
SA26	.866	.361	.000	Valid
SA27	.854	.361	.000	Valid
SA28	.740	.361	.000	Valid
Working condition (Kondisi Kerja)				
SA29	.537	.361	.002	Valid
SA30	.888	.361	.000	Valid
SA31	.862	.361	.000	Valid
SA32	.892	.361	.000	Valid
SA33	.910	.361	.000	Valid
SA34	.910	.361	.000	Valid
SA35	.878	.361	.000	Valid
SA36	.485	.361	.007	Valid
Kepatuhan Pencegahan Risiko Jatuh				
KEP1	.803	.361	.000	Valid
KEP2	.803	.361	.000	Valid
KEP3	.898	.361	.000	Valid
KEP4	.848	.361	.000	Valid
KEP5	.848	.361	.000	Valid
KEP6	.900	.361	.000	Valid
KEP7	.976	.361	.000	Valid
KEP8	.874	.361	.000	Valid
KEP9	.874	.361	.000	Valid
KEP10	.953	.361	.000	Valid
KEP11	.925	.361	.000	Valid
KEP12	.922	.361	.000	Valid

Item	r-hitung	r-tabel	Nilai sig.	Keterangan
KEP13	.908	.361	.000	Valid
KEP14	.924	.361	.000	Valid
KEP15	.930	.361	.000	Valid
KEP16	.930	.361	.000	Valid
KEP17	.922	.361	.000	Valid
KEP18	.901	.361	.000	Valid
KEP19	.934	.361	.000	Valid
KEP20	.897	.361	.000	Valid
KEP21	.883	.361	.000	Valid
KEP22	.937	.361	.000	Valid
KEP23	.931	.361	.000	Valid
KEP24	.892	.361	.000	Valid
KEP25	.947	.361	.000	Valid
KEP26	.920	.361	.000	Valid
KEP27	.953	.361	.000	Valid
KEP28	.925	.361	.000	Valid
KEP29	.950	.361	.000	Valid

Sumber: Data Primer, 2026

Berdasarkan hasil uji validitas pada 30 responden dengan taraf signifikansi $\alpha = 0,05$ dan nilai r-tabel sebesar 0,361, diperoleh bahwa hampir seluruh item pernyataan memiliki nilai r-hitung $\geq$ r-tabel sehingga dinyatakan valid. Pada dimensi *Teamwork climate* terdapat satu item yang tidak valid, yaitu SA2 karena memiliki nilai r-hitung $<$ r-tabel. Oleh karena itu, item tersebut tidak digunakan dalam analisis selanjutnya. Sementara itu, seluruh item pada dimensi lainnya dinyatakan valid. Dengan demikian, secara keseluruhan instrumen penelitian telah memenuhi kriteria validitas dan layak digunakan dalam pengumpulan data.

2.5.2 Uji Reliabilitas

Menurut Sugiyono (2023), reliabilitas adalah tingkat konsistensi suatu instrumen dalam mengukur variabel penelitian. Instrumen dikatakan reliabel apabila digunakan berulang kali untuk mengukur objek yang sama dan menghasilkan data yang relatif tetap atau konsisten. Dalam penelitian ini, uji reliabilitas dilakukan menggunakan koefisien *Cronbach's Alpha* untuk mengetahui konsistensi internal antar item dalam instrumen. Suatu instrumen dinyatakan reliabel apabila nilai *Cronbach's Alpha* $\geq 0,70$, yang menunjukkan bahwa item-item dalam instrumen memiliki tingkat konsistensi yang baik dan layak digunakan dalam penelitian.

Tabel 2.3 Hasil Pengujian Reliabilitas Instrumen

Item	Cronbach's Alpha	Batasan	Keterangan
<i>Teamwork climate</i> (Iklim Kerja Sama Tim)	0.804	0.70	Reliable
<i>Safety climate</i> (Iklim Keselamatan)	0.907		Reliable
<i>Job satisfaction</i> (Kepuasan Kerja)	0.929		Reliable
<i>Stress recognition</i> (Pengenalan Stres)	0.877	0.70	Reliable
<i>Perception of management</i> (Persepsi terhadap Manajemen)	0.876		Reliable

Item	Cronbach's Alpha	Batasan	Keterangan
<i>Working condition</i> (Kondisi Kerja)	0.930		<i>Reliable</i>
Kepatuhan Pencegahan Risiko Jatuh	0.992		<i>Reliable</i>

Sumber: Data Primer, 2026

Berdasarkan hasil uji reliabilitas menggunakan koefisien *Cronbach's Alpha* dengan batas $\geq 0,70$, diperoleh bahwa seluruh dimensi dan variabel dalam penelitian ini memiliki nilai di atas batas yang telah ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa setiap item dalam instrumen memiliki konsistensi internal yang baik. Dengan demikian, instrumen penelitian dinyatakan reliabel dan layak digunakan dalam pengumpulan data penelitian.

2.6 Pengumpulan Data

2.6.1 Data Primer

Data primer diperoleh secara langsung melalui pengisian kuesioner oleh seluruh perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Makassar.

2.6.2 Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari Subbagian Kepegawaian dan Komite Mutu RSUD Kota Makassar.

2.7 Pengolahan dan Analisis Data

2.7.1 Pengolahan data

Pada penelitian ini, proses pengolahan data dilakukan dengan bantuan program SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Tahapan pengolahan data mengacu pada Nursalam (2017), yang meliputi:

a. Screening

Memeriksa kelengkapan data hasil pengisian instrumen, sehingga tidak ada bagian yang terlewat atau tidak dijawab oleh responden

b. Editing

Memeriksa kembali data yang telah diperoleh untuk memastikan tidak terdapat kekeliruan, serta memverifikasi ketepatan dan kelengkapannya.

c. Coding

Coding dilakukan dengan memberikan kode pada setiap variabel sesuai kategori jawaban responden. Langkah ini memudahkan proses analisis data dan mempercepat proses input data ke dalam sistem pengolahan.

d. Entering

Proses memasukkan data yang telah diberi kode ke dalam program SPSS berdasarkan variabel yang diteliti

e. Cleaning

Cleaning merupakan pemeriksaan akhir terhadap data yang sudah di input untuk memastikan tidak ada kesalahan maupun ketidaksesuaian. Pada tahap ini, data yang tidak lengkap (*missing value*) atau tidak sesuai kriteria penelitian akan dikeluarkan agar

analisis yang dihasilkan lebih akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

2.7.2 Analisis data

a. Analisis Univariat

Pada penelitian ini, analisis univariat disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi yang menggambarkan karakteristik responden, seperti umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama bekerja dan riwayat pelatihan perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Makassar. Selain itu, analisis univariat juga diterapkan pada masing-masing variabel penelitian, mencakup variabel independen yaitu *Safety Attitude (teamwork climate, safety climate, job satisfaction, stress recognition, perceptions of management, dan working conditions)*, serta variabel dependen yaitu kepatuhan perawat dalam pencegahan risiko jatuh.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara masing-masing variabel independen, yaitu enam dimensi *safety attitude*, dengan variabel dependen berupa kepatuhan perawat dalam pencegahan risiko jatuh. Pada penelitian ini, analisis dilakukan menggunakan uji *Chi-square* karena variabel yang diteliti berskala kategorik. Pengujian dilakukan dengan tingkat kepercayaan 95% dan batas signifikansi $p\text{-value} \leq 0,05$. Hasil analisis bivariat digunakan untuk mengidentifikasi ada atau tidaknya hubungan antara variabel independen dan variabel dependen.

2.8 Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian ini disusun secara sistematis berdasarkan jenis analisis yang dilakukan, yaitu analisis univariat dan bivariat. Data disajikan dalam bentuk tabel yang dilengkapi dengan narasi penjelasan agar mudah dipahami.

2.8.1 Analisis Univariat

Data hasil analisis univariat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel penelitian, baik variabel independen maupun dependen, serta karakteristik responden.

2.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara masing-masing variabel independen, yaitu enam dimensi *Safety Attitude*, dengan variabel dependen berupa kepatuhan perawat dalam pencegahan risiko jatuh. Pada penelitian ini, analisis dilakukan menggunakan uji *Chi-square* karena seluruh variabel berskala kategorik dan disajikan dalam bentuk tabel kontingensi 2×2 . Namun, apabila asumsi uji *Chi-square* tidak terpenuhi (terdapat sel dengan nilai *expected count* < 5), maka digunakan uji alternatif yaitu *Fisher's Exact Test*. Pengujian dilakukan dengan tingkat kepercayaan 95% dan batas signifikansi $p\text{-value} \leq 0,05$.