

**HUBUNGAN CARING DAN KOMUNIKASI
TERAPEUTIK TERHADAP KESELAMATAN
PASIEN DI PUSKESMAS**

*THE RELATIONSHIP OF CARING AND THERAPEUTIC
COMMUNICATION TO PATIENT SAFETY IN PRIMARY
HEALTH CARE*



Tesis

**Untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat Sarjana S-2**

Magister Ilmu Keperawatan

Yudhanoorsanti Elmonita

22020117410010

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2021**

TESIS

**HUBUNGAN CARING DAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP
KESELAMATAN PASIEN DI PUSKESMAS**

Disusun oleh

Yudhanoorsanti Elmonita

NIM. 22020117410010

Menyetujui

Pembimbing

Pembimbing I



Dr. Luky Dwianto, S.Kp.,M.Kep

NIP. 196701201988031006

Pembimbing II



Agus Santoso, S.Kp.,M.Kep

NIP. 197208211999031002

Mengetahui,

Ketua Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran

Universitas Diponegoro



Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes

NIP. 197109191994031001

TESIS

**HUBUNGAN CARING DAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP
KESELAMATAN PASIEN DI PUSKESMAS**

Disusun oleh

Yudhanoorsanti Elmonita

NIM. 22020117410010

Telah dipertahankan di depan Tim Penguji

pada tanggal 7 Juni 2021

dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Menyetujui

Pembimbing I



Dr. Luky Dwiantoro, S.Kp., M.Kep
NIP. 196701201988031006

Pembimbing II



Agus Santoso, S.Kp., M.Kep
NIP. 197208211999031002

Penguji Ketua



Dr. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp., M.Sc
NIP. 196005151983032002

Penguji Anggota



Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes
NIP. 197109191994031001

Mengetahui,

Ketua Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran

Universitas Diponegoro



Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes

NIP. 197109191994031001

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan Lembaga Pendidikan lainnya, serta tidak terdapat unsur-unsur yang tergolong Plagiarism sebagaimana dimaksud dalam Permendiknas No.17 Tahun 2010. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar Pustaka.

Semarang, 7 Juni 2021

Yang Menyatakan,



Yudhaningsih Elmonita

PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yudhanoorsanti Elmonita
NIM : 22020117410010
Fakultas/ Program Studi : Kedokteran/ Magister Keperawatan
Jenis : Tesis
Judul : Hubungan Caring Dan Komunikasi Terapeutik Terhadap Keselamatan Pasien Di Puskesmas

1. Memberikan hak bebas *royalty* kepada Perpustakaan Departemen Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro atas penulisan tesis saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), mendistribusikannya, serta menampilkan dalam bentuk *soft copy* untuk kepentingan akademis kepada Perpustakaan Departemen Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan Departemen Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam tesis ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 7 Juni 2021

Yang Menyatakan



Yudhanoorsanti Elmonita

RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

1. Nama : Yudhanoorsanti Elmonita
2. NIM : 220201174110010
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Tempat, tanggal lahir : Semarang, 26 Juni 1993
5. Alamat : Perum Bumi Wana Mukti, Sambiroto,
Tembalang, Semarang
6. Nomor HP : 085727273722
7. E-mail : elmonitayudhanoorsanti@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan Formal

Tingkat	Sekolah	Tahun Lulus
1. SD	SD Negeri 2 Sompok Semarang	2005
2. SMP	SMP Negeri 29 Semarang	2008
3. SMA	SMA Negeri 1 Semarang	2011
5. S1	Universitas Diponegoro Semarang	2015
6. Profesi	Universitas Diponegoro Semarang	2016
7. S2	Universitas Diponegoro Semarang	2021

C. Riwayat Pekerjaan

Tahun	Pekerjaan
2019 – Sekarang	Perawat di UPTD Puskesmas Rowosari Semarang

D. Riwayat Keluarga

Hubungan	Nama
Ibu Kandung	: Nuraeni Widiyanti A
Ayah Kandung	: Hartono
Suami	: Erwin Adriono

E. Pengalaman Penelitian

	Judul Penelitian	Tahun	Peran
1	Gambaran Penerapan Perilaku Hidup Sehat Pada Anak Usia Sekolah Di Bantaran Sungai Banjir Kanal Timur, Kelurahan Kemijen, Kecamatan Semarang Timur, Kota Semarang	2015	Peneliti
2	Hubungan Caring Dan Komunikasi Terapeutik Terhadap Keselamatan Pasien Di Puskesmas	2021	Peneliti

F. Pengalaman Publikasi

	Judul Artikel	Nama Jurnal	Tahun
1.	Transformasional Leadership dalam Meningkatkan Perilaku Edukatif Perawat dalam Pelayanan	Prosiding : Seminar Nasional Keperawatan dan Call for Paper : Pengembangan Intervensi Keperawatan Berfokus Kepada Pasien ISBN : 234-5678-9101	2017
2.	Supervisi Klinik dalam Pelayanan Keperawatan sebagai Upaya Peningkatan Kompetensi Perawat di Rumah Sakit	Prosiding : Seminar Nasional Keperawatan dan Call for Paper : Pengembangan Intervensi Keperawatan Berfokus Kepada Pasien ISBN : 234-5678-9101	2017
3.	Upaya Meningkatkan Budaya Keselamatan Pasien Di Puskesmas (Pada Area Komunitas)	Jurnal Surya Muda	2021

HALAMAN PERSEMBAHAN

Tiada indahnya pelangi tanpa turunnya hujan

Tiada taman yang elok tanpa mekarnya bunga

Dan tiada merdu nyanyian tanpa lengkingan suara

Bagaikan kasih sepanjang masa

Tak akan pernah habis meski dimakan usia

Jalanan terjal, berkelok, dan berliku

Perlahan kaki melangkah dan bertatu

Terdengar suara rintihan tangisan dan kekhawatiran

Terlihat perjalanan penuh dengan tantangan

Tetapi, semangat tetap tak boleh menghilang

Terimakasih bapak dan ibu kasih sayangmu sungguh luar biasa

Puji syukur Allah mengirimkan dua malaikat di dunia seperti mu,

Terimakasih luar biasa untuk suami tercinta

Maha Baik Allah, mengirimkan pasangan terbaikku yaitu dirimu

Allah Memberikan dua saudara terbaik, dan menjadikan kami satu keluarga

Nikmat yang tidak bisa digantikan oleh apapun dan siapapun

Bukan pelangi, bukan taman, dan juga bukan nyanyian

Tidak ada sesuatu yang bisa dilihat, disentuh, ataupun dicium

Namun hanya bisa dirasa,

Ucapan tulus dari dalam hati

Terimakasih..

Sahabat, keluarga, seluruh teman seperjuangan,

Keluarga besar Keperawatan Undip, dan seluruh orang disekeliling

yang telah memberikan banyak pelajaran, banyak ilmu, dan banyak semangat

semoga senantiasa Allah melindungi dan memberi berkah setiap langkah

kehidupan kita. Aamiin



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah swt yang telah memberikan rahmatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul Hubungan Caring dan Komunikasi Terapeutik terhadap keselamatan pasien di Puskesmas. Shalawat dan salam selalu tercurahkan kepada *Rasulullah SAW* sebagai panutan hingga akhir zaman. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan pada Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini masih banyak kekurangannya, untuk itu saran dan masukan yang membangun sangat dibutuhkan untuk melengkapi kekurangan tersebut. Semoga tesis ini dapat menjadi salah satu sumber baca bagi rekan-rekan profesi perawat maupun pembaca pada umumnya

Wassalamu'alaikum warohmatullohiwabarokatuh

Semarang, 7 Juni 2021

Penulis,

Yudhanoorsanti Elmonita

UCAPAN TERIMAKASIH

Dalam penyusunan penelitian ini, penulis mendapat banyak motivasi, bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karenanya, penulis ucapkan terimakasih kepada :

1. Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M. Kes., Sp. S (K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang;
2. Dr. Untung Sujianto, S. Kp., M. Kes, selaku Ketua Departemen Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang dan Penguji Anggota yang telah banyak memberikan arahan dan saran membangun sehingga dapat memperbaiki hasil penelitian ini.
3. Dr. Anggorowati, S. Kp., M. Kep., Sp.Mat, selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan yang telah memberi dukungan untuk menyelesaikan Tesis ini;
4. Dr. Luky Dwiantoro, S.Kp., M.Kep selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, nasihat, motivasi dan arahan kepada penulis dengan penuh kesabaran selama proses penyusunan Tesis,
5. Agus Santoso, S.Kp., M.Kep selaku dosen pembimbing kedua dan dosen wali yang telah memberikan bimbingan, nasihat, motivasi dan arahan kepada penulis dengan penuh kesabaran selama proses penyusunan Tesis,

6. Ibu Dr. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp., selaku Penguji utama yang telah banyak memberikan arahan serta saran membangun sehingga dapat memperbaiki hasil penelitian ini.
7. Dinas Kesehatan Kota Semarang yang telah memberikan kesempatan dan kemudahan mengumpulkan informasi dalam penyusunan penelitian,
8. Kedua orang tua (Bp. Hartono dan Ibu Nuraeni Widiyanti A) yang selalu memberikan motivasi, dukungan, dan doa selama menyusun penelitian,
9. Kedua Saudara Kandung (Kaka Anang Nungki R dan Adik Afreza Ramadhanu) yang selalu memberi dukungan dan doa selama penyusunan Tesis ini,
10. Suami, (Erwin Adriono), Bapak dan Ibu mertua yang memberikan dukungan dan doa selama penyusunan penelitian
11. Semua pihak yang telah banyak membantu penyusunan penelitian ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa dalam penyusunan penelitian ini belum sempurna. Oleh karenanya, kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak akan sangat membantu penulis untuk dapat menyempurnakan penelitian ini dan juga dapat bermanfaat kepada banyak pihak. Aamiin.

Semarang, 7 Juni 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iv
PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
UCAPAN TERIMAKASIH.....	x
Daftar Isi.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
ABSTRAK.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	9
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	10
1.4 Tujuan Penelitian.....	10
1.5 Manfaat Penelitian.....	11
1.6 Keaslian Penelitian.....	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Keselamatan pasien.....	12
2.2 Caring	27
2.3 Komunikasi.....	36
2.4 Komunikasi Terapeutik.....	39
2.5 Teori Perilaku.....	43
2.6 Faktor – faktor yang mempengaruhi pemberian asuhan dan pelayanan.....	47
2.7 Permenkes no 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien...	50
2.8 Manajemen Puskesmas.....	51
2.9 Kerangka Teori.....	53
2.10 Kerangka Konsep.....	54
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian.....	55
3.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	55
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	57
3.4 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran.....	57

3.5 Instrumen penelitian dan cara pengumpulan data.....	60
3.6 Teknik Pengolahan dan Analisis Data.....	68
3.7 Etika Penelitian.....	78
BAB IV HASIL PENELITIAN	
4.1 Karakteristik Responden	82
4.2 Gambaran Karakteristik Caring, Komunikasi Terapeutik dan Keselamatan Pasien	84
4.3 Hasil Analisa Bivariat (Korelasi Caring, Komunikasi Terapeutik terhadap Keselamatan Pasien).....	105
4.4 Hasil Analisis Multivariat.....	106
BAB V PEMBAHASAN	
5.1 Karakteristik Responden.....	112
5.2 Karakteristik Caring Perawat.....	117
5.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik Perawat.....	120
5.4 Karakteristik Keselamatan Pasien.....	122
5.5 Hubungan Caring terhadap Keselamatan Pasien.....	127
5.6 Hubungan Komunikasi Terapeutik terhadap Keselamatan Pasien.....	130
5.7 Hubungan variabel <i>cofounding</i> terhadap Keselamatan Pasien.....	132
5.8 Analisa Multiivariat.....	137
5.9 Keterbatasan Penelitian.....	139
5.10 Implikasi Penelitian terhadap Pelayanan Keperawatan.....	140
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Simpulan.....	141
6.2 Saran.....	143
Daftar Pustaka.....	145
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
1.1	Keaslian Penelitian.....	12
2.1	Komponen Caring Watson.....	29
3.1	Tabel Definisi Operasional, variable penelitian dan skala penelitian.....	58
3.2	Tabel Definisi Pernyataan Kuesioner Keselamatan Pasien	62
3.3	Tabel Definisi Pernyataan Kuesioner Caring.....	63
3.4	Tabel Definisi Pernyataan Kuesioner Komunikasi Terapeutik.....	63
4.1	Distribusi Frekuensi Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang berdasarkan usia pada bulan Mei 2021.....	82
4.2	Deskripsi Penerapan Perilaku Caring Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada Bulan Mei 2021.....	84
4.3	Distribusi Frekuensi Penerapan Perilaku Caring Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada bulan Mei 2021.....	84
4.4	Distribusi Frekuensi Pernyataan Kuesioner Caring.....	85
4.5	Deskripsi Penerapan Perilaku Komunikasi Terapeutik Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada bulan Mei 2021.....	90
4.6	Distribusi Frekuensi Penerapan Perilaku Komunikasi Terapeutik Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada bulan Mei 2021.....	90
4.7	Distribusi Frekuensi Pernyataan Kuesioner Komunikasi Terapeutik.....	91
4.8	Penerapan Perilaku Penerapan Keselamatan Pasien Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada bulan Mei 2021.....	95
4.9	Distribusi Frekuensi Penerapan Perilaku Keselamatan Pasien Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada bulan Mei 2021.....	96
4.10	Distribusi Frekuensi Pernyataan Kuesioner Keselamatan Pasien.....	96
4.11	Hubungan Caring terhadap Keselamatan Pasien Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada bulan Mei 2021	105
4.12	Hubungan Komunikasi Terapeutik terhadap Keselamatan Pasien.....	106

4.13	Pengaruh Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan terakhir, Lama Bekerja terhadap Keselamatan Pasien Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang.....	106
4.14	Hasil Seleksi Analisis Bivariat Variabel-variabel kandidat Multivariat dengan Keselamatan Pasien.....	107
4.15	Hasil Seleksi Analisis Bivariat Variabel-variabel kandidat Multivariat dengan Keselamatan Pasien.....	108
4.16	Hasil Penyusunan Model Regresi Linier Berganda pada perawat di Puskesmas di Kota Semarang pada Bulan Mei 2021.....	109
4.17	Hasil Penyusunan Model Regresi Linier Berganda pada perawat di Puskesmas di Kota Semarang pada Bulan Mei 2021.....	109

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
2.1	Kerangka Teori.....	53
2.2	Kerangka Konsep.....	54
3.1	Alur Penelitian.....	67

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran
1	Surat-surat
2	Kuesioner Penelitian
3	Bukti Konsultasi
4	Pengolahan SPSS

Departemen Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro
Juni, 2021

ABSTRAK

Yudhanoorsanti Elmonita

Hubungan Caring Dan Komunikasi Terapeutik Terhadap Keselamatan Pasien Di Puskesmas

xviii + 151 Halaman + 23 Tabel + 3 Gambar + 4 Lampiran

Keselamatan pasien adalah upaya menurunkan cedera yang sebenarnya tidak perlu terjadi. Data Kejadian Keselamatan Pasien Rumah Sakit didapatkan insiden Kejadian Tidak Diinginkan di Indonesia ditemukan sebanyak 46,67%. Provinsi Jawa Tengah menjadi urutan ketiga dengan KTD tertinggi yakni 20%. Di dalam penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan, tidak terlepas pada praktik caring dan komunikasi terapeutik. Mailani menyampaikan bahwa 59,5% responden tidak puas dengan perilaku caring. Penelitian juga menunjukkan bahwa perawat tidak melakukan komunikasi terapeutik saat masuk ruangan. Penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui hubungan caring dan komunikasi terapeutik terhadap keselamatan pasien di Puskesmas. Penelitian ini menggunakan metode analitik korelasi dengan rancangan penelitian cross sectional. Uji yang dilakukan yakni uji univariat, bivariat dan multivariat. Sampel penelitian ini adalah perawat di Puskesmas di Kota Semarang sejumlah 90 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat di Puskesmas mayoritas berusia 36-45 tahun (38,5%), pendidikan terakhir D3 (56,7%), berjenis kelamin perempuan (73,3%), lama bekerja paling banyak >5 tahun (77,8%), sudah menikah (92,2%), pernah mengikuti pelatihan (8,9%), bahwa terdapat hubungan caring terhadap keselamatan pasien dengan nilai p value 0,000 dan terdapat hubungan komunikasi terapeutik terhadap keselamatan pasien dengan p value 0,000, dan tidak ada hubungan karakteristik responden usia, jenis kelamin, Pendidikan terakhir, lama bekerja, status menikah, dan pelatihan terhadap keselamatan pasien. Terdapat lima variable yang memenuhi syarat dalam uji multivariat yakni caring, komunikasi terapeutik, pendidikan, status pernikahan, dan pelatihan. Hasil uji multivariat didapatkan bahwa terdapat pengaruh signifikan komunikasi terapeutik terhadap keselamatan pasien. Penelitian ini dapat disimpulkan bahwa variabel paling berpengaruh terhadap keselamatan pasien adalah komunikasi terapeutik.

Kata Kunci : Keselamatan Pasien, Caring, Komunikasi Terapeutik

Referensi : 117 (1994-2021)

Department of Nursing
Faculty of Medicine
Diponegoro University
June, 2021

ABSTRACT

Yudhanoorsanti Elmonita

The Relationship Of Caring And Therapeutic Communication To Patient Safety In Primary Health Care

xix + 151 Pages + 23 Tables + 3 Pictures + 4 Appendices

Patient safety is effort to reduce the undesirable injury incident. Based on Hospital Patient safety data in Indonesia, undesirable incident happened 46,67%. Middle Java Province in the third place from the highest KTD with 20% accident happened. Implementation of Patient Safety related to Implementation of Caring and Therapeutic Communication. Mailani show that 59,5% respondent not satisfied with caring behaviour. Research show that Nurse did not implement therapeutic communication when come to room. This Research purpose is to know correlation caring and therapeutic communication between patient safety in Public health center. This research used correlation analytic methods with cross sectional research plan. Test methods that used in this research is Univariat, bivariat and multivariat test. This research used 90 person correspondent that work as nurse from Public health center in Semarang city. from this research show that nurse in Public health center majority aged from 36 to 45 years old (38,5%), Education background from diploma (56,7%), gender woman (73,3%), mostly working above 5 years (77,8%), Married (92,2%), attend training (8,9%), show that there are correlation between caring and patient safety with p value 0,000 ,therapeutic communication and patient safety with p value 0,000 and there are no correlation between age, gender, education, working experience, marriage status, training and patient safety. there are 5 variable that meet the requirement of multivariat test i.e. caring, terpeutik communication, education, marriage status, and training. Multivariat Test shows there are significant influence between therapeutic communication and patient safety. this research concluded the most influence variable with patient safety is therapeutic communication.

Keyword : Patient Safety, Caring, Therapeutic Communication

References : 117 (1994-2021)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Keselamatan pasien adalah bagian dari pelayanan kesehatan di sebuah instansi kesehatan di mana mengutamakan kepentingan pasien. Priyoto (2014) menyampaikan bahwa keselamatan pasien yakni sebuah sistem yang menjadi bagian dari pelayanan kesehatan bertujuan membuat pasien lebih aman¹. Institute of Medicine mendefinisikan bahwa Keselamatan pasien adalah bebas dari cedera yang tidak disengaja. Cedera yang tidak disengaja dapat terjadi karena adanya kegagalan suatu perencanaan atau sebuah rencana yang salah dalam mencapai tujuan². Sejalan dengan Ismaniar, Panesar berpendapat bahwa keselamatan pasien merupakan sebuah upaya untuk menurunkan cedera yang sebenarnya tidak perlu terjadi hingga mencapai minimum, yang erat kaitannya dengan pelayanan kesehatan³.

Cedera dapat diminimalkan yakni dengan cara mengutamakan keselamatan pasien di setiap pelayanan medis. Kepedulian terhadap keselamatan pasien dapat meminimalkan resiko Kejadian Tidak Diinginkan (KTD), mengurangi timbulnya sengketa medis, mengurangi konflik antara petugas kesehatan dan pasien, mengurangi tuntutan dan proses hukum serta menepis tuduhan malpraktek yang semakin marak (JCAHO, 2007). Kemenkes (2011) memiliki standar bahwa asuhan yang diberikan kepada pasien akan lebih aman jika memperhatikan resiko yang akan terjadi, kebenaran identifikasi pasien, pelaporan hingga analisa insiden,

kemampuan mengambil pelajaran dari insiden, tindak lanjut dan kemampuan memberi solusi dari resiko serta mencegah cedera akibat kesalahan selama Tindakan⁴. Pelayanan kesehatan yang mengabaikan unsur keselamatan pasien menunjukkan bahwa pelayanan belum terstandar dengan baik.

Joint Comission International (JCI) menetapkan 6 unsur keselamatan pasien yang dikenal dengan istilah *International Patient Safety Goals (IPSG)*. Enam unsur/sasaran keselamatan pasien yakni ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi efektif, peningkatan keamanan obat atau *high alert* yang harus diwaspadai, kepastian terhadap lokasi, prosedur dan pasien operasi, pengurangan terhadap resiko infeksi setelah menggunakan pelayanan kesehatan, dan pengurangan resiko jatuh. IPSG yang digagas oleh JCI tertuang dalam peraturan resmi yakni Permenkes RI no 1691/MENKES/PER/VII/2011⁴. Kondisi tersebut memperkuat bagaimana pelayanan keselamatan pasien harus diperhatikan dalam suatu tatanan pelayanan kesehatan.

Keselamatan pasien harus diperhatikan dalam tatanan pelayanan kesehatan karena keselamatan pasien merupakan bagian dari hak pasien yang harus dipenuhi. Hak pasien merupakan salah satu standar keselamatan pasien. Hak pasien telah diatur dalam UUD 1945 pasal 28 bahwa setiap warga negara berhak mendapat pelayanan kesehatan yang layak. Hak pasien juga diatur dalam UU nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan, UU perlindungan konsumen, UU nomor 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran, UU nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, dan UU nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit.

Salah satu standar keselamatan yang perlu mendapat perhatian utama yakni komunikasi. Komunikasi yang jelas dan akurat dengan Bahasa yang mudah dipahami maka akan mudah diterima oleh pasien dan keluarganya. Seluruh standar keselamatan pasien dapat terwujud salah satunya apabila adanya komunikasi antar staf. Adanya komunikasi dalam instansi penyedia layanan Kesehatan akan menciptakan kondisi lebih aman tanpa hambatan dan efektif⁵. Aktivitas berkomunikasi menjadi salah satu sasaran yang menjadi perhatian dalam penerapan keselamatan pasien dikarenakan melalui komunikasi diharapkan dapat mencapai keselamatan pasien. Usaha mencapai peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien dapat terbantu melalui komunikasi³. Keselamatan pasien dapat ditandai dengan adanya komunikasi terbuka, saling percaya, dan memiliki kesadaran akan pentingnya keselamatan dan percaya diri terhadap efektifitas dari Tindakan pencegahan⁶. Melalui komunikasi yang baik diharapkan dapat mengurangi kesalahpahaman yang terjadi baik antar petugas maupun petugas dengan pasien.

Saat melakukan pelayanan, masih sering adanya komunikasi yang kurang optimal antara petugas dan pasien. Beberapa petugas layanan masih menggunakan komunikasi dengan nada tinggi, ataupun dengan suara kurang jelas. Kondisi tersebut sering menimbulkan kesalahpahaman antara petugas dan pasien. Dua dari tiga pasien mengatakan bahwa kurang memahami arahan petugas terkait penggunaan alat tensi sehingga harus dilakukan berulang. Sembiring dan Munthe (2019) menyampaikan fakta bahwa perawat tidak melakukan komunikasi terapeutik (menyapa pasien, tersenyum pada pasien, menanyakan keadaan pasien, memberikan saran kepada pasien) saat masuk ke ruangan pasien⁷. Depkes

menjelaskan bahwa masih ada keluhan terhadap ketidakpuasan pasien. Beberapa data yang didapatkan dari rumah sakit, didapatkan masih ada 67% pasien mengeluh tidak puas dalam penerimaan pelayanan Kesehatan⁸. Di masa pandemic covid 19, komunikasi pada pelayanan semakin menemui banyak kendala. Protokol Kesehatan yang mengharuskan setiap orang menggunakan masker maupun APD lainnya, dapat berpengaruh menghambat komunikasi petugas dengan pasien. Selain ekspresi wajah yang tak terlihat, suara yang disampaikan individu juga tidak jelas sehingga sering menimbulkan kesalahpahaman dalam komunikasi dan beresiko salahnya informasi yang didapat individu lain seperti yang sering terjadi dalam pendokumentasian identifikasi pasien dan keluhan pasien di dalam RM. Kejadian yang pernah muncul salah satunya adalah pasien mengeluh sakit perut namun petugas mendengar dan mendokumentasikan pasien sakit tiroid.

Keselamatan pasien dapat terwujud dikarenakan adanya kesadaran dan keinginan, salah satunya dari rasa peduli. Rasa peduli yang muncul dari diri seseorang akan mendorong keinginan untuk membantu sesama. Adanya hubungan timbal balik antar petugas dan pasien maka akan meningkatkan pencapaian keselamatan pasien. Rasa peduli kepada orang lain, rasa menenangkan, memberikan perlindungan terhadap kerugian merupakan pengertian Caring. Perilaku caring dapat disebut sebagai suatu perasaan untuk memberikan keamanan. Kusnanto mengungkapkan bahwa caring merupakan Tindakan yang membuat seseorang nyaman dan aman baik secara fisik maupun emosional⁹. Leininger memiliki pandangan bahwa setiap Tindakan yang diberikan dari perawat kepada pasien merupakan cerminan dari sikap caring¹⁰. Yuli dalam penelitiannya

mengatakan bahwa masih ada 45% perawat Puskesmas tidak melakukan caring¹¹. Mailani dkk (2017) mengungkapkan fakta bahwa masih ada 59,5% responden merasa tidak puas terhadap perilaku caring perawat di salah satu rumah sakit di Sumatra¹². Hal tersebut juga terjadi pada rumah sakit di Jawa Tengah dimana Nurahayu dan Sulastri (2019) mengungkapkan bahwa masih ada 66,7% perawat dengan perilaku caring yang rendah¹³.

Pandemik covid 19 yang terjadi sejak awal 2020 di Indonesia, cukup memberikan dampak kepada rasa peduli sesama. Sejak pandemik, tugas tenaga Kesehatan bertambah yakni mengawal Kesehatan dan kesembuhan pasien baik yang terpapar maupun yang beresiko terpapar, termasuk petugas harus menggunakan APD yang sesuai. Tugas dan tanggung jawab tenaga Kesehatan yang semakin banyak selama masa pandemik berdampak pada rasa caring antar sesama. Salah satu dampak yang dirasakan yakni baik petugas maupun pasien sama-sama merasa segan apabila petugas akan membantu pasien yang kesulitan berjalan, karena saling khawatir terhadap resiko penularan sesama.

IOM menjelaskan bahwa di Amerika Serikat diperkirakan 44.000 – 98.000 kejadian kematian setiap tahunnya disebabkan oleh *medical error*⁵. *Medical error* merupakan kejadian ketidaksengajaan yang masih dapat dicegah. WHO (2017) mengatakan bahwa terjadi insiden keselamatan pasien setiap 35 detik di Inggris¹⁴. Di negara berkembang terdapat 42,7 juta kejadian yang merugikan pasien selama masa perawatan di rumah sakit¹⁴. Salah satu layanan puskesmas di Beijing tercatat sejumlah 17,6% terjadi HAIs. Banyak pasien yang mengeluh dan tidak sabar saat

berkunjung di puskesmas yakni mencapai 41,2% sehingga dapat berpengaruh terhadap pelayanan oleh petugas. Pengetahuan petugas puskesmas terkait keselamatan pasien masih kurang, seperti yang terjadi pada Puskesmas Beijing dimana tingkat pengetahuan hanya mencapai 17,2%¹⁵.

Insiden Keselamatan Pasien di Indonesia juga masih ditemui, tercatat terdapat 145 insiden yang dilaporkan dengan rincian KNC 47.6%, KTD 46.2%, dan kasus lainnya 6,25%¹⁶. Berdasarkan data KKP-RS tahun 2010, insiden KTD di Indonesia ditemukan sebanyak 46,67%. Provinsi Jawa Tengah menjadi urutan ketiga dengan KTD tertinggi yakni 20%. Mustika (2011), menyebutkan bahwa insiden keselamatan pasien tertinggi pada Kota Jakarta yakni sebanyak 37,9%¹⁷. Insiden keselamatan pasien tertinggi kedua yakni Jawa tengah dengan prosentase 15,9%¹⁶. Berdasarkan data tersebut, Jawa Tengah masih memerlukan perhatian khusus terkait Keselamatan pasien. Salah satu wilayah yang dapat menjadi perhatian yakni Kota Semarang dimana selain merupakan Ibu Kota Jawa Tengah, Kota Semarang juga menjadi salah satu Kota dengan wilayah cukup luas di Jawa Tengah.

Dinas Kesehatan Kota Semarang merupakan salah satu Dinas yang memiliki wilayah kerja yang cukup luas yakni mencapai 373.70 km persegi¹⁸. Dinas kesehatan Kota Semarang bertanggung jawab terhadap 37 Puskesmas yang tersebar di 16 kecamatan¹⁸. Seluruh puskesmas berperan aktif terhadap upaya peningkatan derajat kesehatan 1.668.578 masyarakat Kota Semarang. Puskesmas menjadi sarana kesehatan primer yang dituju masyarakat. Kondisi ini berdampak pada jumlah

kunjungan pasien yang semakin meningkat setiap tahunnya. Peningkatan jumlah pasien ini harus ditunjang dengan fasilitas jaminan keselamatan pasien di Puskesmas.

Keselamatan pasien menjadi unsur kualitas mutu pelayanan sebuah instansi. Indikator mutu pelayanan kesehatan dapat terlihat dalam elemen penilaian akreditasi, Keselamatan pasien masuk di dalam salah satu indicator penilaian mutu Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) terutama pada BAB ke IX terkait PMKP (pelayanan mutu keselamatan pasien) bab 8 (Manajemen Penunjang Layanan Klinis: MPLK). Berdasarkan hasil akreditasi Puskesmas, tahun 2017, salah satu rekomendasi terbanyak yakni keselamatan pasien. Temuan yang didapatkan yakni adanya kerangka acuan keselamatan / keamanan lab namun belum di sosialisasikan, belum ada tindak lanjut SOP pelaporan keselamatan pasien, pelaksanaan pencatatan, pemantauan, pelaporan efek samping obat dan KTD belum sesuai SOP, dan adanya catatan KNC namun tidak dilaporkan. Beberapa rekomendasi hasil akreditasi tahun 2017 yakni meningkatkan pemahaman dan kepatuhan petugas terhadap SOP pencatatan, pemantauan, pelaporan efek samping obat & KTD, memperbaiki langkah langkah SOP identifikasi, pelaporan kesalahan pemberian obat dan KNC, membuat laporan atas semua KNC.

Elemen penilaian akreditasi bab Sembilan telah mengatur mengenai keselamatan pasien di seluruh unit Puskesmas. Berdasarkan hasil observasi, terdapat dokumen pencatatan insiden, namun hanya ada di unit tertentu seperti farmasi dan laboratorium. Insiden yang dicatat di dokumen tersebut tidak selalu

dilakukan evaluasi dikarenakan informasi hanya sebatas diketahui oleh beberapa petugas terkait saja. Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada 5 petugas, mengatakan bahwa kurang mengetahui kebijakan terkait keselamatan pasien baik SK maupun SOP. Petugas juga mengungkapkan kurang memahami penjabaran, dan sasaran keselamatan pasien yang dimaksud termasuk alur pelaporan keselamatan pasien. Dua orang petugas mengatakan mengetahui arti keselamatan pasien hanya saja belum memahami alur pelaporan keselamatan pasien. Terdapat kejadian KTC dalam pelayanan bulan selama tahun 2020 dimana terdapat 21 insiden kesalahan identifikasi pasien. Kejadian KNC terbaru yang terjadi yakni kesalahan identifikasi pasien yang berakibat pada kesalahan rujukan BPJS rumah sakit. Pada bulan Maret 2020 terdapat KTD yakni kesalahan pemberian obat tetes mata dan diberikan obat tetes telinga.

Di masa pandemik, keselamatan pasien menjadi hal penting yang perlu diperhatikan. Masa pandemik covid 19 sangat berdampak pada pelayanan. Peran petugas semakin bertambah yakni untuk selalu mengingatkan protokol petugas harus selalu mengingatkan protokol kesehatan yang ada yakni 5 M (memakai masker, mencuci tangan, menjaga jarak, menghindari kerumunan, membatasi mobilitas) selain untuk keamanan petugas juga untuk keselamatan pasien. Saat ini masih banyak pasien yang tidak patuh menerapkan protokol Kesehatan yang sesuai seperti memakai masker tidak menutupi keseluruhan hidung dan mulut, malas mencuci tangan sebelum menyentuh area wajah, sulit menjaga jarak antar pasien. Kondisi tersebut berdampak besar terhadap penyebaran virus covid 19 yang semakin merebak. Pada awal minggu di bulan Januari 2021 jumlah penderita pasien

covid di wilayah Puskesmas Tembalang mencapai 60 orang, dengan petugas terdampak 6 petugas.

Berdasarkan data tersebut dapat diketahui bahwa masih ada permasalahan yang berkaitan dengan keselamatan pasien dalam pelayanan Kesehatan di tingkat primer (Puskesmas). Berdasarkan kondisi tersebut, perlu dilakukan penelitian tentang Hubungan Caring dan Komunikasi Perawat terhadap Penerapan Keselamatan Pasien di Puskesmas Lingkup Dinas Kesehatan Kota Semarang.

1.2 Perumusan Masalah

Institute of Medicine mendefinisikan bahwa Keselamatan pasien adalah bebas dari cedera yang tidak disengaja. Berdasarkan data KKP-RS, insiden KTD di Indonesia ditemukan sebanyak 46,67%. Provinsi Jawa Tengah menjadi urutan ketiga dengan KTD tertinggi yakni 20%. Insiden keselamatan pasien tertinggi kedua yakni Jawa tengah dengan prosentase 15,9%. Di dalam penerapan keselamatan pasien dalam pelayanan, tidak terlepas pada praktik caring dan komunikasi terapeutik.

Mailani menyampaikan bahwa 59,5% responden tidak puas dengan perilaku caring responden¹². Yuli dalam penelitiannya mengatakan bahwa masih ada 45% perawat Puskesmas tidak melakukan caring¹¹. Hal tersebut juga terjadi pada rumah sakit di Jawa Tengah dimana Nurahayu dkk (2019) mengungkapkan bahwa masih ada 66,7% perawat dengan perilaku caring yang rendah¹³. Selain itu, saat melakukan pelayanan, masih sering adanya komunikasi yang kurang optimal antara petugas dan pasien. Terdapat 67% pasien mengeluh tidak puas dalam penerimaan

pelayanan Kesehatan⁸. Perawat tidak melakukan komunikasi terapeutik saat masuk ruangan⁷.

Studi literatur terbaru menunjukkan bahwa metode *person centred care* berdampak pada keselamatan pasien dan komunikasi antar individu dan staf dapat memperkuat praktik keselamatan. Oleh karena itu menarik untuk dilakukan studi mengenai hubungan caring dan komunikasi terapeutik terhadap keselamatan pasien.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Apakah Caring dan Komunikasi Terapeutik berhubungan terhadap penerapan keselamatan pasien di Puskesmas?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan caring dan komunikasi terapeutik terhadap penerapan keselamatan di puskesmas di Kota Semarang.

1.4.2 Tujuan Khusus¹⁹

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden yakni terkait usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama bekerja, status menikah, dan pengalaman pelatihan
- b. Mengukur tingkat caring Perawat di Puskemas di Kota Semarang
- c. Mengukur penerapan komunikasi terapeutik perawat di Puskemas di Kota Semarang
- d. Mengidentifikasi penerapan keselamatan pasien oleh perawat di Puskemas di Kota Semarang

- e. Menganalisa hubungan caring dan komunikasi terapeutik perawat terhadap penerapan keselamatan pasien.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Pendidik

Penelitian ini dapat menjadi acuan bagi dosen maupun mahasiswa dalam menerapkan keilmuan manajemen keperawatan khususnya keselamatan pasien.

1.5.2 Bagi Pemberi Layanan Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan salah satu bahan pertimbangan bagi tim Kesehatan khususnya tim keselamatan pasien untuk melakukan evaluasi keselamatan di Puskesmas

- a. Hasil penelitian dapat menjadi salah satu saran bagi tim akreditasi dan mutu pelayanan Puskesmas tentang pelaksanaan keselamatan pasien
- b. Hasil penelitian dapat menjadi bahan pertimbangan bagi Dinas Kesehatan terkait hubungan caring dan komunikasi terapeutik perawat terhadap penerapan keselamatan pasien di Puskesmas.

1.5.3 Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan peneliti terkait hubungan caring dan komunikasi terapeutik terhadap penerapan keselamatan pasien dan menjadi bahan dasar pertimbangan mengembangkan penelitian selanjutnya.

1.6 Keaslian Penelitian

Penelitian dengan judul hubungan caring dan komunikasi terapeutik terhadap keselamatan pasien dalam penerapan keselamatan pasien di Puskesmas

Kota Semarang belum pernah dilakukan sebelumnya, namun ada beberapa penelitian yang terkait dengan keselamatan pasien :

Tabel 1.1
Keaslian Penelitian

No	Nama Peneliti	Judul	Desain	Keaslian Penelitian
1	Chris Rossiter, Tracy Levett Jones, Jacqueline Pich	The Impact of person-centred care on patient safety: an umbrella review of systematic review ²⁰	Systematic review	Intervensi patient centre care dapat meningkatkan keselamatan pasien dan dapat berdampak pada kesejahteraan pasien.
2	Tim Blake, Tayler Blake	Improving Therapeutic communication in Nursing Through Simulation Exercise ²¹	Systematic review	Simulasi practice dapat membantu meningkatkan efikasi diri siswa terkait komunikasi terapeutik
3	Helene M anderson	Effective Communication and teamwork improve patient safety ²²	Systematic review	Komunikasi dan staf dengan keterlibatan efektif dapat memperkuat praktik keselamatan sehingga dapat meningkatkan perawatan pasien
4	Alanazi, Ahmad; Nicholson, Nanette; Thomas, Sheila	The Use of Simulation Training to Improve Knowledge, Skills, and confidence among health care students: systematic review ²³	Systematic Review	Berbagai penelitian yang disajikan, metode simulasi terbukti dapat meningkatkan pengetahuan kemampuan dan kepercayaan diri peserta.
5.	Stephen Guineaa, Patrea Andersenb, Kerry Reid-Searl , Tracy Levett-Jones , Trudy Dwyer , Leeanne	<i>Simulation-based learning for patient safety: The development of the Tag Team Patient Safety Simulation</i>	Systematic review	Pengalaman simulasi keselamatan pasien memiliki kesempatan untuk mengembangkak kemampuan siswa perawat untuk

	Heatonc, Tracy Flenadyc, Judith Applegarthc, Phoebe Bickell	<i>methodology for nursing education</i> ²⁴		mengaplikasikan keselamatan pasien
6	Jones, Tracy Levett; Andersen, Patrea; Searl, Kerry Reid; Guinea, Stephen; McAllister, Margaret; Lapkin, Samuel; Palmer, Lorinda; Niddrie, Marian	<i>Tag Team Simulation: An Innovative Approach for Promoting Active Engagement of PARTicipants and Observers During Group Simulations</i> ²⁵		Tag Team Simulation efektif untuk memastikan pengamat dan peserta aktif selama pembelajaran melalui simulasi sedang berlangsung
7	Ameryoun, Ahmad; Pakpour; Nikoobakht, Mehdi; Saffari, Mohsen; Yaseri, Mahdi; Gaye, Keishal Koenig, Harold	<i>Effectiveness of an In-Service Education Progr am to Improve Patient Safety Directed at Surgical Resident: a Randomized Controlled Trial</i> ²⁶	Random Control Trial	Intervensi terkait keselamatan pasien melalui workshop selama 1 hari terkait keselamatan pasien, perilaku keselamatan pasien diukur 3 bulan setelah intervensi menggunakan kuesione Safety Attitude Questioner dan oxford non technical skills scale
8	Katja Zimmermann , Iris Bachmann Holzinger , Lorena Ganassi, Peter Esslinger , Sina Pilgrim2 , Meredith Allen3 , Margarita Burmester and Martin Stocker	<i>Inter- professional in- situ simulated team and resuscitation training for patient safety: Description and impact of a programmatic approach</i> ²⁷	simulation training. Pre post design	Simulasi in situ interprofessional dapat membantu mengurangi ancaman keselamatan pasien

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keselamatan Pasien

2.1.1 Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakan sebuah upaya dengan tujuan menurunkan cedera yang tidak perlu ada hingga mencapai minimum, yang erat kaitannya dengan pelayanan kesehatan³. Priyoto menjelaskan bahwa keselamatan pasien yakni sebuah system di dalam pelayanan kesehatan untuk membuat pasien lebih aman¹. Asuhan terkait pasien lebih aman yakni meliputi asesmen resiko, identifikasi, pelaporan dan analisa insiden, kemampuan belajar yang berasal dari insiden dan tindak lanjut serta implementasi solusi dari resiko yang dapat diminimalkan dan mencegah cedera akibat dari kesalahan dalam tindakan tertentu atau bahkan disebabkan karena tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilaksanakan⁴. Keselamatan pasien menjadi acuan serta prinsip paling utama selama proses pelayanan kesehatan dalam sebuah Lembaga/ organisasi penyedia jasa kesehatan²⁸.

a. Sasaran Keselamatan Pasien

1. Ketepatan identifikasi pasien

Sasaran pertama keselamatan pasien adalah identifikasi pasien. identifikasi pasien sangat penting diperhatikan oleh seluruh petugas mengingat kesalahan proses identifikasi pasien akan berpengaruh besar terhadap proses pelayanan / pengobatan selanjutnya. Identifikasi yang tidak tepat akan

mengakibatkan kesalahan pengobatan dan prosedur medis pada pasien atau bahkan yang tidak memerlukan tindakan tersebut. Identifikasi pasien dilakukan 2 kali pengecekan. Pengecekan identifikasi pasien pertama yakni pasien sebagai individu yang akan melakukan pemeriksaan, sedangkan kedua yakni pengobatan. pelayanan yang diberikan kepada individu tersebut.

Identifikasi pasien meliputi minimal 2 identitas diantaranya nama pasien, nomor RM (Rekam Medis), tanggal kelahiran, gelang identitas, pasien dengan tanda, dan identitas lainnya. Beberapa elemen penilaian identifikasi pasien yakni:

- a) Identifikasi pasien dilakukan dengan 2 identitas, tidak boleh menggunakan nomor kamar serta lokasi
 - b) Identifikasi pasien dilaksanakan setiap sebelum pengambilan darah pasien dan spesimen lain sebagai pemeriksaan klinis
 - c) Identifikasi pasien dilakukan sebelum memberikan obat atau tindakan maupun prosedur tertentu
 - d) Kebijakan serta prosedur dapat mengarahkan dilakukannya identifikasi dengan konsisten terhadap seluruh situasi serta lokasi.
- b. Peningkatan komunikasi efektif

Komunikasi merupakan pengiriman, penerimaan informasi/ berita antara 2 orang atau lebih sehingga informasi yang dimaksud dapat dipahami (KBBI). Komunikasi merupakan sebuah kebutuhan manusia yang ingin meningkatkan taraf hidupnya²⁹. Melalui komunikasi yang efektif, lengkap, jelas, akurat serta mudah dipahami pasien maka dapat mengurangi kesalahan dan keselamatan pasien dapat meningkat. Komunikasi dapat diwujudkan dalam berbagai hal media

seperti lisan tulisan maupun elektronik. Di dalam pelayanan medis, komunikasi dilakukan dalam berbagai hal seperti perintah medis, sehingga memerlukan pencatatan kembali. Beberapa elemen komunikasi efektif yakni:

1. Informasi baik lisan melalui telepon maupun hasil pemeriksaan dicantumkan dengan lengkap dari penerima informasi.
2. Informasi lisan dan telepon maupun hasil pemeriksaan dibaca kembali dengan lengkap oleh penerima informasi.
3. Informasi / pesan dikonfirmasi oleh sumber perintah (orang yang memberi informasi hasil pemeriksaan)
4. Adanya kebijakan/ prosedur terkait pelaksanaan pengecekan keakuratan informasi yang diberikan secara lisan. Telepon secara konsisten.

c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

Pasien berkunjung di tempat penyedia layanan kesehatan selain untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga untuk mendapat tindakan dan perawatan. Rangkaian tindakan yang diberikan salah satunya yakni pasien mendapatkan obat. Saat memberikan obat kepada pasien memerlukan ketelitian dan kehati-hatian mengingat tidak semua obat aman untuk setiap pasien. Setiap penyedia jasa kesehatan harus memperbaiki keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert*). Beberapa obat yang perlu diperhatikan keamanannya yakni obat yang mirip seperti : kedengarannya mirip (nama obat dan rupa), ucapan mirip/ NORUM, atau *look alike sound alike / LASA*.

d. Kepastian tepat lokasi tepat prosedur, dan tepat pasien

Prosedur perawatan maupun tindakan merupakan tindakan yang sudah biasa dilakukan oleh tenaga kesehatan. Meski demikian, kepastian tindakan baik lokasi prosedur maupun tepat pasien sangat perlu diperhatikan setiap kegiatan. Kejadian salah lokasi, salah prosedur dan pasien merupakan kejadian yang tidak jarang terjadi di instansi pelayanan kesehatan. Oleh karenanya, perlu adanya penandaan lokasi (*site marking*) sebelum dilakukan tindakan, dan juga memperhatikan singkatan yang digunakan untuk instruksi tindakan. Salah satu kesalahan yang sering terjadi yakni diakibatkan dari kesalahan membaca tulisan / tulisan tidak terbaca (*illegible handwriting*). Setiap penyedia pelayanan kesehatan perlu untuk melakukan verifikasi setiap tindakan yang akan dilakukan seperti verifikasi lokasi seperti sisi (*laterality*), *multiple* struktur (jari tangan, jari kaki, lesi), atau *multilevel* (tulang belakang). Verifikasi lokasi, prosedur, dan pasien dengan benar.

e. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan yang cukup besar dalam pelayanan kesehatan. Kejadian yang terkait infeksi HAIs dapat mengakibatkan pengeluaran yang cukup besar untuk mengatasinya. Beberapa infeksi yang mungkin terjadi yakni infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infection*) dan pneumonia⁴. Berbagai infeksi sangat mungkin terjadi di area penyedia layanan kesehatan oleh karenanya, diperlukan upaya pencegahan infeksi. Salah satu cara infeksi dapat dicegah yakni melalui cuci tangan (*hand hygiene*). Seluruh tenaga kesehatan dianjurkan dapat melaksanakan

cuci tangan sesuai standar. Saat ini, standar cuci tangan sesuai dengan pedoman cuci tangan dari WHO (*World Health Organization*).

f. Pengurangan resiko pasien jatuh

Kejadian pasien jatuh merupakan salah satu kejadian yang cukup berat bagi pasien. Instansi penyedia layanan kesehatan harus melakukan evaluasi secara berkala mengenai penyebab kejadian resiko jatuh. Pencegahan dapat dilakukan dengan mengkaji riwayat sakit pasien, obat yang diberikan hingga alat bantu jalan yang sedang digunakan pasien. Pengurangan resiko jatuh dapat dilakukan melalui instrumen baku kepada setiap pasien.

2.1.2 Standar Keselamatan pasien

Standar keselamatan pasien adalah acuan bagi penyedia layanan kesehatan dalam melaksanakan seluruh kegiatan. Terdapat 7 standar keselamatan pasien yakni:

a. Hak Pasien

Hak pasien telah diatur dalam berbagai aturan baku. UUD 1945 pasal 28 H yang telah diamandemen menjelaskan bahwa setiap warga negara berhak mendapat pelayanan kesehatan yang layak. Beberapa hak pasien juga diatur dalam UU nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, UU perlindungan Konsumen, UU nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, UU nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan UU nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit¹. Berdasarkan peraturan di atas, diketahui bahwa hak pasien sangat perlu diperhatikan dalam memberikan pelayanan kesehatan baik di rumah sakit, puskesmas, maupun klinik. Terdapat indikasi dan kriteria mengenai pemenuhan hak pasien:

1. Ada dokter yang bertanggung jawab atas pasien

2. Dokter penanggung jawab harus membuat rencana pelayanan pada pasien yang bersangkutan
3. Dokter penanggung jawab memberikan penjelasan dengan jelas dan benar terkait pelayanan medis, hasil pelayanan, pengobatan, prosedur medis hingga dimungkinkannya terjadi insiden.

b. Mendidik Pasien dan Keluarga

Standar keselamatan pasien setelah hak pasien adalah mendapatkan edukasi dan pendidikan. Oleh karenanya, tenaga medis memiliki tugas untuk mendidik pasien serta keluarga pasien terkait pemenuhan kewajiban/ tanggung jawab dan hak pasien. Pasien dan keluarga diharapkan dapat :

1. Informasi didapat dengan benar dan jujur
2. Pasien dan keluarga mengetahui kewajiban dan tanggung jawab
3. Pertanyaan diajukan jika ada hal yang belum dimengerti
4. Paham dan dapat menerima dampak pelayanan
5. Patuh akan instruksi serta menghormati peraturan penyedia layanan kesehatan
6. Mengutamakan sikap menghormati dan tenggang rasa
7. Kewajiban finansial yang disepakati terpenuhi sesuai kesepakatan

c. Keselamatan Pasien dan Kesinambungan Pelayanan

Seluruh pelayanan kesehatan dalam instansi saling berkesinambungan. Salah satu pelayanan kesehatan yakni Puskesmas harus menjamin adanya koordinasi antar unit kerja dan unit pelayanan. Beberapa kriteria pelayanan berkesinambungan yakni :

1. Ada koordinasi yang menyeluruh. Koordinasi dilakukan sejak pasien masuk, pemeriksaan, diagnosa, perencanaan pelayanan kesehatan, tindakan pengobatan, keterangan rujukan hingga pasien selesai pelayanan.
 2. Ada koordinasi pelayanan yang sesuai kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya yang berkesinambungan
 3. Ada koordinasi pelayanan dengan adanya peningkatan komunikasi. Peningkatan komunikasi yakni memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer maupun lanjutan.
 4. Ada komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan dalam instansi penyedia layanan kesehatan hingga terciptanya koordinasi aman, tanpa hambatan dan efektif,
- d. Penggunaan Metode Peningkatan Kerja untuk Melakukan evaluasi dan Program Peningkatan Keselamatan Pasien

Setiap instansi penyedia layanan kesehatan harus berupaya untuk meningkatkan kualitas kerja. Salah satu cara meningkatkan kualitas kerja yakni dengan cara memonitor dan mengevaluasi kinerja. Upaya untuk meningkatkan kinerja yakni:

1. Instansi penyedia pelayanan kesehatan dilakukan proses perencanaan kerja dengan baik dan sesuai visi, misi rumah sakit, petugas, kebutuhan pasien, aturan praktik, praktik usaha sehat, serta faktor lain.
2. Data kinerja dikumpulkan oleh instansi yang menyediakan layanan Kesehatan yakni berupa: pelaporan insiden, manajemen resiko, akreditasi, utilisasi, mutu pelayanan ruangan.

3. Instansi penyedia pelayanan kesehatan harus melakukan evaluasi internal terkait seluruh insiden serta aktif dilakukannya evaluasi kasus resiko tinggi
4. Instansi penyedia pelayanan kesehatan menggunakan semua data dan informasi hasil Analisa sebagai penentuan melakukan perubahan sistem yang dibutuhkan

e. Peran Pemimpin dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien

Sosok seseorang pemimpin akan sangat mempengaruhi program – program yang mendukung aktif peningkatan keselamatan pasien, beberapa standar yang harus dipenuhi terkait kepemimpinan yakni:

1. Pemimpin mendukung serta memastikan pelaksanaan program keselamatan pasien dengan terintegrasi dengan organisasi
2. Pemimpin mendukung program tentang identifikasi resiko dan pengurangan insiden
3. Seorang pemimpin mendukung komunikasi setiap unit tentang keselamatan pasien
4. Pemimpin ikut serta menyiapkan sumber daya memadai untuk mengukur, menganalisa, dan upaya peningkatan kerja organisasi dan keselamatan pasien
5. Pemimin memastikan efektifitas kontribusi dalam peningkatan kerja dan keselamatan pasien.

f. Pendidikan Staf tentang Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien tidak hanya menjadi tanggung jawab tenaga medis melainkan seluruh staff instansi penyedia layanan kesehatan. Oleh karenanya diperlukan pendidikan kepada seluruh staf di penyedia layanan kesehatan terkait

keselamatan pasien. Pendidikan staf terkait keselamatan pasien disesuaikan dengan jabatan staf tersebut diberbagai bidang.

Penyedia layanan kesehatan diwajibkan memiliki proses pendidikan, pelatihan, dan orientasi setiap staff disesuaikan keterkaitan jabatannya dengan keselamatan pasien dengan jelas. Hal tersebut menjadi standar utama pendidikan staf tentang keselamatan pasien dengan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan bertujuan untuk meningkatkan serta memelihara kompetensi staf. Beberapa kriteria dengan orientasi mendidik keselamatan pasien yakni:

1. Instansi penyedia layanan kesehatan memiliki kriteria berupa program pendidikan, pelatihan, dan orientasi bagi staf baru tentang keselamatan pasien sesuai tugas masing-masing
2. Instansi penyedia layanan kesehatan perlu mengintegrasikan terkait keselamatan pasien dengan setiap kegiatan *in service training*.
3. Instansi penyedia layanan kesehatan membuat dan memberikan pedoman yang jelas terkait pelaporan insiden
4. Instansi penyedia layanan kesehatan menyelenggarakan pelatihan terkait kerjasama kelompok untuk mendukung pendekatan interdisipliner serta kolaboratif dalam melayani pasien.

g. Komunikasi Merupakan Kunci Bagi Staf untuk Mencapai Keselamatan Pasien

Komunikasi yang baik penting dimiliki oleh seluruh petugas kesehatan. Melalui komunikasi yang baik maka dapat membantu mencapai peningkatan

mutu layanan kesehatan serta keselamatan pasien. Terdapat beberapa standar bagi penyedia pelayanan kesehatan untuk tercapai komunikasi yang baik yakni:

1. Instansi penyedia pelayanan kesehatan merencanakan serta mendesain manajemen informasi keselamatan pasien agar kebutuhan informasi internal dan eksternal dapat terpenuhi
2. Transmisi dan informasi harus tepat waktu dan akurat
3. Instansi penyedia layanan kesehatan memiliki kriteria yang menghasilkan komunikasi efektif
4. Diadakannya anggaran untuk merencanakan serta mendesain proses manajemen terkait perolehan data keselamatan pasien
5. Adanya mekanisme identifikasi masalah serta kendala komunikasi untuk dilakukan revisi manajemen informasi yang telah ada.

2.1.3 Elemen budaya keselamatan pasien ³⁰:

a. Keterbukaan

Keterbukaan yakni merasa nyaman untuk mendiskusikan terkait kejadian keselamatan pasien dan isu keselamatan dengan teman sejawat maupun atasan. Melalui keterbukaan, perawat dapat saling memberi dukungan, dan motivasi serta mendukung satu sama lain.

b. Keadilan

Melalui keadilan, maka menitikberatkan pada pencarian penyebab masalah bukan mencari siapa yang salah. Perawat tidak perlu khawatir akan disalahkan sepenuhnya apabila melaporkan kejadian yang ada. Melalui RCA (*root caused*

analysis) dan FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*) diharapkan akan ditemukan penyebab yang terjadi sehingga dapat dievaluasi kembali kedepannya.

c. Pelaporan

Pelaporan merupakan salah satu komponen penting yang perlu diperhatikan karena sangat mempengaruhi manajemen. Melalui pelaporan yang baik maka sekaligus melalui manajemen resiko efektif. Tanpa adanya pelaporan maka tidak akan diketahui kesalahan serta dampak kedepannya dan beresiko terjadi kesalahan berulang. Perawat melaporkan insiden dapat dengan menceritakan langsung secara terbuka maupun melalui pelaporan terstruktur. Hal ini didukung dengan keadilan dimana perawat tidak disalahkan atau dihukum jika melaporkan kejadian yang dimaksudkan. Melalui pelaporan maka dapat berfokus pada perbaikan sistem kerja.

d. Pembelajaran

Perawat dapat selalu belajar terkait dengan keilmuan yang berkaitan dengan keselamatan pasien. Perawat akan berkomitmen untuk selalu belajar tentang keselamatan dan mengingatnya serta membagikan informasi pada rekan yang lain.

e. Penginformasian

Penginformasian yakni mampu belajar dari pengalaman, mengidentifikasi dan berusaha mengurangi insiden kedepannya. Berdasarkan insiden dan pelaporan yang ada maka dapat belajar lebih banyak dan perbaikan kedepannya. Perawat harus memiliki kemauan dan kemampuan menggunakan informasi yang benar, tepat, dan jelas dibandingkan sistem pelaporan insiden serta asesmen resiko.

2.1.4 Caring menjadi factor pendukung keselamatan pasien :

Di dalam pelayanan, caring menjadi bagian yang penting, namun saat ini, seluruh perawat belum menerapkan caring dengan baik. Hal tersebut seperti yang disampaikan dalam penelitian yang menunjukkan bahwa perilaku caring perawat masih sangat kurang karena lebih sering berfokus pada Tindakan medik dan fokus pada penyembuhan¹². Padahal caring merupakan salah satu upaya efektif untuk meningkatkan status kesehatan.

Keselamatan pasien yang tertuang di dalam kebijakan pasti dimiliki oleh penyedia layanan. Individu akan berhubungan dengan organisasi melalui adanya caring. Perawat yang mampu mengenali dirinya sendiri, serta perasaannya diharapkan dapat juga mengenali perasaan pasien sehingga dapat mengetahui kebutuhan yang sedang dibutuhkan pasien. Perilaku caring yang baik pada diri sendiri maka akan baik juga dilakukan pada pasien. Prinsip tersebut nantinya akan terbawa pada penerapan keselamatan pasien dimana perawat akan merasa berharga memberi hak kepada pasien yakni berupa keamanan dan kenyamanan.

2.1.5 Dampak³ :

Keselamatan pasien yang diterapkan secara optimal memiliki dampak yang baik terhadap pelayanan Kesehatan dalam sebuah instansi. Beberapa dampak diterapkannya keselamatan pasien dengan optimal yakni:

a. Peningkatan kepuasan pasien

Keselamatan pasien yang diterapkan dengan optimal akan memberi dampak positif terhadap persepsi pasien. Penerapan keselamatan pasien akan

mempengaruhi pada kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Kualitas pelayanan yang meningkat maka pasien akan merasa lebih puas terhadap layanan yang ada.

Peran perawat sangat penting untuk memperhatikan tingkat kepuasan pasien seperti yang disampaikan oleh Kotler bahwa peran perawat merupakan elemen penting dalam membantu sistem pemberian pelayanan yang efektif termasuk terhadap kepuasan pelanggan dan kualitas pelayanan. Usaha yang dapat dilakukan perawat yakni memberikan yang terbaik setiap melakukan asuhan keperawatan. Tingkat kepuasan pasien dapat menentukan kualitas layanan. Layanan berkualitas yang diberikan oleh perawat tidak dapat terlepas dari **Caring**. Caring memiliki peran penting dalam menentukan kepuasan pasien dan mutu layanan.

b. **Komunikasi** dengan pasien berkembang

Salah satu sasaran keselamatan pasien adalah peningkatan komunikasi efektif. Keselamatan pasien yang berhasil diterapkan dengan baik maka komunikasi antar pemberi layanan dengan penerima layanan akan meningkat.

c. Resiko klinis menurun

Budaya keselamatan pasien yang berhasil dilaksanakan dalam instansi kesehatan maka dapat menurunkan resiko klinis baik KTD, KNC, maupun KPC yang mungkin dapat terjadi pada pasien.

d. Keluhan pasien berkurang

Peningkatan kepuasan pelanggan akan meminimalisir keluhan pasien terhadap layanan yang diberikan.

e. Mutu pelayanan meningkat

Mutu pelayanan dapat meningkat seiring dengan perbaikan kualitas pelayanan yang diberikan. Upaya peningkatan mutu harus memenuhi 3 kebutuhan dasar yakni :

1. Pembentukan budaya aman dan organisasi dengan tingkat keandalan yang tinggi
 2. Ada kesadaran dan perlakuan pada setiap unit pelayanan
 3. Memfasilitasi penilaian dan peningkatan mutu aliran kerja, proses, dan tugas.
- f. Citra fasilitas kesehatan meningkat

Keselamatan pasien dapat menjadi langkah pertama yang dapat dilakukan dalam upaya memperbaiki kualitas pelayanan yang berkaitan erat dengan mutu dan citra RS⁸. Mutu layanan kesehatan dapat meningkat tidak terlepas dengan adanya kepuasan pasien yang meningkat. Berbagai upaya dapat dilakukan untuk meningkatkan mutu layanan salah satunya dengan meningkatkan **caring** perawat di dalam setiap praktik keperawatan.

2.2 **Caring**

2.2.1 Pengertian

Caring merupakan tindakan yang membuat seseorang nyaman dan aman baik secara fisik maupun emosional⁹. Perilaku caring tidak hanya mencakup hubungan kepada orang lain saja melainkan juga kepada diri sendiri. Sikap caring sangat penting dimiliki oleh setiap orang sebagai salah satu wujud peduli dan syukur kepada diri sendiri dan orang lain. Caring sangat erat kaitannya dengan hubungan antara perawat dan pasien^{10,31}. Wujud seorang perawat dalam memberikan perhatian, penghargaan, dan memenuhi kebutuhannya dapat disebut

caring³². Setiap tindakan perawat penting untuk dilandasi rasa caring seperti berupa kebaikan, perhatian, serta menghormati keyakinan pasien³². Morrison dan Bunard dalam Apriza (2018) berpendapat bahwa caring selain mempraktikkan seni dalam merawat, menunjukkan kasih sayang dengan tujuan meringankan penderitaan, meningkatkan kesehatan serta martabat pasien, juga mengaktualisasi diri perawat³³. Sejalan dengan Morrison dan Bunard, Leininger juga memiliki pandangan bahwa caring menjadi perhatian utama saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien¹⁰.

Swanson berpendapat bahwa caring adalah sebuah cara menjadi hubungan melalui cara menghargai orang lain, meliputi rasa memiliki dan rasa tanggung jawab. Terdapat 5 proses dasar caring menurut Swanson yang disebut model caring yakni *knowing*, *being with*, *doing for*, *enabling*, dan *maintening belief*. Teori tersebut dapat dijadikan strategi dalam menerapkan asuhan keperawatan dari pengkajian hingga evaluasi³³.

Selain Swanson, Watson juga mengungkapkan *theory of human caring*. Watson mengungkapkan 10 faktor karatif caring dimana menekankan kepada cinta kasih (*loving kindness*) serta ketenangan kepada diri sendiri dan orang lain, menunjukkan kehadiran, pengembangan spiritual seseorang, menunjukkan nuansa *caring-healing*, dan memberikan dukungan perasaan³⁴.

Perilaku caring dapat diwujudkan melalui komunikasi efektif yakni dengan memberikan dorongan serta tanggapan positif, memberikan asuhan keperawatan sesuai yang dibutuhkan pasien⁹. Perilaku caring yang dilakukan dengan baik dapat memberikan dampak baik terhadap kesembuhan pasien³¹. Melalui penerapan caring

sejak awal dalam interaksi sehari-hari baik dengan teman dan rekan sejawat maka juga dapat berpengaruh terhadap interaksi terapeutik dengan pasien³⁵.

2.2.2 Komponen Caring

a. Komponen Caring menurut Watson

Komponen caring menurut Watson ada sepuluh (sepuluh *factor carative*). Sepuluh *factor carative* tersebut dikembangkan menjadi *caritas* proses dimana mendefinisikan caring yang lebih mendalam.

Tabel 2.1
Komponen Caring Watson (Kisi-kisi Instrumen)

No	Faktor <i>Carative</i>	Proses <i>Caritas</i>
1.	Nilai <i>humanistic-altuistic</i>	Menerapkan cinta kasih dan rasa tenang kepada diri sendiri dan orang lain
2.	Penanaman keyakinan dan harapan	Memberikan rasa kehadiran, mempertahankan serta menghormati keyakinan secara dalam yang dimiliki. Pandangan subjektif dalam kehidupan diri sendiri maupun orang lain
3.	Mengembangkan sikap responsif pada diri pribadi dan orang lain	Menumbuhkan rasa spiritual, menggali kesadaran pribadi yang melewati ego diri sendiri
4.	Mengembangkan <i>helping-trusting</i> (tolong menolong dan percaya) dalam hubungan <i>caring</i>	Mengembangkan dan memperkokoh <i>helping-trusting</i> (saling menolong dan saling percaya) dalam hubungan <i>caring</i>
5.	Mempromosikan dan menerima pengungkapan rasa positif dan negatif	Memberikan kehadiran dan dukungan terhadap pengungkapan rasa positif dan negatif sebagai penghubung antara diri dan klien
6.	Menggunakan sistematika pemecahan masalah dalam proses <i>caring</i>	Kreatif dalam memanfaatkan diri sendiri maupun dengan berbagai cara sebagai bagian dari proses <i>caring</i>
7.	Mempromosikan belajar mengajar transpersonal	Terlibat pada pengalaman belajar-mengajar dalam hubungan <i>caring</i> .

8. Menyediakan lingkungan yang dapat mendukung, melindungi, dan memperbaiki dari segi mental, sosial, serta spiritual	Menciptakan lingkungan penyembuhan dari segala aspek (fisik, non fisik, lingkungan yang baik dimana keindahan, kenyamanan, martabat, dan ketenangan tercipta)
9. Membantu pemuasan kebutuhan manusia	Membantu dan menghormati kebutuhan dasar, menerapkan <i>caring</i> melalui sentuhan dan bekerja dengan hati, serta menghormati kesatuan yang memungkinkan hubungan spiritualitas terpenuhi
10. Memungkinkan adanya dimensi eksistensial-fenomenologis	Terbuka dan memperhatikan adanya dimensi eksistensial spiritual, yang misterius, dan tidak diketahui dari penderitaan hidup-mati “memungkinkan terjadinya keajaiban”

Watson berpendapat terdapat 7 asumsi yang dapat mendasari konsep *caring*:

1. *Caring* dapat terlaksanakan dengan efektif jika dipraktekkan dengan interprofesional
2. *Caring* dapat meliputi karatif dengan kepuasan pasien menjadi subur dalam pemenuhan kebutuhan dasar
3. *Caring* dapat terlaksana efektif ditandai dengan kesehatan individu dan keluarga dapat meningkat
4. *Caring* memiliki arti sebuah respon diterima seseorang dan mempengaruhi respon kedepan seseorang
5. Lingkungan yang sangat mendukung untuk melaksanakan *caring* memiliki potensi untuk mempengaruhi individu dalam memilih tindakan terbaik baik untuk diri maupun untuk perkembangannya
6. *Caring* memadukan pada biofisik yakni terkait perilaku seseorang untuk meningkatkan derajat kesehatan serta membantu pasien sakit
7. *Caring* adalah inti keperawatan^{9,33}.

b. Komponen Caring menurut Swanson

Swanson memiliki pandangan 5 proses caring yakni *knowing*, *being with*, *doing for*, *enabling*, dan *maintening belief*. *Knowing* yakni memahami situasi yang sedang terjadi pada pasien, kemudian *enabling* (memampukan) yakni memungkinkan agar derajat kesehatan kesejahteraan (*wellbeing*) pasien dan tercapai. Proses *being with* (kehadiran) diperlukan untuk pasien, perawat diharapkan hadir baik secara raga maupun komunikasi sebagai wujud untuk kesiapan membantu masalah yang dihadapi pasien. *Maintening belief* memiliki arti rasa peka untuk membantu membangun harapan seseorang^{9,33}. Proses caring menurut Swanson:

1. Mempertahankan keyakinan

Komponen mempertahankan keyakinan memiliki arti yakni melaksanakan aktualisasi diri dengan tulus membantu orang lain, melaksanakan perbuatan positif serta memberikan ketenangan kepada orang lain.

2. Pengetahuan

Komponen pengetahuan memiliki arti yakni menyampaikan informasi terkait kondisi pasien, dan mampu memberikan tindakan sesuai peraturan, tepat, dan mencegah adanya komplikasi.

3. Kebersamaan

Komponen kebersamaan memiliki arti yakni memberikan kehadiran kepada seseorang secara emosional, siap berbagi, serta menjalin hubungan saling percaya dengan setiap orang.

4. Tindakan yang dilakukan

Tindakan yang dilakukan yakni mampu berperilaku terapeutik. Terapeutik memiliki arti siap memberikan rasa nyaman, pencegahan muncul bahaya, dan melaksanakan tindakan yang sesuai.

5. Memungkinkan

Komponen memungkinkan yakni pelaksanaan setiap tindakan yang memerlukan *informed consent* dan memberikan respon yang baik dan positif kepada setiap keluhan pasien.

2.2.3 Faktor – faktor yang mempengaruhi caring

Caring merupakan inti dari keperawatan sehingga menjadi bentuk dari kinerja perawat saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Terdapat 3 faktor yang mempengaruhi kinerja individu menurut Teori Kerja Gibson^{9,36}:

a. Faktor individu

Terdapat beberapa aspek yang dimiliki oleh faktor individu yang dapat mempengaruhi kinerja perawat:

1. Pengetahuan dan keterampilan

Perawat dirasa penting untuk menerapkan caring melalui pengetahuan dan keterampilannya. Perawat yang memiliki pengetahuan yang cukup luas akan mengetahui bagaimana caring harus diterapkan kepada pasien³⁷. Pengetahuan dapat berhubungan dengan keterampilan yang dimiliki perawat dalam memberikan layanan asuhan keperawatan^{37,38}.

2. Latar belakang dan demografis

Latar belakang dan demografis seperti usia, tingkat pendidikan, jenis kelamin, pengalaman, serta status sosial dapat mempengaruhi caring. Tingkat Pendidikan dan usia berpengaruh terhadap penerapan caring pada individu^{37,39}.

3. Faktor psikologis

Beberapa faktor psikologis yakni ada sikap, persepsi, kepribadian, pola belajar, serta motivasi setiap individu berbeda-beda. Motivasi menjadi faktor psikologi yang paling berpengaruh dimana dari motivasi dapat menentukan apakah seseorang akan berhenti, mempertahankan atau membangkitkan semangatnya. Jufrizen dan Finarti dalam penelitiannya menunjukkan ada pengaruh motivasi terhadap kinerja perawat^{40,41}.

4. Faktor Organisasi

Faktor organisasi dapat menjadi faktor yang mempengaruhi pegawai. Baik buruk seorang pegawai dapat berpengaruh juga kepada organisasi yang dinaunginya. Beberapa faktor organisasi yang dapat berpengaruh yakni sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur organisasi, serta beban kerja perawat³⁶.

1. Kepemimpinan

Kepemimpinan yang efektif sangat berpengaruh terhadap kinerja individu, kelompok, organisasi^{41,42}.

2. Imbalan

Sistem imbalan dapat berpengaruh terhadap kinerja seseorang. Melalui sistem imbalan maka seorang pegawai dapat merasa lebih dihargai terhadap usahanya selama ini³⁶.

2.2.4 Karakteristik Caring

Leininger (1998) membagi karakteristik caring yakni:

a. Profesional caring

Profesional caring yakni kemampuan kognitif/ pengetahuan perawat. Profesional caring memiliki arti bahwa perawat setiap melakukan tindakan harus memiliki landasan ilmu, sikap, keterampilan profesional, sehingga menghasilkan tindakan yang tepat dan dapat memberi layanan asuhan sesuai kebutuhan masalah dan tujuan yang telah ditetapkan.

b. *Scientific caring*

Scientific caring memiliki arti bahwa setiap keputusan yang diambil perawat selama melakukan asuhan keperawatan harus berdasarkan pengetahuan yang dimiliki perawat⁴³.

c. *Humanistic caring*

Humanistic caring yakni memberikan bantuan dengan kreatif⁴³.

Selain Leininger, Chin juga menyampaikan pendapatnya bahwa karakteristik caring terdiri atas:

a. *Be ourself*

Be ourself memiliki arti untuk menjadi diri sendiri serta mandiri. Setiap manusia dituntut untuk menjadi manusia jujur sehingga dapat dipercaya.

b. *Clarity*

Clarity yakni sebuah keinginan untuk terbuka terhadap orang lain.

c. *Respect*

Rasa *respect* yakni kembali kepada fitrah manusia sebagai makhluk sosial, yakni belajar untuk menerima, memahami orang lain dan menghargai orang lain karena pada hakikatnya manusia sebagai makhluk sosial.

d. *Separateness*

Separateness yakni tidak terbawa kepada suasana hati orang lain yang kurang baik seperti depresi. Kondisi ini mengajarkan untuk selalu waspada serta siap pada diri sendiri baik fisik maupun psikologis.

e. *Freedom*

Freedom memiliki pengertian untuk bebas mengemukakan pendapat dan berekspresi.

f. *Empathy*

Empati yakni sangat memahami perasaan yang dirasakan pasien namun tidak terhanyut terhadap perasaan tersebut.

g. *Communication*

Komunikasi menjadi salah satu karakteristik yang penting dimana akan mempengaruhi hubungan setiap individu terutama saat memberikan pelayanan. Komunikasi yang baik dalam setiap tindakan caring diantaranya komunikasi verbal maupun nonverbal.

h. *Evaluation*

Evaluasi dapat dilakukan antara perawat dan pasien⁴³.

2.2.5 Caring dalam praktik Keperawatan

Caring bisa diartikan sebuah hasil kultur, nilai, pengalaman, serta hubungan dengan orang lain.

Sikap keperawatan yang berhubungan dengan caring diantaranya:

a. Kehadiran

b. Sentuhan

Sentuhan terbagi menjadi dua yakni sentuhan yang berorientasi pada tugas dan sentuhan yang berorientasi pada pelayanan.

c. Mendengarkan

d. Memahami klien

2.3 Komunikasi

2.3.1 Pengertian

Komunikasi berasal dari Bahasa latin yakni *communis* yang memiliki arti sama. Pengertian sama yang dimaksud yakni memiliki sudut pandang yang sama untuk suatu hal. Secara terminologis, komunikasi merupakan sebuah proses yang disampaikan seseorang kepada orang lain dengan tujuan menyampaikan opini maupun fakta langsung dan tidak langsung⁴⁴. Ponco berpendapat bahwa komunikasi merupakan pemberian informasi dan pertukaran pendapat, dengan adanya respon jawaban dari pendengar⁴⁵.

Beberapa ahli memiliki pendapat yang beranekaragam terkait komunikasi, seperti yang diungkapkan oleh McCubbin dan Dahl bahwa komunikasi merupakan proses saling tukar perasaan, keinginan, pendapat, dan kebutuhan. Taylor dkk berpendapat bahwa komunikasi adalah proses bertukarnya informasi / meneruskan makna. Sejalan dengan McCubbin Dahl dan Taylor, Burgerss memiliki pendapat bahwa komunikasi merupakan proses penyaluran informasi, arti, serta pemahaman dari pengirim pesan kepada penerima pesan. Menurut Yuwono, komunikasi

merupakan aktivitas untuk menyampaikan maksud/ pengertian dari pemberi informasi kepada penerima informasi sehingga dapat memunculkan tingkah laku/ sikap yang diharapkan penerima informasi. Ross berpendapat bahwa komunikasi adalah proses transaksional sehingga melibatkan sortir pilihan dan pengiriman simbol kognitif untuk membantu pendengar paham akan makna sehingga dapat memberikan tanggapan kepada pengirim simbol. Berdasarkan beberapa pendapat ahli, dapat disimpulkan bahwa komunikasi merupakan proses pertukaran ide, pikiran perasaan dua orang / lebih dengan tujuan merubah sikap, pikiran, serta tingkah laku⁴⁶.

2.3.2 Tujuan Komunikasi

Komunikasi memiliki tujuan untuk merubah sikap, pikiran serta tingkah laku. Tujuan tersebut sejalan dengan tujuan yang diungkapkan oleh Nurhadi dkk (2017) yang memiliki pendapat bahwa komunikasi bertujuan untuk merubah pengetahuan, perilaku, sikap, serta sosial⁴⁷. Tujuan tersebut didukung oleh Darmawan (2014) yang memiliki pendapat bahwa komunikasi memiliki tujuan untuk menyampaikan informasi/ merubah sikap (*attitude*), pendapat (*opinion*), dan perilaku (*behavior*)⁴⁸.

2.3.3 Proses Komunikasi

Terdapat 2 proses komunikasi yakni primer dan sekunder. Dua tahap proses komunikasi yakni :

a. Proses Komunikasi Primer

Proses komunikasi primer yakni proses komunikasi yang menggunakan simbol agar mudah dipahami oleh penerima. Simbol yang dimaksud yakni seperti

bahasa, gestur tubuh, warna, kode, gambar, dan lain-lain. Bahasa menjadi salah satu yang paling sering digunakan, sehingga informasi dapat dimengerti dan diterima⁴⁸.

b. Proses Komunikasi Sekunder

Proses komunikasi sekunder yakni proses yang tidak langsung. Proses komunikasi dapat bermanfaat untuk menyampaikan informasi secara bersamaan, dan luas. Proses komunikasi ini dapat melalui surat, telepon, radio, televisi, dan lainnya⁴⁶.

2.3.4 Jenis Komunikasi

Terdapat beberapa jenis komunikasi diantaranya yakni komunikasi verbal, dan *nonverbal*. Komunikasi verbal yakni komunikasi menggunakan kata-kata maupun tulisan. Komunikasi verbal yakni komunikasi yang paling sering digunakan, dan bahasa memiliki peranan penting di dalam komunikasi verbal⁴⁹. Melalui Bahasa yang sama, komunikasi dapat dimengerti, dipahami, dapat menyampaikan kata, berdebat, bertengkar, hingga bertukar perasaan⁴⁹.

Komunikasi *nonverbal* yakni komunikasi melalui gestur tubuh, gerak-gerik, pandangan, ekspresi wajah, hingga warna. Komunikasi *nonverbal* biasanya mengikuti komunikasi verbal dimana seseorang akan lebih cenderung ikut mengeskpresikan apa yang diungkapkan. Komunikasi *nonverbal* juga dapat berfungsi untuk mempertegas apa yang diucapkan komunikator⁴⁹.

2.3.5 Dampak Komunikasi

Aktivitas berkomunikasi dapat memberi dampak pada pelakunya. Dampak dari komunikasi tidak hanya positif melainkan bisa juga negatif. Kondisi tersebut sejalan dengan komunikasi antar perawat dengan pasien. Komunikasi yang baik

akan memberikan kepuasan kepada pasien, dan komunikasi yang tidak baik akan memberikan kekecewaan kepada pasien. Mailani dan Fitri (2017) berpendapat bahwa tingkat kepuasan pasien dapat diukur dari salah satu indikator kinerja RS¹². Kepuasan setiap orang dapat berbeda-beda karena merupakan perasaan individual⁵⁰. Merry dalam Zebua (2008) membagi menjadi 2 jenis kepuasan pasien yakni⁵⁰:

a. Kepuasan fungsional

Kepuasan fungsional merupakan kepuasan dari adanya manfaat atau fungsi dari sebuah produk. Contoh: individu menjadi sehat setelah mendapat pelayanan Kesehatan dari perawat.

b. Kepuasan psikologikal

Kepuasan *psikological* yakni kepuasan yang tidak terwujud. Contoh dari kepuasan *psikological* yakni rasa bangga dan puas untuk mendapat pelayanan khusus⁵⁰.

2.4 Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Pengertian

Komunikasi terapeutik merupakan sifat yang selalu dikaitkan dengan seni dari proses penyembuhan. Komunikasi terapeutik perawat memiliki arti proses komunikasi yang dapat digunakan perawat untuk membantu penyembuhan serta pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik bisa membantu perawat saat berkomunikasi dengan pasien, sehingga perawat dapat terbantu saat berinteraksi serta menjalin hubungan saling percaya dengan pasien dan tujuan dari kinerja dapat lebih efektif. Stuart GW berpendapat bahwa komunikasi terapeutik adalah sebuah

hubungan interpersonal antara konselor dengan klien. Sedangkan Zebua berpendapat bahwa komunikasi terapeutik merupakan sebuah keterampilan konselor sebagai upaya membantu pasien beradaptasi terhadap rasa stress, gangguan psikologis, dan belajar terkait hubungan dengan orang lain⁵⁰.

2.4.2 Tujuan komunikasi terapeutik

Purwanto menjelaskan tujuan komunikasi terapeutik yakni⁵¹:

- a. Dapat memberikan bantuan saat mengambil tindakan dan merubah situasi saat pasien memiliki beban perasaan serta pikiran
- b. Mengurangi rasa ragu, ikut serta saat membantu ambil tindakan efektif dan bijak
- c. Mempengaruhi orang sekitar dan orang lain, lingkungan fisik, dan diri sendiri.

Tujuan komunikasi terapeutik yang lain yakni :

- f. Merubah sikap dan perilaku pasien melalui merealisasikan, menerima diri, dan meningkatkan penghormatan komunikasi terapeutik.
- g. Mampu membangun hubungan interpersonal dan tidak superfisial serta saling tergantung dengan orang lain
- h. Identitas diri dapat meningkat yakni dari keadaan sakit terlalu lama menjadi lebih baik

2.4.3 Karakteristik komunikasi terapeutik

Carl dan Rogerb menyampaikan terkait dasar dari ciri-ciri komunikasi terapeutik yakni⁴⁵ :

- a. Keikhlasan

Perawat diharapkan tetap bersikap baik dalam menyampaikan segala perasaan yang dimiliki tanpa menyalahkan dan menghukum pasien

b. Empati

Perawat sebaiknya dapat mengendalikan emosinya dengan baik. Perawat yang empati dengan orang lain maka dapat mengerti perasaan yang dirasakan pasien dan lebih sensitif.

c. Kehangatan

Hubungan saling percaya perawat dan pasien akan membuat adanya keterbukaan.

2.4.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi efektifitas komunikasi terapeutik

a. Menerima pasien dengan ikhlas

Perawat harus ramah, dan bersahabat. Perawat harus menerima pasien dengan apa adanya, tanpa curiga.

b. Menumbuhkan kepercayaan pasien

Perawat harus mampu membuat pasien percaya akan jaminan kerahasiaannya dan membuat pasien percaya mampu menyelesaikan masalahnya

c. Mewujudkan keterbukaan diri

Perawat harus mampu membuat pasien lebih terbuka menyampaikan permasalahannya kepada perawat.

2.4.5 Teknik Komunikasi terapeutik

Beberapa hal yang perlu diperhatikan terkait keterampilan komunikasi terapeutik :

- a. Tatap mata pasien
- b. Pertahankan kontak mata
- c. Tidak menyilangkan kaki / tangan
- d. Hindarkan gerakan yang tidak perlu

- e. Anggukan kepala jika pasien menyampaikan hal penting dan perlu umpan balik
- f. Condongkan tubuh kearah lawan bicara

2.4.6. Fase Komunikasi Terapeutik⁵²

a. Fase Pra Interaksi

Fase pra interaksi dilakukan saat pertama kali bertemu dengan pasien. Saat pertama kali bertemu dengan pasien, disarankan perawat mempelajari informasi tentang pasien. Informasi yang dapat dipelajari yakni terkait riwayat perawatan medis, catatan keperawatan dan medis, dan dapat berdiskusi dengan perawat lain. Perawat dapat berfikir terkait masalah yang muncul pada pasien. Fase pra interaksi yakni saat perawat berfikir bagaimana perawat dapat melakukan pendekatan dengan pasien. Proses tersebut dapat menjadi sarana untuk menghindari terjadi *stereotype* pasien dan membantu perawat berfikir tentang nilai pribadi.

b. Fase Orientasi

Fase orientasi yakni perawat dapat menggali keluhan yang dirasakan oleh pasien sehingga perawat dapat memfasilitasi kembali tanda gejala lain. Peran perawat harus menyimak dengan tepat dan benar apa yang disampaikan oleh pasien. Pada fase ini perawat disarankan untuk memiliki kemampuan tinggi untuk menstimulasi pasien dan keluarga dengan tujuan dapat menyampaikan semua keluhan yang dirasakan dengan lengkap dan sistematis. Tugas perawat yakni membuat kontrak dengan pasien, tempat dan waktu serta mengeksplorasi perasaan pasien.

c. Fase Kerja

Fase kerja yakni fase dimana perawat menggali dan mengkesplor *stressor* pada pasien serta mendorong perkembangan diri, menghubungkan pikiran serta perasaan dan perbuatan pasien. Perawat dapat membantu pasien mengatasi rasa cemas, memandirikan pasien serta mendorong pasien memiliki mekanisme coping adaptif. Fokus pada fase ini yakni merubah *maladaptive* menjadi adaptif.

d. Fase Terminasi

Fase terminasi yakni fase perpisahan dengan pasien. Terminasi dapat mengakhiri tugas tertentu. Perawat dan pasien dapat bersama-sama mengevaluasi proses perawatan yang telah didapat dan mengevaluasi apakah tujuan perawatan telah tercapai.

2.5 Teori Perilaku

Teori perilaku menjelaskan bahwa perilaku yang dapat berubah merupakan akibat interaksi antara stimulus dengan respon atau perubahan pada kemampuan individu dalam berperilaku yang baru. Thorndike menjelaskan bahwa belajar merupakan sebuah proses antara stimulus (baik pikiran, perasaan maupun gerakan), dengan respon. Perilaku menurut Thorndike dapat bersifat konkret (dapat diamati) maupun non konkret (tidak dapat diamati). Sejalan dengan Thorndike, Watson juga menjelaskan bahwa stimulus dan respon terhadap perilaku harus dapat diamati.

Perilaku memiliki arti sebuah tanggapan maupun reaksi individu saat merespon rangsangan/ lingkungan (KBBI). Perilaku muncul apabila terdapat sesuatu yang memunculkan reaksi⁵³. Beberapa contoh perilaku yakni berjalan, menangis, berbicara, bekerja, tertawa, dan sebagainya. Notoatmodjo berpendapat

bahwa perilaku merupakan setiap aktivitas manusia yang dapat diamati maupun tidak dapat diamati⁵⁴.

Sunaryo berpendapat bahwa perilaku dapat muncul karena adanya stimulus⁵³. Perilaku tersebut terjadi karena adanya proses stimulus terhadap organisme, dan organisme tersebut merespon, seperti pada teori Skinner yakni disebut S-O-R (Stimulus-Organisme-Respon).

Di dalam teori Johnson dengan sistem pendekatan perilaku, menjelaskan bahwa individu merupakan bagian dari sistem perilaku dan ingin mencapai keseimbangan dan stabilitas dan berkeinginan mengatur serta menyesuaikan pengaruh yang ditimbulkan⁵⁵. Subsistem yang membentuk perilaku :

2.5.1 Sistem perilaku (*behavioral system*)

Sistem yakni mencakup pola, ulangan, dan cara bersikap. Cara bersikap tersebut yang membentuk fungsi terorganisasi dan terintegrasi yang menentukan dan membatasi interaksi serta menciptakan hubungan dengan lingkungan sekitar.

2.5.2 Subsistem

Di dalam sistem terdapat subsistem yang dapat mempengaruhi perilaku. Johnson menyampaikan bahwa terdapat beberapa sistem yang dapat saling berhubungan yakni diantaranya *ingestif*, *achievement*, agresif, eliminasi, seksual, gabungan/ tambahan.

i. *Ingestif*

Ingestif yakni integritas yang terpelihara dalam mencapai kesenangan dan pengakuan dari lingkungan

j. *Achievement*

Achievement merupakan pencapaian prestasi melalui keterampilan yang kreatif.

k. Agresif

Agresif adalah bentuk pertahanan serta perlindungan dan ancaman yang dilingkungan

l. Eliminasi

Eliminasi yakni pengeluaran yang tidak berfungsi kembali

m. Seksual

Seksual merupakan bagian dari dicintai dan mencintai

n. Gabungan/ tambahan

Gabungan merupakan wujud pemenuhan tambahan untuk penyesuaian di dalam kehidupan bersosial.

2.5.3 Faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku

Notoatmodjo menjelaskan bahwa terdapat 3 faktor yang dapat mempengaruhi perilaku diantaranya faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat⁵⁴.

a. Faktor Predisposisi

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil yang didapat dari proses sensori mata telinga dan menjadi tahu. Pengetahuan berperan penting dalam pembentukan perilaku terbuka (*over behavior*). Pengetahuan yang mendasari perilaku maka dapat bersifat langgeng⁵³. Terdapat tingkatan pengetahuan yakni:

a) Tahu (*know*)

Tahu yakni ingat terhadap materi yang pernah dipelajari termasuk mengingat ulang (*recall*) terhadap apa yang pernah dipelajari.

b) Memahami (*Comprehension*)

Memahami yakni mampu menjelaskan dengan benar terkait objek yang telah diketahui serta dapat menginterpretasikannya.

c) Aplikasi (*application*)

Kemampuan aplikasi yakni menggunakan materi yang pernah dipelajari sesuai kondisi yang sebenarnya.

d) Analisis (*analysis*)

Analisa yakni mampu untuk menjelaskan objek dan masih ada kaitannya dengan satu sama lain.

e) Sintesis (*Synthesis*)

Kemampuan sintesis yakni mampu untuk saling menghubungkan bagian dari keseluruhan sehingga terbentuk formulasi baru.

f) Evaluasi (*evaluation*)

Kemampuan evaluasi yakni mampu melakukan penilaian kepada suatu objek. Penilaian dilakukan pada standar sendiri maupun yang sudah tersedia.

2. Sikap

Sikap yakni respon tertutup dari individu terhadap stimulus. Sikap dapat bersifat dari dalam atau luar, biasanya ditafsirkan dari perilaku tertutup. Sikap yang nyata menampakkan sesuai respon stimulus tertentu^{51,53}. Respon memiliki tingkatan yakni menerima, merespon, menghargai, dan bertanggung jawab.

3. Kepercayaan

Seseorang yang menganggap yakin maka keyakinan tersebut akan berpengaruh terhadap perilaku individu tersebut⁵³.

4. Nilai-nilai

Norma yang sedang berlaku pada suatu lingkungan maka akan membentuk perilaku seseorang sehingga dapat melekat pada orang tersebut.

5. Persepsi

Persepsi yakni sebuah proses pengorganisasian terhadap stimulus yang diterima sehingga memiliki arti dalam diri individu. Individu biasanya akan memiliki perilaku sesuai persepsi yang dimilikinya^{53,54}.

b. Faktor pendukung (*enabling*)

Faktor pendukung dapat menghambat atau mempermudah niat pada perubahan perilaku serta lingkungan yang berubah dengan baik. Faktor pendukung erat kaitannya dengan sarana prasarana sehingga sarana prasarana tersebutlah yang dapat merubah perilaku seseorang.

c. Faktor pendorong

Faktor pendorong atau *reinforcing* adalah penguat munculnya sikap serta niat dalam bertindak atau berperilaku. Dapat menjadi penguat apabila menjadi motivasi bagi individu, dapat menjadi penghambat jika hukuman atau pandangan negatif.

2.6 Faktor – faktor yang mempengaruhi pemberian asuhan dan pelayanan

(*care delivery problem / CDP dan service delivery problem/ SDP*)

Mewujudkan keselamatan pasien dengan optimal diperlukan investigasi pelayanan. Tujuan dilakukannya investigasi yakni agar dapat diambil pelajaran dari setiap insiden serta dapat dilakukan untuk menurunkan kemungkinan berulangnya insiden. Investigasi yang dilakukan bersifat komprehensif atau ringkas namun selalu mencakup elemen dasar. Oleh karenanya investigasi harus bersifat menyeluruh, kredibel, dan dapat ditindaklanjuti serta bermakna secara ekonomis. Investigasi yang optimal dapat dilihat dari beberapa faktor yakni³:

2.6.1 Faktor pasien

Pasien menjadi faktor dalam mempengaruhi pemberian asuhan dan pelayanan.

Beberapa faktor pasien yakni meliputi:

- a. Kondisi klinis
- b. Faktor fisik
- c. Faktor sosial
- d. Faktor psikologis/ mental
- e. Hubungan interpersonal

2.6.2 Factor individual

Faktor individual yang dimaksud yakni faktor yang berasal dari staf , faktor tersebut berkaitan erat dengan:

- a. Masalah fisik
- b. Psikologis
- c. Sosial/ *domestic*
- d. Kepribadian
- e. Faktor kognitif

2.6.3 Faktor tugas

Faktor tugas yang dimaksud yakni:

- a. Panduan/ protokol prosedur
- b. Alat bantu pengambilan keputusan
- c. Rancangan tugas

2.6.4 Faktor komunikasi

Faktor komunikasi yang berpengaruh yakni meliputi:

- a. Verbal
- b. Tertulis
- c. Non verbal
- d. Manajemen

2.6.5 Faktor peralatan dan sumber daya

Peralatan dan sumber daya yakni meliputi:

- a. Tampilan (*display*)
- b. Integritas
- c. Penempatan (posisi)
- d. Kegunaan

2.6.6 Kondisi kerja/ faktor lingkungan

Faktor kinerja yakni meliputi :

- a. Administratif
- b. Rancangan/ desain lingkungan fisik
- c. Lingkungan
- d. Kepegawaian

e. Beban dan jam kerja

f. Waktu

2.6.7 Faktor organisasi dan strategi

Faktor organisasi dan strategi yakni meliputi :

a. Struktur organisasi

b. Prioritas

c. Resiko-resiko yang didapat dari faktor eksternal;

d. Budaya aman

2.6.8 Faktor Pendidikan dan pelatihan

Pendidikan dan pelatihan juga berpengaruh dalam pemberian asuhan. Pendidikan dan pelatihan diantaranya meliputi:

a. Kompetensi

b. Supervisi

c. Ketersediaan/ aksesibilitas

d. Kesesuaian

2.6.9 Faktor tim dan sosial

Faktor tim dan sosial meliputi:

a. Kesesuaian peran

b. Kepemimpinan

c. Dukungan + faktor budaya

2.7 **Permenkes no 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (BAB 11)**

2.7.1 Pendidikan yang diberikan kepada staff memiliki standar sendiri sesuai dengan Pasal 5 ayat (4), yakni sebuah pendidikan serta pelatihan yang

berkesinambungan dengan tujuan peningkatan serta pemeliharaan kompetensi bagi staf dengan tujuan mendukung sikap interdisipliner layanan kepada pasien.

2.7.2 Standar Pendidikan yang diberikan untuk staf terkait keselamatan pasien yakni:

- a. Fasilitas layanan kesehatan mempunyai sebuah program Pendidikan dan pelatihan serta orientasi yang ditujukan untuk staf baru tentang Keselamatan Pasien disesuaikan dengan tugasnya masing-masing;
- b. Fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dengan Keselamatan Pasien di dalam agenda Latihan /magang serta memberi arahan dengan jelas yakni terkait cara melaporkan insiden,
- c. Di penyedia layanan kesehatan diselenggarakan sistem latihan tentang *teamwork* dengan tujuan sebagai wujud dukungan terhadap interdisipliner serta kolaboratif saat melayani pasien.

2.8 Manajemen Puskesmas

2.8.1 Pengertian Puskesmas

Puskesmas merupakan unit atau penyedia pelayanan kesehatan masyarakat yang berada di kematan yang memiliki tujuan memudahkan terjangkaunya pelayanan bagi masyarakat⁵⁶.

2.8.2 Tujuan Puskesmas⁵⁶

Puskesmas memiliki tujuan untuk menyediakan serta memelihara pelayanan kesehatan masyarakat dalam rangka mensukseskan cita-cita pembangunan kesehatan nasional masa datang. Peran puskesmas sangat penting

untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan masyarakat sekitar untuk hidup sehat bagi setiap penduduk. Secara khusus puskesmas memiliki tujuan yaitu:

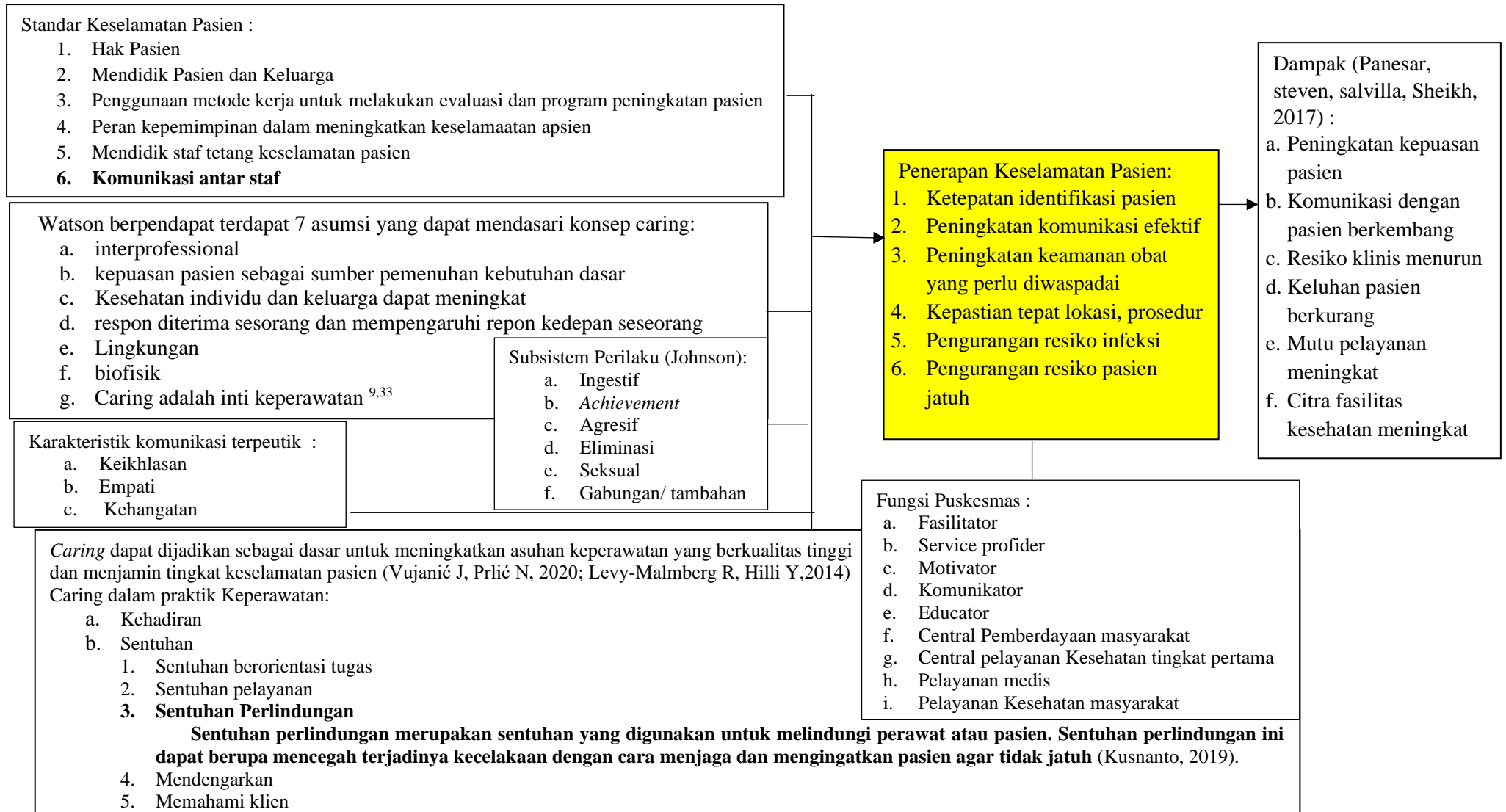
- a. Penyedia pelayanan kesehatan
- b. Pemeliharaan kesehatan
- c. Mendukung pembangunan kesehatan
- d. Mensukseskan pembangunan bidang kesehatan
- e. Meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan untuk hidup sehat bagi penduduk yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas
- f. Mendukung terwujudnya derajat kesehatan yang bermutu, merata dan berkesinambungan di masa akan datang.

2.8.3 Fungsi Puskesmas⁵⁶

Puskesmas memiliki fungsi:

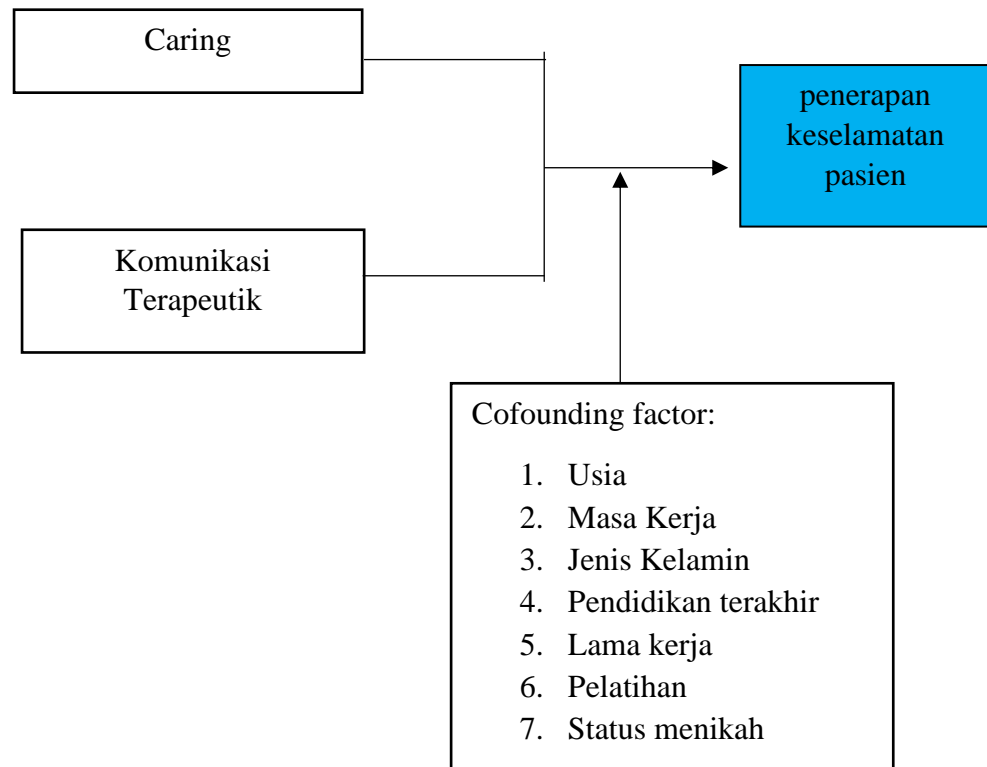
- a. Fasilitator
- b. *Service Provider*
- c. Motivator
- d. Komunikator
- e. *Educator*
- f. Sentral pemberdayaan masyarakat
- g. Sentral pelayanan kesehatan tingkat pertama
- h. Pelayanan medis
- i. Pelayanan kesehatan masyarakat

2.9 Kerangka Teori Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.10 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka konsep

Hipotesis

Hipotesis penelitian ini adalah:

- a. Caring berhubungan terhadap penerapan keselamatan pasien
- b. Komunikasi Terapeutik berhubungan terhadap penerapan keselamatan pasien

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan desain penelitian kuantitatif yakni analitik korelasi. Tujuan dari desain ini untuk mengetahui dan mengidentifikasi korelasi variabel bebas dengan variabel tergantung. Rancangan penelitian yang digunakan yakni *cross sectional*, pendekatan ini dilakukan pada periode tertentu yang cukup singkat pada suatu tempat pada beberapa objek dengan tingkatan yang berbeda, serta cara pengambilan data seluruh variabel dikerjakan 1 waktu bersama⁵⁷.

3.2 Populasi dan Sampel Penelitian

3.2.1 Populasi

Populasi adalah kelompok subyek atau obyek yang sedang dikaji⁵⁸. Total Jumlah Puskesmas di Kota Semarang sejumlah 37 Puskesmas dengan 26 puskesmas rawat jalan dan 11 puskesmas rawat inap. Akreditasi puskesmas dengan rawat jalan: 3 puskesmas terakreditasi dasar, 15 puskesmas akreditasi madya, 7 akreditasi utama, dan 1 puskesmas akreditasi paripurna. Akreditasi puskesmas dengan rawat inap: 1 paripurna, 6 madya, 4 akreditasi utama.

Pengukuran penerapan keselamatan pasien dilakukan pada Perawat di Puskesmas Kota Semarang. Jumlah perawat di setiap puskesmas yakni 5- 7 orang dengan total perawat yakni 182 orang.

3.2.2 Sampel dan Teknik Sampling

Sampel adalah bagian suatu populasi⁵⁸. Sampel dari penelitian ini diambil dengan metode *total sampling* dari Perawat Puskesmas Rawat Inap di Kota Semarang.

Kriteria inklusi dan eksklusi responden¹⁹:

a. Kriteria inklusi

1. Perawat yang bekerja di Puskesmas tempat penelitian
2. Perawat yang tidak sedang mengikuti Pendidikan/ pelatihan
3. Perawat yang bekerja di area Puskesmas minimal 2 tahun
4. Perawat dengan minimal Pendidikan D3

b. Kriteria eksklusi

1. Cuti panjang selama masa penelitian (misal: cuti melahirkan, cuti tugas belajar)

Besar sampel ditentukan berdasarkan jumlah perawat di Puskesmas. Jumlah perawat setiap Puskesmas:

Berikut sebaran Perawat puskesmas rawat inap Kota Semarang:

- a. Puskesmas Halmahera (10 perawat)
- b. Puskesmas Gunungpati (8 perawat)
- c. Puskesmas Mijen (9 perawat)
- d. Puskesmas Karangmalang (8 perawat)
- e. Puskesmas Karangdoro (6 perawat)
- f. Puskesmas Tlogosari Kulon (12 perawat)

- g. Puskesmas Ngaliyan (8 perawat)
- h. Puskesmas Mangkang (9 perawat)
- i. Puskesmas Bangetayu (10 perawat)
- j. Puskesmas Ngesrep (6 perawat)
- k. Puskesmas Sronдол (7 perawat)

Jumlah subjek seharusnya ada 93 orang apabila keseluruhan memenuhi kriteria. Terdapat 1 responden yang menolak mengikuti penelitian, 1 responden sedang dalam masa cuti 3 bulan, dan 1 responden berlatar pendidikan terakhir SMA. Berdasarkan kondisi tersebut, didapatkan 2 responden tidak masuk kriteria inklusi, dan 1 responden masuk kriteria eksklusi, sehingga didapatkan 90 data responden terkumpul.

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di area Puskesmas Rawat Inap Kota Semarang yakni di Puskesmas Halmahaera, Puskesmas Tlogosari Kulon, Puskesmas Sronдол, Puskesmas Gunungpati, Puskesmas Mijen, Puskesmas Karangmalang, Puskesmas Ngesrep, Puskesmas Sronдол, Puskesmas Ngaliyan, Puskesmas Mangkang, Puskesmas Bangetayu, dan Puskesmas Karangdoro. Penelitian dilakukan dimulai bulan 15 April 2021 sampai 6 Mei 2021.

3.4 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian yakni seluruh karakteristik umum yang terukur dan dapat berubah dalam keluasaan, intensitas, maupun keduanya. Variabel ini dapat berubah. Variabel terdiri dari variabel dependen dan independen.

3.4.2 Variabel bebas

Variabel bebas adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel lain. Oleh karenanya, variabel bebas tidak dapat mempengaruhi variabel lain dalam penelitian ini. Variabel bebas dalam penelitian ini yakni caring dan komunikasi terapeutik.

3.4.3 Variabel tergantung

Variabel tergantung yakni variabel terikat. Variable terikat yang dimaksud dipengaruhi variabel lain. Variabel tergantung di penelitian ini yakni penerapan keselamatan pasien.

3.4.4 Variabel perancu

Variable perancu/*cofounding variable* merupakan variabel berhubungan dengan variabel independen dan dependen, tetapi bukan variabel antara. Variabel ini dapat mempengaruhi validitas penelitian sehingga hasil penelitian bisa bias. Variabel perancu dalam penelitian ini diantaranya usia, masa kerja, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama kerja, pelatihan, dan status menikah.

3.4.5 Definisi Operasional

Penjelasan terkait definisi operasional, variabel penelitian, dan skala penelitian yang digunakan dilihat dalam tabel di bawah ini:

Tabel 3.1
Tabel Definisi Operasional, variabel penelitian dan skala penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	skl
<i>Cofounding</i>				
Usia	Jumlah tahun dihitung dari tanggal lahir sampai dengan bulan April 2021	Kuesioner data demografi	Usia dalam tahun 1. 17-25	Ordi-nal

			2.26-35 3.36 – 45 4.46-55 th 5.56 – 65	
Jenis Kelamin	Kepemilikan jenis kelamin responden yang disesuaikan dengan kartu tanda penduduk	Kuesioner data demografi	1.Laki-laki 2.Perempuan	Nominal
Pendidikan	Tingkat pendidikan terakhir hingga responden lulus saat dilakukan intervensi	Kuesioner data demografi	1. DIII 2. Ners	Ordinal
Lama Bekerja	Lama waktu dari mulainya bekerja di Puskesmas	Kuesioner data demografi	3.1. < 2 th 4.2. 2-5 th 5.3. >12 th	Ordinal
Status Menikah	Mengetahui status menikah / belum bagi perawat	Kuesioner data demografi	Menikah Belum Menikah	Nominal
Pelatihan	Pelatihan yang pernah diterima terkait keselamatan pasien	Kuesioner data demografi	Pernah Tidak Pernah	Nominal

Dependen

Variabel Dependensi	Penerapan Keselamatan pasien yang diukur menggunakan kuesioner:	Kuesioner pengukuran	Data Terdistribusi Normal.	Rasio
Keselamatan Pasien	a. Keterbukaan b. Keadilan c. Pelaporan d. Pembelajaran e. Penginformasian	Penerapan Keselamatan Pasien untuk skala internal yang terdiri dari 29 item.	Nilai instrumen yakni tidak pernah, jarang, sering, selalu baik bila nilai $\geq 91,17$; kurang baik bila nilai $<91,17$	

Independen

Caring	Caring merupakan tindakan yang membuat seseorang nyaman dan aman baik secara fisik maupun emosional. Dilakukan pengukuran caring dan dianalisa hubungan dengan keselamatan pasien 10 faktor caratif caring : Pendekatan <i>humanistic</i> dan <i>altruistic</i> Menanamkan sikap penuh harapan	Terdiri 36 item pertanyaan	Data Terdistribusi Normal. Nilai instrument yakni tidak pernah, kadang, sering selalu baik bila nilai	Rasio
--------	---	----------------------------	--	-------

	Kepekaan diri sendiri dan orang lain		$\geq 116,72$; kurang baik bila nilai	
	Hubungan saling percaya dan membantu		$<116,72$	
	Meningkatkan menerima ekspresi perasaan positif dan negative			
	Menggunakan problem solving dalam pengambilan keputusan			
	Peningkatan belajar mengajar interpersonal			
	Menciptakan lingkungan fisik, mental, sosiokultural, spiritual mendukung			
	Memberi bantuan dalam pemenuhan kebutuhan manusia			
	Terbuka pada eksistensial fenomenologikal dan dimensi spiritual penyembuhan			
Komunikasi Terapeutik	Terapeutik dalam komunikasi dapat diartikan sebagai segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Sehingga komunikasi terapeutik perawat dapat diartikan sebagai proses komunikasi yang digunakan oleh perawat dalam membantu penyembuhan atau pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi profesional perawat. Dilakukan pengukuran komunikasi terapeutik perawat dan dianalisa hubungan dengan keselamatan pasien	Terdiri 33 item pertanyaan	Data Terdistribusi Tidak Normal. Nilai instrument yakni tidak pernah, kadang, sering selalu baik bila nilai $\geq 105,58$; kurang baik bila nilai $<105,58$	Rasio
	Pra interaksi			
	Orientasi			
	Kerja			
	Terminasi			

3.5 Instrumen penelitian dan cara pengumpulan data

3.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan sebuah alat yang digunakan peneliti yang bertujuan untuk membantu mengumpulkan data penelitian sesuai teknik pengumpulan data yang dipilih⁵⁹. Instrumen memiliki kata lain alat ukur. Alat

ukur pengumpul data di penelitian ini menggunakan instrumen penerapan keselamatan pasien, caring, dan komunikasi terapeutik⁶⁰.

Instrumen penelitian sebelumnya telah dikembangkan oleh peneliti sebelumnya. Instrumen keselamatan pasien telah dikembangkan dan diuji validitas reliabilitas dan digunakan dalam penelitian Dinamita Nivalinda: Pengaruh motivasi perawat dan gaya kepemimpinan kepala ruang terhadap penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSJD Dr. amino Gondhohutomo. Kuesioner Caring telah dikembangkan dan diuji validitas reliabilitas Rika dalam penelitian Perilaku Caring Perawat dalam Melakukan Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Tengku Mansyur Tanjungbala. Sedangkan penelitian Komunikasi Terapeutik juga telah dikembangkan, diuji validitas reliabilitas oleh Ismaya Dwi Safitri dalam penelitiannya yang berjudul Gambaran Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Hasil Uji validitas dan reliabilitas akan dijelaskan lebih lanjut pada poin selanjutnya. Instrumen penelitian dikemas di dalam *google form* untuk memudahkan responden mengisi terutama di masa pandemik covid-19.

a. Kusioner Data Karakteristik responden (instrument A)

Kuesioner ini berisi data ciri khusus responden sebagai subyek penelitian. Di dalam kusioner data karakteristik ini berisi nama responden, usia, status menikah, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama bekerja dan pelatihan di Puskesmas saat ini.

b. Kuesioner Penerapan Keselamatan Pasien (kuesioner B)

Lembar kuesioner B digunakan untuk mengukur penerapan keselamatan pasien. Kuesioner ini terdiri dari 29 butir pertanyaan. Kuesioner pernah digunakan pada penelitian sebelumnya oleh Dinamita Nivalinda yang berjudul “Pengaruh motivasi perawat dan gaya kepemimpinan kepala ruang terhadap penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di rsjd dr. amino Gondhohutomo”³⁰. Kuesioner ini menggunakan skala likert serta memiliki empat alternatif jawaban untuk dipilih yakni tidak pernah, jarang, sering, dan selalu serta dilakukan skoring di setiap item.

Tabel 3.2
Tabel Definisi Pernyataan Kuesioner Keselamatan Pasien

No	Kuesioner	Jumlah soal	Jawaban	Skor
1.	Penerapan Keselamatan Pasien	29 pertanyaan pada kuesioner B. Kuesioner dengan jawaban benar ‘selalu’ pada nomer 1 sampai 29. Kuesioner dengan jawaban benar ‘tidak pernah’ pada nomer 6,21,9,23,12,17,26,25, 27	Tidak pernah, kadang, sering, selalu	Pada pernyataan favorabel : Skor 1 untuk jawaban tidak pernah Skor 4 untuk jawaban selalu Pada pernyataan unfavorabel : Skor 1 untuk jawaban selalu Skor 4 untuk jawaban tidak pernah

c. Kuesioner Caring (kuesioner C)

Lembar kuesioner C digunakan untuk mengukur caring petugas dalam memberikan pelayanan. Kuesioner ini menggunakan skala likert serta memiliki empat alternatif jawaban untuk dipilih yakni tidak pernah, jarang, sering, dan selalu serta dilakukan skoring di setiap item. Jumlah pertanyaan valid yakni 36 pertanyaan. Kuesioner Caring didapatkan dari Penelitian sebelumnya oleh Rika

yang berjudul Perilaku Caring Perawat dalam Melakukan Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Tengku Mansyur Tanjungbalai⁶¹.

Tabel 3.3
Tabel Definisi Pernyataan Kuesioner Caring

Kuesioner	Jumlah soal	Jawa-ban	Skor
Caring	36 pertanyaan pada kuesioner B. Kuesioner dengan jawaban benar 'selalu' pada nomer 1 sampai 36.	Tidak pernah, kadang kadang, sering, selalu	Skor 1 untuk jawaban tidak pernah Skor 4 untuk jawaban selalu

d. Kuesioner Komunikasi terapeutik (Kuesioner D)

Lembar kuesioner D digunakan untuk mengukur komunikasi terapeutik petugas dalam memberikan pelayanan. Kuesioner ini menggunakan skala likert serta memiliki empat alternatif jawaban untuk dipilih yakni sangat setuju, setuju, kurang setuju, tidak setuju serta dilakukan skoring di setiap item. Kuesioner komunikasi terapeutik didapatkan dari penelitian sebelumnya oleh Ismaya Dwi Safitri yang berjudul Gambaran Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang⁶².

Tabel 3.4
Tabel Definisi Pernyataan Kuesioner Komunikasi Terapeutik

Kuesioner	Jumlah soal	Jawaban	Skor
Komunikasi terapeutik	30 pertanyaan pada kuesioner B. Kuesioner dengan jawaban benar 'selalu' pada nomer 1 sampai 30.	Tidak pernah, kadang kadang, sering, selalu	Skor 1 untuk jawaban tidak pernah Skor 4 untuk jawaban selalu

3.5.2 Validitas dan reliabilitas instrument penerapan keselamatan pasien

Instrumen pada penelitian merupakan sebuah alat yang digunakan dengan tujuan memperoleh, mengolah serta menginterpretasikan informasi dengan pola ukur yang sama. Instrumen penelitian dilakukan uji coba sebelum digunakan untuk mengetahui kesahihan (*validity*) dan keterandalan (*reliability*) instrumen. Sebuah alat ukur penelitian dapat diterima apabila telah melalui uji validitas dan reliabilitas.

3.5.3 Content *validity* (validitas isi)

Validitas isi memperlihatkan kemampuan setiap item pernyataan dalam instrumen mewakili seluruh konsep yang sedang diteliti. Kuesioner ini sebelumnya telah dilakukan *content validity* oleh *judgement (judgement experts)* dimana sebelumnya instrumen telah disusun berdasarkan teori yang relevan. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan oleh peneliti sebelumnya. Instrumen keselamatan pasien dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh Dinamita Nivalinda, instrument Caring dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh Rika, dan Instrumen Komunikasi Terapeutik dilakukan Uji Validitas dan Reliabilitas oleh Ismaya Dwi Safitri. Setiap ahli diminta pendapat menggunakan index of content validity dan dijabarkan dalam 4 kategori (*rating scale*) yakni:

- a. Angka 1 jika pertanyaan tidak relevan
- b. Angka 2 jika pertanyaan tidak dapat dikaji relevansinya tanpa revisi item yang bersangkutan
- c. Angka 3 jika pertanyaan relevan tetapi dibutuhkan sedikit revisi
- d. Angka 4 jika pertanyaan sangat relevan

Hasil uji validitas kuesioner keselamatan pasien dengan r table 0,361 yakni 29 pertanyaan valid dengan r hitung 0,374 – 0,771, dan 3 pertanyaan tidak valid dengan nilai r lebih kecil dari 0,361 yakni nomor 2,3, dan 32. Peneliti telah membuang pernyataan yang tidak valid karena dapat terwakili pertanyaan yang valid. Sebuah instrumen dikatakan valid apabila r hitung $\geq r$ table dan r hitung $< r$ tabel. Sedangkan pada uji validitas kuesioner caring, Jumlah pertanyaan valid yakni 36 pertanyaan. Pada kuesioner komunikasi terapeutik, Hasil uji validitas yakni terdapat 30 item valid dengan r hitung terendah 0,392 dan r hitung tertinggi 0,822. Item tersebut dinyatakan valid karena r hitung $> r$ tabel yakni 0,361.

3.5.4 Uji reliabilitas

Reliabilitas merupakan hasil pengukuran yang sama bila fakta alat ukur diamati berkali – kali dalam waktu yang berlainan. Hasil uji reliabilitas kuesioner keselamatan pasien yakni memiliki nilai *alpha cronbach* 0,931. Variabel dikatakan reliabel jika *alpha cronbach* $> 0,70$. Hasil uji reliabilitas kuesioner caring yakni memiliki nilai *alpha cronbach* 0,845. Hasil uji reliabilitas kuesioner komunikasi terapeutik diperoleh dari koefisien reliabilitas yakni 0,978, yakni nilai reliabilitas instrumen lebih dari nilai standar reliabel 0,6. Berdasarkan uji tersebut maka kuesioner reliabel.

3.5.5 Cara pengumpulan data

Pengumpulan data adalah proses untuk mendekati subjek dan pengumpulan karakteristik⁶⁰. Pengumpulan data dari sampel penelitian dilakukan menggunakan suatu metode disesuaikan dengan tujuan. Penelitian ini

menggunakan metode pengumpulan data dari instrumen yang dibagikan. Berikut tahapan pengumpulan data:

a. Persiapan penelitian

1. Peneliti mengajukan surat permohonan pembuatan *Ethical Clearance* penelitian
2. Peneliti mengajukan pembuatan *ethical clearance*
3. Peneliti mengajukan surat permohonan izin penelitian kepada Dinas Kesehatan Kota Semarang
4. Peneliti mengajukan izin kepada Dinas Kesehatan ditujukan kepada Kepala Puskesmas tempat penelitian

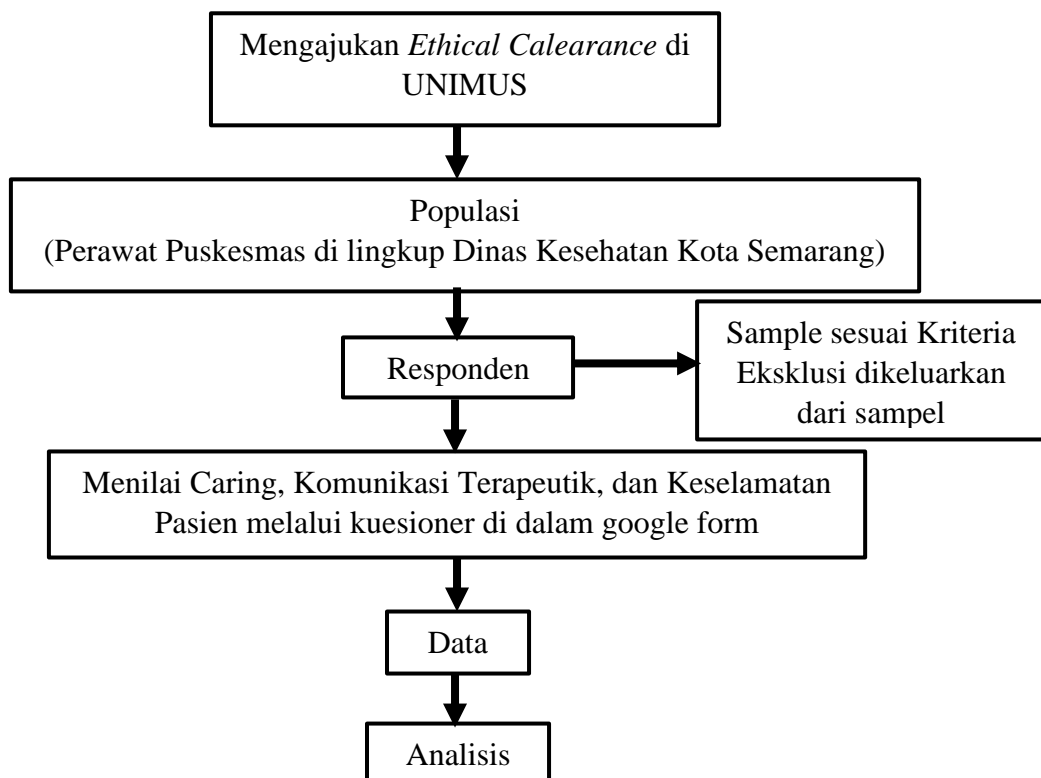
b. Tahap Pelaksanaan penelitian

1. Peneliti menentukan populasi untuk dijadikan subjek penelitian yakni petugas Puskesmas di Kota Semarang.
2. Penelitian menentukan sampel sesuai kriteria yang dibuat
3. Peneliti membuat *google form* yang berisi *informed consent*, dan kuesioner penelitian
4. Peneliti memohon izin pada Kepala Puskesmas dan Perawat Puskesmas Kota Semarang.
5. Peneliti mengirimkan link *google form* kepada setiap perawat melalui *whatsapp* baik personal chat maupun group chat.
6. Peneliti memastikan responden menyetujui menjadi responden penelitian melalui persetujuan (*informed consent*) di *google form*. *Informed consent* berisi

persetujuan responden untuk berpartisipasi selama penelitian berlangsung. Di dalam *informed consent* memuat informasi judul penelitian, tujuan, manfaat serta prosedur. Responden yang menyatakan setuju pada *informed consent* di *google form*, dianggap sah untuk menyatakan bersedia menjadi responden.

7. Peneliti memberi penjelasan pada pasien bahwa informasi responden dijaga kerahasiaannya melalui *google form*.
8. Peneliti mengecek kelengkapan data responden yang telah terkumpul melalui *google form*.
9. Peneliti menghubungi kembali responden jika diperlukan perbaikan data dan kelengkapan data.
10. Pelaksanaan pengumpulan data secara ringkas dijelaskan dalam alur penelitian skema / gambar 3.1.

Gambar 3.1 Alur Penelitian



3.6 Teknik pengolahan dan analisis data

3.6.1 Data yang telah terkumpul kemudian diolah untuk menghasilkan informasi yang tepat terkait hasil penelitian. Berikut tahapan teknik pengolahan data:

a. Teknik pengolahan data

1. Editing

Editing adalah pengolahan data yakni dengan memeriksa kembali kebenaran data yang telah terkumpul. Editing memiliki tujuan untuk memeriksa kelengkapan data, konsistensi, dan kesesuaian kriteria dalam menjawab tujuan penelitian. Peneliti melakukan editing apabila ditemukan beberapa kelengkapan data yang kurang. Beberapa data responden tidak dapat masuk ke dalam *database e-mail* peneliti apabila data yang diberikan tidak lengkap. Beberapa kelengkapan data yang dimungkinkan kurang yakni terkait karakteristik responden (usia, pendidikan dll). Apabila ditemukan data yang belum lengkap, maka responden dihubungi kembali responden tersebut dan meminta melengkapi data hingga tersimpan dalam *google form*.

2. Coding

Coding yakni memberikan kode angka terhadap lembar kuesioner yang digunakan. Tujuan dari pemberian kode yakni untuk menyederhanakan jawaban sehingga peneliti dapat mengolah data ke dalam komputer kemudian melakukan analisa.

a. Kusioner Data Karakteristik responden (instrumen A)

- 1) Usia, untuk usia <25 Th diberi kode 1, 26-35 Th diberi kode 2, 36 – 45 Th diberi kode 3, 46-55 th diberi kode 4, 56 – 65 th diberi kode 5
- 2) Jenis kelamin, untuk perempuan diberi kode 1, sedangkan laki-laki diberi kode 2,
- 3) Pendidikan terakhir, pendidikan terakhir D3 diberi kode 1, dan pendidikan terakhir ners diberi kode 2
- 4) Lama bekerja, lama kerja < 2 tahun diberi kode 1, lama kerja 2-5 tahun diberi kode 2, lama kerja >5 tahun diberi kode 3

b. Kuesioner Penerapan Keselamatan Pasien (kuesioner B)

Pada kuesioner B menggunakan koding dengan angka 1,2,3,4 pada jawaban kuesioner. Pada pernyataan favourable, 1 = tidak pernah, 2 = jarang, 3 = sering, 4 = selalu. Seluruh pernyataan berisi pernyataan unfavourable 4 untuk jawaban tidak pernah, 3 untuk jawaban jarang, 2 untuk jawaban sering, 1 untuk jawaban selalu.

c. Kuesioner Caring (kuesioner C)

Pada kuesioner C menggunakan koding dengan angka 1,2,3,4 pada jawaban kuesioner. 1: tidak pernah, 2: jarang, 3: sering, 4: selalu. Seluruh pernyataan berisi pernyataan favourable yakni pernyataan yang mendukung.

d. Kuesioner Komunikasi terapeutik (Kuesioner D)

Pada kuesioner D menggunakan koding dengan angka 1,2,3,4 pada jawaban kuesioner. 1 untuk jawaban tidak pernah, 2 untuk jawaban jarang, 3 untuk

jawaban sering, 4 untuk jawaban selalu. Seluruh pernyataan berisi pernyataan favourabel yakni pernyataan yang mendukung.

3. *Processing/ entry data*

Data yang telah terkumpul, dimasukkan dalam kategori yang sudah ditentukan, kemudian di tabulasi. Tabulasi yakni memasukkan data kuesioner ke program komputer.

4. *Cleaning*

Cleaning yakni mengecek dan memastikan bahwa data telah bersih, tidak ada kesalahan. Seluruh data yang dicek telah benar. Setelah data tidak ada kesalahan, dapat dilakukan analisa statistik.

3.6.2 Analisa Data

Analisa data dilakukan apabila seluruh teknik pengolahan data telah dilakukan. Analisa data yang digunakan yakni analisa univariat, bivariat dan multivariat.

a. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan sebuah Analisa yang dilakukan kepada variabel⁶³. Tujuan Analisa Univariat dalam penelitian ini yakni untuk menggambarkan karakteristik responden yakni usia, jenis kelamin, lama bekerja, pendidikan terakhir, status menikah, dan pelatihan. Analisa univariat juga dilakukan pada setiap variabel seperti caring, komunikasi terapeutik, dan penerapan keselamatan pasien. Serta distribusi frekuensi penialain responden di setiap item dari 3 kuesioner. Deskripsi dilakukan dalam beberapa nilai statistik yakni frekuensi, prosentase.

b. Analisis Bivariat

Analisa bivariat memiliki manfaat untuk melihat adanya hubungan dua variabel. Hubungan dua variabel dalam penelitian terdapat 2 macam, yakni dua variabel tersebut terdapat hubungan dan saling mempengaruhi, dan variabel mempengaruhi variabel lain.

Tujuan analisa bivariat yakni untuk menguji, hipotesis mengenai hubungan variabel caring, dan komunikasi terapeutik terhadap keselamatan kerja. Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara masing-masing variabel independen (secara terpisah) dengan variabel dependen. Melalui prosedur ini akan diperoleh informasi mengenai ada tidaknya hubungan yang signifikan caring dan komunikasi terapeutik terhadap keselamatan pasien. Hubungan antara masing-masing karakteristik perawat dengan keselamatan pasien diuji untuk mengidentifikasi faktor *cofounding*. Nilai signifikansi uji $<0,05$ menunjukkan adanya hubungan atau hubungan signifikan⁶⁴.

Ketiga variabel utama berskala numerik (interval) sehingga sebelum dilakukan analisis terlebih dahulu dilakukan uji normalitas dengan teknik *kolmogorov-smirnov test*. Data suatu variabel dinyatakan berdistribusi normal apabila perhitungan uji normalitas menghasilkan signifikansi $> 0,05$. Perhitungan hasil uji normalitas yang telah dilakukan sebagai berikut :

1) Variabel caring .

Hasil penghitungan uji normalitas variabel caring diperoleh $p\text{-value} = 0,200$ sehingga dinyatakan berdistribusi normal.

2) Variabel komunikasi terapeutik.

Hasil penghitungan uji normalitas variabel beban kerja diperoleh *p-value* = 0,010 sehingga dinyatakan tidak berdistribusi normal.

3) Variabel Keselamatan Pasien.

Hasil penghitungan uji normalitas variabel kepemimpinan diperoleh *p-value* 0,200 sehingga dinyatakan berdistribusi normal.

Hasil uji normalitas menunjukkan bahwa asumsi normalitas untuk korelasi bivariat terpenuhi untuk variabel caring dan keselamatan pasien, tidak terpenuhi untuk variabel komunikasi terapeutik. Dengan demikian, teknik analisis statistik yang digunakan adalah korelasi bivariat caring dengan keselamatan pasien menggunakan uji Pearson, sedangkan Teknik analisis statistik yang digunakan untuk korelasi bivariat komunikasi terapeutik dengan keselamatan pasien yakni uji kendall tau. Uji statistik koefisien korelasi (nilai signifikansi atau *p-value*) menentukan ada tidaknya hubungan signifikan sedangkan nilai (tanda) koefisien korelasi (ρ) menentukan sifat dari hubungan tersebut. Karakteristik umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama kerja, pelatihan yang pernah diikuti, status menikah dinyatakan tidak berdistribusi normal sehingga hubungannya dengan keselamatan pasien dianalisis dengan korelasi bivariat Kendalls Tau.

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan perluasan/pengembangan dari analisis bivariat yang digunakan untuk melakukan kajian pada lebih dari 2 variabel,

baik untuk mengetahui hubungan atau pengaruh antar variabel secara simultan dan untuk mengetahui faktor/variabel yang paling dominan⁶³.

Analisis multivariat pada penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang memiliki hubungan/ pengaruh paling dominan terhadap keselamatan pasien diantara caring dan komunikasi terapeutik. Teknik yang digunakan adalah regresi linier berganda. Hubungan antar variabel dinyatakan dalam rumus matematis:

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2$$

di mana:

Y = Keselamatan Pasien

X₁ = Caring

X₂ = Komunikasi Terapeutik

= *konstanta regresi*

b₁, b₂, b₃ = *koefisien regresi*

Langkah-langkah dalam pemodelan analisis regresi linier berganda sebagai berikut⁶³:

1) Seleksi bivariat

Seleksi bivariat masing-masing variabel independen dan *confounding* dengan variabel dependen. Variabel yang dapat masuk model multivariat adalah variabel yang pada analisis bivariatnya mempunyai nilai p (*p-value*) < 0,25. Hasil dari analisis bivariat dengan korelasi *Pearson* diperoleh *p-value* untuk variabel caring

($p=0,000$), komunikasi terapeutik ($p=0,000$). Kesimpulan yang dapat diambil dari hasil tersebut yaitu variabel caring, komunikasi terapeutik mempunyai p -value $<0,25$, sehingga ketiga variabel tersebut dapat lanjut masuk ke pemodelan multivariat.

Hasil analisis bivariat variabel karakteristik perawat dengan variabel dependen antara lain p -value untuk variabel usia (p -value 0,970), Jenis Kelamin (p -value 0,454), pendidikan terakhir, (p -value 0,115), lama Kerja (p -value 0,915), pelatihan yang diikuti (p -value 0,078), status menikah (p -value 0,240). Kesimpulan yang dapat diambil dari hasil tersebut yaitu variabel usia, jenis kelamin, lama bekerja, status menikah memiliki p value $> 0,25$ sehingga tidak dapat lanjut ke pemodelan multivariat.

2) Pemodelan multivariat

Tahap yang dilakukan selanjutnya setelah tahap bivariat selesai adalah melakukan analisis multivariat secara bersama-sama. Variabel yang valid dalam model multivariat adalah variabel yang mempunyai p -value $\leq 0,05$. Variabel pada pemodelan multivariat yang memiliki p -value $> 0,05$ harus dikeluarkan dari model, dan setelah tidak ada lagi variabel yang nilai p -valuenya $> 0,05$ maka proses pencarian variabel yang masuk dalam model telah selesai.

3) Uji asumsi

Parameter dan uji statistik hasil perhitungan metode *regresi linier* berganda dapat dinyatakan sebagai hasil estimasi terbaik yang tidak bias (*Best Linear Unbiased Estimator*) apabila model yang diperoleh dari data sampel

memenuhi beberapa asumsi klasik⁶⁵. Berikut ini adalah hasil uji asumsi klasik yang dilakukan :

Model regresi linier disusun dengan adanya asumsi bahwa untuk tiap nilai dari variabel independen, variabel dependen adalah variabel random yang mempunyai rata-rata dan sebaran tertentu. Kondisi ini dapat diperoleh apabila sampel diambil secara random. Asumsi ini dapat diuji berdasarkan parameter deskriptif dari residual.

a) Uji Normalitas

Uji normalitas dalam analisis regresi linier bertujuan untuk mengetahui apakah data residual berdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas residual dapat dilakukan dengan teknik yang lebih obyektif yaitu melalui uji statistik, salah satunya dengan kolmogorov-smirnov test. Residual dinyatakan berdistribusi normal apabila nilai uji statistik tidak signifikan ($p\text{-value} > 0,05$). Uji normalitas secara statistik dengan kolmogorov-smirnov test menghasilkan $p\text{-value}$ sebesar 0,636 ($\text{sig} > 0,05$), maka dapat dinyatakan bahwa residual berdistribusi normal dan lolos uji.

b) Uji heterokedasitas

Uji ini bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan variansi dari residual satu pengamatan ke pengamatanyang lain. Jika variansi dari residual satu pengamatan ke pengamatan lain tetap maka disebut homoskedastisitas dan jika berbeda disebut heteroskedastisitas. Model

regresi yang baik adalah yang homoskedastisitas atau tidak terjadi heteroskedastisitas.

Uji heteroskedastisitas secara statistik juga dapat dilakukan salah satunya adalah uji Park. Pengujian ini dilakukan dengan cara meregresi semua variabel independen terhadap logaritma natural dari kuadrat residual. Uji Park dinyatakan tidak terjadi heteroskedastisitas apabila $p\text{-value} > 0,05$. Hasil estimasi model regresi untuk uji Park pada variabel caring $p\text{-value}$ 0,887, komunikasi terapeutik $p\text{-value}$ 0,877, Pendidikan terakhir $p\text{-value}$ 0,248, pelatihan diikuti $p\text{-value}$ 0,832, status menikah $p\text{-value}$ 0,546. Kesimpulan berdasarkan koefisien regresi variabel dalam model regresi uji Park, maka dinyatakan tidak signifikan ($p\text{-value} > 0,05$), dan menunjukkan bahwa dalam model regresi utama tidak terjadi heteroskedastisitas dan lolos uji.

c) Uji multikolinieritas

Uji multikolinieritas memiliki tujuan untuk menguji apakah pada model regresi ditemukan adanya korelasi antar variabel independen. Model regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi antar variabel independen, di mana ada tidaknya multikolinieritas dalam model regresi dapat diketahui berdasarkan angka *variance inflation factor* (VIF) atau nilai *tolerance*-nya. Interpretasi yang dapat diambil yaitu apabila nilai $VIF < 10$ atau $tolerance > 0,1$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat multikolinieritas dalam model regresi. Hasil perhitungan nilai VIF dan tolerance untuk variabel caring $VIF = 2.596$, komunikasi terapeutik $VIF = 2.575$, Pendidikan terakhir $VIF = 1.012$,

pelatihan diikuti $VIF = 1.074$, status menikah $VIF = 1.063$. Kesimpulan berdasarkan hasil perhitungan nilai VIF dan tolerance diketahui bahwa semua variabel memiliki nilai $VIF < 10$ dan $tolerance > 0,1$, maka dapat disimpulkan dalam model regresi tidak terjadi multikolinieritas/ lolos.

d) Uji autokorelasi

Uji autokorelasi bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi linier ada korelasi antara residual dari satu pengamatan ke pengamatan berikutnya. Autokorelasi muncul karena observasi berurutan sepanjang waktu berkaitan satu dengan yang lain. Model regresi yang baik adalah yang bebas dari autokorelasi. Autokorelasi dapat dideteksi dengan menggunakan uji Durbin-Watson. Model regresi dinyatakan bebas dari masalah autokorelasi apabila nilai uji statistik Durbin-Watson berada di antara nilai DU dan $4 - DU$. DU adalah suatu nilai pembatas (batas bawah) yang diperoleh dari tabel distribusi Durbin-Watson.

Perhitungan korelasi serial dari residual model regresi menghasilkan nilai statistik Durbin-Watson (DW) sebesar 1.925. Model regresi tersusun atas 6 parameter (1 konstanta dan 5 koefisien regresi) dan diperoleh dari data sampel sebanyak 90. Nilai kritis batas atas (DU) distribusi Durbin-Watson untuk model dengan 6 parameter dan 90 sampel adalah 1.925. Kriteria pengujian untuk menyatakan tidak adanya autokorelasi adalah $DU < DW < 4 - DU$, maka dapat dilihat bahwa kriteria tersebut terpenuhi ($1,75 < 1,925 < 2,25$) sehingga dapat dinyatakan bahwa dalam model regresi tidak ada autokorelasi.

Berdasarkan hasil uji asumsi klasik yang sudah dilakukan, maka dapat diambil kesimpulan bahwa semua asumsi terpenuhi sehingga model dapat digunakan.

4) Interpretasi Model

Langkah terakhir dalam pemodelan analisis regresi linier berganda yaitu interpretasi model. Variabel independen yang masuk model regresi dan telah dilakukan analisis selanjutnya diinterpretasi. Interpretasi yang dapat diambil antara lain pada tabel “*model summary*” terlihat koefisien determinasi (R square). Nilai R square menunjukkan seberapa besar persentase yang dapat diterangkan oleh setiap variabel bebas terhadap variabel tergantung. Hasil uji F pada kotak “ANOVA” menunjukkan nilai p (sig), di mana hasil nilai $< 0,05$ dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna secara simultan variabel bebas terhadap variabel tergantung. Hasil pada kotak “*coefficients*” di dalam kolom beta menunjukkan variabel mana yang paling besar perannya (hubungannya) dalam menentukan variabel dependennya. Nilai beta yang semakin besar menunjukkan hubungan yang semakin besar terhadap variabel dependennya.

3.7 Etika Penelitian

Di dalam sebuah penelitian, salah satu prinsip etik yang harus dipenuhi yakni *informed consent*. *Informed consent* sebagai bukti persetujuan dilakukannya penelitian kepada responden sebelum dilakukan penelitian. Penelitian ini dilakukan kepada perawat puskesmas di wilayah Kota Semarang.

3.7.1 Pinsip Etik

a. *Autonomy*

Penelitian ini dilaksanakan dengan memperhatikan harkat serta martabat responden. Calon responden bebas menentukan keikutsertaan di dalam penelitian (*autonomy*). Responden memiliki hak yang harus dipenuhi yakni berhak memperoleh informasi tentang jalannya penelitian, serta boleh menentukan keikutsertaan penelitian. Peneliti telah menyiapkan *informed consent* untuk memenuhi hak responden.

Informed Consent dicantumkan pada *google form* sebelum responden masuk pada halaman kuesioner. Pada halaman *Inform*, responden dijelaskan terkait tema, tujuan, manfaat, prosedur, hingga resiko penelitian. Pada halaman *informed consent* Calon Responden cukup memilih kotak setuju yang menandakan calon responden memahami informasi yang diberikan dan menyetujui terlibat di dalam penelitian ini.

b. Menghormati data pribadi serta kerahasiaan responden

Data yang diberikan oleh responden dijamin kerahasiaan oleh peneliti. data responden yang didapat peneliti hanya menjadi kepentingan penelitian saja dan bukan untuk disebarluaskan. Prinsip ini diterapkan dengan menuliskan identitas responden menggunakan inisial.

c. Menghormati keadilan dan inklusivitas (*respect for justice inclusiveness*)

Peneliti melakukan penelitian dengan jujur, cermat, tepat, dan hati-hati serta profesional. Prinsip ini diterapkan dengan memberi kesempatan yang sama kepada responden, hingga perlakuan yang sama (adil) hingga akhir penelitian.

d. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harm and benefits*)

Peneliti mempertimbangkan manfaat dan kerugian yang muncul dalam penelitian yang berdampak pada responden (*beneficience*). Peneliti harus dapat menekan resiko yang kemungkinan muncul sehingga dapat merugikan responden (*nonmaleficience*). Pertimbangan *beneficience* dan *non maleficience* dapat menjadi pertimbangan peneliti saat mengajukan *etical clearance* ke komisi etik Universitas Muhammadiyah Semarang.

e. *Beneficience*

Peneliti memiliki kewajiban moral untuk memberikan manfaat dari penelitian ini kepada responden. Manfaat yang dapat diperoleh responden yakni pengetahuan terkait hubungan caring dan komunikasi terapeutik terhadap penerapan keselamatan pasien.

f. *Nonmaleficience*

Di dalam penelitian ini tidak memiliki sifat untuk membahayakan responden maupun membuat buruk citra responden sehingga tidak memunculkan ancaman untuk Kesehatan jiwa serta raga responden.

3.7.2 *Informed Consent*

Informed consent yakni persetujuan oleh seseorang sebagai tanda diperbolehkan untuk dilakukan tindakan kepada dirinya. Penelitian dilakukan apabila reponden telah menyatakan setuju pada *informed consent*. *Informed consent* dicantumkan dalam *google form* sebelum responden mengisi kuesioner online. Responden yang menyatakan setuju mengisi kuesioner maka dianggap sah

menjadi bagian dari penelitian. Di dalam *informed consent* disampaikan informasi sebagai berikut: partisipasi dari perawat, tujuan penelitian, cara mengisi kuesioner, komitmen, prosedur penelitian, manfaat, serta kerahasiaan data responden.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan pada bulan 22 April 2021 – 12 Mei 2021 kepada 90 responden. Responden penelitian yakni perawat puskesmas di Kota Semarang. Puskesmas lokasi penelitian yakni puskesmas Halmahera, Puskesmas Tlogosari Kulon, Puskesmas Mijen, Puskesmas Gunung Pati, Puskesmas Karangmalang, Puskesmas Karangdoro, Puskesmas Ngesrep, Puskesmas Srandol, Puskesmas Ngaliyan, dan Puskesmas Mangkang. Penelitian tentang hubungan Caring dan Komunikasi Terapeutik terhadap Keselamatan pasien didapatkan hasil:

4.1 Karakteristik Responden

4.1.1 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Usia

Tabel 4.1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada bulan Mei 2021

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia		
<25 tahun	3	3,3%
26-35 tahun	23	25,6%
36-45 tahun	35	38,5%
46-55 tahun	29	32%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	24	26,7%
Perempuan	66	73,3%
Pendidikan Terakhir		
D3	51	56,7%
Ners	39	43,3%
Lama Kerja		
<2 tahun	0	0%
2-5 tahun	20	22,2%
>5 tahun	70	77,8%
Pelatihan		
Pernah	8	8,9%
Tidak Pernah	82	91,1%
Status Menikah		

Menikah/ Berkeluarga	83	92,2%
Belum Menikah	7	7,8%
Total Responden	90	100%

Tabel 4.1 menunjukkan karakteristik responden yakni :

- a. Dari 90 responden, paling dominan responden dengan usia 36-45 tahun dengan prosentase 38,5%, dan paling sedikit usia <25 tahun sebanyak 3 dengan prosentase 3,3%. Usia paling muda yakni 27 tahun, dan usia paling dewasa yakni 57 tahun.
- b. Dari 90 responden, 73,3 % (66 orang) berjenis kelamin perempuan dan 26,7% (24 orang) berjenis kelamin laki-laki.
- c. Dari 90 responden, 56,7 % (51 orang) telah menempuh Pendidikan terakhir D3 Keperawatan dan 43,3% (39 orang) telah menempuh Pendidikan terakhir ners.
- d. Dari 90 responden, paling dominan responden dengan lama kerja >5 tahun dengan prosentase 77,8%, dan paling sedikit dengan lama kerja tahun sebanyak 20 responden dengan prosentase 22,2%. Nilai minimum lama bekerja yakni 2 tahun dan nilai maksimum lama bekerja yakni 34 tahun.
- e. Dari 90 responden, perawat yang pernah mengikuti pelatihan terkait caring atau komunikasi terapeutik atau keselamatan pasien sebanyak 8 orang. Hal ini menunjukkan masih banyak perawat yang belum terpapar terkait caring, komunikasi terapeutik maupun keselamatan pasien.
- f. Dari 90 responden sebanyak 83 perawat telah menikah, dan hanya 7 orang perawat yang belum menikah.

4.2 Gambaran Caring, Komunikasi Terapeutik dan Keselamatan Pasien

4.2.1 Distribusi Frekuensi Gambaran Perilaku Caring

Tabel 4.2
Deskripsi Penerapan Perilaku Caring Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada bulan Mei 2021

Parameter	Caring
<i>Mean</i>	116,72
Standar deviasi	13,8
<i>Median</i>	118
Minimum	90
Maksimum	144
Minimum value	Maximum Value
36	144

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa rata-rata caring perawat puskesmas kota semarang yakni 116,72 dengan nilai minimum 90 dan nilai maximum 144 dari batas nilai 144.

Tabel 4.3
Distribusi Frekuensi Penerapan Perilaku Caring Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada bulan Mei 2021

Caring	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Rata-rata
Baik	42	47%	116,72
Kurang Baik	48	53%	
Jumlah	90	100%	

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 90 responden, responden memiliki perilaku caring baik sejumlah 42 orang (47%).

Tabel 4.4
Distribusi Frekuensi Pernyataan Kuesioner Caring

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1	Saya tidak pilih kasih antara pasien satu dengan pasien yang lain	33	36,7	1	1,1	2	3,3	53	58,9

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	f	%
2	Saya memberikan Pendidikan Kesehatan kepada pasien atau keluarga	1	1,1	9	10	38	42,2	42	46,7
3	Saya bicara dengan sopan dan suara lembut	0	0	1	1,1	18	20,0	71	78,9
4	Saya merasa puas jika dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan baik	0	0	2	2,2	16	17,8	72	80
5	Saya menanamkan kepercayaan dan harapan akan keberhasilan pengobatan kepada pasien	0	0	3	3,3	30	33,3	57	63,3
6	Saya memberikan semangat kepada pasien dan meyakinkan bahwa pasien dapat sembuh	0	0	1	1,1	29	32,2	60	66,7
7	Saya memberikan semangat kepada pasien saat mereka merasa putus asa	0	0	2	2,2	30	33,3	58	64,4
8	Saya memfasilitasi pasien atau keluarga untuk alternatif pengobatan yang paling tepat	6	6,7	25	27,8	31	34,4	28	31,1
9	Saya menghargai perasaan pasien atau keluarga	0	0	2	2,2	20	22,2	68	75,6
10	Saya merasakan apa yang dirasakan pasien atau keluarga	0	0	9	10	48	53,3	33	36,7
11	Saya mendorong pasien atau keluarga untuk	0	0	12	13,3	44	48,9	34	37,8

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	f	%
	mengkespresikan perasaannya								
12	Saya memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama kepada pasien atau keluarga	1	1,1	25	27,8	26	28,9	38	42,2
13	Saya memberikan perhatian kepada pasien Ketika mereka sedang berbicara	0	0	1	1,1	28	31,1	61	67,8
14	Saya memberikan respon secara verbal terhadap panggilan atau keluhan pasien atau keluarga	0	0	2	2,2	35	38,9	53	58,9
15	Saya tidak menyembunyikan kesalahan saat melakukan perawatan pada pasien	9	10	21	23,3	26	28,9	34	37,8
16	Saya menjawab pertanyaan yang ditanyakan pasien dengan baik dan jujur	0	0	5	5,6	28	31,1	57	63,3
17	Saya menerima ekspresi perasaan positif dan negatif pasien atau keluarga	0	0	8	8,9	36	40	46	51,1
18	Saya memberikan waktu dan mendengarkan keluhan pasien	0	0	4	4,4	30	33,3	56	62,2
19	Saya menyusun jadwal kegiatan untuk pasien sesuai dengan kemampuannya	6	6,7	26	28,9	39	43,3	19	21,1
20	Saya mendiskusikan masalah yang	2	2,2	15	16,7	45	50	28	31,1

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	f	%
	menjadi kekhawatiran pasien								
21	Saya memberikan solusi akan keluhan maupun perasaan yang diutarakan oleh pasien	0	0	8	8,9	51	56,7	31	34,4
22	Saya mengidentifikasi masalah yang dihadapi pasien	0	0	13	14,4	39	43,3	38	42,2
23	Saya menerapkan masalah berdasarkan identifikasi yang ditemukan	0	0	7	7,8	38	42,2	45	50
24	Saya menetapkan rencana tindak lanjut dari penyelesaian masalah	0	0	10	11,1	38	42,2	42	46,7
25	Saya memberikan informasi yang jelas mengenai perawatan pada pasien atau keluarga	0	0	1	1,1	33	36,7	56	62,2
26	Saya membantu pasien untuk penyelesaian masalah	0	0	13	14,4	48	53,3	29	32,2
27	Saya membantu pasien untuk melakukan suatu Tindakan dengan mempraktekkannya	1	1,1	22	24,4	46	51,1	21	23,3
28	Saya memberikan penjelasan atau pengajaran agar pasien mampu dalam memenuhi kebutuhannya	0	0	7	7,8	45	50	38	42,2
29	Saya memfasilitasi pasien agar dapat melakukan hal-hal	2	2,2	20	22,2	43	47,8	25	27,8

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	f	%
	yang dapat dikerjakan								
30	Saya memfasilitasi pasien untuk bersosialisasi dengan lingkungan	4	4,4	29	32,2	35	38,9	22	24,4
31	Saya memberikan tindakan yang memberikan rasa nyaman secara fisik dan privasi	0	0	4	4,4	36	40	50	55,6
32	Saya menjaga lingkungan agar selalu bersih dan tetap tenang	0	0	3	3,3	35	38,9	52	57,8
33	Saya mengenali kebutuhan pasien	0	0	21	23,3	35	38,9	34	37,8
34	Saya membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan pada pasien yang tidak mampu melakukannya (contoh : berjalan, makan, minum, personal hygiene, dsb)	4	4,4	25	27,8	34	37,8	27	30
35	Saya memberikan kebebasan pada pasien untuk beribadah menurut agama dan kepercayaannya	1	1,1	2	2,2	11	12,2	76	84,4
36	Saya memberikan pelajaran rohani pada pasien sesuai dengan kepercayaannya dan mensyukuri apa yang dimilikinya	6	6,7	31	34,4	24	26,7	29	32,2

Berdasarkan table 4.3 dapat diketahui bahwa :

- a. Terdapat 46,7 % perawat selalu memberikan Pendidikan Kesehatan pada pasien atau keluarga, tetapi masih ada 1,1% perawat yang tidak pernah melakukannya.
- b. Terdapat 31,1 % perawat selalu memfasilitasi pasien atau keluarga untuk alternatif pengobatan yang paling tepat namun masih terdapat 6,7 % perawat yang tidak pernah merasa memfasilitasi pasien atau keluarga untuk alternatif pengobatan yang paling tepat
- c. Sebanyak 42,2% perawat memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama kepada pasien/ keluarga namun, masih terdapat 1,1% perawat tidak pernah memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama pada pasien
- d. Terdapat 37,8% perawat selalu menyembunyikan kesalahan saat melakukan perawatan pada pasien , namun ternyata masih terdapat 10% perawat yang menyembunyikan kesalahan saat melakukan perawatan pada pasien.
- e. Terdapat 21,1 % perawat Menyusun jadwal kegiatan pasien sesuai kemampuan namun masih terdapat 6,7% perawat tidak menyusun jadwal kegiatan untuk pasien sesuai kemampuannya
- f. Terdapat 23,3 % perawat membantu pasien untuk melakukan suatu tindakan dengan mempraktikkannya, namun masih terdapat 1,1 perawat tidak pernah.
- g. Terdapat 27,8% perawat selalu memfasilitasi pasien agar dapat melakukan hal yang dapat dikerjaakan namun masih terdapat 2,2 % perawat merasa tidak pernah melakukannya .

- h. Terdapat 38,9% perawat sering memfasilitasi pasien untuk bersosialisasi dengan lingkungan namun masih terdapat 4,4% pasien tidak pernah memfasilitasi pasien untuk bersosialisasi dengan lingkungan
- i. Terdapat 37,8% perawat sering membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan pada pasien yang tidak mampu melakukannya, namun masih terdapat 4,45 perawat yang tidak pernah melakukannya.

4.2.2 Distribusi Frekuensi Gambaran Perilaku Komunikasi Terapeutik

Tabel 4.5
Deskripsi Penerapan Perilaku Komunikasi Terapeutik Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada bulan Mei 2021

Parameter	Komunikasi Terapeutik
<i>Mean</i>	105,58
Standar deviasi	11,68
<i>Median</i>	106
Minimum	74
Maksimum	120
Minimum value	Maximum value
30	120

Berdasarkan tabel 4.5 dapat diketahui bahwa rata rata komunikasi terapeutik perawat puskesmas kota semarang yakni 105,58 dengan nilai minimum 74 dan nilai maximum 120 dari batas nilai 144.

Tabel 4.6
Distribusi Frekuensi Penerapan Perilaku Komunikasi Terapeutik Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada bulan Mei 2021

Komunikasi Terapeutik	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Rata-rata
Baik	47	52,2%	105,58
Kurang Baik	43	47,8%	
Jumlah	90	100%	

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa dari 90 responden, responden memiliki perilaku Komunikasi Terapeutik baik sejumlah 47 orang (52,2%)

Tabel 4.7
Distribusi Frekuensi Pernyataan Kuesioner Komunikasi Terapeutik

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1	Saya mempelajari Standar Operasional Prosedur yang berkaitan dengan masalah yang dialami pasien.	0	0	14	15,6	31	34,4	45	50
2	Saya mempelajari riwayat Catatan Medis pasien sebelum bertemu dengan klien untuk mengetahui kondisi pasien.	0	0	10	11,1	22	24,4	58	64,4
3	Saya menyusun metoda wawancara sebelum bertemu dengan pasien	5	5,6	25	27,8	28	31,1	32	35,6
4	Saya mengucapkan salam saat menemui pasien	0	0	6	6,7	25	27,8	59	65,6
5	Saya memperkenalkan diri saat bertemu pasien	0	0	20	22,2	23	25,6	47	52,2
6	Saya membuat kontrak awal dengan pasien	6	6,7	20	22,2	20	22,2	44	48,9
7	Saya menjelaskan tujuan bertemu pasien	2	2,2	12	13,3	24	26,7	52	57,8
8	Saya menanyakan kondisi pasien saat bertemu dengan pasien	0	0	1	1,1	24	26,7	65	72,2

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	f	%
9	Saya memanggil nama pasien dengan nama kesukaan pasien	10	11,1	18	20	30	33,3	32	35,6
10	Saya memperhatikan pasien saat pasien berbicara.	0	0	0	0	22	24,4	68	75,6
11	Ketika pasien mengatakan keluhan, saya menanggapi dengan baik.	0	0	0	0	24	26,7	66	73,3
12	Saya menggunakan komunikasi dua arah saat berkomunikasi dengan pasien	2	2,2	4	4,4	25	27,8	59	65,6
13	Saya menggunakan kalimat yang positif saat berkomunikasi	0	0	2	2,2	26	28,9	62	68,9
14	Saya menyampaikan prosedur tindakan kepada pasien yang akan dilakukan tindakan (rawat luka/ insisi/ dan lain sebagainya)	0	0	3	3,3	20	22,2	67	74,4
15	Saya menjelaskan akibat tindakan yang diberikan kepada pasien	0	0	4	4,4	23	25,6	63	70
16	Saya menanyakan kesiapan pasien dilakukan tindakan	0	0	1	1,1	14	15,6	75	83,3
17	Saya tetap mengajak komunikasi pasien	0	0	2	2,2	27	30	61	67,8
18	Saya menjelaskan apa yang harus dilakukan dan apa yang tidak boleh dilakukan pasien,	0	0	1	1,1	19	21,1	70	77,8

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	f	%
	setelah saya selesai melakukan tindakan								
19	Saya mengevaluasi respon pasien	0	0	2	2,2	21	23,3	67	74,4
20	Saya menjelaskan rencana tindak lanjut	0	0	2	2,2	20	22,2	68	75,6
21	Saya membuat kontrak pada pertemuan berikutnya	0	0	11	12,2	31	34,4	48	53,3
22	Jika akan meninggalkan pasien saya memberi tahu pasien bagaimana agar pasien dapat meminta bantuan saya	1	1,1	13	14,4	35	38,9	41	45,6
23	Saya mengucapkan salam saat meninggalkan pasien	1	1,1	8	8,9	23	25,6	58	64,4
24	Saya berbicara relaks di depan pasien	0	0	2	2,2	26	28,9	62	68,9
25	Saya menggunakan komunikasi non-verbal untuk mendukung komunikasi verbal	0	0	17	18,9	32	35,6	41	45,6
26	Saya tidak melipat tangan dan kaki saat berbicara dengan pasien	15	16,7	2	2,2	22	24,4	51	56,7
27	Saya menatap mata pasien saat berbicara dengan klien	0	0	3	3,3	39	43,3	48	53,3
28	Saya murah senyum pada pasien	0	0	0	0	30	33,3	60	66,7
29	Saya memberi kesempatan pasien	0	0	3	3,3	28	31,1	59	65,6

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	f	%
	untuk mengungkapkan perasaannya.								
30	Saya memperhatikan respon pasien setelah tindakan dilakukan	0	0	1	1,1	24	26,7	65	72,2

Berdasarkan tabel 4.7 dapat diketahui bahwa :

- a. Terdapat sebanyak 35,6% perawat selalu Menyusun metode wawancara sebelum bertemu dengan pasien namun masih terdapat 5,6 % perawat tidak menyusun metode wawancara sebelum bertemu dengan pasien
- b. Terdapat 48,9 % perawat membuat kontrak awal selalu membuat kontrak awal dengan pasien namun masih terdapat 6,75% perawat tidak pernah membuat kontrak awal dengan pasien
- c. Terdapat 57,8 % perawat menjelaskan tujuan bertemu dengan pasien namun masih terdapat 2,2% perawat tidak pernah menjelaskan tujuan bertemu dengan pasien.
- d. Terdapat 65,6% perawat selalu menggunakan komunikasi dua arah saat berkomunikasi dengan pasien namun masih terdapat 2,2 % perawat tidak pernah menggunakan komunikasi dua arah saat berkomunikasi dengan pasien
- e. Terdapat 45,6% perawat selalu memberitahu pasien bagaimana meminta bantuan saat ditinggal oleh pasien namun masih terdapat 1,1% perawat tidak pernah melakukannya

- f. Terdapat 64,4% perawat mengucapkan salam saat meninggalkan pasien namun masih terdapat 1,1% perawat yang tidak pernah mengucapkan salam saat meninggalkan pasien
- g. Terdapat 56,7% perawat selalu tidak melipat tangan dan kaki saat berbicara dengan pasien namun masih terdapat 16,7 % perawat berpendapat bahwa ia melipat tangan dan kaki saat berbicara dengan pasien

4.2.3 Distribusi Frekuensi Gambaran Perilaku Keselamatan Pasien

Tabel 4.8
Deskripsi Penerapan Perilaku Penerapan Keselamatan Pasien Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada bulan Mei 2021

Parameter	Komunikasi Terapeutik
<i>Mean</i>	91,17
Standar deviasi	8,171
<i>Median</i>	91
Minimum	70
Maksimum	106
Minimum value	Maximum value
29	116

Berdasarkan tabel 4.8 dapat diketahui bahwa rata rata keselamatan pasien, perawat puskesmas kota semarang yakni 91,17 dengan nilai minimum 70 dan nilai maximum 106 dari batas nilai 116.

Tabel 4.9
Distribusi Frekuensi Penerapan Perilaku Keselamatan Pasien Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada bulan Mei 2021

Keselamatan pasien	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Rata-rata
Baik	43	47,8%	91,17
Kurang Baik	47	52,2%	
Jumlah	90	100%	

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa dari 90 responden, responden memiliki perilaku keselamatan pasien baik sejumlah 43 orang (47,8%).

Tabel 4.10
Distribusi Frekuensi Pernyataan Kuesioner Keselamatan Pasien

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	F	%
1	Saya memberikan motivasi kepada teman saya agar terbuka menceritakan kejadian keselamatan pasien yang terjadi di tempat kerja	1	1,1	5	5,6	39	43,3	45	50
2	Saya ikut berdiskusi masalah keselamatan pasien dengan teman teman di tempat kerja	0	0	9	10	38	42,2	43	47,8
3	Saya bebas mengemukakan pendapat ketika melihat sesuatu yang berdampak negatif pada keselamatan pasien	2	2,2	19	21,1	38	42,2	31	34,4
4	Saya takut bertanya jika ada hal yang kurang tepat dalam pemberian pelayanan kepada pasien	52	57,8	14	15,6	11	12,2	13	14,4
5	Saya bersedia bekerja sama menyelesaikan	1	1,1	4	4,4	35	38,9	50	55,6

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	F	%
	n tugas dengan perawat yang sebelumnya pernah melakukan kesalahan tindakan pada pasien								
6	Saya memberikan masukan untuk bekerja lebih baik pada teman yang pernah melakukan kesalahan tindakan pada pasien	2	2,2	18	20	43	47,8	27	30
7	Saya bekerja sama dengan unit lain dalam menyelesaikan masalah keselamatan pasien yang terjadi di puskesmas	2	2,2	9	10	33	36,7	46	51,1
8	Saya lebih senang membicarakan insiden keselamatan daripada mempelajari penyebab terjadinya kesalahan atas suatu kejadian keselamatan pasien	14	15,6	34	37,8	23	25,6	19	21,1
9	Saya khawatir penyampaian kesalahan tindakan pada	47	52,2	17	18,9	11	12,2	15	16,7

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	F	%
	pasien yang pernah saya lakukan akan mendapat sangsi pengurangan nilai kinerja pegawai								
10	Saya mendapat penyelesaian masalah yang baik mengenai keselamatan pasien melalui pengkajian kronologis insiden keselamatan pasien di puskesmas	3	3,3	8	8,9	34	37,8	45	50
11	Saya memberikan dukungan pada perawat yang melaporkan kepada atasan atas terjadinya kesalahan tindakan pada pasien di tempat kerja	7	7,8	16	17,8	29	32,2	38	42,2
12	Saya tidak mendapat umpan balik atas pelaporan kejadian keselamatan pasien yang telah saya lakukan	29	32,2	30	33,3	15	16,7	16	17,8
13	Saya melaporkan kejadian yang nyaris menciderai	8	8,9	12	13,3	34	37,8	36	40

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	F	%
	pasien di tempat kerja kepada atasan saya								
14	Saya dapat membuat laporan kejadian keselamatan pasien dengan mudah ketika terjadi kejadian keselamatan pasien	3	3,3	26	28,9	37	41,1	24	26,7
15	Saya tidak melaporkan kesalahan tindakan pada pasien di ruangan yang akan membuat saya mendapat sanksi hukuman	56	62,2	14	15,6	9	10	11	12,2
16	Saya melaporkan kejadian yang mengakibatkan pasien cedera kepada atasan	6	6,7	13	14,4	36	40	35	38,9
17	Kegiatan pelaporan kejadian keselamatan pasien mengganggu pekerjaan utama saya	56	62,2	15	16,7	9	10	10	11,1
18	Saya berupaya mengkaji kondisi pasien yang beresiko jatuh	0	0	0	0	32	35,6	58	64,4

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	F	%
19	Saya belajar tentang pelaksanaan prosedur tindakan yang aman pada pasien melalui ketepatan lokasi	24	26,7	18	20	11	12,2	37	41,1
20	Saya menanyakan identitas pasien yang akan saya beri tindakan keperawatan	2	2,2	7	18,9	34	37,8	37	41,1
21	Saya berusaha melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan pada pasien	13	14,4	12	13,3	23	25,6	42	46,7
22	Saya berusaha mengkonfirmasi instruksi dokter yang diberikan pada pasien	6	6,7	4	4,4	34	37,8	46	51,1
23	Saya belajar mengidentifikasi obat - obat yang perlu diwaspadai	2	2,2	9	10	36	40	43	47,8
24	Saya tidak mendapat sosialisasi informasi keselamatan pasien dari perawat yang telah mendapat pelatihan keselamatan pasien	2	2,2	11	12,2	44	48,9	33	36,7

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	F	%
25	Saya semakin mempedulikan keselamatan pasien dalam memberi pelayanan saat adanya pelaporan kesalahan tindakan pasien di puskesmas	0	0	1	1,1	22	24,4	67	74,4
26	Tim di tempat kerja saya tidak mendiskusikan langkah langkah untuk mencegah suatu kesalahan agar tidak terjadi lagi	75	83,3	14	15,6	1	1,1	0	0
27	Saya menginformasikan hasil analisis kejadian keselamatan pasien pada teman untuk mencegah kejadian berulang	0	0	2	2,2	19	21,1	69	76,7
28	Tim di ruangan saya kurang berupaya menggali hal hal yang berpotensi menimbulkan kesalahan tindakan dari hasil evaluasi keselamatan pasien	46	51,1	36	40	7	7,8	1	1,1

No	Item pertanyaan	TP		K		SR		SL	
		f	%	f	%	f	%	F	%
29	Saya berupaya belajar dari kesalahan tindakan pada pasien yang pernah saya lakukan dalam menjaga keselamatan pasien	36	40	28	31,1	15	16,7	11	12,2

Berdasarkan table 4.10 dapat diketahui bahwa :

- a. Terdapat 50% perawat selalu memberikan motivasi kepada teman agar menceritakan kejadian keselamatan pasien yang terjadi di tempat kerja dan masih terdapat 1,1% perawat tidak pernah melakukannya
- b. Terdapat 42,2 % perawat sering merasa bebas mengemukakan pendapat ketika melihat situasi yang berdampak negatif pada keselamatan pasien, namun masih terdapat 2,2 % perawat tidak merasa bebas
- c. Sebanyak 57,8 % perawat tidak pernah takut bertanya jika ada hal kurang tepat dalam pemberian pelayanan kepada pasien, namun masih terdapat 14,4 % perawat merasa selalu takut bertanya dan 12,2% sering takut bertanya,
- d. Terdapat 55,6 % perawat bersedia bekerja sama menyelesaikan tugas dengan perawat yang sebelumnya pernah melakukan kesalahan tindakan pada pasien namun masih terdapat 1 perawat berpendapat tidak pernah.
- e. Terdapat 47,8% perawat sering memberikan masukan untuk bekerja lebih baik pada teman yang pernah melakukan kesalahan tindakan pada pasien namun terdapat 2,2% perawat tidak pernah,

- f. Terdapat 51,1% perawat selalu bekerja sama dengan unit lain dalam menyelesaikan masalah keselamatan pasien yang terjadi di puskesmas, namun masih terdapat 2,2 perawat tidak pernah.
- g. Terdapat 25,6 % perawat lebih senang membicarakan insiden keselamatan daripada mempelajari penyebab terjadinya kesalahan atas suatu kejadian keselamatan pasien
- h. Terdapat 16,7% perawat yang masih merasa khawatir penyampaian kesalahan tindakan pada pasien yang pernah dilakukan akan mendapat sanksi pengurangan nilai kinerja pegawai
- i. Terdapat 50% perawat selalu mendapat penyelesaian masalah yang baik mengenai keselamatan pasien melalui pengkajian kronologis insiden keselamatan pasien di puskesmas, namun masih terdapat 3,3% berpendapat tidak pernah.
- j. Terdapat 42,2% perawat memberikan dukungan pada perawat yang melaporkan kepada atasan atas terjadinya kesalahan tindakan pada pasien di tempat kerja, namun masih terdapat 7,8% perawat tidak pernah memberikan dukungan
- k. Terdapat 32,2% mendapat umpan balik atas pelaporan kejadian keselamatan pasien yang telah dilakukan namun terdapat 17,8% perawat selalu tidak mendapat umpan balik
- l. Terdapat 40% perawat selalu melaporkan kejadian yang nyaris menciderai pasien di tempat kerja kepada atasan namun masih terdapat 8,9 % perawat yang tidak pernah .

- m. Terdapat 41,1 % perawat sering merasa mudah membuat laporan kejadian keselamatan pasien ketika terjadi kejadian keselamatan pasien namun masih terdapat 3,3% tidak pernah
- n. Terdapat 62,2% perawat melaporkan kesalahan tindakan pada pasien di ruangan yang membuat ia mendapat sanksi, sedangkan masih terdapat 12,2% perawat tidak melaporkannya.
- o. Terdapat 38,9% perawat selalu melaporkan kejadian yang mengakibatkan pasien cedera kepada atasan namun masih terdapat 6,7% perawat yang tidak pernah melaporkan kejadian
- p. Terdapat 11,1% perawat merasa bahwa kegiatan pelaporan kejadian keselamatan pasien mengganggu pekerjaan utama dirinya
- q. Terdapat 41,1% perawat selalu belajar tentang pelaksanaan prosedur tindakan yang aman pada pasien melakukan ketepatan lokasi namun masih terdapat 26,7% perawat tidak pernah belajar tentang ketepatan lokasi.
- r. Terdapat 41,1 % perawat selalu menanyakan identitas pasien yang akan diberi tindakan keperawatan sedangkan 2,2% perawat tidak pernah menanyakan identitas pasien yang akan diberi tindakan keperawatan
- s. Terdapat 46,7% perawat selalu melakukan cuci tangan sebelum melakukan Tindakan namun masih terdapat 14,4 perawat tidak pernah melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan pada pasien
- t. Terdapat 51,1% perawat selalu berusaha mengkonfirmasi instruksi dokter yang diberikan pada pasien namun masih terdapat 6% perawat tidak pernah

- u. Terdapat 47,8% perawat selalu belajar mengidentifikasi obat-obat yang perlu diwaspadai tetapi masih terdapat 2,2 % perawat tidak pernah
- v. Terdapat 48,9 % perawat sering mendapat sosialisasi informasi keselamatan pasien dari perawat yang telah mendapat pelatihan keselamatan pasien namun masih terdapat 2,2% perawat tidak pernah
- w. Terdapat 51,1 % perawat berpendapat tim ruangan selalu berupaya menggalang hal yang berpotensi menimbulkan kesalahan tindakan dari hasil evaluasi keselamatan pasien dan masih ada 1,1 % perawat berpendapat tim selalu kurang berupaya.
- x. Terdapat 16,7 % perawat sering berupaya belajar dari kesalahan tindakan pada pasien yang pernah dilakukan dalam menjaga keselamatan pasien. Namun terdapat 40% perawat tidak pernah berupaya belajar dari kesalahan

4.3 Hasil Analisa Bivariat (Korelasi Caring, Komunikasi Terapeutik terhadap Keselamatan Pasien)

4.3.1 Hubungan Caring terhadap Keselamatan Pasien

Tabel 4.11

Hubungan Caring terhadap Keselamatan Pasien Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada bulan Mei 2021

Caring	Korelasi Pearson	
	<i>p</i>	<i>p-value</i>
	0,486	0,000

Tabel 4.11 menunjukkan bahwa dari 90 responden, menunjukkan bahwa terdapat hubungan caring terhadap keselamatan pasien dengan p value 0,000.

4.3.2 Hubungan Komunikasi Terapeutik terhadap Keselamatan Pasien

Tabel 4.12
Hubungan Komunikasi Terapeutik terhadap Keselamatan Pasien Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang pada bulan Mei 2021

Komunikasi Terapeutik	Korelasi Kendall's Tau	
	<i>p</i>	<i>p-value</i>
	0,392	0,000

Tabel 4.12 menunjukkan bahwa dari 90 responden, terdapat hubungan Komunikasi Terapeutik terhadap keselamatan pasien dengan *p* value 0,000.

4.3.3 Hubungan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, dan Lama Bekerja terhadap Keselamatan Pasien

Tabel 4.13
Hubungan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan terakhir, Lama Bekerja terhadap Keselamatan Pasien Responden Perawat Puskesmas Kota Semarang

Variabel	Kendall's Tau	
	<i>P</i>	<i>p-value</i>
Usia	0,003	0,970
Jenis Kelamin	-0,066	0,454
Pendidikan Terakhir	0,139	0,115
Lama Bekerja	-0,009	0,915
Pelatihan yang pernah diikuti	0,155	0,078
Status Menikah	0,104	0,240

Berdasarkan table 4.13 didapat data bahwa tidak ada karakteristik perawat yang secara signifikan tidak berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien. angka *p-value* masing masing karakteristik hasilnya $> 0,05$.

4.4 Hasil Analisis Multivariat

Berdasarkan kriteria *backward regression*, koefisien regresi *predictor* (variable independen) yang tidak signifikan (signifikansi atau *p* value $> 0,25$) dikeluarkan dari model. Terdapat variable usia, jenis kelamin (*p* value 0,970),

lama bekerja (pvalue 0,454), Lama Bekerja (p value 0,915) dikeluarkan dari model. Tidak terjadi perubahan nilai koefisienregresi (β) yang pada *predictor* lain dalam model revisi dibandingkan model awal, dengan demikian model revisi dapat digunakan sebagai dasar analisis multivariat dalam penelitian ini. Hasil penyusunan model revisi setelah dikeluarkannya predictor beban kerja dapat dilihat pada tabel 4.18.

Variabel pada saat diuji memiliki nilai signifikansi / p value <0,25 serta memiliki makna secara substansi dapat menjadi kandidat dalam model multivariat. Pada variable yang ada, variable dengan nilai p-value <0,05 terdapat caring, komunikasi terapeutik, Pendidikan terakhir, pelatihan yang pernah diikuti, dan status menikah.

4.4.1 Seleksi Bivariat

Tabel 4.14
Hasil Seleksi Analisis Bivariat Varibel-variabel kandidat Multivariat dengan Keselamatan Pasien

No	Variabel	<i>P-value</i>
1	Caring	0,000
2	Komunikasi Terapeutik	0,000
3	Pendidikan Terakhir	0,115
4	Pelatihan yang pernah diikuti	0,078
5	Status Menikah	0,240

Tabel 4.14 menunjukkan bahwa terdapat 5 variabel yang memiliki *p-value* <0,25 yakni caring, komunikasi terapeutik, Pendidikan, lama bekerja, dan status menikah.

Tabel 4.15
 Hasil Seleksi Analisis Bivariat Variabel-variabel kandidat Multivariat dengan
 Keselamatan Pasien

No	Variabel	Pengaruh Parsial (uji t)		
		B	β	P-value
	Konstanta	39,481		
1	Caring	0,006	0,010	0,944
2	Komunikasi Terapeutik	0,415	0,593	0,000
3	Pendidikan Terakhir	2,470	0,151	0,078
4	Pelatihan yang pernah diikuti	1,612	0,056	0,517
5	Status Menikah	0,996	0,033	0,705
Pengaruh Simultan (Uji F)		R ²	p-value	
Model		0,410	0,000	

Tabel 4.15 menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji bersama didapatkan bahwa komunikasi terapeutik, dan pendidikan terakhir memiliki hubungan secara bersamaan terhadap keselamatan pasien. Selanjutnya, komunikasi terapeutik, pendidikan dilakukan uji secara bersamaan. Variabel lain dengan p-value >0,25 tidak memiliki kemaknaan secara substansi sehingga dikeluarkan dari pemodelan regresi linier berganda.

Tabel 4.16
 Hasil Penyusunan Model Regresi Linier Berganda pada perawat
 di Puskesmas di Kota Semarang pada Bulan Mei 2021

No	Variabel	Pengaruh Parsial (uji t)		
		B	β	P-value
	Konstanta	41,926		
1	Komunikasi Terapeutik	0,434	0,620	0,000
2	Pendidikan Terakhir	2.386	0,146	0,082
Pengaruh Simultan (Uji F)		R²	p-value	
	Model	0,406	0,000	

Tabel 4.16 menunjukkan bahwa nilai signifikansi (pvalue) <0,05 yakni komunikasi terapeutik sebesar 0,000. Selain itu besar hubungan masing-masing variabel dapat dilihat dari nilai koefisien beta (β). Faktor komunikasi terapeutik memiliki nilai koefisien β tertinggi yakni 0,620 sehingga dapat dinyatakan bahwa komunikasi terapeutik merupakan faktor yang paling dominan berhubungan terhadap penerapan keselamatan pasien dibandingkan pendidikan terakhir.

Tabel 4.17
 Hasil Penyusunan Model Regresi Linier Berganda pada perawat di Puskesmas
 di Kota Semarang pada Bulan Mei 2021

No	Variabel	Pengaruh Parsial (uji t)		
		B	β	P-value
	Konstanta	45.537		
1	Komunikasi Terapeutik	0,434	0,620	0,000
Pengaruh Simultan (Uji F)		R²	p-value	
	Model	0,385	0,000	

Berdasarkan table 4.17 dapat diinterpretasikan sebagai berikut :

a. Koefisien determinasi (R^2)

Koefisien determinasi (R^2) merupakan nilai yang menyatakan besarnya variasi nilai dependen yang dapat dijelaskan dengan model regresi. Nilai dalam analisis statistik ini digunakan sebagai parameter *goodness of fit* yaitu ketepatan atau kesesuaian model dengan hasil observasi. Implikasi dari koefisien determinasi adalah sebagai nilai yang menyatakan besarnya kontribusi hubungan variabel–variabel independen terhadap variabel dependen. Nilai Koefisien determinasi (R^2) berdasarkan table 4.18 sebesar 0,406. Interpretasi yang dapat diambil yaitu komunikasi terapeutik memiliki kontribusi hubungan sebesar 38,5% terhadap keselamatan pasien, dan sebesar $(100\% - 38,5\%) = 61,5\%$ hubungan terhadap keselamatan pasien merupakan kontribusi caring, pendidikan, pelatihan, status menikah dan faktor lain yang tidak diteliti.

b. Uji statistik simultan (uji F)

Implikasi praktis dari uji F adalah sebagai uji statistik untuk mengetahui hubungan simultan (secara Bersama-sama) semua variable independen terhadap variabel dependen. Hasil uji F berdasarkan table 4.19 diperoleh nilai signifikansi (p value) sebesar 0,000. Nilai signifikansi atau p value $< 0,05$ menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik berhubungan signifikan terhadap keselamatan pasien.

c. Variabel yang paling berhubungan terhadap keselamatan pasien

Perbandingan besarnya hubungan masing-masing variabel independen dapat dilihat dari koefisien beta (β). Faktor komunikasi terapeutik merupakan faktor paling dominan. Selain nilai signifikansi $<0,05$, juga memiliki beta (β) 0,62, sehingga dapat dikatakan bahwa komunikasi terapeutik merupakan faktor paling dominan yang berhubungan/ mempengaruhi keselamatan pasien.

BAB V

PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan caring dan komunikasi terapeutik terhadap penerapan keselamatan pasien. Pada bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian dan keterbatasan penelitian. Hasil dari penelitian ini yakni berupa Analisa hubungan caring dan komunikasi terapeutik terhadap penerapan keselamatan pasien. keterbatasan penelitian akan menjelaskan mengenai proses penelitian. Interpretasi hasil dilakukan yakni dengan membandingkan hasil penelitian dengan tinjauan Pustaka serta hasil penelitian lain yang relevan.

Penelitian yang dilakukan pada bulan April 2021 – Mei 2021 kepada 90 responden memiliki subjek perawat di Puskesmas di Kota Semarang. Penelitian ini mengukur tentang caring, komunikasi terapeutik, dan keselamatan pasien serta hubungan caring dengan keselamatan pasien dan komunikasi terapeutik terhadap keselamatan pasien. Penelitian ini diukur dengan kuesioner.

5.1 Karakteristik Responden

5.1.1 Usia

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan jumlah populasi perawat Puskesmas Rawat Inap di Kota Semarang 93 perawat dengan total sampel 90 orang. Perawat paling banyak menginjak pada masa dewasa akhir yakni dengan rentang usia 36-45 tahun sebanyak 38,5%. Usia minimum responden yakni 25 tahun dan usia maximum responden yakni 57 tahun. Depkes (2009) menjelaskan bahwa rentang usia dewasa akhir (36-45) merupakan usia individu yang dalam

tahap berfokus kepada karir dan keluarga. Pada usia dewasa akhir merupakan tahapan usia kematangan, yakni saat dimana dapat melakukan bimbingan kepada generasi berikutnya generasi ini disebut juga generasi Lawan Stagnasi^{66,67}. Erikson menjelaskan bahwa rentang usia 35-55 merupakan generasi stagnansi yakni memiliki dasar kekuatan perawatan. Sejalan dengan depkes (2009)⁶⁸, Erikson berpendapat bahwa pada usia tersebut naluri seorang perawat yang bertugas merawat pasien yang dikelolanya akan muncul secara harfiah dari dalam diri⁶⁹.

Setiap tahapan perkembangan memiliki krisis yang menuntut perubahan pada perilaku seseorang dan kepribadiannya⁶⁹. Di setiap tahap perkembangan akan diajarkan untuk menyelesaikan konflik, Apabila konflik dapat diselesaikan dengan positif maka individu dapat dipercaya menyesuaikan pada tahapan berikutnya. Berbeda apabila jika individu tidak dapat menyesuaikan konflik saat ini maka akan semakin kesulitan menyesuaikan diri pada konflik berikutnya⁷⁰. Penyesuaian diri dapat dipengaruhi pada kepercayaan. Melalui kepercayaan, maka seseorang akan lebih dapat menyesuaikan diri. Sama halnya pada tahapan perkembangan dewasa akhir dimana dipercaya telah dapat melalui tahap konflik sebelumnya sehingga dapat beradaptasi dengan kondisi saat ini dan bersiap untuk mengajarkan pada usia di bawahnya. Erik menambahkan bahwa pada usia tersebut juga individu berfokus pada karir dan keluarga⁷¹.

5.1.2 Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data lebih dari 50% perawat yang bertugas di Puskesmas Rawat inap berjenis kelamin perempuan. Sejumlah 66 perawat (73,3%) perempuan bertugas dalam upaya perawatan kepada pasien. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebaran perawat wanita mendominasi saat bertugas di Puskesmas Kota Semarang. Kondisi tersebut sejalan dengan Ahmed dan Safdi (2013) yang menyampaikan bahwa prosentasi perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki⁷². Sejalan juga dengan kondisi di Indonesia dimana perawat didominasi oleh wanita. Hal tersebut dapat disebabkan karena perawat masih identik dengan feminisme⁷³.

Perilaku feminisme dari perempuan sangat membantu dalam pekerjaan saat memberikan asuhan keperawatan. Hal tersebut berkaitan erat dengan penerapan caring dan komunikasi dimana perempuan dirasa lebih gemulai dalam menerapkannya⁷³. Ketelitian seorang perempuan juga berperan penting dalam setiap pekerjaan seorang perawat sehingga dapat mengurangi *humar error* yang dapat berdampak pada keselamatan pasien⁷³. Hal tersebut berbeda dengan pendapat yang disampaikan oleh Papathanasspuglou dkk (2005) yang menyampaikan bahwa perempuan memang dapat berperan penting dalam perawatan kepada pasien termasuk memberikan perawatan secara *holistic*, hanya saja dalam setiap pengambilan keputusan, laki-laki lebih berperan penting dan dapat memberikan perlakuan *advance practice*⁷⁴.

Puskesmas merupakan tempat perawatan primer dimana kondisi gejala awal akan lebih sering muncul di Puskesmas. Hal-hal kejadian gawat darurat

beberapa kali terjadi di dalam area puskesmas. Disaat kondisi gawat darurat, peran perawat laki-laki sangat berperan karena memiliki respon lebih sigap dan cekatan. Didukung oleh Kirchemeyer dan Bullin yang menyatakan bahwa peran gender dalam memberi tindakan keperawatan berpengaruh besar terhadap 3 peran yakni kesesuaian, maskulinitas, dan androginitas⁷³.

5.1.3 Pendidikan Terakhir

Penelitian mendistribusikan bahwa jumlah perawat dengan Pendidikan terakhir D3 masih mendominasi yakni sebanyak 51 orang dari 90 orang. Sejumlah 56,7% perawat yang bertugas memiliki Pendidikan D3 dan 43,35% berpendidikan S1 Ners. Ketimpangan Pendidikan akan berpengaruh terhadap kualitas serta kinerja perawat. Di dalam pelaksanaan praktik asuhan keperawatan, keseimbangan pengetahuan yang tertuang di dalam teori dengan kemampuan yang dimiliki perawat sangat membantu pelaksanaan asuhan keperawatan dengan tujuan perawatan yang *holistic*^{73,74}.

Perawat dengan jenjang Pendidikan terakhir sarjana memiliki kemampuan *critical thinking* dan kemampuan yang baik⁷⁵. Hal tersebut disebabkan karena individu yang memiliki jenjang pendidikan yang lebih tinggi akan memiliki kemampuan untuk menggabungkan pengetahuan dasar dengan praktek. Pengetahuan sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan di klinis. Oleh sebab itu, perawat dengan pengetahuan yang baik akan berusaha untuk meningkatkan kemampuannya⁷⁶.

5.1.4 Lama Bekerja

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 90 perawat, sejumlah 70 perawat telah bekerja > 5 tahun. Beberapa perawat telah bekerja hingga belasan tahun. Perawat yang bekerja di Puskesmas paling sebentar yakni selama 2 tahun dan paling lama yakni 34 tahun. Perawat yang bekerja lebih lama maka akan memiliki kapasitas dan kemampuan kerja yang lebih berpengalaman⁷⁷. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ericsson, Whyte dan Ward menyampaikan bahwa keahlian dapat terbentuk jika dilakukan praktik berulang sehingga dapat memberi intervensi yang lebih baik bagi perawat dengan pengalaman yang lebih lama⁷⁸. Memiliki pengalaman yang cukup lama membuat perawat merasa lebih percaya diri dalam menjalankan tugasnya. Banner, Tanner dan Chesla (1992) mendukung bahwa individu yang ahli mempraktikkan kemampuan berawal dari pengalaman dari pemula hingga menjadi ahli⁷⁸. Perawat dengan kemampuan pemula, perlahan menjadi mahir karena terbiasa melaksanakan tugasnya setiap hari.

5.1.5 Status Menikah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 90 perawat Puskesmas 83 orang (92,2%) telah menikah/ berkeluarga. Sebuah penelitian di Nigeria pernah membuktikan bahwa perawat yang menikah dapat mengalami penurunan stress saat bekerja sehingga peningkatan kepuasan kerja meningkat⁷⁹. Bagi pekerja yang sudah menikah dapat mendapat dukungan emosional dari pasangan sehingga dapat mengurangi ketegangan setelah bekerja seharian⁸⁰. Meskipun demikian berbeda dengan penelitian yang disampaikan oleh Reni Agustina yang

menyatakan bahwa menikah memiliki konflik sendiri dalam kehidupan. Konflik dalam rumah tangga berpengaruh signifikan terhadap stress dan kinerja seorang individu, hal tersebut dapat disebabkan karena menikah⁸¹ .

5.1.6 Pelatihan yang pernah diikuti

Pelatihan diberikan dengan tujuan memberikan informasi, dan Pendidikan dengan harapan seluruh peserta menjadi lebih paham akan materi yang diberikan. Melalui pendidikan yang diberikan maka diharapkan pengetahuan meningkat. Meningkatnya pengetahuan seseorang diharapkan kesadaran individu meningkat terhadap segala sesuatu yang dikerjakan dan lebih termotivasi memberikan yang terbaik⁸². Semakin banyak pengetahuan diberikan maka akan semakin baik pengetahuan dan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan⁸³. Asuhan keperawatan yang dimaksud dapat meliputi upaya perbaikan keselamatan pasien. Diharapkan melalui pelatihan maka baik caring, komunikasi terapeutik maupun keselamatan pasien dapat meningkat dan semakin baik.

5.2 Karakteristik Caring Perawat

Sikap Caring sangat erat kaitannya dengan hubungan antara perawat dan pasien^{10,31}. Caring dapat diwujudkan dengan perhatian, penghargaan dan pemenuhan kebutuhan³². Setiap tindakan yang dilakukan perawat sangat penting dilandasi rasa caring yakni seperti tindakan berupa kebaikan, perhatian menghormati keyakinan pasien³² . Sejalan dengan Tindakan caring perawat yang terinterpretasi pada penelitian ini yakni perawat yang selalu memberikan pendidikan kesehatan pada pasien keluarga sebanyak 46,7%. Meskipun demikian,

masih ada 1,1% perawat yang tidak pernah melakukan Pendidikan Kesehatan pada pasien. Selain itu juga terdapat 6,7% perawat yang tidak pernah merasa memfasilitasi pasien atau keluarga untuk alternatif pengobatan yang paling tepat, 4,4% pasien tidak pernah memfasilitasi pasien untuk bersosialisasi dengan lingkungan, dan 2,2 % perawat tidak pernah memfasilitasi pasien melakukan hal yang dapat dilakukannya. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa masih ada perawat yang belum memfasilitasi dengan baik apa yang menjadi hak dan kebutuhan pasien. Selain berhak mendapat informasi terkait kesehatannya/ pendidikan kesehatan, pasien juga tetap berhak memilih pengobatan yang paling tepat untuk dirinya¹. Sudah banyak perawat yang menunjukkan sikap baik nya untuk memfasilitasi namun perhatian tetap harus diberikan pada perawat yang belum memfasilitasi pasien karena berkaitan dengan peran dan tugas keprofesian sebagai perawat⁴. Sejalan dengan penelitian yang disampaikan oleh Rika bahwa menciptakan lingkungan fisik, mental, sosiokultural, spiritual yang mendukung yang salah satunya memfasilitasi pasien, sudah baik yakni dengan prosentasi 77,5%, meskipun demikian masih terdapat 22,5% perawat jarang melakukannya. Perilaku caring sangat melibatkan hubungan pasien dan perawat yang dapat tergambar dari percakapan keduanya. Pada beberapa Tindakan perawat juga mempengaruhi hubungan keduanya sehingga juga akan tergambar pada bagaimana perawat dapat memenuhi/ memfasilitasi kebutuhan pasien⁶¹. Penerapan perilaku caring memiliki dampak terhadap kepuasan pasien seperti yang disampaikan oleh Anjaswari , Keliat dan Sabri bahwa tingkat kepuasan pasien rata-rata 82,25%⁸⁴.

Secara umum, perawat telah baik dalam mewujudkan caring dibuktikan dengan 42,2% perawat selalu memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama kepada pasien dan keluarga, namun meskipun demikian masih terdapat 1,1% perawat tidak pernah memperkenalkan diri dengan menyebut nama kepada pasien dan keluarga, hal tersebut dapat disebabkan dikarenakan kondisi pekerjaan yang terkadang menuntut perawat lebih cepat dan penanganan segera sehingga ada perawat yang tidak melakukan perkenalan diri. Sikap memperkenalkan diri menjadi salah satu cerminan sikap teori Watson dalam 10 faktor caratif caring³⁴. Pada penelitian yang dilakukan oleh Rika menjelaskan bahwa sikap kepekaan terhadap diri dan orang lain mencapai 76,25% dan masih terdapat 24,5% perawat belum menerapkan rasa peka dengan baik⁶¹. Pada penelitian yang disampaikan oleh Naguessie dkk menyampaikan bahwa kualitas pelayanan yang kurang dapat disebabkan adanya motivasi yang kurang⁸⁵. Melalui motivasi akan menstimulasi individu untuk melakukan pekerjaan yang lebih baik lagi. Meskipun demikian, penerapan caring memperkenalkan diri menjadi penting karena melalui memperkenalkan diri dapat semakin menjalin Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP). Seperti yang disampaikan oleh Sutrisno bahwa memperkenalkan diri merupakan bagian pelayanan untuk menjalin hubungan saling percaya (BHSP)⁸⁶.

Terdapat 37,8% perawat sering membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan pada pasien yang tidak mampu melakukannya, namun masih terdapat 4,45% perawat yang tidak pernah melakukannya. Kondisi tersebut didukung dengan 1,1 % perawat tidak pernah membantu pasien melakukan suatu Tindakan dengan mempraktikkannya serta 7% perawat tidak menyusun jadwal kegiatan

untuk pasien sesuai kemampuannya. Tindakan membantu pasien merupakan upaya untuk mencegah kejadian tidak diinginkan yang berhubungan dengan keselamatan pasien⁸⁷. Seperti yang diketahui bahwa kebutuhan pasien sangat kompleks oleh karenanya diperlukan sensitifitas perawat untuk lebih bisa mewujudkan caringnya untuk membantu pasien⁸⁸. Masih adanya tindakan caring yang kurang diterapkan, dapat disebabkan rasa takut perawat akan melakukan kesalahannya seperti hasil yang didapatkan bahwa ternyata masih ada 10% perawat yang menyembunyikan kesalahan saat melakukan perawatan pada pasien. Kondisi tersebut sekaligus menunjukkan kenyataan bahwa masih ada perawat masih khawatir apabila kesalahannya diketahui orang lain, ditakutkannya ini akan berdampak pada sikap caring yang dimiliki perawat. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang disampaikan oleh Loach bahwa perawat masih merasa khawatir akan kesalahannya apabila diketahui orang lain⁸⁹.

5.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik Perawat

Komunikasi menjadi sarana seorang perawat dalam menjalankan tugasnya. Komunikasi terapeutik mempunyai arti yakni proses komunikasi yang dapat digunakan perawat dalam membantu penyembuhan serta pemulihan pasien²¹. Melalui komunikasi terapeutik maka akan membantu interaksi saat menjalankan hubungan saling percaya dengan pasien. Di dalam upaya untuk menjalin hubungan saling percaya, diperlukan persiapan untuk berkomunikasi dengan pasien. Hasil penelitian didapatkan sebanyak 35,6% perawat selalu menyusun metode wawancara sebelum bertemu dengan pasien namun masih terdapat 5,6 % perawat tidak menyusun metode wawancara sebelum bertemu

dengan pasien dan didukung 6,7% perawat tidak pernah membuat kontrak awal dengan pasien, Kondisi tersebut dapat disebabkan karena beberapa tindakan keperawatan sering terjadi secara mendesak. Sejalan dengan Christina yang menyampaikan bahwa beberapa tindakan keperawatan merupakan tindakan yang *urgent* sehingga dapat terjadi sewaktu-waktu⁹⁰. Kejadian perawatan sewaktu-waktu dikarenakan kebutuhan perawatan pasien sering terjadi secara kondisional⁸⁸. Hal tersebut juga yang dapat menyebabkan masih ada 1,1 perawat yang tidak pernah mengucapkan salam saat meninggalkan pasien, 1,1% perawat tidak pernah memberitahu pasien bagaimana meminta bantuan saat ditinggal oleh perawat. Kondisi tersebut dapat disebabkan perawat masih harus menyelesaikan tugas dan tanggung jawab berikutnya. Sejalan dengan Gharzaro yang menyampaikan bahwa perawat memiliki beban kerja yang tinggi⁹¹. Meskipun demikian, sebaiknya salam dan penjelasan kepada pasien sebelum meninggalkan pasien menjadi hal penting dilakukan karena menjadi bagian hak dari pasien yakni memperoleh informasi⁵¹.

Penelitian menunjukkan masih terdapat 2,2% perawat tidak pernah menjelaskan tujuan bertemu dengan pasien. Hal tersebut terkadang terjadi pada perawat ketika dalam keadaan gawat darurat yang membutuhkan penanganan segera. Sejalan yang disampaikan oleh Blake yang menyampaikan bahwa komunikasi penting dilakukan dan kemampuan menggunakan komunikasi terbuka dapat menentukan jawaban apa yang akan kita terima²¹. Sejalan yang disampaikan Papathanasspuglou dkk bahwa komunikasi dalam peran seorang perawat sangat penting dilakukan⁷⁴. Hal tersebut juga didorong pada jumlah

perawat yang tidak pernah melakukan komunikasi dua arah sebanyak 2,2% dan sebanyak 16,7 % perawat berpendapat bahwa ia melipat tangan dan kaki saat berbicara dengan pasien. Komunikasi dua arah merupakan komunikasi yang sangat penting dilakukan karena dapat menjadi upaya mengurangi kesalahpahaman antara perawat dan petugas²¹. Namun terkadang, karena tuntutan pekerjaan, perawat hanya melakukan komunikasi satu arah seperti saat mengingatkan pasien terkait protokol kesehatan. Sejalan dengan Darmawan bahwa komunikasi dua arah bagi perawat dengan pasien sangat penting karena akan berpengaruh pada kualitas layanan⁴⁸. Sikap dan cara berkomunikasi dengan pasien yang kurang dapat disebabkan karena faktor individu, lingkungan, maupun pembimbing/ atasan⁸⁷. Cara berkomunikasi perawat sangat berpengaruh pada kualitas / mutu pelayanan²¹. Oleh karenanya, komunikasi menjadi perhatian penting di setiap asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

5.4 Karakteristik Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien dapat menjadi sebuah upaya yang bertujuan untuk menurunkan cedera yang sebenarnya dapat diminimalisir, keselamatan pasien sangat erat kaitannya dengan pelayanan³. Asuhan terkait pasien lebih aman yakni meliputi asesmen resiko, identifikasi, pelaporan dan analisa insiden, kemampuan belajar yang berasal dari insiden dan tindak lanjut serta implementasi solusi dari resiko yang dapat diminimalkan dan mencegah cedera akibat dari kesalahan dalam tindakan tertentu atau bahkan disebabkan karena tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilaksanakan⁴.

Pelaporan menjadi komponen yang penting dalam keselamatan pasien, namun pada penelitian didapatkan, 8,9 % perawat yang tidak pernah melaporkan kejadian yang nyaris menciderai pasien di tempat kerja kepada atasan, dan terdapat 12,2% perawat tidak melaporkan kesalahan tindakan pada pasien yang membuat ia mendapat sanksi. Hal tersebut dapat disebabkan 16,7% perawat yang masih merasa khawatir penyampaian kesalahan tindakan pada pasien yang pernah dilakukan akan mendapat sanksi pengurangan nilai kinerja pegawai.

Pelaporan insiden penting dilakukan karena tidak dapat terlepas pada upaya meningkatkan kualitas kerja²⁸. Adanya beberapa perawat yang enggan melaporkan insiden didukung masih ada sebanyak 3,3% perawat tidak pernah merasa mudah membuat laporan kejadian keselamatan pasien ketika terjadi kejadian keselamatan pasien. Insiden yang terjadi di klinis penting dilaporkan karena dapat menjadi bahan evaluasi demi perbaikan dan peningkatan kualitas layanan⁸⁷. Sejalan dengan yang disampaikan oleh Correa dkk bahwa salah satu komponen penting keselamatan pasien yakni pelaporan kejadian⁹².

Perhatian terhadap pelaporan insiden juga didukung oleh 3,3% perawat berpendapat tidak pernah mendapat penyelesaian masalah yang baik mengenai keselamatan pasien melalui pengkajian kronologis insiden keselamatan pasien di puskesmas. Sebanyak 17,8% perawat selalu tidak mendapat umpan balik atas pelaporan kejadian keselamatan pasien yang telah dilakukan. Selain itu, juga terdapat 1,1% perawat berpendapat tim selalu kurang berupaya berupaya menggali hal yang berpotensi, menimbulkan kesalahan tindakan dari hasil evaluasi keselamatan pasien. Dukungan tim dan lingkungan rekan kerja sangat

berdampak pada motivasi perawat terkait keselamatan pasien termasuk pelaporan insiden, seperti yang disampaikan oleh Rachmawati²⁸. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Garzaro yang menyampaikan bahwa dukungan rekan kerja menjadi motivasi besar dalam memberikan upaya pelayanan terbaik⁹¹. Melalui pelayanan yang terbaik maka akan meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan. Hal tersebut menunjukkan bahwa dukungan dan motivasi dari rekan kerja dapat memberi dampak terhadap penerapan keselamatan pasien.

Motivasi dapat berpengaruh pada kinerja seseorang. Pada penelitian ini dapat diketahui bahwa 50% perawat selalu memberikan motivasi kepada teman agar menceritakan kejadian keselamatan pasien yang terjadi di tempat kerja dan masih terdapat 1,1% perawat tidak pernah memberikan motivasi kepada teman, 1,1% perawat berpendapat tidak pernah bersedia bekerja sama menyelesaikan tugas dengan perawat yang sebelumnya pernah melakukan kesalahan tindakan pada pasien, 2,2% perawat tidak pernah memberikan masukan untuk bekerja lebih baik pada teman yang pernah melakukan kesalahan tindakan pada pasien. Oleh karenanya, masih terdapat 2,2 % perawat tidak merasa bebas bertanya Ketika melihat sesuatu yang berdampak negatif pada keselamatan pasien, 14,4% perawat merasa selalu takut bertanya dan 12,2% sering takut bertanya jika ada hal kurang tepat dalam pemberian pelayanan kepada pasien, Kondisi tersebut menunjukkan bahwa meskipun sudah banyak perawat yang saling memberikan motivasi terkait pelaksanaan keselamatan pasien, namun masih ada perawat yang tidak pernah saling mendukung penerapan keselamatan pasien dengan baik. Padahal motivasi sangat berdampak besar terhadap kinerja seseorang,

seperti yang disampaikan padeuleng bahwa motivasi menjadi salah satu faktor keberhasilan penerapan keselamatan pasien⁹³. Melalui motivasi intrinsik dan ekstrinsik maka dapat meningkatkan motivasi sebagai pemberi layanan dan berdampak untuk membangun budaya belajar sehingga keselamatan pasien dapat diterapkan dengan sangat baik⁹³. Selain itu, di puskesmas saat ini sudah diatur kebijakan alur pelaporan namun pada pelaksanaannya masih belum berjalan optimal, seiring dengan kondisi dimana 7,8% perawat tidak pernah memberikan dukungan pada perawat yang melaporkan kepada atasan atas terjadinya kesalahan tindakan pada pasien di tempat kerja. Faktor pekerjaan biasanya membuat perawat lebih berfokus pada tugas kesehariannya sehingga melupakan dukungan pelaporan insiden keselamatan pasien terlebih jika kunjungan pasien di Puskesmas sangat banyak⁹⁴. Pelaporan menjadi hal yang penting dalam pelaksanaan keselamatan pasien⁹². Namun pada praktiknya, pelaporan kurang menjadi prioritas, seperti yang penelitian sebelumnya bahwa pelaporan insiden keselamatan masih terbatas dilakukan⁹².

Penerapan keselamatan pasien yang baik tidak terlepas dari peran kerjasama antar tim. Pada penelitian didapatkan 51,1% perawat selalu bekerja sama dengan unit lain dalam menyelesaikan masalah keselamatan pasien yang terjadi di puskesmas, namun masih terdapat 2,2% perawat tidak pernah berkejasama antar unit. Perawat di puskesmas sebanyak 25,6 % lebih senang membicarakan insiden keselamatan daripada mempelajari penyebab terjadinya kesalahan atas suatu kejadian keselamatan pasien. Evaluasi terkait keselamatan pasien menjadi hal yang menjadi perhatian dikarenakan dapat mempengaruhi

penerapan keselamatan pasien kedepannya⁷⁶. Kegiatan evaluasi dapat menjadi bahan evaluasi dan sarana belajar bagi perawat. Keinginan belajar yang besar akan meningkatkan motivasi dan kesadaran di saat melaksanakan tugas/pekerjaan⁷⁶. Kondisi tersebut dapat disebabkan dari seberapa besar keinginan perawat untuk belajar terkait keselamatan pasien. Kegiatan belajar dapat menjadi upaya untuk memperoleh pengetahuan/ pendidikan dan diharapkan dapat meningkatkan praktik keperawatan⁵.

Kurangnya belajar ditakutkan berdampak pada penerapan pelayanan yang kurang baik. Didapatkan fakta 26,7% perawat tidak pernah belajar tentang ketepatan lokasi, 2,2% perawat tidak pernah menanyakan identitas pasien yang akan diberi tindakan keperawatan, 14,4 perawat tidak pernah melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan pada pasien, 6% perawat tidak pernah berusaha mengkonfirmasi instruksi dokter yang diberikan pada pasien, 2,2 % perawat tidak pernah belajar mengidentifikasi obat-obat yang perlu diwaspadai. Tindakan yang kurang tepat terkait keselamatan pasien tersebut masih ada diterapkan oleh perawat di puskesmas. Padahal seharusnya upaya keselamatan pasien adalah mengurangi resiko yang dapat membahayakan pasien¹. Pembelajaran perlu dilakukan mengingat terdapat 40% perawat tidak pernah berupaya belajar dari kesalahan Tindakan pada pasien yang pernah dilakukan dalam menjaga keselamatan pasien. Angka tersebut masih terlalu tinggi untuk upaya evaluasi Tindakan pasien agar meminimalkan kejadian berulang. Masih adanya upaya belajar yang kurang dari perawat di Puskesmas didukung karena adanya 48,9 % perawat sering tidak mendapat sosialisasi informasi keselamatan

pasien dari perawat yang telah mendapat pelatihan keselamatan pasien. Seperti diketahui bahwa pelatihan keselamatan pasien di Puskesmas masih belum menyeluruh didapatkan oleh perawat. Menurut Elysabeth pelatihan/ Pendidikan sangat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan individu dan berdampak pada motivasi seseorang melalui pelatihan, maka perawat dapat lebih mengerti penerapan keselamatan pasien yang baik dan tepat, serta mengetahui bagaimana mengevaluasinya dengan baik⁸². Pelatihan menjadi sarana yang sangat penting untuk meningkatkan penerapan keselamatan pasien, seperti yang disampaikan oleh Ingrid dkk bahwa melalui pelatihan, seseorang dapat memperoleh banyak informasi yang dapat diterapkan di dalam asuhan keperawatan⁷⁶. Oleh karenanya, meskipun secara umum penerapan keselamatan pasien baik, tetapi pelatihan terkait keselamatan sangat perlu diberikan kepada perawat di puskesmas untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan.

5.5 Hubungan Caring terhadap Keselamatan Pasien

Berdasarkan table 4.5 dapat diketahui bahwa terdapat hubungan caring terhadap keselamatan pasien dengan signifikansi 0,000 ($<0,05$). Kondisi tersebut menunjukkan bahwa semakin tinggi penerapan caring perawat di Puskesmas maka akan berhubungan positif terhadap penerapan keselamatan pasien oleh perawat di Puskesmas. Begitu pula sebaliknya, semakin rendah penerapan caring perawat maka berhubungan terhadap penerapan keselamatan pasien yang cenderung negatif. Perilaku caring merupakan bagian dari inti nilai moral keperawatan. Melalui caring dapat membuat seseorang nyaman aman baik secara fisik maupun emosional⁹. Caring dapat diwujudkan perawat dalam bentuk

memberi perhatian, penghargaan, dan memenuhi kebutuhannya³². Seperti hal perawat yang memenuhi kebutuhan pasien jika mengalami kesulitan maka dapat mengurangi resiko keselamatan pasien yang tidak diinginkan seperti resiko jatuh. Salah satu implikasi yang dapat diterapkan yakni seorang perawat dapat memberi penjelasan kepada pasien lansia yang kebingungan menuju ruang pemeriksaan. Saat kondisi tersebut, perawat dapat mewujudkan caring dengan mengarahkan pasien menuju ruang perawatan yang benar agar mengurangi kemungkinan terjadinya kesalahan pengobatan.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ismail dkk bahwa caring memiliki peran yang sangat tinggi dalam upaya peningkatan kepuasan pasien yang berdampak pada keselamatan pasien⁹⁵. Salah satu penerapan caring yang cukup tinggi yakni perawat merasa puas jika dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan baik dimana perawat menjawab selalu sebanyak 72 orang (80%)⁹⁵. Kondisi tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Leticia dkk di Brazil dimana keselamatan pasien wujud dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi, serta budaya untuk mewujudkan keselamatan pasien yang masuk ke dalam asuhan keperawatan yang diberikan dalam praktik keperawatan⁹⁶.

Pada poin perawat memberikan informasi yang jelas terkait perawatan pada pasien atau keluarga, sejumlah 56 orang menjawab selalu (62,2%). Hal tersebut menunjukkan bahwa sudah banyak perawat yang peduli untuk memberikan informasi yang terbaik kepada pasien. Pemberian informasi kepada pasien dapat berpengaruh kepada keluhan, dengan memberikan informasi yang benar dan tepat maka kesalahpahaman antar pasien dan petugas dapat terhindar⁹⁷.

Banyak komplain dan permasalahan yang muncul akibat pemberian informasi yang kurang jelas. Kesalahan prosedur pengobatan, menjadi salah satu akibat dari informasi yang kurang jelas yang disampaikan sehingga pasien menerima kurang tepat. Pasien dengan berbagai latar belakang baik pendidikan, usia, dan tempat tinggal memiliki daya penerimaan informasi masing-masing oleh karenanya perawat harus memprioritaskan bagaimana melakukan komunikasi yang tepat jelas dan benar serta memastikan informasi dapat diterima dengan tepat bagi pasien.

Pada penerapan caring menggali kebutuhan pasien hanya 34 orang (37,8%) yang selalu menerapkan, data tersebut menunjukkan belum ada 50% perawat ingin peduli akan kebutuhan pasien. Kondisi tersebut dapat berdampak pada keselamatan pasien. Padahal, kebutuhan pasien merupakan hal yang perlu dipenuhi perawat dalam proses pengobatan. Seperti yang disampaikan oleh Mortsiefer dkk dalam penelitiannya yang menjelaskan bahwa pasien dengan usia lansia membutuhkan kebutuhan perawatan yang lebih kompleks⁸⁸. Apabila kebutuhan tidak dipenuhi dengan baik maka akan berpengaruh terhadap keamanan dan keselamatan pasien.

Salah satu prinsip memberikan asuhan keperawatan yang baik adalah tidak membedakan antar pasien. Pada penelitian menunjukkan masih ada 33 orang (36,7%) perawat yang memilih-pilih pasien. Hal ini sangat bertentangan dengan peraturan Menteri Kesehatan nomor 69 tahun 2014 tentang Kewajiban rumah sakit dan kewajiban pasien yang menyatakan bahwa pelayanan Kesehatan bersifat antidiskriminatif yakni tidak membedakan pelayanan kepada pasien baik agama,

suku, gender, kemampuan ekonomi, orang dengan kebutuhan khusus, latar belakang sosial politik dan antar golongan⁹⁸. Sikap membedakan memang tidak sesuai dengan kode etik tenaga Kesehatan, hanya saja perawat tetap dituntut untuk mengenali setiap kebutuhan pasien seperti pada contohnya pasien dengan disabilitas membutuhkan kebutuhan yang berbeda sehingga perawat tampak memberi perlakuan khusus kepada pasien tersebut.

5.6 Hubungan Komunikasi Terapeutik terhadap Keselamatan Pasien

Komunikasi terapeutik merupakan sebuah seni yang dapat dilakukan dalam proses penyembuhan pasien. Komunikasi terapeutik yang digunakan perawat dapat membantu pemulihan pasien⁴⁴. Komunikasi ini sering digunakan untuk berkomunikasi dengan pasien sehingga dapat terjalin interaksi saling percaya. Pada penelitian ini, didapatkan hasil bahwa komunikasi terapeutik berkaitan erat dengan penerapan keselamatan pasien yakni dengan nilai p-value / signifikansi 0,000 (<0,05). Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan Achim dkk di mana didapatkan bahwa komunikasi dapat memengaruhi proses penyembuhan pasien. Pada penelitian *Family conferences and shared prioritisation to improve patient safety the frail elderly (COFRAIL) : study protocol of a cluster randomised intervention in primary care* disampaikan bahwa komunikasi antara pasien, physician, perawat, staf dan keluarga sangat penting dilakukan untuk selama proses perawatan pasien. Oleh karenanya perlu dilakukan pengembangan kemampuan komunikasi melalui berbagai intervensi diantaranya membuat konferensi pasien, keluarga, serta petugas kesehatan⁸⁸.

Saat memberikan pelayanan, seorang perawat yang menerapkan caring disertai dengan komunikasi terapeutik maka dapat berdampak pada kepuasan yang dapat dirasakan perawat⁹⁹. Pada beberapa perhatian khusus bahwa banyak kejadian kegagalan komunikasi dikarenakan adanya gap antara perawat dan pasien. Pasien sering merasa tidak mengerti dengan penjelasan yang disampaikan oleh perawat. Hal tersebut sangat memungkinkan memunculkan resiko terjadinya kejadian yang tidak diinginkan¹⁰⁰.

Penelitian berjudul *Multimorbidity and Patient Safety Incidents in Primary Care : A systematic Review and Meta-Analysis* juga menyampaikan bahwa komunikasi sangat mendukung dalam pencegahan kejadian yang lebih parah¹⁰¹. Oleh karenanya, tenaga kesehatan, khususnya perawat dituntut memiliki komunikasi yang baik. Komunikasi yang selalu dilakukan perawat yakni perawat menanyakan kesediaan dilakukannya tindakan yakni sebanyak 75 (83,3%) perawat selalu melakukannya. Pernyataan tersebut menandakan bahwa perawat tetap menghargai hak pasien untuk menolak maupun menerima tindakan yang disarankan untuk proses kesembuhannya.

Komunikasi lain yang selalu dilakukan perawat sebanyak 77,8% yakni perawat selalu menjelaskan apa yang harus dilakukan dan apa yang tidak boleh dilakukan pasien, setelah perawat melakukan tindakan. Sejalan dengan Rebecca dkk dalam penelitiannya menjelaskan bahwa terdapat empat pendorong keselamatan pasien yakni komunikasi dalam melakukan rujukan, pengambilan keputusan professional, diagnosa yang tertunda, dan identifikasi kondisi pasien yang kurang baik serta penatalaksanaan berikutnya¹⁰². Kesalahan dalam

berkomunikasi dan memberikan informasi dapat berdampak pada masalah pemberian obat, dosis maupun waktu yang kurang tepat. Pemberian informasi terkait apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan pasien setelah tindakan menjadi penting dilaksanakan dikarenakan akan berkaitan erat dengan perawatan selanjutnya. Pada pasien dengan tindakan luka jahit di Puskesmas sering mengalami perburukan kondisi pada lokasi luka, kondisi tersebut dapat menjadi dampak dari kegagalan komunikasi petugas kepada pasien bagaimana perawatan dirumah seharusnya dilakukan.

Perawat menggunakan komunikasi dua arah saat berkomunikasi dengan jawaban selalu sebanyak 59 perawat (65,6%). Komunikasi dua arah akan menentukan keputusan tindakan yang akan dilakukan berikutnya. Pada pasien dengan kebutuhan khusus, petugas perlu untuk menggali lebih dalam dan memastikan pasien juga mengerti serta telah mengungkapkan apa yang menjadi kebutuhan dan perasaannya. Sebenarnya sudah 65,6% perawat selalu memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya. Melalui perasaan yang diungkapkan pasien, perawat dapat mengetahui apakah perawat dalam kondisi baik – baik saja atau sedang terjadi yang membuat dirinya tidak nyaman.

5.7 Hubungan variabel *Cofounding* (Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan terakhir, lama bekerja, status menikah, dan pengalaman pelatihan) terhadap Keselamatan Pasien

Berdasarkan karakteristik responden yang diuji, didapatkan usia, jenis kelamin, Pendidikan terakhir dan lama bekerja tidak berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien. Paling banyak responden berusia dengan rentang

usia 36-45 tahun, paling banyak berjenis kelamin perempuan dengan Pendidikan paling banyak berlatar Pendidikan D3, dan lama bekerja rata- lebih dari 5 tahun.

Usia perawat di Puskesmas di Kota Semarang paling banyak pada rentang usia dewasa akhir yakni usia 36-45 tahun. Usia perawat dapat berpengaruh terhadap tingkat kematangan perawat. Kematangan perawat yang dimaksud yakni meliputi kematangan menerima pengetahuan, dan keterampilan tentang keperawatan¹⁰³. Robbins dan Judge berpendapat bahwa individu dengan usia lebih muda memiliki fleksibilitas yang tinggi dan siap menerima teknologi baru¹⁰⁴. Hal tersebut berbeda dengan individu dengan bertambahnya usia, seperti yang diungkapkan oleh Kurnianto bahwa jika usia semakin bertambah maka kemampuan fisiologis ikut menurun dan dimulai usia 30-45 tahun¹⁰⁵. Hal tersebut tentunya dapat berpengaruh pada kinerja seseorang. Namun, pada penelitian ini didapatkan bahwa usia tidak berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien. Penelitian juga dapat memberi gambaran bahwa disetiap rentang usia, perawat diharapkan dapat menerapkan keselamatan pasien. Hal tersebut berbeda dengan pendapat Supriyono yang menyatakan bahwa usia berpengaruh positif terhadap kinerja seseorang¹⁰⁶. Meskipun demikian, Hasudungan mendukung hasil penelitian ini dimana didapatkan dalam penelitiannya bahwa usia merupakan faktor yang tidak berpengaruh signifikan terhadap kinerja seorang pegawai¹⁰⁷.

Jenis kelamin perawat di Puskesmas Kota Semarang didominasi oleh perempuan. Pada hasil penelitian didapatkan jenis kelamin tidak hubungan terhadap keselamatan pasien. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Soeprodjo, dan Mandagi yang berpendapat bahwa jenis kelamin tidak

berpengaruh signifikan terhadap motivasi kerja perawat di Rumah sakit¹⁰⁸. Motivasi juga akan berdampak pada hasil kinerja yang dilakukan. Hal tersebut juga didukung oleh Robbins dan Judge yang berpendapat bahwa tidak ada perbedaan signifikan laki-laki dan perempuan dalam memecahkan masalah, analisa, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas maupun kemampuan belajar¹⁰⁴.

Hasil penelitian menunjukkan Pendidikan terakhir yang dimiliki perawat Puskesmas di Kota Semarang mayoritas berpendidikan D3. Elysabeth memiliki pendapat bahwa tingginya tingkat Pendidikan individu maka kompetensi dalam *evidenced based nursing practice* semakin baik. Berbeda dengan hasil penelitian ini dimana tingkat pendidikan tidak berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien padahal Elysabeth berpendapat bahwa tingkat pendidikan perawat akan berpengaruh terhadap kinerja individu⁸². Meskipun demikian, Ingggrid berpendapat bahwa pendidikan tetap harus didukung oleh motivasi kerja untuk menghasilkan kinerja yang baik^{76,93}. Bagaimanapun, pendidikan menjadi hal yang dianggap penting karena dapat mempengaruhi pandangan individu terhadap suatu hal¹⁰⁹. Oleh karenanya, tingkat pendidikan perawat puskesmas di Kota Semarang perlu ditingkatkan mengingat adanya peraturan: Permenkes nomor 26 tahun 2019 dimana perawat profesi yakni perawat dengan lulusan pendidikan profesi¹¹⁰.

Lama masa kerja perawat di Puskesmas di Kota Semarang paling banyak lebih dari 5 tahun. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh lama bekerja dengan keselamatan pasien. Hal tersebut berbeda dengan pendapat Robbin dan Judgje yang menyatakan bahwa terhadap hubungan positif antara lama

individu bekerja dengan produktivitas pekerjaan. Ericson dkk juga mendukung bahwa seorang individu menjadi ahli apabila melakukan kegiatan secara berulang-ulang⁷⁸. Berbeda dengan Arrazi mendukung hasil penelitian dimana lama masa kerja hanya berpengaruh rendah terhadap kinerja seorang karyawan. Hal tersebut karena terlepas dari komitmen kerja dan motivasi kerja¹¹¹.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status menikah dengan penerapan keselamatan pasien. Menikah sejatinya dapat memberi dampak positif terhadap emosional seseorang. Seperti yang disampaikan oleh Olantunji dan Mokuolu bahwa menikah dapat menurunkan tingkat stress seseorang⁷⁹. Stress yang berkurang diharapkan dapat membuat individu menjadi lebih nyaman menjalani perannya saat bekerja. Namun meskipun menikah mengurangi ketegangan saat bekerja, tidak membuktikan bahwa menikah dapat meningkatkan keselamatan pasien. Oleh karenanya baik perawat yang sudah menikah maupun belum menikah memiliki peluang yang sama untuk meningkatkan keselamatan pasien saat bekerja. Sejalan dengan penelitian yang disampaikan oleh Wahyuni bahwa pegawai yang sudah menikah dan tidak menikah tidak menjadikan tugas dan tanggung jawab menjadi berat⁹⁷. Menikah adalah naluri harfiah individu dan tidak menjamin mengurangi permasalahan yang ada tetapi tetap dapat memberikan ketenangan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan pelatihan terhadap keselamatan pasien. Pelatihan adalah sebuah rangkaian aktivitas yang disusun dengan terarah dengan tujuan untuk meningkatkan keterampilan, pengalaman, keahlian, dan dapat menambahkan pengetahuan serta

perubahan sikap individu¹¹². Berdasarkan definisi tersebut dapat diketahui bahwa peningkatan pengalaman dan keahlian yang didapat dari pelatihan diharapkan dapat berpengaruh terhadap tugas serta tanggung jawab individu. Pengembangan di dalam pelatihan diharapkan dapat merubah sikap, perilaku, pengalaman dan kinerja karyawan. Sejalan dengan penelitian yang disampaikan oleh Ingrid yang menyatakan bahwa pelatihan memiliki pengaruh signifikan terhadap penerapan keselamatan pasien⁷⁶. Berbeda dengan hasil penelitian Pakpahan yang menunjukkan pelatihan tidak ada pengaruh signifikan terhadap kinerja¹¹³. Meskipun demikian, Pakpahan berpendapat bahwa apabila pendidikan dan pelatihan dilakukan uji bersama memiliki hubungan terhadap kinerja individu¹¹³. Data yang didapatkan sebatas keikutsertaan pelatihan yang pernah diikuti sehingga masih memungkinkan adanya keterbatasan pendalaman data terkait keikutsertaan pelatihan. Hal tersebut juga didukung pelatihan terkait keselamatan pasien baru diberikan kepada sejumlah perawat saja dan informasi belum diteruskan secara menyeluruh kepada perawat lainnya. Pelatihan yang terbatas namun penerapan keselamatan pasien yang baik dapat disebabkan karena desakan akreditasi yang berpengaruh terhadap mutu layanan. Seperti yang disampaikan oleh Wulandari dkk bahwa akreditasi puskesmas mempengaruhi mutu puskesmas yang ditunjukkan dengan peningkatan ketanggapan petugas, kredibilitas, kompetensi, komunikasi, keamanan pelayanan, ketejangkauan pelayanan, kesopanan petugas yang kemudian berdampak pada kepuasan pasien¹¹⁴. Pernyataan tersebut memberi informasi bahwa selain pelatihan, terdapat faktor lain dalam penerapan keselamatan pasien, salah satunya desakan akreditasi

puskesmas. Meskipun demikian, pelatihan tetap menjadi hal penting dalam upaya pengembangan praktik keselamatan pasien. Oleh karenanya, perlu diadakannya pelatihan keselamatan pasien kepada seluruh perawat puskesmas Kota Semarang.

5.8 Analisa Multivariat

Hasil penelitian menunjukkan nilai signifikansi komunikasi terapeutik 0,000 dan Pendidikan terakhir 0,082. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa hubungan/ pengaruh terbesar terhadap keselamatan pasien yakni komunikasi terapeutik yakni dengan nilai β 0,620.

Komunikasi merupakan proses saling bertukar perasaan, keinginan, pendapat dan kebutuhan. Taylor dkk berpendapat bahwa komunikasi adalah proses bertukarnya informasi / meneruskan makna. Komunikasi terapeutik sering dikait juga dengan tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan yang dilandasi komunikasi terapeutik dapat menjalin kepercayaan antar keduanya. Seperti yang disampaikan Purwanto bahwa tujuan komunikasi terapeutik salah satunya mengurangi rasa ragu, ikut serta dalam membantu mengambil keputusan tindakan efektif dan bijak⁵¹.

Keselamatan pasien memiliki berbagai faktor yang dapat mempengaruhi dalam penerapannya. Komunikasi menjadi komponen yang penting dalam penerapan keselamatan pasien. Pada penelitian, didapatkan hubungan paling tinggi yakni pada komunikasi terapeutik terhadap keselamatan pasien. Sejalan dengan penelitian, komunikasi menjadi hal yang menjadi perhatian dibuktikannya salah satu sandar keselamatan pasien yakni berkaitan dengan komunikasi¹¹⁵. Meskipun demikian, caring juga berhubungan positif terhadap keselamatan pasien

seperti yang ditunjukkan ketika caring diuji sendiri (bivariat) terhadap keselamatan pasien. Hal itu didukung dengan pendapat Muna Habib dkk dimana caring dapat dijadikan sebagai dasar untuk meningkatkan asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi dan menjamin tingkat keselamatan pasien¹¹⁶. Salah satu praktik keperawatan yakni memberikan sentuhan perlindungan yakni sentuhan yang digunakan untuk melindungi perawat atau pasien. Sentuhan perlindungan ini dapat berupa mencegah terjadinya kecelakaan dengan cara menjaga dan mengingatkan pasien agar tidak jatuh⁹.

Kemampuan saat memberikan asuhan keperawatan sangat dipengaruhi dari kemampuan seorang perawat saat berkomunikasi dengan terapeutik. Kemampuan komunikasi seorang perawat sangat didukung dengan adanya upaya pengembangan komunikasi baik dari pelatihan, maupun *perceptorship* dan *mentorship*. Adanya *support system* yang baik maka dapat memberikan perubahan yang baik bagi individu¹¹⁷. Meningkatnya kemampuan komunikasi individu dapat dipengaruhi adanya sistem yang baik juga. Oleh karenanya, membangun sistem yang baik dapat dimulai dari mengupayakan peningkatan kemampuan komunikasi perawat. Pembentukan *perceptorship* dapat menjadi salah satu solusi upaya peningkatan keselamatan pasien melalui komunikasi yang baik. Melalui *perseptoship mentorship* maka dapat membangun kapasitas perawat¹¹⁷. *Perseptorship* merupakan kegiatan formal yang disampaikan secara individu maupun berkelompok yang melibatkan perawat lama dan perawat baru. *Perseptoship* membantu perawat baru beradaptasi dengan lingkungannya dan dapat merekatkan ikatan senior junior¹¹⁷. Keberhasilan adanya *perseptoship*

mentorship juga tidak dapat terlepas dengan kontroling yang baik. Kontroling dapat dilakukan dengan dibentuknya supervisi klinis secara berkala. Supervisi klinis merupakan bagian dari sistem pelayanan yang penting adanya sebagai bahan evaluasi kegiatan klinis yang telah dilakukan khususnya komunikasi untuk keselamatan pasien.

5.9 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian yang sudah dilakukan ini antara lain sebagai berikut:

5.9.1 Penelitian dilakukan di masa pandemik dan memperhatikan protocol kesehatan, sehingga berdampak pada proses pengambilan data. Arahan yang diberikan kepada responden tentang tata cara pengisian kuesioner diberikan secara online. Komunikasi online terkadang terhambat dengan faktor cuaca, keaktifan nomor hp sehingga peneliti selalu memantau jarak jauh.

5.9.2 Penelitian yang dilakukan mengukur persepsi perawat terkait 3 variabel terkait, namun belum bisa mengukur secara verbal terkait penerapan caring, komunikasi terapeutik, dan keselamatan pasien

5.9.3 Penelitian belum bisa mengukur 6 indikator keselamatan pasien secara verbal, dikarenakan keterbatasan penelitian yang dilakukan di masa pandemik sehingga dilakukan pembatasan pertemuan peneliti dengan responden dan pasien

5.9.4 Pengisian kuesioner menggunakan metode *online* sehingga pada perawat yang berusia 46-55 beberapa mengalami kesulitan dalam mengakses cara pengisian.

5.9.5 Pada variabel *cofounding* pelatihan yang diikuti, terdapat hasil bahwa tidak ada hubungan dengan keselamatan pasien. Seperti diketahui bahwa pelatihan dapat memberikan pengetahuan sehingga diharapkan dapat meningkatkan motivasi praktik keselamatan pasien ke arah yang lebih baik. Adanya perbedaan ini dapat disebabkan karena instrumen yang digunakan saat mengkaji pelatihan pada perawat masih terbatas sehingga belum dapat mengkaji lebih spesifik pelatihan yang didapatkan, hanya diketahui pelatihan terkait keselamatan pasien. Sedangkan pelatihan spesifik terkait keselamatan pasien, materi, waktu, jenis pelatihan, berapa lama pelatihan, serta kualitas pelatihan belum diketahui.

5.10 Implikasi Penelitian terhadap Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini membuktikan bahwa penerapan caring berhubungan erat dengan penerapan keselamatan pasien, dan penerapan komunikasi terapeutik berhubungan erat dengan penerapan keselamatan pasien. Implikasi dari hasil penelitian ini bahwa perawat yang memiliki penerapan caring dan komunikasi terapeutik yang baik maka akan berdampak baik pula terhadap keselamatan pasien. Perawat dapat kembali menerapkan apa yang menjadi fundamental jiwa perawat di mana perawat dikenal dengan sikap caring yang tinggi dan ramah sehingga selalu berkomunikasi dengan baik kepada pasien. Apabila hal tersebut dapat diterapkan dengan baik, diharapkan penerapan keselamatan pasien semakin baik. Selain itu, peningkatan pengetahuan dan pendidikan perawat juga baik untuk menunjang penerapan keselamatan pasien.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1. Simpulan

Berdasarkan penelitian pada perawat di Puskesmas di Kota Semarang, maka dapat disimpulkan dari penelitian yang dilakukan yakni sebagai berikut :

1. Sejumlah 35 perawat (38,5%) berusia 36-45 tahun dengan usia minimal 25 tahun dan usia maksimal 57 tahun, sejumlah 66 perawat (73,3%) berjenis kelamin perempuan, sejumlah 51 perawat (56,7%) perawat berpendidikan D3, sejumlah 70 perawat (77,8%) perawat bekerja > 5 tahun, sejumlah 82 perawat (91,1%) tidak pernah mengikuti pelatihan keselamatan pasien, sejumlah 83 perawat (92,2%) sudah menikah.
2. Sejumlah 42 perawat (46,7%) memiliki tingkat caring yang baik (di atas rata-rata : 119, nilai maksimal 144) sedangkan masih terdapat 48 perawat memiliki tingkat caring di bawah rata rata.
3. Sejumlah 47 perawat (52,2%) memiliki tingkat komunikasi terapeutik yang baik (di atas rata-rata : 105,58, nilai maksimal 120) sedangkan masih terdapat 43 perawat memiliki tingkat komunikasi terapeutik di bawah rata rata.
4. Sejumlah 43 perawat (47,8%) memiliki tingkat keselamatan pasien yang baik (di atas rata-rata : 91,17 nilai maksimal 106) sedangkan masih terdapat 47 perawat memiliki penerapan keselamatan pasien di bawah rata rata.
5. Terdapat hubungan Caring terhadap Keselamatan pasien berdasarkan uji statistik dengan hasil p value atau sig <0,05. Jika nilai p value < 0,05 maka terdapat

hubungan signifikan antara Caring Perawat terhadap Penerapan Keselamatan Pasien oleh perawat di Puskesmas di Kota Semarang. Artinya, semakin baik tingkat caring perawat maka akan berhubungan positif terhadap penerapan keselamatan pasien di Puskesmas.

6. Terdapat hubungan Komunikasi Terapeutik terhadap Keselamatan pasien berdasarkan uji statistik dengan hasil p value atau sig $<0,05$. Jika nilai p value kurang dari signifikan $0,05$ maka terdapat hubungan signifikan antara Komunikasi Terapeutik Perawat terhadap Penerapan Keselamatan Pasien oleh perawat di Puskesmas di Kota Semarang. Artinya, semakin baik komunikasi terapeutik diterapkan perawat maka akan berhubungan positif terhadap penerapan keselamatan pasien di Puskesmas.

7. Tidak terdapat hubungan karakteristik perawat yakni usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama bekerja, status menikah, dan pelatihan terhadap keselamatan pasien berdasarkan uji statistik dengan hasil p value atau sig $>0,05$. Jika nilai signifikansi $< 0,05$ maka tidak terdapat hubungan signifikan antara Karakteristik Perawat terhadap Penerapan Keselamatan Pasien oleh perawat di Puskesmas di Kota Semarang.

8. Komunikasi Terapeutik merupakan faktor yang paling dominan berhubungan terhadap penerapan keselamatan pasien. Faktor komunikasi terapeutik memiliki nilai koefisien β tertinggi yakni $0,620$.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil dari kesimpulan yang sudah diambil dalam penelitian ini, beberapa hal sebagai saran oleh penelitian dalam mengembangkan hasil dari penelitian terhadap penerapan keselamatan pasien adalah sebagai berikut :

6.2.1 Bagi Pendidik

Hasil Penelitian dapat menjadi acuan untuk pendidik dalam mengembangkan materi ajar/ kurikulum mata kuliah manajemen keperawatan khususnya keselamatan pasien di puskesmas.

6.2.2 Bagi Pemberi Layanan Kesehatan

Penelitian ini dapat dipertimbangkan bagi tim Kesehatan khususnya tim keselamatan pasien dan perawat untuk melakukan evaluasi keselamatan di Puskesmas.

- a. Hasil penelitian dapat menjadi acuan Dinas Kesehatan terkait karakteristik, penerapan caring, komunikasi terapeutik, dan keselamatan pasien oleh perawat di Puskesmas di Kota Semarang
- b. Hasil Penelitian selanjutnya dapat menjadi acuan untuk membuat sistem pengembangan keselamatan pasien beberapa diantaranya dapat mengadakan pelatihan dan membuat sistem seperti *perseptoship* dan *mentorship* yang kemudian dilakukan kontroling melalui supervisi klinis terkait keselamatan pasien
- c. Hasil penelitian dapat menjadi acuan bagi tim akreditasi dan mutu pelayanan Puskesmas dalam mengevaluai pelaksanaan keselamatan pasien dengan menyesuaikan komponen akreditasi terbaru di dalam elemen penilaian UKP.

6.2.3 Bagi Peneliti

Hasil penelitian menjadi acuan bagi peneliti untuk mengembangkan rencana penelitian selanjutnya.

- a. Penelitian selanjutnya dapat dilakukan dengan mengetahui pengaruh intervensi yang dilakukan terhadap hasil yang diharapkan dari keselamatan pasien
- b. Peneliti selanjutnya dapat membuat system pengembangan caring, komunikasi terapeutik dan keselamatan pasien untuk meningkatkan mutu layanan.
- c. Penelitian selanjutnya dapat berkaitan dengan intervensi yang tepat terkait pengembangan keselamatan pasien

DAFTAR PUSTAKA

1. Priyoto; Tri Widyastuti. *Kebutuhan Dasar Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2014.
2. Hetty Ismaniar. *Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Sleman: Deepublish; 2015.
3. sukhneet panesar. *at a glance keselamatan pasien*. Jakarta: Erlangga; 2017.
4. Kesehatan K. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/Viii/2011 Tentang Keselamatan Pasien. 2011;1–21.
5. Irwan Hadi. *Manajemen Keperawatan Pasien : Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Deepublish; 2017.
6. Tutiany, Lindawati, Krisanti P. *Bahan Ajar Keperawatan: Manajemen Keselamatan Pasien*. Pus Pendidik Sumber Daya Mns Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2017;297.
7. Iskandar Markus Sembiring; Novita Br Ginting Munthe. Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap. *J Keperawatan dan Fisioter*. 2019;1(2):54–61.
8. Depkes. *Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit*. (konsep dasar dan prinsip). Jakarta; 2008.
9. Kusnanto. *Perilaku caring perawat professional*. Surabaya. Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga (AUP); 2019.
10. Patricia Potter AP. *Fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. Jakarta: EGC; 2005.
11. Isnawati; Yuka Dwi and Isnaeni; Yuli. Hubungan Perilaku Caring Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap Di Puskesmas Mlati Sleman YOGYAKARTA. Isnawati, Yuka Dwi and Isnaeni, Yuli; 2009.
12. F Mailani NF. Hubungan Perilaku Caring Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Bpjs Di Ruang Rawat Inap Rsud Dr. Rasidin Padang. *J Endur*. 2017;
13. Nurahayu, D., & Sulastri S. Hubungan Perilaku Caring Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Katarak di Ruang Kenanga RSUD dr.H.Soewondo Kendal. *Surya Muda*. 1(1):37–51.
14. WHO. *Patient Safety : Making Health Care Safer*. 2017.
15. Handiyani, Hanny , Hariyati, Tutik, Indrachyani A. *Patient Safety Movement in the Hospital and Public Health Center*. IOSR J Nurs Heal Sci. 2013;
16. KKP RS. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes RI; 2008.
17. Mustikawati YH. *Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian tidak Diharapkan di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta*. Universitas Indonesia; 2011.
18. Badan Pusat Statistik Kota Semarang. *Luas Kota Semarang*. 2020;
19. I Ketut Swarjana. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: CV Andi Ofset; 2012.
20. Rossiter C, Levett-Jones T, Pich J. The impact of person-centred care on patient safety: An umbrella review of systematic reviews. *J Nurs Stud*

- 2020;109:103658.
21. Blake T, Blake T. Improving therapeutic communication in nursing through simulation exercise. *Teach Learn Nurs.* 2019;14(4):260–4.
 22. Gluyas H. Effective communication and teamwork promotes patient safety. *Nurs Stand.* 2015;29(49):50–7.
 23. Alanazi A, Nicholson N, Thomas S. The Use of Simulation Training to Improve Knowledge, Skills, and Confidence Among Healthcare Students: A Systematic Review. *J Allied Heal Sci Pract.* 2017;15(3):2.
 24. Guinea S, Andersen P, Reid-Searl K, Levett-Jones T, Dwyer T, Heaton L, et al. Simulation-based learning for patient safety: The development of the Tag Team Patient Safety Simulation methodology for nursing education. *Collegian.* 2019;26(3):392–8.
 25. Levett-Jones T, Andersen P, Reid-Searl K, Guinea S, McAllister M, Lapkin S, et al. Tag team simulation: An innovative approach for promoting active engagement of participants and observers during group simulations. *Nurse Educ Pract.* 2015;15(5):345–52.
 26. Ameryoun A, Pakpour AH, Nikoobakht M, Saffari M, Yaseri M, O'Garro KGN, et al. Effectiveness of an In-Service Education Program to Improve Patient Safety Directed at Surgical Residents: A Randomized Controlled Trial. *J Surg Educ.* 2019;76(5):1309–18.
 27. Zimmermann K, Holzinger IB, Ganassi L, Esslinger P, Pilgrim S, Allen M, et al. Inter-professional in-situ simulated team and resuscitation training for patient safety: Description and impact of a programmatic approach. *BMC Med Educ.* 2015;15(1):1–10.
 28. Rachmawati; Nunung; Harigustian; Yayang. *Manajemen Patient Safety: Konsep & Aplikasi Patient Safety dalam Kesehatan. Pentingnya Manajemen Patient Safety.* Yogyakarta: PT.Pustaka Baru; 2019. 56–68 p.
 29. Ziadatul Hidayah Zakaria; Zainuddin Zakaria; *Komunikasi Efektif.* Malaysia: PTS Profesional; 2006.
 30. Nivalinda D. *Pengaruh Motivasi Perawat dan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruang terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.* [Semarang]: Universitas Diponegoro; 2013.
 31. M Salinas, N Salin, JR Duffy JD. Do caring behaviors in the quality caring model promote the human emotion of feeling cared for in hospitalized stroke patients and their families? *Appl Nurs Res.* 55:1–77.
 32. CS Firmansyah , R Noprianty IK. Perilaku caring perawat berdasarkan teori jean watson di ruang rawat inap. *JKesV.* 2019;4(1):33.
 33. Apriza. Hubungan Caring Perawat Dengan Kepuasan Pasien Di Rsud Puri Husada Tembilahan. *J Ners.* 2018;2:23.
 34. Watson J. *The philosophy and science of caring. Revised Edition.* Colorado. The University of Colorado; 2008.
 35. S Warshawski MISB. The associations between peer caring behaviors and social support to nurse students' caring perceptions. *Nurse Educ Pract*
 36. JL Gibson, JM Ivancevich, JH Donnelly RK. *Organizations: behaviour, structure, processes.* Fourteenth Edition. New York: The McGraw-Hill

- Companies; 2012.
37. S Rahayu S. Hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku caring perawat di rumah sakit. *Feletehan Heal J.* 2018;5(2):77–83.
 38. P Laporte, T Juvet, T Desbiens, D Tapp JP. Factors affecting attitudes towards caring for terminally ill patients among nursing students in Switzerland : a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2020;10:1–8.
 39. M Sulisno IU. Interaksi caring mahasiswa keperawatan tingkat I, II, dan III. *J Manag Keperawatan.* 3(1):36–41.
 40. Jufrizen. Analisis pengaruh budaya organisasi, kepemimpinan, dan motivasi terhadap kinerja perawat rumah sakit umum daerah maria walanda maramis Minahasa Utara. *J EMBA.* 5(3):37–44.
 41. DR Finarti, AA Bachri SA. Hubungan gaya kepemimpinan, motivasi, stres kerja dengan kinerja perawat. *J Berk Kesehatan.* 2016;1(2):115–20.
 42. FS Tewal; SL Mandey AR. Analisis pengaruh budaya organisasi, kepemimpinan, dan motivasi terhadap kinerja perawat rumah sakit umum daerah maria walanda maramis Minahasa Utara. *J EMBA.* 2017;5(3):37–44.
 43. Pamungkas IY. Analisis Persepsi Tentang Faktor-Faktor Organisasi yang Berhubungan dengan Perilaku Caring Perawat Di Rsud Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. 2016;1–84.
 44. Yetty AO. Komunikasi Dalam Perspektif Teori Dan Praktik. In: *Komunikasi Dalam Perspektif Teori Dan Praktik.* 2017.
 45. Ponco. Ilmu Komunikasi. Bandung: Rosdakarya; 2018.
 46. Damaiyanti M. Komunikasi Terapeutik Dalam Praktik Keperawatan. Bandung: PT. Refika Aditama; 2008.
 47. IZ Adnan, ZF Nurhadi, AW Kurniawan KK. Komunikasi Religius (Studi Fenomenologi Tentang Komunikasi Religius Konversi Agama Kristen Ke Agama Islam Di Garut Kota). *Alhadharah J Ilmu Dakwah.* 2017;
 48. D Darmawan SA. Analisis Penerapan Komunikasi Terapeutik Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat. *J Ilmu Keperawatan.* 2014;
 49. TI Kusumawati. Komunikasi Verbal Dan Nonverbal. *J Pendidik Dan Konseling.* 2016;
 50. M Zebua. Pemasaran Produk Jasa Kesehatan. Yogyakarta: Deepublish; 2008.
 51. Purwanto H. Komunikasi Untuk Perawat. Jakarta: EGC; 1994.
 52. Muhith A SS. Komunikasi dalam keperawatan. Yogyakarta: CV. ANDI OFFSET; 2016.
 53. Sunaryo. Psikologi untuk Keperawatan. Jakarta: EGC; 2004.
 54. Notoatmodjo S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2003.
 55. Aini N., Fatmaningrum W. YA. Upaya Meningkatkan Perilaku Pasien Dalam Tatalaksana Diabetes Melitus dengan Pendekatan Teori Model Behavioral System Dorothy E. Johnson. *J Ners.* 2011;6(1):1–10.
 56. Suhadi; Muh Kardi Rais. Perencanaan Puskesmas. Jakarta: CV Trans Info Media; 2018.
 57. Sujarweni. Statistik untuk Kesehatan. Yogyakarta: Gava Media; 2015.

58. Harinaldi. Prinsip – prinsip Statistik untuk Teknik dan Sains. Jakarta: Erlangga; 2005.
59. Kristanto; Vigih Hery. Metodologi Penelitian Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI). Yogyakarta: Deepublish; 2018.
60. Sastroasmoro; Sudigdo; dan Sofyan Ismael. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis edisi ketiga. In: Pemilihan Subyek Penelitian dan Desain Penelitian. Jakarta: Sagung Seto; 2010. 78–100 p.
61. Rika. Perilaku Caring Perawat dalam Melakukan Asuhan Keperawatan pada Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Tengku Mansyur Tanjungbalai. Universitas Sumatra Utara; 2013.
62. Ismaya Dwi Safitri; Luky Dwiantoro. Gambaran Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Universitas Diponegoro; 2019.
63. Umar H. Desain Penelitian Manajemen Strategik. Jakarta: Rajawali Press; 2013.
64. Hidayat A. Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisa Data. Jakarta: Salemba Medika; 2007.
65. Ghozali. Aplikasi Analisis Multivariate Dengan Program IBM SPSS 25. Semarang: Universitas Diponegoro; 2018.
66. Shoffa Saifillah Al-Faruq S. Psikologi Perkembangan. Yogyakarta; 2020.
67. Erikson. Childhood and Society. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2010.
68. Depkes RI. Sistem kesehatan nasional [Internet]. 2009. Available from: www.depkes.go.id
69. Cherry K. Erik Erikson's Stages of Psychosocial Development. Psychosoc Dev Guid [Internet]. 2020; Available from: <https://www.verywellmind.com/erik-eriksons-stages-of-psychosocial-development-2795740>
70. Ratnawulan T. Perkembangan dan Tahapan Penting dalam Perkembangan. J Spec Educ. 2018;IV(01):65–74.
71. RJ Malone JC; Liu SR; Vaillant GE; Rentz DM; Waldinger. Midlife Eriksonian psychosocial development: Setting the stage for late-life cognitive and emotional health. Dev Psychol.
72. Ahmed M & Safadi E. Decisional involvement among nurses: Governmental versus private hospitals. Heal Sci J. 2013;18–27.
73. Widaningsih. Pengaruh Karakteristik Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana Di Ruang Perawatan Intensif Rumah Sakit Kelas A Dan B Di Indonesia. Indones J Nurs Heal Sci. 2016;1(1):75–83.
74. Elizabeth D E Papatthanassoglou 1, Maria Tseroni, Athena Karydaki, Georgia Vazaiou, Joanna Kassikou ML. Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care nurses. J Nurs Manag. 2005;13(2):154–64.
75. Tathahira T. Promoting students' critical thinking through online learning in higher education: Challenges and strategies. J Lang Educ Humanit. 2020;8(1).
76. Ten Haken I, Ben Allouch S, van Harten WH. Education and training of nurses in the use of advanced medical technologies in home care related to

- patient safety: A cross-sectional survey. *Nurse Educ Today*. 2021;100(January):104813.
77. Patel H, Szkinc-Olsson G, Lennartsson Al Liddawi M. A qualitative study of nurses' experiences of self-care counselling in migrant patients with heart failure. *Int J Nurs Sci*. 2021;
 78. Ericsson K, Whyte J. Expert Performance in Nursing: Reviewing Research on Expertise in Nursing Within the Framework of the Expert-Performance Approach. *Adv Nurs Sci*. 2007;30(1):58–71.
 79. Olatinju S. MB. The Influence of Sex, Marital Status, and Tenure of Service on Job Stress, and Job Satisfaction of Health Workers in a Nigerian Federal Health Institution. *An Int Multidiscip Journal, Ethiop*. 2014;8(32):126–33.
 80. Tong Y, Chen F, Shu B. Spousal migration and married adults' psychological distress in rural China: The roles of intimacy, autonomy and responsibility. *Soc Sci Res*. 2019;83(May):102312.
 81. Reni Agustina & I Gde Adnyana Sudibya. Pengaruh Work Family Conflict Terhadap Stres Kerja Dan Kinerja Wanita Perawat Di Rumah Sakit Umum Daerah Praya Lombok. *E-Jurnal Ekon dan Bisnis Univ Udayana*. 2018;3(7):775–808.
 82. Elysabeth D, Libranty G NS. Hubungan Tingkat Pendidikan Perawat Dengan Kompetensi Aplikasi Evidence Based Practice. *J Sk Keperawatan*. 2015;1:14–20.
 83. Faronbi JO, Adebowale O, Faronbi GO, Musa OO, Ayamolowo SJ. Perception knowledge and attitude of nursing students towards the care of older patients. *Int J Africa Nurs Sci*. 2017;7:37–42.
 84. Anjaswarni, T dkk. Analisa Tingkat Kepuasan Klien Terhadap PerilakuCaring Perawat di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. *J keperawatan Indones*. 2002;6(2):41–9.
 85. Negussie BB, Oliksa GB. Factors influence nurses' job motivation at governmental health institutions of Jimma Town, South-west Ethiopia. *Int J Africa Nurs Sci*. 2020;13:100253.
 86. Sutrisno Aswad, Mulyadi, Lolong Jjs. Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Rsud Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate. *Ejournal Keperawatan*. 2015;3(2).
 87. Xiang Z, Liu H, Gao X, Jin Q, Qiao K, Li X, et al. The willingness and its influencing factors on patients to participate in patient safety spontaneous reports: A cross-sectional online study in China. *Heal Policy Technol*. 2021;10(2):100522.
 88. Mortsiefer A, Wilm S, Santos S, Löscher S, Wollny A, Drewelow E, et al. Family conferences and shared prioritisation to improve patient safety in the frail elderly (COFRAIL): Study protocol of a cluster randomised intervention trial in primary care. *Trials*. 2020;21(1):1–12.
 89. Loach BL. A time to speak and a time to keep silent: Professional ethics, conscience, and the medical interpreter. *Ethics, Med Public Heal*. 2019;11:52–9.
 90. Hara CYN, Goes F dos SN, Camargo RAA, Fonseca LMM, Aredes NDA. Design and evaluation of a 3D serious game for communication learning in

- nursing education. *Nurse Educ Today*. 2021;100(February):104846.
91. Garzaro G, Gatti P, Caputo A, Musso F, Clari M, Dimonte V, et al. Job demands and perceived distance in leader-follower relationships: A study on emotional exhaustion among nurses. *Appl Nurs Res*. 2021;151455.
 92. Correa CSM, Bagatini A, Prates CG, Sander GB. Patient safety in an endoscopy unit: an observational retrospective analysis of reported incidents. *Brazilian J Anesthesiol*. 2021;71(2):137–41.
 93. Andi Wetenri, PadaulengAndi IndahwatySidin A. The relationship between leadership style and nurse's work motivation with the implementation of patient safety culture in hospital, Bone regency. *Enfermería Clínica*. 2020;30(6):161–4.
 94. Librianty N. Hubungan Motivasi Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Di Uptd Kesehatan Tapung Kab. Kampar Tahun 2018. *J Ners*. 2018;2.
 95. Azizi-Fini I, Mousavi M-S, Mazroui-Sabdani A, Adib-Hajbaghery M. Correlation Between Nurses' Caring Behaviors and Patients' Satisfaction. *Nurs Midwifery Stud*. 2012;1(1):36–40.
 96. Lousada LM, Da Silva Dutra FC, Da Silva BV, De Oliveira NLL, Bastos IB, De Vasconcelos PF, et al. Patient safety culture in primary and home care services. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):1–8.
 97. Nurwahyuni S. Pengaruh Beban Kerja Terhadap Kinerja Karyawan Melalui Work Life Balance (Studi Kasus PT. Telkom Indonesia Regional V). *J Ilmu Manaj*. 2019;7(1):1–9.
 98. Ribeiro N. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2014 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien. 2014.
 99. Ariani T, Aini N. Perilaku Caring Perawat Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Pada Pelayanan Keperawatan. *J Keperawatan [Internet]*. 2018;9(1):58–64.
 100. Nora CRD, Beghetto MG. Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190209.
 101. Panagioti M, Stokes J, Esmail A, Coventry P, Cheraghi-Sohi S, Alam R, et al. Multimorbidity and patient safety incidents in primary care: A systematic review and meta-analysis. Vol. 10, *PLoS ONE*. 2015. 1–31 p.
 102. Hays R, Daker-White G, Esmail A, Barlow W, Minor B, Brown B, et al. Threats to patient safety in primary care reported by older people with multimorbidity: Baseline findings from a longitudinal qualitative study and implications for intervention. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1–12.
 103. Azizatunnisa N S. Pengetahuan dan Keterampilan Perawat Dalam Pelayanan Keperawatan Holistik di Indonesian Holistic Tourist Hospita. *J Nurs Stud*. 2012;1:140–8.
 104. Robbins SP JT. *Perilaku Organisasi*. 16th ed. Jakarta: Salemba Empat; 2015.
 105. Kuniatio D. Menjaga Kesehatan di Usia Lanjut. *J Olahraga Prestasi*. 2015;11(2):19–30.
 106. Supriyono. Pengaruh Usia, Keinginan Sosial, Kecukupan Anggaran, Dan Partisipasi Penganggaran Terhadap Kinerja Manajer Di Indonesia. *J*

- Indones Econ Bus. 2008;21(1):59–74.
107. Hasudungan L. Pengaruh Faktor Pendidikan, Umur Dan Pengalaman Kerja Terhadap Kinerja Aparatur Sipil Negara (Asn) Pada Dinas Pekerjaan Umum Penata Ruang, Perumahan Dan Kawasan Permukiman Kabupaten Kapuas Kalimantan Tengah. *J Ilm Ekon Bisnis*. 2017;3(3):301–10.
 108. Soeprodjo ROK, Mandagi CKF, Engkeng S, Kesehatan F, Universitas M, Ratulangi S. Hubungan Antara Jenis Kelamin Dan Motivasi Kerja Dengan Kinerja Perawat Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. V. L. Ratumbuang Provinsi Sulawesi Utara. *Kesmas*. 2017;6(4).
 109. Mandang, Evert Fandi BL, Walangitan Mdb. Pengaruh Tingkat Pendidikan Dan Pelatihan Terhadap Kinerja Karyawan Pada Pt. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk Cabang Manado. *J Emba J Ris Ekon Manajemen, Bisnis dan Akunt*. 2017;5(3):4324–34.
 110. Menteri Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan. 2019.
 111. Arrazi A. Pengaruh Gaji Dan Masa Kerja Terhadap Kinerja Karyawan. Universitas Galuh; 2019.
 112. Nugroho YAB. Pelatihan dan Pengembangan SDM Teori dan Aplikasi. Jakarta: Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya; 2019.
 113. Pakpahan ES. Pengaruh Pendidikan Dan Pelatihan Terhadap Kinerja Pegawai (Studi Pada Badan Kepegawaian Daerah Kota Malang). *J Adm Publik Mhs Univ Brawijaya*. 2014;2(1):116–21.
 114. Wulandari RD, Ridlo IA, Supriyanto S, Qomarrudin MB, Damayanti NA, Laksono AD, et al. Pengaruh Pelaksanaan Akreditasi Puskesmas terhadap Kepuasan Pasien (The Influence of Primary Health Care Accreditation on Patient Satisfaction). *J Media Kesehat Masy Indones*. 2019;15(3):228–36.
 115. Setiowati; Dwi; Allenidekania; Luknis Sabri. Kepemimpinan Efektif Head Nurse Meningkatkan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RS. 2013;
 116. Lawati MH Al, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: A systematic review. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):1–13.
 117. Drayton-Brooks SM, Gray PA, Turner NP, Newland JA. Building clinical education training capacity in nurse practitioner programs. *J Prof Nurs*. 2017;33(6):422–8.



LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat-surat



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Prof. Sudarto, S.H.
 Tembalang Semarang Kode Pos 50275
 Tel./Faks. (024) 76928010
 www.fk.undip.ac.id | email: dean@fk.undip.ac.id

Nomor : 1812 /UN7.5.4.2.1/DL/2021
 Lampiran : 1 bendel proposal
 Perihal : Permohonan Ethical Clearance

09 MAR 2021

Yth. Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan
 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang
 Jl. Kedungmundu Raya No 18 Semarang

Kami beritahukan bahwa mahasiswa Program Magister Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP tersebut dibawah ini:

Nama : Yudhanoorsanti Elmonita
 NIM : 22020117410010
 No. HP : 085727273722

Akan melaksanakan penelitian dengan judul : Pengaruh Caring dan Komunikasi Terapeutik Terhadap Keselamatan Pasien di Puskesmas .

Proposal yang bersangkutan sudah melalui proses review secara akademik di Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Dosen Pembimbing : 1. Dr. Luky Dwiantoro, S.Kp., M.Kep.
 2. Agus Santoso, S.Kp., M.Kep.

Schubungan dengan hal tersebut diatas, kami mengajukan permohonan Ethical Clearance untuk penelitian tersebut.

Atas perhatian Saudara kami ucapkan terima kasih.

an. Dekan
 Wakil Dekan Akademik dan Kemahasiswaan,



Dr. dr. Hermina Sukmaningtyas, M.Kes., Sp.Rad(K)
 NIP 196706201998022001

Tembusan :
 1. Dekan FK UNDIP
 2. Ketua Departemen Ilmu Keperawatan FK UNDIP



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG

Sekretariat : Gedung Laboratorium Kesehatan Terpadu Lt. 4
Jl. Kedungmundu Raya No. 18 Semarang (50273), Telp. (024) 76740296-7 line 3410, Fax.
(024) 76740291, Website : kepk.fkm.unimus.ac.id, Email : kepk.fkm.unimus@gmail.com

ETHICAL CLEARANCE

No : 482/KEPK-FKM/UNIMUS/2021

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang, setelah membaca dan menelaah protokol usulan penelitian dengan judul :

PENGARUH CARING DAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP KESELAMATAN PASIEN DI PUSKESMAS

Peneliti Utama : Yudhanoorsanti Elmonita, S.Kep, Ns
Peneliti Anggota : Dr. Luky Dwianto, S.Kp, M.Kep
Agus Santoso, S.Kp, M.Kep
Tempat penelitian : Puskesmas se-Kota Semarang
Waktu penelitian : April - Agustus 2021

Setuju untuk dilaksanakan, dengan memperhatikan prinsip-prinsip yang dinyatakan Pedoman Etik Internasional Untuk Penelitian Kesehatan Yang Berhubungan Dengan Manusia (CIOMS) WHO 2016.



Dekan,
Dr. Sayono, S.KM, M.Kes (Epid)
NIK : 28.6.1026.077

Semarang, 8 April 2021
Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Ketua,

Dr. Ir. Rahayu Astuti, M.Kes
NIK : 28.6.1026.018



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN**

Jalan Prof. Sudarto, S.H.
Tembalang Semarang Kode Pos 50275
Tel./Faks. (024) 76928010
www.fk.undip.ac.id | email: dean@fk.undip.ac.id

Nomor : 2562 /UN7.5.4.2.1/DL/2021
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang
Jl. Pandanaran No.79, Mugassari, Kec. Semarang Selatan
Semarang

Sehubungan dengan pelaksanaan kegiatan penelitian mahasiswa Program Magister Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, maka kami mohon kiranya Saudara dapat membantu mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Yudhanoorsanti Elmonita
NIM : 22020117410010
No. HP : (024)8415269
Judul/Topik : Pengaruh Caring dan Komunikasi Terapeutik terhadap Keselamatan Pasien di Puskesmas
Pembimbing : 1. Dr. Luky Dwiantoro, S.Kp., M.Kep.
2. Agus Santoso, S.Kp., M.Kep.

Untuk dapat melakukan penelitian di Puskesmas di Kota Semarang .

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

an, Dekan
Wakil Dekan Akademik dan Kemahasiswaan,



Dr. dr. Hermina Sukmaningtyas, M.Kes., Sp.Rad(K)
NIP: 196706201998022001

Tembusan :
1. Kaprodi Magister Keperawatan Undip
2. Dosen Pembimbing
3. Kepala Puskesmas di Kota Semarang



**PEMERINTAH KOTA SEMARANG
DINAS KESEHATAN**

Jl. Pandanaran 79 Telp.(024) 8415269 - 8318771 Kode Pos : 50241 SEMARANG

Nomor : B/7558/07a/v/2021
Sifat :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Semarang, 04 MAY 2021

Kepada ;
Yth. Ka. Puskesmas se-Kota Semarang

di -
SEMARANG

Dasar surat dari Program Magister Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, tanggal 30 April 2021, Nomor; 2562/UN7.5.4.2.1/DL/2021 perihal tersebut pada pokok surat.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, bersama ini kami hadapkan mahasiswa atas nama :

Nama : Yudhanoorsanti Elmonita
NIM/NIP : 22020117410010
Judul : "Pengaruh Caring Dan Komunikasi Terapeutik Terhadap Keselamatan Pasien di Puskesmas"

Yang akan melaksanakan kegiatan Penelitian di wilayah kerja Puskesmas saudara dilaksanakan pada bulan Mei 2021 s/d September 2021 dengan catatan selama melaksanakan kegiatan tersebut tetap harus mentaati peraturan dan protokol kesehatan yang berlaku di Puskesmas dan Pemerintah Kota Semarang.

Demikian harap maklum, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

a.n. KEPALA DINAS KESEHATAN

Sekretaris

dr. Lilik Faridah

Penata Tk. I

NIP. 19710411 200904 2 001

TEMBUSAN, Kepada Yth :

1. Kepala Dinas Kesehatan (sebagai laporan);
2. Kaprodi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP ;
3. Yang bersangkutan;
4. Arsip.

Lampiran 2. Kuesioner Penelitian

Kuesioner keselamatan pasien

(sumber : penelitian keselamatan pasien th 2013)

Nomor responden	:
Nama insial responden:
Tanggal	:

Usia , jenis kelamin, masa kerja, pelatihan

Berikan tanda checklist (√) pada jawaban yang sesuai dengan yang anda lakukan dalam bekerja!

TP : tidak pernah

K: Kadang kadang

SR : sering

SL : selalu

No	Pertanyaan	TP	KK	SR	SL
1	Saya memberikan motivasi kepada teman saya agar terbuka menceritakan kejadian keselamatan pasien yang terjadi di tempat kerja				
2	Saya ikut berdiskusi masalah keselamatan pasien dengan teman teman di tempat kerja				
3	Saya bebas mengemukakan pendapat ketika melihat sesuatu yang berdampak negatif pada keselamatan pasien				
4	Saya takut bertanya jika ada hal yang kurang tepat dalam pemberian pelayanan kepada pasien				
5	Saya bersedia bekerja sama menyelesaikan tugas dengan perawat yang sebelumnya pernah melakukan kesalahan tindakan pada pasien				
6	Saya memberikan masukan untuk bekerja lebih baik pada teman yang pernah melakukan kesalahan tindakan pada pasien				

7	Saya bekerja sama dengan unit lain dalam menyelesaikan masalah keselamatan pasien yang terjadi di puskesmas				
8	Saya lebih senang membicarakan insiden keselamatan daripada mempelajari penyebab terjadinya kesalahan atas suatu kejadian keselamatan pasien				
9	Saya khawatir penyampaian kesalahan tindakan pada pasien yang pernah saya lakukan akan mendapat sanksi pengurangan nilai kinerja pegawai				
10	Saya mendapat penyelesaian masalah yang baik mengenai keselamatan pasien melalui pengkajian kronologis insiden keselamatan pasien di puskesmas				
11	Saya memberikan dukungan pada perawat yang melaporkan kepada atasan atas terjadinya kesalahan tindakan pada pasien di tempat kerja				
12	Saya tidak mendapat umpan balik atas pelaporan kejadian keselamatan pasien yang telah saya lakukan				
13	Saya melaporkan kejadian yang nyaris menciderai pasien di tempat kerja kepada atasan saya				
14	Saya dapat membuat laporan kejadian keselamatan pasien dengan mudah ketika terjadi kejadian keselamatan pasien				
15	Saya tidak melaporkan kesalahan tindakan pada pasien di ruangan yang akan membuat saya mendapat sanksi hukuman				
16	Saya melaporkan kejadian yang mengakibatkan pasien cidera kepada atasan				
17	Kegiatan pelaporan kejadian keselamatan pasien mengganggu pekerjaan utama saya				
18	Saya berupaya mengkaji kondisi pasien yang beresiko jatuh				

19	Saya belajar tentang pelaksanaan prosedur tindakan yang aman pada pasien melalui ketepatan lokasi				
20	Saya menanyakan identitas pasien yang akan saya beri tindakan keperawatan				
21	Saya berusaha melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan pada pasien				
22	Saya berusaha mengkonfirmasi instruksi dokter yang diberikan pada pasien				
23	Saya belajar mengidentifikasi obat - obat yang perlu diwaspadai				
24	Saya tidak mendapat sosialisasi informasi keselamatan pasien dari perawat yang telah mendapat pelatihan keselamatan pasien				
25	Saya semakin mempedulikan keselamatan pasien dalam memberi pelayanan saat adanya pelaporan kesalahan tindakan pasien di puskesmas				
26	Tim di tempat kerja saya tidak mendiskusikan langkah langkah untuk mencegah suatu kesalahan agar tidak terjadi lagi				
27	Saya menginformasikan hasil analisis kejadian keselamatan pasien pada teman untuk mencegah kejadian berulang				
28	Tim di ruangan saya kurang berupaya menggali hal hal yang berpotensi menimbulkan kesalahan tindakan dari hasil evaluasi keselamatan pasien				
29	Saya berupaya belajar dari kesalahan tindakan pada pasien yang pernah saya lakukan dalam menjaga keselamatan pasien				

Kesimpulan :

- Penerapan budaya keselamatan pasien baik : skor \geq mean (92,5)
- Penerapan budaya keselamatan pasien kurang baik : skor $<$ mean (92,50)

Kuesioner Perilaku Caring Perawat

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah baik baik setiap item pernyataan
2. Berilah tanda checklist pada jawaban yang sesuai dengan pengalaman anda dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien yaitu : tidak pernah (TP), kadang kadang (KK), sering (SR), selalu (SL)

No	Pernyataan	TP	KK	SR	SL
1	Saya tidak pilih kasih antara pasien satu dengan pasien yang lain				
2	Saya memberikan Pendidikan Kesehatan kepada pasien atau keluarga				
3	Saya bicara dengan sopan dan suara lembut				
4	Saya merasa puas jika dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan baik				
5	Saya menanamkan kepercayaan dan harapan akan keberhasilan pengobatan kepada pasien				
6	Saya memberikan semangat kepada pasien dan meyakinkan bahwa pasien dapat sembuh				
7	Saya memberikan semangat kepada pasien saat mereka merasa putus asa				
8	Saya memfasilitasi pasien atau keluarga untuk alternatif pengobatan yang paling tepat				
9	Saya menghargai perasaan pasien atau keluarga				
10	Saya merasakan apa yang dirasakan pasien atau keluarga				
11	Saya mendorong pasien atau keluarga untuk mengkespresikan perasaannya				
12	Saya memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama kepada pasien atau keluarga				

13	Saya memberikan perhatian kepada pasien Ketika mereka sedang berbicara				
14	Saya memberikan respon secara verbal terhadap panggilan atau keluhan pasien atau keluarga				
15	Saya tidak menyembunyikan kesalahan saat melakukan perawatan pada pasien				
16	Saya menjawab pertanyaan yang ditanyakan pasien dengan baik dan jujur				
17	Saya menerima ekspresi perasaan positif dan negatif pasien atau keluarga				
18	Saya memberikan waktu dan mendengarkan keluhan pasien				
19	Saya menyusun jadwal kegiatan untuk pasien sesuai dengan kemampuannya				
20	Saya mendiskusikan masalah yang menjadi kekhawatiran pasien				
21	Saya memberikan solusi akan keluhan maupun perasaan yang diutarakan oleh pasien				
22	Saya mengidentifikasi masalah yang dihadapi pasien				
23	Saya menerapkan masalah berdasarkan identifikasi yang ditemukan				
24	Saya menetapkan rencana tindak lanjut dari penyelesaian masalah				
25	Saya memberikan informasi yang jelas mengenai perawatan pada pasien atau keluarga				
26	Saya membantu pasien untuk penyelesaian masalah				
27	Saya membantu pasien untuk melakukan suatu Tindakan dengan mempraktekkannya				
28	Saya memberikan penjelasan atau pengajaran agar pasien mampu dalam memenuhi kebutuhannya				
29	Saya memfasilitasi pasien agar dapat melakukan hal hal yang dapat dikerjakan				
30	Saya memfasilitasi pasien untuk bersosialisasi dengan lingkungan				
31	Saya memberikan tindakan yang memberikan rasa nyaman secara fisik dan privasi				

32	Saya menjaga lingkungan agar selalu bersih dan tetap tenang				
33	Saya mengenali kebutuhan pasien				
34	Saya membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan pada pasien yang tidak mampu melakukannya (contoh : berjalan, makan, minum, personal hygiene, dsb)				
35	Saya memberikan pelajaran rohani pada pasien sesuai dengan kepercayaannya dan mensyukuri apa yang dimilikinya				

Kuesioner Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawatan

SL : Selalu

SR : Sering

KK : Kadang-kadang

TP : Tidak Pernah

No.	Pernyataan	SL	SR	KK	TP
1.	Saya mempelajari Standard Operasional Prosedur yang berkaitan dengan masalah yang dialami pasien.				
2.	Saya mempelajari riwayat Catatan Medis pasien sebelum bertemu dengan klien untuk mengetahui kondisi pasien.				
3.	Saya menyusun metoda wawancara sebelum bertemu dengan pasien				
4.	Saya mengucapkan salam saat menemui pasien				
5.	Saya memperkenalkan diri saat bertemu pasien				
6.	Saya membuat kontrak awal dengan pasien				
7.	Saya menjelaskan tujuan bertemu pasien				
8.	Saya menanyakan kondisi pasien saat bertemu dengan pasien				
9.	Saya memanggil nama pasien dengan nama kesukaan pasien				
10.	Saya memperhatikan pasien saat pasien berbicara.				
11.	Ketika pasien mengatakan keluhan, saya menanggapi dengan baik.				
12.	Saya menggunakan komunikasi dua arah saat berkomunikasi dengan pasien				
13.	Saya menggunakan kalimat yang positif saat berkomunikasi				
14.	Saya menyampaikan prosedur tindakan kepada pasien yang akan dilakukan tindakan (rawat luka/ insisi/ dan lain sebagainya)				

15.	Saya menjelaskan akibat tindakan yang diberikan kepada pasien				
16.	Saya menanyakan kesediaan pasien dilakukan Tindakan				
17.	Saya tetap mengajak komunikasi pasien				
18.	Saya menjelaskan apa yang harus dilakukan dan apa yang tidak boleh dilakukan pasien, setelah saya selesai melakukan Tindakan				
19.	Saya mengevaluasi respon pasien				
20.	Saya menjelaskan rencana tindak lanjut				
21.	Saya membuat kontrak pada pertemuan berikutnya				
22.	Jika akan meninggalkan pasien saya memberi tahu pasien bagaimana agar pasien dapat meminta bantuan saya				
23.	Saya mengucapkan salam saat meninggalkan pasien				
24.	Saya berbicara relaks di depan pasien				
25.	Saya menggunakan komunikasi non-verbal untuk mendukung komunikasi verbal				
26.	Saya tidak melipat tangan dan kaki saat berbicara dengan pasien				
27.	Saya menatap mata pasien saat berbicara dengan klien				
28.	Saya murah senyum pada pasien				
29.	Saya memberi kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya.				
30.	Saya memperhatikan respon pasien setelah tindakan dilakukan				

Lampiran 3. Bukti Konsultasi

Lampiran 4. Pengolahan SPSS

KARAKTERISTIK RESPONDEN

Usia				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	<=25 tahun	3	3.3	3.3
	26-35 tahun	23	25.6	28.9
Valid	36-45 tahun	35	38.9	67.8
	46-55 tahun	29	32.2	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Sebagian besar responden adalah 36-45 tahun sebanyak 35 responden atau 38,9%.

Jenis Kelamin				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Perempuan	66	73.3	73.3
Valid	Laki-laki	24	26.7	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Pendidikan Terakhir				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	D3	51	56.7	56.7
Valid	Ners	39	43.3	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Lama Kerja				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	< 2 tahun	3	3.3	3.3
Valid	2-5 tahun	17	18.9	22.2
	>5 tahun	70	77.8	100.0

Total	90	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Pelatihan Yang Pernah Diikuti

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	82	91.1	91.1	91.1
Valid Pernah	8	8.9	8.9	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Status Menikah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Belum Berkeluarga	7	7.8	7.8	7.8
Valid Berkeluarga/ Menikah	83	92.2	92.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

LAMPIRAN. UJI DESKRIPTIF

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Caring	90	88	140	116.72	13.279
Komunikasi Terapeutik	90	74	120	105.58	11.680
Penerapan Keselamatan Pasien	90	70	106	91.17	8.171
Valid N (listwise)	90				

Nilai rata rata caring adalah 116,72.

Caring

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Dibawah	48	53.3	53.3	53.3
Valid Diatas	42	46.7	46.7	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Kom Ter

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Dibawah	43	47.8	47.8	47.8
Valid Diatas	47	52.2	52.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Kes Pas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Dibawah	47	52.2	52.2	52.2
Valid Diatas	43	47.8	47.8	100.0
Total	90	100.0	100.0	

LAMPIRAN. UJI NORMALITAS

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Caring	.079	90	.200*	.969	90	.029
Komunikasi Terapeutik	.109	90	.010	.933	90	.000
Penerapan Keselamatan Pasien	.064	90	.200*	.983	90	.288

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Caring terdistribusi normal karna nilai sig $0,200 > 0,05$

Komunikasi Terapeutik terdistribusi tidak normal karna nilai sig $0,010 < 0,05$

Keselamatan Pasien normal karna nilai sig $0,200 > 0,05$

Uji Data Bivariat 1

		Caring	Penerapan Keselamatan Pasien
Caring	Pearson Correlation	1	.486**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	90	90
Penerapan Keselamatan Pasien	Pearson Correlation	.486**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	90	90

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

**Ada hubungan antara Caring dan Keselamatan Pasien dengan nilai sig
0,000 < 0,05**

Uji Data Bivariat 2

		Komunikasi Terapeutik	Penerapan Keselamatan Pasien
Kendall's tau_b	Correlation Coefficient	1.000	.392**
	Komunikasi Terapeutik		
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	90	90
	Correlation Coefficient	.392**	1.000
	Penerapan Keselamatan Pasien		
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	90	90

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

Ada hubungan antara Komunikasi Terputik dan Keselamatan Pasien dengan nilai sig $0,000 < 0,05$

KORELASI VARIABEL COUNFOUNDING

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Usia	.211	90	.000	.844	90	.000
Jenis Kelamin	.459	90	.000	.552	90	.000
Pendidikan Terakhir	.374	90	.000	.630	90	.000
Lama Kerja	.470	90	.000	.540	90	.000
Tempat Kerja	.147	90	.000	.923	90	.000
Pelatihan Yang Pernah Diikuti	.533	90	.000	.320	90	.000
Status Menikah	.536	90	.000	.296	90	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Pelatihan	Correlation Coefficient	-.143	-.012	-.037	-.035	.025	1.000	.091	.155
Yang	Sig. (2-tailed)	.149	.912	.729	.739	.787	.	.392	.078
Pernah	N	90	90	90	90	90	90	90	90
Diiikuti									
Status	Correlation Coefficient	.257**	-.106	-.081	.416**	-.006	.091	1.000	.104
Menikah	Sig. (2-tailed)	.010	.316	.445	.000	.946	.392	.	.240
	N	90	90	90	90	90	90	90	90
Penerapan	Correlation Coefficient	.003	-.066	.139	-.009	-.009	.155	.104	1.000
Keselamat	Sig. (2-tailed)	.970	.454	.115	.915	.902	.078	.240	.
an Pasien	N	90	90	90	90	90	90	90	90

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

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

Tidak ada hubungan antara Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan terakhir , Lama Kerja, Status menikah, dan pelatihan terhadap keselamatan pasien karna nilai sig > 0,05.

UJI MULTIVARIAT

REGRESI LIENAR BERGANDA AWAL (1)

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.640 ^a	.410	.375	6.460

a. Predictors: (Constant), Status Menikah, Pendidikan Terakhir, Pelatihan Yang Pernah Diikuti, Komunikasi Terapeutik , Caring

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2437.353	5	487.471	11.682	.000 ^b
	Residual	3505.147	84	41.728		
	Total	5942.500	89			

a. Dependent Variable: Penerapan Keselamatan Pasien

b. Predictors: (Constant), Status Menikah, Pendidikan Terakhir, Pelatihan Yang Pernah Diikuti, Komunikasi Terapeutik , Caring

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	39.481	7.829		5.043	.000
	Caring	.006	.083	.010	.070	.944
	Komunikasi Terapeutik	.415	.094	.593	4.409	.000
	Pendidikan Terakhir	2.470	1.382	.151	1.787	.078
	Pelatihan Yang Pernah Diikuti	1.612	2.480	.056	.650	.517
	Status Menikah	.996	2.621	.033	.380	.705

a. Dependent Variable: Penerapan Keselamatan Pasien

REGRESI LIENAR BERGANDA LANJUTAN (JIKA BATAS NYA 0,1 ATAU 0,250)

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.637 ^a	.406	.392	6.371

a. Predictors: (Constant), Pendidikan Terakhir, Komunikasi Terapeutik

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2411.723	2	1205.861	29.713	.000 ^b
	Residual	3530.777	87	40.584		
	Total	5942.500	89			

a. Dependent Variable: Penerapan Keselamatan Pasien

b. Predictors: (Constant), Pendidikan Terakhir, Komunikasi Terapeutik

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	41.926	6.442		6.508	.000
	Komunikasi Terapeutik	.434	.058	.620	7.507	.000
	Pendidikan Terakhir	2.386	1.355	.146	1.761	.082

a. Dependent Variable: Penerapan Keselamatan Pasien

**LAMPIRAN. DISTRIBUSI FREKUENSI PERNYATAAN CARING,
KOMUNIKASI TERPEUTIK, DAN KESELAMATAN PASIEN**

KUESIONER CARING

Saya tidak pilih kasih antara pasien satu dengan pasien yang lain

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	33	36.7	36.7	36.7
Kadang-kadang	1	1.1	1.1	37.8
Valid Sering	3	3.3	3.3	41.1
Selalu	53	58.9	58.9	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya memberikan Pendidikan Kesehatan kepada pasien atau keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	1	1.1	1.1	1.1
Kadang-kadang	9	10.0	10.0	11.1
Valid Sering	38	42.2	42.2	53.3
Selalu	42	46.7	46.7	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya bicara dengan sopan dan suara lembut

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	1	1.1	1.1	1.1
Valid Sering	18	20.0	20.0	21.1
Selalu	71	78.9	78.9	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya merasa puas jika dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan baik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-kadang	2	2.2	2.2	2.2
Valid Sering	16	17.8	17.8	20.0
Valid Selalu	72	80.0	80.0	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya menanamkan kepercayaan dan harapan akan keberhasilan pengobatan kepada pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-kadang	3	3.3	3.3	3.3
Valid Sering	30	33.3	33.3	36.7
Valid Selalu	57	63.3	63.3	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya memberikan semangat kepada pasien dan meyakinkan bahwa pasien dapat sembuh

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-kadang	1	1.1	1.1	1.1
Valid Sering	29	32.2	32.2	33.3
Valid Selalu	60	66.7	66.7	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya memberikan semangat kepada pasien saat mereka merasa putus asa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-kadang	2	2.2	2.2	2.2
Valid Sering	30	33.3	33.3	35.6
Valid Selalu	58	64.4	64.4	100.0

Total	90	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Saya memfasilitasi pasien atau keluarga untuk alternatif pengobatan yang paling tepat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	6	6.7	6.7	6.7
Kadang-kadang	25	27.8	27.8	34.4
Valid Sering	31	34.4	34.4	68.9
Selalu	28	31.1	31.1	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya menghargai perasaan pasien atau keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	2	2.2	2.2	2.2
Valid Sering	20	22.2	22.2	24.4
Selalu	68	75.6	75.6	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya merasakan apa yang dirasakan pasien atau keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	9	10.0	10.0	10.0
Valid Sering	48	53.3	53.3	63.3
Selalu	33	36.7	36.7	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya mendorong pasien atau keluarga untuk mengkespresikan perasaannya

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	12	13.3	13.3	13.3
Valid Sering	44	48.9	48.9	62.2
Selalu	34	37.8	37.8	100.0

Total	90	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Saya memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama kepada pasien atau keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	1	1.1	1.1	1.1
Kadang-kadang	25	27.8	27.8	28.9
Valid Sering	26	28.9	28.9	57.8
Selalu	38	42.2	42.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya memberikan perhatian kepada pasien Ketika mereka sedang berbicara

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	1	1.1	1.1	1.1
Valid Sering	28	31.1	31.1	32.2
Selalu	61	67.8	67.8	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya memberikan respon secara verbal terhadap panggilan atau keluhan pasien atau keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	2	2.2	2.2	2.2
Valid Sering	35	38.9	38.9	41.1
Selalu	53	58.9	58.9	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya tidak menyembunyikan kesalahan saat melakukan perawatan pada pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	9	10.0	10.0	10.0
Valid Kadang-kadang	21	23.3	23.3	33.3
Sering	26	28.9	28.9	62.2
Selalu	34	37.8	37.8	100.0

Total	90	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Saya menjawab pertanyaan yang ditanyakan pasien dengan baik dan jujur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadang-kadang	5	5.6	5.6
	Sering	28	31.1	36.7
	Selalu	57	63.3	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya menerima ekspresi perasaan positif dan negatif pasien atau keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadang-kadang	8	8.9	8.9
	Sering	36	40.0	48.9
	Selalu	46	51.1	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya memberikan waktu dan mendengarkan keluhan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadang-kadang	4	4.4	4.4
	Sering	30	33.3	37.8
	Selalu	56	62.2	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya menyusun jadwal kegiatan untuk pasien sesuai dengan kemampuannya

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	6	6.7	6.7
	Kadang-kadang	26	28.9	35.6
	Sering	39	43.3	78.9
	Selalu	19	21.1	100.0

Total	90	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Saya mendiskusikan masalah yang menjadi kekhawatiran pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	2	2.2	2.2	2.2
Kadang-kadang	15	16.7	16.7	18.9
Valid Sering	45	50.0	50.0	68.9
Selalu	28	31.1	31.1	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya memberikan solusi akan keluhan maupun perasaan yang diutarakan oleh pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	8	8.9	8.9	8.9
Valid Sering	51	56.7	56.7	65.6
Selalu	31	34.4	34.4	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya mengidentifikasi masalah yang dihadapi pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	13	14.4	14.4	14.4
Valid Sering	39	43.3	43.3	57.8
Selalu	38	42.2	42.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya menerapkan masalah berdasarkan identifikasi yang ditemukan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	7	7.8	7.8	7.8
Valid Sering	38	42.2	42.2	50.0
Selalu	45	50.0	50.0	100.0

Total	90	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Saya menetapkan rencana tindak lanjut dari penyelesaian masalah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadang-kadang	10	11.1	11.1
	Sering	38	42.2	53.3
	Selalu	42	46.7	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya memberikan informasi yang jelas mengenai perawatan pada pasien atau keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadang-kadang	1	1.1	1.1
	Sering	33	36.7	37.8
	Selalu	56	62.2	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya membantu pasien untuk penyelesaian masalah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadang-kadang	13	14.4	14.4
	Sering	48	53.3	67.8
	Selalu	29	32.2	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya membantu pasien untuk melakukan suatu Tindakan dengan mempraktekkannya

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	1	1.1	1.1
	Kadang-kadang	22	24.4	25.6
	Sering	46	51.1	76.7
	Selalu	21	23.3	100.0

Total	90	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Saya memberikan penjelasan atau pengajaran agar pasien mampu dalam memenuhi kebutuhannya

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-kadang	7	7.8	7.8	7.8
Valid Sering	45	50.0	50.0	57.8
Valid Selalu	38	42.2	42.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya memfasilitasi pasien agar dapat melakukan hal hal yang dapat dikerjakan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	2	2.2	2.2	2.2
Valid Kadang-kadang	20	22.2	22.2	24.4
Valid Sering	43	47.8	47.8	72.2
Valid Selalu	25	27.8	27.8	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya memfasilitasi pasien untuk bersosialisasi dengan lingkungan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	4	4.4	4.4	4.4
Valid Kadang-kadang	29	32.2	32.2	36.7
Valid Sering	35	38.9	38.9	75.6
Valid Selalu	22	24.4	24.4	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya memberikan tindakan yang memberikan rasa nyaman secara fisik dan privasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-kadang	4	4.4	4.4	4.4
Valid Sering	36	40.0	40.0	44.4
Valid Selalu	50	55.6	55.6	100.0

Total	90	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Saya menjaga lingkungan agar selalu bersih dan tetap tenang

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadang-kadang	3	3.3	3.3
	Sering	35	38.9	42.2
	Selalu	52	57.8	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya mengenali kebutuhan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadang-kadang	21	23.3	23.3
	Sering	35	38.9	62.2
	Selalu	34	37.8	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan pada pasien yang tidak mampu melakukannya (contoh : berjalan, makan, minum, personal hygiene, dsb)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	4	4.4	4.4
	Kadang-kadang	25	27.8	32.2
	Sering	34	37.8	70.0
	Selalu	27	30.0	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya memberikan kebebasan pada pasien untuk beribadah menurut agama dan kepercayaannya

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	1	1.1	1.1	1.1
Kadang-kadang	2	2.2	2.2	3.3
Valid Sering	11	12.2	12.2	15.6
Selalu	76	84.4	84.4	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya memberikan pelajaran rohani pada pasien sesuai dengan kepercayaannya dan mensyukuri apa yang dimilikinya

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	6	6.7	6.7	6.7
Kadang-kadang	31	34.4	34.4	41.1
Valid Sering	24	26.7	26.7	67.8
Selalu	29	32.2	32.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

KUESIONER KOMUNIKASI TERAPEUTIK

Saya mempelajari Standard Operasional Prosedur yang berkaitan dengan masalah yang dialami pasien.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	14	15.6	15.6	15.6
Valid Sering	31	34.4	34.4	50.0
Selalu	45	50.0	50.0	100.0
Total	90	100.0	100.0	

**Saya mempelajari riwayat Catatan Medis pasien sebelum bertemu dengan klien
untuk mengetahui kondisi pasien**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadang-kadang	10	11.1	11.1
	Sering	22	24.4	35.6
	Selalu	58	64.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya menyusun metoda wawancara sebelum bertemu dengan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	5	5.6	5.6
	Kadang-kadang	25	27.8	33.3
	Sering	28	31.1	64.4
	Selalu	32	35.6	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya mengucapkan salam saat menemui pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadang-kadang	6	6.7	6.7
	Sering	25	27.8	34.4
	Selalu	59	65.6	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya memperkenalkan diri saat bertemu pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadang-kadang	20	22.2	22.2
	Sering	23	25.6	47.8
	Selalu	47	52.2	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya membuat kontrak awal dengan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	6	6.7	6.7	6.7
Kadang-kadang	20	22.2	22.2	28.9
Valid Sering	20	22.2	22.2	51.1
Selalu	44	48.9	48.9	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya menjelaskan tujuan bertemu pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	2	2.2	2.2	2.2
Kadang-kadang	12	13.3	13.3	15.6
Valid Sering	24	26.7	26.7	42.2
Selalu	52	57.8	57.8	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya menanyakan kondisi pasien saat bertemu dengan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	1	1.1	1.1	1.1
Valid Sering	24	26.7	26.7	27.8
Selalu	65	72.2	72.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya memanggil nama pasien dengan nama kesukaan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	10	11.1	11.1	11.1
Kadang-kadang	18	20.0	20.0	31.1
Valid Sering	30	33.3	33.3	64.4
Selalu	32	35.6	35.6	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya memperhatikan pasien saat pasien berbicara

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sering	22	24.4	24.4	24.4
Selalu	68	75.6	75.6	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Ketika pasien mengatakan keluhan, saya menanggapi dengan baik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sering	24	26.7	26.7	26.7
Selalu	66	73.3	73.3	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya menggunakan komunikasi dua arah saat berkomunikasi dengan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	2	2.2	2.2	2.2
Kadang-kadang	4	4.4	4.4	6.7
Valid Sering	25	27.8	27.8	34.4
Selalu	59	65.6	65.6	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya menggunakan kalimat yang positif saat berkomunikasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-kadang	2	2.2	2.2	2.2
Sering	26	28.9	28.9	31.1
Selalu	62	68.9	68.9	100.0
Total	90	100.0	100.0	

**Saya menyampaikan prosedur tindakan kepada pasien yang akan dilakukan
tindakan (rawat luka/ insisi/ dan lain sebagainya)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadang-kadang	3	3.3	3.3
	Sering	20	22.2	25.6
	Selalu	67	74.4	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya menjelaskan akibat tindakan yang diberikan kepada pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadang-kadang	4	4.4	4.4
	Sering	23	25.6	30.0
	Selalu	63	70.0	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya menanyakan kesediaan pasien dilakukan tindakan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadang-kadang	1	1.1	1.1
	Sering	14	15.6	16.7
	Selalu	75	83.3	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya tetap mengajak komunikasi pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kadang-kadang	2	2.2	2.2
	Sering	27	30.0	32.2
	Selalu	61	67.8	100.0
	Total	90	100.0	100.0

Saya menjelaskan apa yang harus dilakukan dan apa yang tidak boleh dilakukan pasien, setelah saya selesai melakukan tindakan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-kadang	1	1.1	1.1	1.1
Valid Sering	19	21.1	21.1	22.2
Valid Selalu	70	77.8	77.8	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya mengevaluasi respon pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-kadang	2	2.2	2.2	2.2
Valid Sering	21	23.3	23.3	25.6
Valid Selalu	67	74.4	74.4	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya menjelaskan rencana tindak lanjut

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-kadang	2	2.2	2.2	2.2
Valid Sering	20	22.2	22.2	24.4
Valid Selalu	68	75.6	75.6	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya membuat kontrak pada pertemuan berikutnya

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-kadang	11	12.2	12.2	12.2
Valid Sering	31	34.4	34.4	46.7
Valid Selalu	48	53.3	53.3	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Jika akan meninggalkan pasien saya memberi tahu pasien bagaimana agar pasien dapat meminta bantuan saya

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	1	1.1	1.1	1.1
Kadang-kadang	13	14.4	14.4	15.6
Valid Sering	35	38.9	38.9	54.4
Selalu	41	45.6	45.6	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya mengucapkan salam saat meninggalkan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	1	1.1	1.1	1.1
Kadang-kadang	8	8.9	8.9	10.0
Valid Sering	23	25.6	25.6	35.6
Selalu	58	64.4	64.4	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya berbicara relaks di depan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	2	2.2	2.2	2.2
Valid Sering	26	28.9	28.9	31.1
Selalu	62	68.9	68.9	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya menggunakan komunikasi non-verbal untuk mendukung komunikasi verbal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	17	18.9	18.9	18.9
Valid Sering	32	35.6	35.6	54.4
Selalu	41	45.6	45.6	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya tidak melipat tangan dan kaki saat berbicara dengan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	15	16.7	16.7	16.7
Kadang-kadang	2	2.2	2.2	18.9
Valid Sering	22	24.4	24.4	43.3
Selalu	51	56.7	56.7	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya menatap mata pasien saat berbicara dengan klien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	3	3.3	3.3	3.3
Valid Sering	39	43.3	43.3	46.7
Selalu	48	53.3	53.3	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya murah senyum pada pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sering	30	33.3	33.3	33.3
Valid Selalu	60	66.7	66.7	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya memberi kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	3	3.3	3.3	3.3
Valid Sering	28	31.1	31.1	34.4
Selalu	59	65.6	65.6	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya memperhatikan respon pasien setelah tindakan dilakukan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-kadang	1	1.1	1.1	1.1
Valid Sering	24	26.7	26.7	27.8
Valid Selalu	65	72.2	72.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

KUESIONER KESELAMATAN PASIEN

Saya memberikan motivasi kepada teman saya agar terbuka menceritakan kejadian keselamatan pasien yang terjadi di tempat kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Pernah	1	1.1	1.1	1.1
Valid Kadang-kadang	5	5.6	5.6	6.7
Valid Sering	39	43.3	43.3	50.0
Valid Selalu	45	50.0	50.0	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya ikut berdiskusi masalah keselamatan pasien dengan teman teman di tempat kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-kadang	9	10.0	10.0	10.0
Valid Sering	38	42.2	42.2	52.2
Valid Selalu	43	47.8	47.8	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya bebas mengemukakan pendapat ketika melihat sesuatu yang berdampak negatif pada keselamatan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	2	2.2	2.2	2.2
Kadang-kadang	19	21.1	21.1	23.3
Valid Sering	38	42.2	42.2	65.6
Selalu	31	34.4	34.4	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya takut bertanya jika ada hal yang kurang tepat dalam pemberian pelayanan kepada pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Selalu	13	14.4	14.4	14.4
Sering	11	12.2	12.2	26.7
Valid Kadang-kadang	14	15.6	15.6	42.2
Tidak Pernah	52	57.8	57.8	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya bersedia bekerja sama menyelesaikan tugas dengan perawat yang sebelumnya pernah melakukan kesalahan tindakan pada pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	1	1.1	1.1	1.1
Kadang-kadang	4	4.4	4.4	5.6
Valid Sering	35	38.9	38.9	44.4
Selalu	50	55.6	55.6	100.0
Total	90	100.0	100.0	

**Saya memberikan masukan untuk bekerja lebih baik pada teman yang pernah
melakukan kesalahan tindakan pada pasien**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	2	2.2	2.2	2.2
Kadang-kadang	18	20.0	20.0	22.2
Valid Sering	43	47.8	47.8	70.0
Selalu	27	30.0	30.0	100.0
Total	90	100.0	100.0	

**Saya bekerja sama dengan unit lain dalam menyelesaikan masalah keselamatan
pasien yang terjadi di puskesmas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	2	2.2	2.2	2.2
Kadang-kadang	9	10.0	10.0	12.2
Valid Sering	33	36.7	36.7	48.9
Selalu	46	51.1	51.1	100.0
Total	90	100.0	100.0	

**Saya lebih senang membicarakan insiden keselamatan daripada mempelajari
penyebab terjadinya kesalahan atas suatu kejadian keselamatan pasien**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Selalu	19	21.1	21.1	21.1
Sering	23	25.6	25.6	46.7
Valid Kadang-kadang	34	37.8	37.8	84.4
Tidak Pernah	14	15.6	15.6	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya khawatir penyampaian kesalahan tindakan pada pasien yang pernah saya lakukan akan mendapat sanksi pengurangan nilai kinerja pegawai

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Selalu	15	16.7	16.7	16.7
Sering	11	12.2	12.2	28.9
Valid Kadang-kadang	17	18.9	18.9	47.8
Tidak Pernah	47	52.2	52.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya mendapat penyelesaian masalah yang baik mengenai keselamatan pasien melalui pengkajian kronologis insiden keselamatan pasien di puskesmas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	3	3.3	3.3	3.3
Kadang-kadang	8	8.9	8.9	12.2
Valid Sering	34	37.8	37.8	50.0
Selalu	45	50.0	50.0	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya memberikan dukungan pada perawat yang melaporkan kepada atasan atas terjadinya kesalahan tindakan pada pasien di tempat kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	7	7.8	7.8	7.8
Kadang-kadang	16	17.8	17.8	25.6
Valid Sering	29	32.2	32.2	57.8
Selalu	38	42.2	42.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya tidak mendapat umpan balik atas pelaporan kejadian keselamatan pasien yang telah saya lakukan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Selalu	16	17.8	17.8	17.8
Sering	15	16.7	16.7	34.4
Valid Kadang-kadang	30	33.3	33.3	67.8
Tidak Pernah	29	32.2	32.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya melaporkan kejadian yang nyaris menciderai pasien di tempat kerja kepada atasan saya

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	8	8.9	8.9	8.9
Kadang-kadang	12	13.3	13.3	22.2
Valid Sering	34	37.8	37.8	60.0
Selalu	36	40.0	40.0	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya dapat membuat laporan kejadian keselamatan pasien dengan mudah ketika terjadi kejadian keselamatan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	3	3.3	3.3	3.3
Kadang-kadang	26	28.9	28.9	32.2
Valid Sering	37	41.1	41.1	73.3
Selalu	24	26.7	26.7	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya tidak melaporkan kesalahan tindakan pada pasien di ruangan yang akan membuat saya mendapat sanksi hukuman

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Selalu	11	12.2	12.2	12.2
Sering	9	10.0	10.0	22.2
Valid Kadang-kadang	14	15.6	15.6	37.8
Tidak Pernah	56	62.2	62.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya melaporkan kejadian yang mengakibatkan pasien cedera kepada atasan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	6	6.7	6.7	6.7
Kadang-kadang	13	14.4	14.4	21.1
Valid Sering	36	40.0	40.0	61.1
Selalu	35	38.9	38.9	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Kegiatan pelaporan kejadian keselamatan pasien mengganggu pekerjaan utama

saya

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Selalu	10	11.1	11.1	11.1
Sering	9	10.0	10.0	21.1
Valid Kadang-kadang	15	16.7	16.7	37.8
Tidak Pernah	56	62.2	62.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya berupaya mengkaji kondisi pasien yang beresiko jatuh

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sering	32	35.6	35.6	35.6
Valid Selalu	58	64.4	64.4	100.0
Total	90	100.0	100.0	

**Saya belajar tentang pelaksanaan prosedur tindakan yang aman pada pasien
melalui ketepatan lokasi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	24	26.7	26.7	26.7
Kadang-kadang	18	20.0	20.0	46.7
Valid Sering	11	12.2	12.2	58.9
Selalu	37	41.1	41.1	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya menanyakan identitas pasien yang akan saya beri tindakan keperawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	2	2.2	2.2	2.2
Kadang-kadang	17	18.9	18.9	21.1
Valid Sering	34	37.8	37.8	58.9
Selalu	37	41.1	41.1	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya berusaha melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan pada pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	13	14.4	14.4	14.4
Kadang-kadang	12	13.3	13.3	27.8
Valid Sering	23	25.6	25.6	53.3
Selalu	42	46.7	46.7	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya berusaha mengkonfirmasi instruksi dokter yang diberikan pada pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	6	6.7	6.7	6.7
Kadang-kadang	4	4.4	4.4	11.1
Valid Sering	34	37.8	37.8	48.9
Selalu	46	51.1	51.1	100.0

Total	90	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Saya belajar mengidentifikasi obat - obat yang perlu diwaspadai

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	2	2.2	2.2	2.2
Kadang-kadang	9	10.0	10.0	12.2
Valid Sering	36	40.0	40.0	52.2
Selalu	43	47.8	47.8	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya tidak mendapat sosialisasi informasi keselamatan pasien dari perawat yang telah mendapat pelatihan keselamatan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Selalu	33	36.7	36.7	36.7
Sering	44	48.9	48.9	85.6
Valid Kadang-kadang	11	12.2	12.2	97.8
Tidak Pernah	2	2.2	2.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya semakin mpedulikan keselamatan pasien dalam memberi pelayanan saat adanya pelaporan kesalahan tindakan pasien di puskesmas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	1	1.1	1.1	1.1
Valid Sering	22	24.4	24.4	25.6
Selalu	67	74.4	74.4	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Tim di tempat kerja saya tidak mendiskusikan langkah langkah untuk mencegah suatu kesalahan agar tidak terjadi lagi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sering	1	1.1	1.1	1.1

Kadang-kadang	14	15.6	15.6	16.7
Tidak Pernah	75	83.3	83.3	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya menginformasikan hasil analisis kejadian keselamatan pasien pada teman untuk mencegah kejadian berulang

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kadang-kadang	2	2.2	2.2	2.2
Sering	19	21.1	21.1	23.3
Selalu	69	76.7	76.7	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Tim di ruangan saya kurang berupaya menggali hal hal yang berpotensi menimbulkan kesalahan tindakan dari hasil evaluasi keselamatan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Selalu	1	1.1	1.1	1.1
Sering	7	7.8	7.8	8.9
Kadang-kadang	36	40.0	40.0	48.9
Tidak Pernah	46	51.1	51.1	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Saya berupaya belajar dari kesalahan tindakan pada pasien yang pernah saya lakukan dalam menjaga keselamatan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Pernah	36	40.0	40.0	40.0
Kadang-kadang	28	31.1	31.1	71.1
Sering	15	16.7	16.7	87.8
Selalu	11	12.2	12.2	100.0
Total	90	100.0	100.0	

