



**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN MASA KERJA
PERAWAT DENGAN SIKAP TERHADAP *PATIENT SAFETY*
DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD OTO ISKANDAR DI
NATA BANDUNG TAHUN 2025**

TESIS

**DEDE SRI MEGAWATI
1076241039**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
JAKARTA
2025**



**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN MASA KERJA
PERAWAT DENGAN SIKAP TERHADAP *PATIENT SAFETY*
DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD OTO ISKANDAR DI
NATA BANDUNG TAHUN 2025**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan
Program Magister Kesehatan Masyarakat
Universitas Mohammad Husni Thamrin**

**DEDE SRI MEGAWATI
1076241039**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
JAKARTA
2025**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Dede Sri Megawati

NIM : 1076241039

Menyatakan bahwa Tesis dengan judul “Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja Perawat Dengan Sikap terhadap *Patient safety* di instalasi rawat Inap di RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung 2025 “ adalah karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah dinyatakan dengan benar.

Jakarta, 20 Oktober 2025

Yang membuat pernyataan,



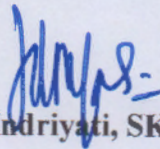
Dede Sri Megawati

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN MASA KERJA PERAWAT
DENGAN SIKAP TERHADAP *PATIENT SAFETY* DI INSTALASI
RAWAT INAP RSUD OTO ISKANDAR DI NATA BANDUNG**

TAHUN 2025

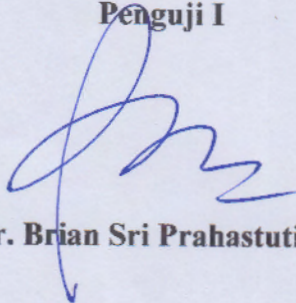
Tesis ini telah diperiksa dan disahkan oleh Tim Penguji Sidang Tesis
Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan
Universitas Mohammad Husni Thamrin

Ketua Penguji



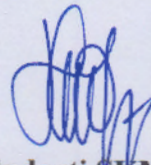
(Dr. Titi Indriyati, SKM.,M.Epid)

Penguji I



(Dr.dr. Brian Sri Prahastuti ,MPH)

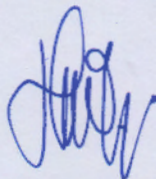
Penguji II



(Dr. Ajeng Tias Endarti,SKM.,M.CommHealth)

Mengetahui

Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat



(Dr. Ajeng Tias Endarti, SKM., M.CommHealth)

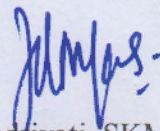
HALAMAN PERSETUJUAN

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN MASA KERJA
PERAWAT DENGAN SIKAP TERHADAP *PATIENT SAFETY*
DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD OTO ISKANDAR DI
NATA BANDUNG TAHUN 2025**

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dinyatakan boleh mengikuti ujian dihadapan Tim Penguji Sidang Tesis Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Universitas Muhammad Husni Thamrin.

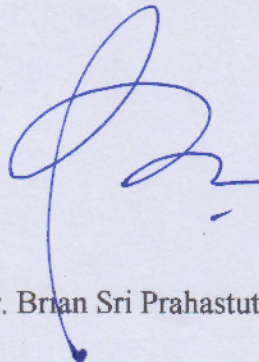
Jakarta, September 2025

Pembimbing I



(Dr. Titi Indriyati, SKM.,M.Epid)

Pembimbing II



(Dr.dr. Brian Sri Prahastuti.,MPH)

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Mohammad Husni Thamrin saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dede Sri Megawati

NIM : 1076241039

Program studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Fakultas Kesehatan Universitas Mohammad Husni Thamrin Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul: “Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja Perawat Dengan Sikap terhadap *Patient safety* di instalasi rawat Inap di RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung 2025 “

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas **Royalti Non-Eksklusif** ini Fakultas Kesehatan Universitas Mohammad Husni Thamrin berhak menyimpan, mengalih media/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan Tesis saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada Tanggal : 20 Oktober 2025

Yang menyatakan



Dede Sri Megawati

HALAMAN PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Dede Sri Megawati

NPM : 1076241039

Program studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Tahun akademik : 2024-2025

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja Perawat Dengan Sikap terhadap *Patient safety* di instalasi rawat Inap di RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung 2025“ Apabila suatu hari nanti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, 20 Oktober 2025.



(Dede Sri Megawati)

KATA PENGANTAR

Puji syukur disampaikan ke hadirat Tuhan YME atas rahmat, karunia, dan hidayahNya penulis dapat menyelesaikan penulisan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar master dalam bidang Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan, Universitas Mohammad Husni Thamrin.

Ucapan terima kasih dan penghormatan yang sebesar-besarnya disampaikan secara khusus kepada **Dr. Titi Indriyati, SKM.,M.Epid** selaku pembimbing I yang berkenan dengan sabar dalam membimbing. Beliau dengan kepakaran yang melekat telah berkenan menitiskan ilmu serta meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya dalam mewujudkan kontribusi bermakna bagi terwujudnya Tesis ini.

Ucapan terima kasih dan penghormatan yang sebesar-besarnya juga disampaikan kepada **Dr.dr. Brian Sri Prahastuti.,MPH** selaku pembimbing II, yang telah banyak mencurahkan pikiran dan meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran, serta pemikiran yang sangat berguna dalam rangka penulisan dan proses penyelesaian Tesis ini.

Pada kesempatan ini saya juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Yang berkenan memberikan ilmu, saran, masukan dan pandangan yang memperkaya, membuka wawasan serta kedalaman tesis ini.
2. Atna Permana, Ph.D. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin beserta jajaran dekanat.
3. Dr. Ajeng Tias Endarti, SKM., M.CommHealth selaku ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat serta segenap pengajar di PSMKM yang telah memberikan kesempatan untuk menempuh studi MKM serta telah memberikan bekal ilmu dan wawasan bagi penulis selama menimba ilmu di Fakultas Kesehatan UMHT.
4. Dr. Ajeng Tias Endarti, SKM., M.CommHealth, selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, serta seluruh dosen di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan pengetahuan,

wawasan, dan kesempatan belajar yang berharga selama perjalanan akademik penulis.

5. Direktur RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung, BAPAK Dr. Yani Sumpena Mochtar.,MH.Kes atas dukungan dan izin yang diberikan untuk melaksanakan penelitian ini.
6. Bagian Pendidikan dan Pelatihan (Bagian Diklat) RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung, atas fasilitasi dalam proses penelitian.
7. Suami dan anak-anak tercinta, Bapak dan mama, Teteh, serta adik-adik tersayang, atas dukungan tanpa henti, kesabaran, dan doa yang menjadi sumber kekuatan sepanjang proses ini.
8. Seluruh rekan sejawat, sahabat, dan teman mahasiswa yang telah memberikan semangat dan berbagi pengalaman selama penyelesaian penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan dan menyampaikan dengan segala kerendahan hati permohonan maaf apabila masih terdapat bagian dalam penulisan disertasi ini yang kurang berkenan. Semoga disertasi ini dapat bermanfaat bagi kita semua terutama bagi pengembangan ilmu kesehatan masyarakat. Amin Ya Robbal Alamin.

Jakarta, Juli 2025

ABSTRAK

Nama : Dede Sri Megawati
Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat
Judul : “Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja Perawat dengan Sikap terhadap *Patient Safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung Tahun 2025“

Latar Belakang: Keselamatan pasien merupakan aspek penting dalam pelayanan kesehatan yang menjamin keamanan pasien dan mencegah kejadian tidak diharapkan. Perawat sebagai tenaga kesehatan utama sangat berperan dalam penerapan *patient safety*

Tujuan: Mengetahui hubungan antara pengetahuan dan masa kerja perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung.

Metode : Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain cross-sectional, melibatkan 94 perawat sebagai responden

Hasil: Analisis statistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan dengan sikap perawat ($p=0,000$, $OR=11,8$), serta antara masa kerja dan sikap perawat ($p=0,003$, $OR=4,1$). Selain itu, faktor demografis seperti jenis kelamin dan usia juga berkontribusi terhadap variasi sikap perawat. Model penelitian menjelaskan 63% variasi sikap terhadap *patient safety*.

Rekomendasi: Rumah sakit perlu memperkuat pelatihan dan pengawasan, khususnya bagi perawat dengan masa kerja kurang dari 5 tahun. Penelitian lanjutan disarankan untuk mengkaji penerapan *patient safety* secara lebih komprehensif guna meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien secara berkelanjutan.

Kata Kunci: Pengetahuan perawat, Masa kerja, Sikap, *Patient safety*

ABSTRACT

Name : Dede Sri Megawati
Study Program : Master of Public Health
Title : *Relationship between Knowledge and Length of Service of Nurses with Attitudes towards Patient Safety in the Inpatient Installation of RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung in 2025*

Background: Patient safety is a crucial aspect of healthcare services that ensures patient security and prevents unexpected events. Nurses, as primary healthcare providers, play a vital role in implementing patient safety.

Objective: To examine the relationship between nurses' knowledge and work experience with attitudes towards patient safety in the Inpatient Installation of RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung.

Methods: This quantitative cross-sectional study involved 94 nurses as respondents.

Results: Statistical analysis revealed significant relationships between knowledge and nurses' attitudes ($p=0.000$, $OR=11.8$) and between work experience and attitudes ($p=0.003$, $OR=4.1$). Demographic factors such as gender and age also contributed to attitude variations. The model explained 63% of the variation in attitudes towards patient safety.

Recommendations: Hospitals need to strengthen training and supervision, especially for nurses with less than five years of work experience. Further research is recommended to comprehensively study the implementation of patient safety to improve service quality and patient safety sustainably.

Keywords: *Nurse knowledge, Length of Service, Attitude, Patient Safety*

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR GRAFIK	xvi
DAFTAR SINGKATAN.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	1
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian.....	6
1.5.1 Bagi Ilmu Pengetahuan.....	6
1.5.2 Bagi Pemerintah	6
1.5.3 Bagi Masyarakat	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Patient Safety	8
2.1.1 Pengertian	8
2.1.2 Sasaran <i>Patient Safety</i>	10
2.1.3 Tujuan Program <i>Patient Safety</i> Menurut (Ito, 2019)	13
2.1.4 Manfaat <i>Patient Safety</i>	13
2.1.5 Jenis-Jenis Insiden <i>Patient safety</i>	14
2.1.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi <i>Patient Safety</i>	14
2.1.7 Konsep dan Prinsip <i>Patient Safety</i>	16
2.1.8 Standar <i>Patient Safety</i> Rumah Sakit	17
2.1.9 Pengukuran <i>Patient Safety</i>	21
2.1.10 Sikap Terhadap <i>Patient Safety</i>	21
2.1.11 Aspek-Aspek Sikap terhadap <i>Patient Safety</i>	22
2.1.12 Bagaimana Membentuk Sikap Positif.....	23

2.2 Masa Kerja	24
2.2.1 Pengertian Masa Kerja	24
2.2.2 Manfaat Masa Kerja.....	24
2.2.3 Indikator Masa Kerja	25
2.2.4 Pengukuran Masa Kerja	26
2.3 Pengetahuan.....	26
2.3.1 Pengertian Pengetahuan	26
2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan	27
2.3.3 Cara Memperoleh Pengetahuan	28
2.3.4 Tingkatan Pengetahuan	29
2.3.5 Pengukuran Pengetahuan	30
2.4 Peran Perawat dalam Sikap Terhadap <i>Patient Safety</i>	30
2.4.1 Peran Perawat.....	30
2.4.2 Wewenang dan Standar Praktik Keperawatan	33
2.4.3 Pendidikan Keperawatan.....	34
2.5 <i>State Of Art</i>.....	34
2.6 Kerangka Teori	36
BAB III KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS	38
3.1 Kerangka Konsep.....	38
3.2 Definisi Operasional.....	38
3.3 Hipotesis	40
BAB IV METODE PENELITIAN	41
4.1 Desain Penelitian	41
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	41
4.3 Populasi dan Sample	41
4.3.1 Populasi 41	
4.3.2 Sample 41	
4.3.4 Teknik Pengambilan Sampel	42
4.4 Instrumen Penelitian.....	43
4.4.1 Uji Validitas	44
4.4.2 Uji Reliabilitas	45
4.5 Metode Pengumpulan Data	45
4.6 Pengolahan Data.....	45
4.7 Analisis Data	46
4.7.1 Analisis Univariat	46
4.7.2 Analisis Bivariat.....	46
4.7.3 Analisis Multivariat	47
BAB V.....	49
HASIL PENELITIAN	49
5.1 Analisis Univariat.....	49
5.1.1 Demografi Responden	49
5.1.2 Pengetahuan	50
5.1.3 Masa Kerja	51
5.1.4 Sikap terhadap <i>Patient Safety</i>	52
5.2 Analisis Bivariat	52

5.2.1 Hubungan antara Demografi Perawat dengan Sikap Terhadap Patient Safety	53
5.2.2 Hubungan Pengetahuan Perawat dengan Sikap terhadap Patient Safety	55
5.2.3 Hubungan Masa Kerja Perawat dengan Sikap terhadap <i>Patient Safety</i>	55
5.3 Analisis Multivariat	56
5.3.1 Permodelan Lengkap	57
5.3.2 Kelayakan Model	60
5.3.3 Koefisien Determinasi	61
BAB VI	62
PEMBAHASAN	62
6.1 Keterbatasan Penelitian	62
6.2 Hubungan Pengetahuan Perawat dengan Sikap Terhadap Patient Safety di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di NataBandung	63
6.3 Hubungan Masa Kerja Perawat dengan sikap Terhadap Patient Safety di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung	65
6.4 Hubungan Pengetahuan Perawat dan Masa Kerja Perawat dengan sikap Terhadap Patient Safety di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di NataBandung setelah dikontrol oleh Demografi Perawat, Jenis Kelamin, Usia, dan Pendidikan Terakhir	68
BAB VII	73
PENUTUP	73
7.1 Kesimpulan	73
7.2 Saran	74
DAFTAR PUSTAKA	76
LAMPIRAN	81

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel

Tabel 5.1 Demografi Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung Tahun 2025

Tabel 5.2 Rekapitulasi Jawaban Responden pada Item Pernyataan mengenai Pengetahuan

Tabel 5.3 Kategorisasi mengenai Pengetahuan Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD oto Iskandar Di Nata Bandung Tahun 2025

Tabel 5.4 Kategorisasi mengenai Masa Kerja Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung Tahun 2025

Tabel 5.5 Kategorisasi mengenai Sikap terhadap *Patient Safety* Perawat

Tabel 5.6 Hubungan antara Demografi Perawat dengan Sikap terhadap *Patient Safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD oto Iskandar Di Nata Bandung Tahun 2025

Tabel 5.7 Hubungan antara Pengetahuan Perawat dengan Sikap terhadap *Patient Safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD oto Iskandar Di Nata Bandung Tahun 2025

Tabel 5.8 Hubungan antara Masa Kerja Perawat dengan sikap terhadap *Patient Safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD oto Iskandar Di Nata Bandung Tahun 2025

Tabel 5.9 Seleksi Bivariat

Tabel 5.10 Permodelan Lengkap (Model satu)

Tabel 5.11 Model Kedua Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja Perawat dengan Sikap Terhadap Patient Safety Setelah Dikontrol oleh Jenis Kelamin dan usia

Tabel 5.12 Hasil Analisis Regresi Logistik Faktor Determinan Sikap terhadap Patient Safety

Tabel 5.13 *Hosmer and Lemeshow Test*

Tabel 5.14 Overall Model Fit

Tabel 5.15 Koefisien Determinasi

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja dengan sikap terhadap Patient Safety pada Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung tahun 2025

DAFTAR GRAFIK

DAFTAR SINGKATAN

APD	: Alat Pelindung Diri
ART	: Anggota Rumah Tangga
BNPB	: Badan Nasional Penanggulangan Bencana
HAI	: Healthcare-Associated Infections
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KPC	: Kejadian Potensial Cedera
KTC	: Kejadian Tidak Cedera
RI	: Republik Indonesia
SBAR	: Situation, Background, Assessment, Recommendation
SKP	: Sasaran Keselamatan Pasien
SOP	: Standar Operasional Prosedur

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan institusi penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan tugas utama menyediakan pelayanan kuratif (penyembuhan) dan preventif (pencegahan). Pelayanan kuratif fokus pada penyembuhan penyakit melalui diagnosis, pengobatan, dan perawatan pasien, sedangkan pelayanan preventif bertujuan mencegah timbulnya penyakit, seperti vaksinasi dan edukasi pola hidup sehat. Seiring perkembangan konsep keselamatan pasien, fokus rumah sakit tidak hanya pada pengobatan tetapi juga mengurangi risiko serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (WHO, 2020).

Patient safety menjadi prioritas utama dalam dunia medis dan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan. Budaya keselamatan pasien mencakup norma, nilai, serta sikap yang diterima oleh seluruh tenaga kesehatan untuk memastikan keselamatan pasien. Melalui sistem yang mendukung pelaporan insiden, identifikasi risiko, dan analisis kejadian, rumah sakit dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan mengurangi insiden yang merugikan pasien (Sucinta et al., 2024).

Menurut Global Patient Safety Report 2024 dari WHO, sekitar 12% pasien dirugikan akibat peristiwa tidak aman di berbagai fasilitas kesehatan, di mana lebih dari separuhnya dapat dicegah. Unsafe care menyebabkan kematian lebih dari 3 juta orang setiap tahun, dengan dampak terbesar di negara berpendapatan rendah dan menengah (LMICs). Fakta global menunjukkan bahwa sekitar 134 juta pasien di negara-negara tersebut menghadapi insiden dari perawatan rumah sakit, dan 80% di antaranya dapat dicegah dengan budaya patient safety yang baik (Mitchell et al., 2024). WHO menetapkan tanggal 17 September sebagai Hari Patient Safety Sedunia untuk meningkatkan kesadaran global (Shin and Kim, 2024).

Di Indonesia, laporan insiden keselamatan pasien pada tahun 2022 mencatat 4.918 kejadian, yang terdiri atas kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), dan kejadian tidak cedera (KTC) (Pramestasari et al., 2025). Namun, pada tahun 2023, terjadi peningkatan signifikan dalam jumlah insiden keselamatan

pasien, yaitu sebesar 16,1% dengan total 5.710 kejadian. Peningkatan ini menunjukkan bahwa masih ada tantangan dalam meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit, meskipun banyak rumah sakit telah memperoleh akreditasi. Dominasi insiden tidak diharapkan dan insiden sentinel pada tahun 2023 juga menunjukkan bahwa masih ada ruang untuk perbaikan dalam pengelolaan risiko dan pencegahan kesalahan. Tingkat pelaporan insiden di Indonesia masih rendah dengan distribusi tertinggi di beberapa provinsi besar (Widyastuti, Arso and Suryoputro, 2025; Iklas & Pratama, 2021). Pelaporan insiden masih rendah, dengan distribusi tertinggi di provinsi seperti DKI Jakarta, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Sumatra Selatan, dan Jawa Barat (Iklas & Pratama, 2021).

Provinsi Jawa Barat menghadapi tantangan besar akibat jumlah penduduk dan fasilitas kesehatan yang tinggi. Studi Universitas Padjadjaran (2022) menunjukkan tingkat kepatuhan terhadap standar patient safety di lima rumah sakit pemerintah di wilayah ini baru mencapai 72% (Wilam, 2022).

RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung, sebagai rumah sakit tipe B, berkomitmen menerapkan budaya patient safety terutama di ruang rawat inap. Ruang rawat inap melayani pasien minimal satu hari berdasarkan rujukan dari fasilitas lain (Simbolon and Sipayung, 2022). Data tahun 2024 mencatat 61 insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap, mayoritas berupa kejadian nyaris cedera (47,54%) yang menunjukkan potensi risiko meski belum sampai pada patient exposure level (Komite Sub KPPS RSUD Oto Iskandar Di Nata, 2024). Hal ini bertentangan dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/Menkes/SK/II/2008 yang menetapkan angka insiden patient safety sebaiknya nol persen (zero accident).

Kesalahan prosedur banyak terjadi pada proses penerimaan pasien rawat inap akibat tingginya intensitas aktivitas seperti pemberian obat, tindakan medis, dan perawatan pasien. Beberapa permasalahan ditemukan, termasuk penggunaan gelang identifikasi yang kurang tepat, pemisahan obat berbahaya yang belum optimal, standar cuci tangan yang belum sepenuhnya sesuai dengan WHO, infeksi akibat pemasangan infus, dan pengamanan tempat tidur yang tidak memadai.

Peran perawat sangat penting dalam sistem patient safety. Perawat berinteraksi langsung dengan pasien dan keluarga, sehingga pengetahuan dan sikap mereka

terhadap keselamatan pasien sangat berpengaruh. Pengetahuan yang baik menjadi dasar tindakan perawat dalam mengidentifikasi pasien, komunikasi efektif antar tenaga kesehatan, manajemen risiko, dan pencegahan infeksi. Penelitian oleh Anggreni et al. (2024) menunjukkan perawat yang mengikuti pelatihan patient safety memiliki kepatuhan lebih baik terhadap standar operasional prosedur (SPO).

Selain pengetahuan, masa kerja perawat juga berpengaruh. Pengalaman kerja memperkuat kemampuan analisis dan pengambilan keputusan dalam situasi darurat, sesuai teori experiential learning Kolb (1984) (Rahayu et al., 2024). Studi Chang et al. (2016) menegaskan perawat berpengalaman lebih cepat mengambil keputusan kritis.

Masa kerja diartikan sebagai lamanya seseorang bekerja dan berkontribusi dalam organisasi (Lestari dan Rahman, 2024). Setiawati et al. (2024) mendapati perawat dengan masa kerja lebih dari lima tahun cenderung lebih patuh terhadap protokol keselamatan pasien. Isa et al. (2021) dan Rahay (2024) juga menegaskan hubungan positif antara masa kerja, pelatihan, dan budaya keselamatan.

Sikap perawat terhadap patient safety sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan mereka. Ketidaktahuan dapat menyebabkan sikap kurang proaktif terhadap SOP, skeptisisme terhadap checklists, dan enggan melaporkan kesalahan, yang berdampak negatif pada keselamatan pasien.

Perawat memegang peranan penting dalam sistem keselamatan pasien. Sebagai tenaga kesehatan yang berinteraksi langsung dengan pasien, pengetahuan dan sikap perawat terhadap keselamatan pasien sangat menentukan keberhasilan implementasi budaya tersebut. Pengetahuan yang memadai menjadi fondasi utama dalam melakukan identifikasi pasien, menjalin komunikasi efektif antar tenaga kesehatan, manajemen risiko, serta penerapan pencegahan infeksi. Penelitian Anggreni et al. (2024) menunjukkan bahwa perawat yang telah mengikuti pelatihan keselamatan pasien memiliki tingkat kepatuhan lebih tinggi terhadap standar operasional prosedur.

Dampak penerapan budaya keselamatan pasien yang baik sangat signifikan terhadap mutu pelayanan di rumah sakit. Budaya keselamatan yang kuat mampu

mengurangi angka insiden medis yang merugikan pasien, menurunkan tingkat kesalahan prosedural, dan meningkatkan kepercayaan pasien terhadap fasilitas kesehatan. Selain itu, penerapan budaya keselamatan juga berkontribusi pada peningkatan kerjasama tim, komunikasi antar tenaga kesehatan, dan respons yang lebih cepat serta tepat terhadap potensi risiko keselamatan pasien. Sebaliknya, kurangnya budaya keselamatan yang memadai dapat berdampak pada tingginya angka insiden, cedera, dan komplikasi yang berujung pada penurunan kualitas layanan serta peningkatan biaya kesehatan (Amiri et al., 2018; Pratiwi, 2022).

Upaya meningkatkan patient safety harus fokus pada peningkatan pengetahuan melalui pelatihan komprehensif, pembentukan sikap positif, dan perbaikan sistem. Pelatihan meliputi keterampilan komunikasi, teamwork, dan human factors. Sistem mentoring antara perawat senior dan junior, audit SOP, sistem pelaporan insiden non-punitif, serta penyediaan infrastruktur pendukung seperti APD dan sistem pelacakan obat sangat diperlukan. Pendekatan experiential learning sangat dianjurkan agar teori dapat diterapkan dalam praktik nyata.

Pengetahuan, masa kerja, dan sikap perawat memiliki peran krusial dalam menjamin patient safety di rumah sakit. Kombinasi ketiganya membangun budaya keselamatan yang berdampak pada mutu pelayanan dan penurunan insiden keselamatan pasien (Isa et al., 2021).

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul "Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja Perawat dengan Sikap terhadap Patient Safety di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung."

1.2 Rumusan Masalah

Patient safety merupakan elemen kunci mutu pelayanan rumah sakit, dan perawat memiliki peran strategis dalam penerapannya. Namun, insiden keselamatan pasien masih terjadi di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung. Tahun 2024 tercatat 61 insiden, dengan 47,54% berupa kejadian nyaris cedera (near miss). Hal ini menunjukkan masih adanya celah dalam pelaksanaan prinsip keselamatan pasien, khususnya pada pemberian obat, tindakan medis, dan perawatan harian. Faktor risiko yang teridentifikasi meliputi kesalahan identifikasi pasien, pengelolaan obat yang tidak aman, serta kurang optimalnya pencegahan infeksi.

Tingkat pengetahuan, masa kerja, dan sikap perawat diduga berkontribusi terhadap tingginya insiden tersebut. Perawat dengan pengetahuan rendah atau masa kerja singkat cenderung kesulitan mengenali risiko dan menerapkan tindakan pencegahan secara tepat. Sementara itu, sikap terhadap patient safety berperan penting karena sikap positif mencerminkan kesadaran, kepedulian, dan komitmen dalam menjalankan standar operasional serta melaporkan insiden.

Oleh karena itu, penelitian ini penting dilakukan untuk mengetahui hubungan pengetahuan, masa kerja, dan sikap perawat terhadap patient safety. Hasilnya diharapkan dapat membantu rumah sakit dalam memperkuat pelatihan, supervisi, serta budaya keselamatan, sehingga mampu menekan insiden yang merugikan pasien dan meningkatkan mutu pelayanan secara keseluruhan.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan perumusan masalah, maka pertanyaan dalam penelitian ini yaitu, sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran demografi perawat, pengetahuan perawat, masa kerja perawat dan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD, Oto Iskandar Di Nata Bandung?
2. Bagaimana hubungan pengetahuan perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung ?
3. Bagaimana hubungan masa kerja perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung ?
4. Bagaimana hubungan pengetahuan perawat dan masa kerja perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung setelah dikontrol oleh demografi perawat seperti jenis kelamin, usia, dan pendidikan terakhir ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Adapun tujuan umum yang ingin dicapai pada penelitian ini yaitu mengetahui hubungan pengetahuan dan masa kerja perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung.

1.4.2 Tujuan Khusus

Berdasarkan pertanyaan penelitian di atas, maka tujuan khusus yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mengetahui gambaran demografi demografi perawat, pengetahuan perawat, masa kerja perawat dan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD, Oto Iskandar Di Nata Bandung.
2. Mengetahui hubungan pengetahuan perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung.
3. Mengetahui hubungan masa kerja perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung.
4. Mengetahui hubungan pengetahuan perawat dan masa kerja perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung setelah dikontrol oleh demografi perawat seperti jenis kelamin, usia, dan pendidikan terakhir.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya mengenai pentingnya sikap perawat terhadap *patient safety* di rumah sakit dengan meningkatkan kualitas pelayanan, penguatan kompetensi perawat, kebijakan atau strategi Manajemen Sumber Daya Manusia yang digunakan pihak Rumah Sakit berupa penempatan perawat berdasarkan masa kerja serta pencegahan kejadian *medication error*.

1.5.2 Bagi Pemerintah

Penelitian ini diharapkan memberikan manfaat khususnya bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Bandung sebagai pemilik RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung, dengan menyediakan dasar *eviden* untuk mengevaluasi dan meningkatkan kapasitas sumber daya manusia di rumah sakit tersebut, khususnya perawat. Melalui pemahaman mengenai hubungan antara pengetahuan dan masa kerja perawat dengan keselamatan pasien, pemerintah dapat merancang kebijakan yang lebih efektif dalam pengelolaan rumah sakit, seperti peningkatan kualitas pelatihan, penempatan tenaga kesehatan yang sesuai kompetensi, serta penguatan budaya

keselamatan pasien. Hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai acuan dalam pengalokasian anggaran, pengembangan sistem supervisi, dan pemantauan kinerja rumah sakit agar sejalan dengan upaya pemerintah daerah dalam meningkatkan mutu pelayanan publik di sektor kesehatan.

1.5.3 Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan dampak positif bagi masyarakat, khususnya sebagai penerima layanan kesehatan, melalui peningkatan kualitas dan keselamatan pelayanan di rumah sakit. Dengan meningkatnya pengetahuan dan masa kerja perawat serta sikap Terhadap *patient safety* yang lebih optimal, maka masyarakat akan memperoleh pelayanan keperawatan yang lebih aman, profesional, dan berorientasi pada pencegahan risiko. Hal ini juga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, mempercepat proses penyembuhan, serta meminimalisir kejadian yang merugikan selama perawatan di rumah sakit.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup merupakan pembatas suatu permasalahan. Pembatasan dalam tugas akhir ini hanya berkisar pada hal-hal yang berhubungan dengan masalah yang ada, yaitu terfokus pada faktor-faktor yang diduga dapat berhubungan dengan sikap terhadap *patient safety* yang berasal dari pengetahuan dan masa kerja perawat. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung. Tahun 2025. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan rancangan asosiatif. Analisis menggunakan, analisis univariat, bivariat dengan analisis chisquare dan multivariat dengan analisis regresi logistik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Patient Safety

Patient Safety merupakan suatu sistem di rumah sakit yang membuat asuhan pasien menjadi lebih aman. Sistem ini mencakup *assessment* risiko, identifikasi dan pengelolaan insiden, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, serta sikap Terhadap solusi untuk meminimalkan risiko (Permenkes, 2017).

2.1.1 Pengertian

Menurut *world health organization* (WHO), *Patient Safety* adalah upaya untuk mencegah terjadinya cedera yang dapat dicegah selama proses pelayanan kesehatan serta mengurangi risiko bahaya yang tidak perlu hingga tingkat yang paling rendah yang dapat diterima. WHO menekankan bahwa *Patient Safety* merupakan komponen fundamental dari pelayanan kesehatan yang bermutu, dan harus melibatkan sistem serta budaya organisasi yang proaktif dalam mengidentifikasi, menganalisis, dan mengelola risiko demi melindungi pasien dari kesalahan medis dan insiden yang tidak diinginkan (WHO, 2021)

Patient Safety tidak hanya berkaitan dengan penanganan kasus medis yang bersifat kritis, tetapi juga mencakup pencegahan terhadap kejadian-kejadian yang dapat membahayakan pasien dalam lingkungan rumah sakit, seperti infeksi nosokomial, kesalahan dalam pemberian obat, atau kesalahan prosedural lainnya (Setiawan, 2019). menurut (WHO, 2021) juga menegaskan bahwa *Patient Safety* merupakan komponen vital dalam peningkatan kualitas layanan kesehatan di seluruh dunia, dan penurunan angka kejadian tidak diinginkan (*adverse events*) merupakan salah satu tujuan utama dalam sistem kesehatan global

Patient Safety merupakan sistem pelayanan yang memberikan asuhan pasien menjadi lebih aman termasuk mengukur bahaya/resiko, pengenalan dan pengelolaan resiko terhadap pasien, kemampuan dalam mencari pengetahuan dan mengambil tindakan terhadap kejadian yang dialami dan melaksanakan insiden untuk mengurangi resiko (Amalia *et al.*, 2021)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 11 Tahun 2017 tentang *Patient Safety* (Kemenkes RI, 2017), *Patient Safety* adalah suatu sistem dalam pelayanan rumah sakit yang mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan atau tidak melaksanakan suatu tindakan yang seharusnya dilakukan. Sistem ini mencakup berbagai upaya, termasuk peningkatan mutu layanan, pelaporan insiden keselamatan pasien, analisis insiden, pembelajaran dari insiden, serta pengembangan budaya keselamatan di rumah sakit. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa pasien menerima pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan minim risiko.

Patient Safety merupakan suatu *system* yang membuat perawatan pada pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dengan manajemen risiko pasien, pelaporan dengan analisis kejadian, kemampuan untuk belajar dari insiden dengan menindaklanjuti insiden, serta solusi untuk meminimalkan risiko dengan mencegah cedera yang ditimbulkan dengan kesalahan yang dihasilkan dari melakukan suatu Tindakan atau tidak melakukan Tindakan yang seharusnya dilakukan (PMK No 11, 2017). *Patient Safety* di Rumah Sakit (KPRS) merupakan *system* pelayanan di Rumah sakit yang dalam pelaksanaannya memberikan pelayanan pada pasien menjadi lebih aman, diantaranya mengukur resiko, identifikasi dengan pengelolaan resiko terhadap pasien analisa insiden, kemampuan untuk belajar dengan menindaklanjuti insiden atau kejadian serta menerapkan solusi untuk mengurangi resiko (Marlina, Wulandari and Ramashar, 2020).

Menurut *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2014) menjelaskan bahwa *Patient Safety* adalah pencegahan terhadap cedera atau bahaya pada pasien. Konsep ini menekankan pentingnya sistem pelayanan kesehatan yang mampu mencegah kesalahan, belajar dari kesalahan yang terjadi, serta membangun budaya keselamatan yang melibatkan tenaga kesehatan, organisasi, dan pasien itu sendiri. AHRQ juga menekankan bahwa *Patient Safety* adalah bagian penting dari peningkatan mutu layanan kesehatan, dan memerlukan pendekatan sistemik serta komitmen dari seluruh level dalam organisasi layanan kesehatan.

Berdasarkan teori-teori di atas, maka dapat dinyatakan bahwa *Patient Safety* adalah upaya sistematis untuk melindungi pasien dari cedera atau bahaya yang dapat

dicegah selama proses pelayanan kesehatan. Konsep ini menekankan pentingnya penerapan sistem, prosedur, dan budaya keselamatan dalam organisasi pelayanan kesehatan guna mengurangi risiko kesalahan medis dan insiden yang merugikan pasien. *Patient Safety* menjadi bagian integral dari mutu pelayanan kesehatan yang memerlukan komitmen serta kerja sama dari seluruh tenaga kesehatan, manajemen, dan pasien itu sendiri.

2.1.2 Sasaran *Patient Safety*

Di Indonesia secara luas fasilitas pelayanan kesehatan, berlaku sasaran *Patient Safety* terdiri dari:

- a Mengenali Pasien dengan Benar (PMK No 11, 2017) Sebuah kesalahan karena salah pasien biasanya terjadi di semua bagian pengobatan. Kondisi yang dapat Dewi Kartika Wulandari 3 menyebabkan kesalahan dalam mengenali pasien karena sebagian besar pasien berada pada kondisi yang tidak kooperatif kondisi pasien yang masih dalam keadaan terbius, bingung, tidak sepenuhnya sadar; atau karena bertukar tempat tidur, atau kamar, area di kantor atau ruangan pelayanan medis; mungkin juga pasien yang memiliki cacat nyata; atau karena kondisi yang berbeda.
- b Meningkatnya Hasil Komunikasi Atau Korespondensi Yang Efektif Dan Baik (PMK No 11, 2017) Korespondensi atau komunikasi yang berhasil, tepat, lengkap, jelas, dan dapat dibenarkan oleh penerima, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan keamanan pasien yang lebih luas. Korespondensi atau komunikasi dapat di laksanakan secara elektronik, verbal, atau direkam sebagai hard copy. Surat menyurat yang sering mengalami blunder adalah perintah yang diberikan secara lisan dan diberikan melalui telepon, jika diizinkan atau di perbolehkan oleh peraturan. Satu lagi jenis korespondensi atau komunikasi yang sering melakukan kesalahan adalah saat mengumumkan kembali hasil asesmen dasar, misalnya lab klinis menghubungi atau memanggil unit bantuan pasien untuk segera melaporkan konsekuensi asesmen atau CITO. Kantor layanan medis secara kooperatif mengembangkan strategi atau teknik untuk perintah lisan maupun melalui telepon termasuk: menyusun atau masuk ke PC atau komputer menyelesaikan permintaan atau konsekuensi penilaian

oleh penerima data; penerima memahami kembali (membaca kembali) permintaan atau hasil pemeriksaan; dan menegaskan bahwa apa yang disusun dan diulang adalah tepat. Obat yang merupakan obat NORUM/LASA harus dieja ulang. Pendekatan atau strategi membedakan pilihan yang diperbolehkan jika proses read back berada di luar jangkauan kemungkinan, misalnya di ruang kerja dan dalam keadaan krisis/krisis di Trauma center atau Unit Gawat Darurat.

- c Mengusahakan Keamanan Obat Yang Harus Diwaspadai (PMK No 11, 2017)
Jika obat penting untuk rencana perawatan pasien, pemberian yang sah sangat penting atau penting untuk menjamin kesejahteraan atau keselamatan pasien. Obat full alert adalah obat yang mempunyai tingkat penyebab blunder yang tinggi, obat penenang yang mempunyai resiko tinggi menimbulkan efek sekunder yang tidak diinginkan (hasil yang tidak diinginkan) serta obat yang sebanding/sama dalam pengucapan (Nama). Obat, jenis atau struktur dan pengucapan sama). Daftar obat-obatan yang benar-benar harus diketahui tersedia di *World Health Organization*, sering disebut dalam masalah keamanan obat yaitu konsentrat elektrolit.
- d Menjamin Benar Prosedur Medis, Teknik Yang Benar, Prosedur Medis yang Tepat (PMK No 11, 2017) Salah area, salah strategi, salah memahami prosedur medis, adalah kejadian-kejadian menegangkan yang sering terjadi di ruang perawatan medis. Kesalahan-kesalahan ini disebabkan oleh komunikasi yang tidak efektif atau kurang antara individu-individu dari kelompok yang cermat, tidak adanya atau tidak termasuk pasien dalam pemeriksaan lokasi atau disebut penandaan lokasi, dan kekurangan metode untuk mengkonfirmasi area lokasi. Terlebih lagi, evaluasi pasien yang kurang, survei catatan klinis yang tidak memadai, budaya yang tidak menjunjung tinggi komunikasi yang terbuka antara rekan kerja, masalah yang biasanya terkait dengan tulisan tangan yang tidak jelas dan penggunaan singkatan-singkatan yang sering kali menjadi variabel yang berkontribusi terjadi nya kesalahan. Rumah Sakit perlu secara kooperatif mendorong adanya pengaturan atau kebijakan yang menarik dalam menghilangkan masalah yang mengkhawatirkan.

- e Mengurangi Resiko Infeksi Penyakit Karena Perawatan Medis (PMK No 11, 2017) Penanggulangan penyakit serta pengendalian kontaminasi atau infeksi sulit bagi tenaga kesehatan dalam pengaturan layanan medis, dan biaya yang membengkak untuk mengelola kontaminasi atau infeksi terkait perawatan medis merupakan masalah mendesak utama bagi pasien serta pakar layanan medis. Penyakit merupakan hal yang normal dalam semua jenis perawatan medis termasuk infeksi saluran kemih yang berhubungan dengan masalah kateter, infeksi sistem sirkulasi dan pneumonia (sering dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Masalah utama dari penyakit ini dan kontaminasi atau infeksi lainnya adalah kebersihan tangan atau cuci tangan. Aturan kebersihan tangan atau cuci tangan yang di pakai secara universal dapat diperoleh dari *World Health Association*, kantor layanan medis memiliki siklus kerja sama untuk mengembangkan strategi dan teknik yang menyesuaikan atau merangkul aturan kebersihan tangan atau mencuci tangan yang diakui secara umum untuk menjalankan aturan ini di kantor layanan medis atau rumah sakit.
- f Mengurangi Resiko Pasien Cedera Karena Jatuh (PMK No 11, 2017). Jumlah kejadian jatuh adalah bagian penting dari penyebab utama cedera pasien di ruang rawat inap. Berkenaan dengan populasi atau wilayah yang dilayani, administrasi, dan rumah sakit, rumah sakit perlu sesekali menilai resiko pasien jatuh dan harus mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera jika pasien jatuh. Penilaian atau hasil riwayat masa lalu pasien jatuh, obat-obatan dan survei penggunaan obat-obatan dan minuman keras, serta gaya atau cara dan langkah dan keseimbangan pasien, serta bantuan berjalan yang cocok untuk digunakan oleh pasien. Program ini diharapkan dapat menyaring secara tepat efek samping yang direncanakan atau cara-cara yang harus diambil untuk mengurangi jatuh. Misalnya penggunaan perangkat atau alat penghalang yang tidak tepat atau pembatasan pemasukan cairan yang dapat menyebabkan cedera, gangguan aliran, atau elastisitas kulit yang terhambat. Program seperti ini seharusnya dilakukan di Rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (Ito, 2019).

2.1.3 Tujuan Program *Patient Safety* Menurut (Ito, 2019)

Tujuan *Patient Safety* Menurut Kementerian Kesehatan RI berdasarkan Permenkes RI No. 11 Tahun 2017 tentang *Patient Safety* Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2017), yaitu sebagai berikut:

- a. Terciptanya budaya *Patient Safety* di rumah sakit
Membangun lingkungan kerja yang mendukung pelaporan insiden tanpa rasa takut, serta mendorong pembelajaran dari insiden
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
Rumah sakit bertanggung jawab untuk memberikan layanan yang aman dan transparan kepada pasien
- c. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
Mengurangi insiden medis yang merugikan pasien melalui sistem pencegahan dan manajemen risiko
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD.
Setiap insiden dijadikan pelajaran untuk memperbaiki sistem agar tidak terulang

2.1.4 Manfaat *Patient Safety*

Manfaat *Patient Safety* Menurut Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes RI, 2017) yaitu sebagai berikut:

1. Meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit
Patient Safety adalah komponen penting dalam sistem mutu pelayanan rumah sakit, sehingga penerapannya akan mendorong peningkatan kualitas layanan secara menyeluruh
2. Melindungi pasien dari cedera akibat kesalahan pelayanan kesehatan
Dengan sistem keselamatan pasien, risiko terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dapat dicegah atau diminimalkan.
3. Memberikan rasa aman kepada pasien dalam menerima pelayanan
Pasien merasa lebih percaya dan aman ketika mengetahui bahwa rumah sakit menerapkan prinsip keselamatan.
4. Meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit

5. Menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD) Sikap Terhadap sistem *Patient Safety* secara efektif dapat mengurangi jumlah insiden medis yang merugikan.

2.1.5 Jenis-Jenis Insiden *Patient safety*

Kejadian atau insiden dicirikan sebagai kejadian dan kondisi yang tidak terduga yang mengakibatkan atau mungkin dapat menyebabkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Ito, 2019). Beberapa pemahaman tentang kejadian *Patient Safety* antara lain:

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) Kejadian Tidak Diharapkan yaitu insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) Kejadian Nyaris Cedera adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC) Kejadian Tidak Cedera mempunyai arti insiden yang sudah terpapar ke pasien, akan tetapi tidak timbul cedera.
- d. Kejadian Potensial Cedera (KPC) Kejadian Potensial Cedera adalah dimana kondisi yang sangat potensial untuk menimbulkan cedera, tetapi insiden belum terjadi.
- e. Kejadian Sentinel Kejadian Sentinel adalah suatu kejadian tidak di harapkan

2.1.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Patient Safety*

Terdapat beberapa faktor yang berpengaruh besar terhadap penerapan *Patient Safety* dalam rumah sakit. Menurut (Riawan, 2017), faktor-faktor tersebut antara lain:

1. Sumber Daya Manusia

Kompetensi, pengalaman, dan pengetahuan tenaga medis adalah faktor utama dalam penerapan keselamatan pasien. Tenaga kesehatan yang terlatih dan berpengalaman memiliki kemampuan yang lebih baik dalam mengidentifikasi risiko serta mengambil tindakan pencegahan yang tepat. Sebaliknya, kekurangan pelatihan atau pengalaman dapat meningkatkan risiko kesalahan medis yang berpotensi membahayakan pasien.

Dalam suatu organisasi, sumber daya manusia didalamnya yang memberikan reaksi atau respon terhadap kebijakan ataupun budaya dalam organisasi tersebut. Ada sikap menerima dalam mengikuti segala aturan yang ada pada organisasi,

serta sikap menghargai dalam memberikan nilai yang positif terhadap suatu objek seperti mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah. Selain itu, seseorang juga mampu bertanggung jawab dalam suatu organisasi menaati ataupun mengikuti kebijakan dan budaya dalam suatu organisasi. Sikap seorang tenaga kesehatan dalam melaporkan insiden terkait keselamatan pasien di rumah sakit sangatlah penting karena mampu menjadi acuan dalam pencapaian kinerja SDM tersebut (Annisa, 2019). Pengetahuan seorang tenaga kesehatan merupakan suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Selain itu, pengetahuan seseorang dijadikan sebagai penilaian terhadap obyek tertentu. Penilaian tersebut didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau yang telah ada sebelumnya. Pengetahuan dalam mengenai insiden keselamatan pasien untuk mengetahui bagaimana penerapan pencapaian keselamatan pasien (Annisa, 2019).

2. Kebijakan Prosedur dan Protokol Keamanan

Protokol keselamatan yang jelas dan sistematis sangat penting dalam menjaga keselamatan pasien. Protokol ini mencakup prosedur standar operasional (SOP), panduan klinis, dan petunjuk lainnya yang harus dipatuhi oleh seluruh staf medis. Kepatuhan terhadap SOP ini dapat mengurangi kesalahan medis dan kejadian yang tidak diinginkan

Kebijakan merupakan rangkaian konsep yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan dalam mencapai tujuan atau sasaran. Sikap Terhadap kebijakan pada dasarnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Pelaksanaan kebijakan dimana berbagai aktor, organisasi, prosedur, dan teknik bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan dalam upaya untuk meraih tujuan- tujuan kebijakan atau program-program. Pelaksanaan suatu kebijakan ataupun sebuah SOP pada rumah sakit merupakan acuan untuk mencapai tujuan. Apabila dalam suatu rumah sakit dimana terdapat macam kebijakan ataupun SOP yang menjadi acuan, tidak dipatuhi dan melanggarnya, tentunya perlu diberi suatu hukuman (Annisa, 2019).

3. Lingkungan Fisik Rumah Sakit.

Kondisi fisik dan infrastruktur rumah sakit yang aman juga mempengaruhi keselamatan pasien. Faktor-faktor seperti pencahayaan yang memadai, ruang perawatan yang bersih dan steril, serta alat medis yang terjaga dengan baik sangat penting dalam mencegah infeksi dan kesalahan penggunaan alat

4. Kerja Tim dan Komunikasi Antar Tim Kesehatan.

Komunikasi yang efektif antar tenaga medis sangat penting dalam memastikan keselamatan pasien. Informasi yang jelas, tepat waktu, dan lengkap mengenai kondisi pasien, prosedur yang akan dilakukan, serta potensi risiko yang ada, akan sangat membantu dalam pengambilan keputusan yang tepat. Sebaliknya, kesalahan komunikasi dapat menjadi salah satu penyebab utama insiden medis. Kerjasama dalam tim menjadi sebuah kebutuhan dalam mewujudkan keberhasilan kerja. Kerjasama dalam tim akan menjadi suatu daya dorong yang memiliki energi dan sinergisitas bagi individu-individu yang tergabung dalam kerjasama tim. Tim adalah unsur kehidupan organisasi karena suatu pekerjaan melibatkan orang-orang dengan berbagai macam keahlian untuk berkerjasama untuk satu tujuan. Kejadian tim adalah proses dinamis yang melibatkan dua atau lebih orang dalam suatu aktivitas untuk menyelesaikan suatu tujuan (Bardan *et al.*, 2017). Hampir semua pekerjaan rumah sakit dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu contohnya ; tim ruang pembedahan, shift antar pekerja, dan unit medis dan perawatan.

2.1.7 Konsep dan Prinsip *Patient Safety*

Konsep dan prinsip *patient safety* menurut (Kemenkes RI, 2017) , yaitu sebagai berikut:

1. *Patient Safety* merupakan tanggung jawab semua pihak
Semua tenaga kesehatan dan manajemen rumah sakit memiliki peran penting dalam menjamin keselamatan pasien. Tidak hanya dokter dan perawat, tetapi seluruh sistem pendukung layanan kesehatan harus ikut bertanggung jawab.
2. *Patient Safety* harus menjadi bagian dari budaya organisasi
Rumah sakit wajib membangun budaya keselamatan yang mendorong

pelaporan insiden tanpa rasa takut dihukum (*non-punitive culture*) dan berfokus pada perbaikan sistem, bukan menyalahkan individu.

3. Pendekatan sistem untuk mencegah insiden
Kesalahan bukan hanya akibat dari individu, tetapi juga dari kelemahan sistem. Oleh karena itu, *Patient Safety* harus didekati dengan perbaikan proses, alur kerja, komunikasi, dan lingkungan kerja.
4. Peningkatan mutu pelayanan berkelanjutan (*continuous quality improvement*)
Patient Safety merupakan bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan yang harus dilakukan secara terus-menerus, melalui audit, pelatihan, dan evaluasi.
5. Pelibatan pasien dan keluarga dalam pelayanan kesehatan
Pasien dan keluarga perlu diberdayakan dan dilibatkan secara aktif dalam pengambilan keputusan dan pemantauan keselamatan selama proses perawatan.

2.1.8 Standar *Patient Safety* Rumah Sakit

Setiap Rumah Sakit wajib menerapkan standar *Patient Safety* Rumah Sakit. Standar ini disusun merujuk pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan oleh “*Joint Commission on Accreditation of Health Organizations, Illionis, USA*,” tahun 2002 dan di Indonesia sudah dijadikan Permenkes 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang *Patient Safety* rumah sakit. Dalam penerapannya, standar ini akan dinilai menggunakan Instrumen Akreditasi Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2017). Adapun standar *Patient Safety* Rumah Sakit tersebut yaitu, sebagai berikut:

1. Standar I : Hak Pasien
 - a. Standar : Pasien dan keluarga mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.
 - b. Kriteria :
 - 1) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
 - 2) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara

jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan (NL Kharismawati, 2015).

Menurut Priyono, dewi, (2017) Hak pasien terdiri dari:

- a) Hak memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit. Hak atas pelayanan yang manusiawi adil dan jujur.
- b) Hak mendapatkan pelayanan medis yang bermutu sesuai dengan standar profesi kedokteran)
- c) Hak memperoleh asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesi keperawatan.
- d) Hak untuk memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan sesuai dengan peraturan yang berlaku di rumah sakit.
- e) Hak dirawat oleh Dokter yang secara bebas menentukan pendapat klinis dan pendapat etisnya tanpa campur tangan dari pihak luar.
- f) Hak atas privacy atau kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya kecuali apabila ditentukan berbeda menurut peraturan yang berlaku.
- g) Hak pasien untuk memperoleh informasi secara lengkap tentang tindakan medik yang akan dilakukan kepada pasien.
- h) Hak untuk memberikan persetujuan atas tindakan yang dilakukan oleh dokter.
- i) Hak untuk menolak tindakan yang hendak dilakukan terhadap dirinya dan mengakhiri pengobatan serta perawatan atas tanggung jawab sendiri sesudah memperoleh informasi yang jelas tentang penyakitnya.
- j) Hak untuk beribadah menurut agama dan keyakinannya selama tidak mengganggu ketertiban umum.
- k) Hak atas keselamatan dan keamanan selama dalam perawatan di Rumah Sakit.

- l) Hak untuk mengajukan usul atau saran atas pelayanan Rumah Sakit terhadap dirinya. m) Hak untuk biaya pengobatan yang akan dilakukan terhadap dirinya (memeriksa dan mendapatkan penjelasan pembayaran) (Priyoto & Putri, 2017).

Kewajiban pasien:

- a) Memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya kepada dokter yang merawat.
- b) Pasien berkewajiban mematuhi nasehat dan petunjuk dokter atau perawat dalam pengobatannya.
- c) Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima. Berkewajiban memenuhi hal-hal yang telah disepakati atau perjanjian yang telah dibuatnya.

2. Standar II : Mendidik pasien dan keluarga

- a. Standar: Rumah Sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.
- b. Kriteria: keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien adalah partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di Rumah Sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

- ## 3. Standar III : *Patient Safety* dan kesinambungan. pelayanan
- Kesinambungan pelayanan harus diberikan pada pasien. Pertolongan yang diberikan kepada orang yang sedang sakit dan orang yang membutuhkan pertolongan kalau itu memang dibutuhkan oleh orang tersebut berkesinambungan. Dengan perkataan lain pertolongan yang kita berikan itu harus bersifat terus-menerus. Misalnya seorang penderita setelah meninggalkan Rumah Sakit atau rumah perawatan (pelayanan kesehatan intramural) kalau memang dibutuhkan atau disarankan perlu maka kepada penderita diberikan pertolongan fisik dan atau kejiwaan oleh seorang perawat lingkungan, dokter pribadi, para pekerja sosial dan sebagainya.
- a. Standar : Rumah Sakit menjamim kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

b. Kriteria :

- 1) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari Rumah Sakit.
 - 2) Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
 - 3) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman, dan efektif (Priyoto & putri, 2017).
4. Standar IV : Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
- 1) Standar : Rumah Sakit harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif kejadian tidak diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.
 - 2) Kriteria :
 - a) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (design) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan Rumah Sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju *Patient Safety* Rumah Sakit
 - b) Setiap Rumah Sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan : pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
 - c) Setiap Rumah Sakit harus melakukan evaluasi terkait dengan semua kejadian tidak di harapkan, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.

- d) Setiap Rumah Sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan *Patient Safety* terjamin (NL Kharismawati, 2015). Menurut Priyono, dewi, 2017 terdiri dari:
- 1) Bentuk tim *Patient Safety* di Rumah Sakit.
 - 2) Kembangkan sistem informasi pencatatan dan pelaporan internal tentang insiden.
 - 3) Rumah Sakit melakukan pelaporan insiden ke KKPRS secara rahasia.
 - 4) Rumah Sakit agar memenuhi standar *Patient Safety* Rumah Sakit dan menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien
 - 5) Menyusun standar pelayanan klinis berdasarkan hasil analisis akar masalah.

2.1.9 Pengukuran *Patient Safety*

Pengukuran *patient safety* berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 11 Tahun 2017 tentang *Patient Safety* menggunakan Sasaran *Patient Safety*(SKP) yang terdiri dari 5 bagian (Kemenkes RI, 2017), yaitu sebagai berikut:

1. SKP 1: Ketepatan Identifikasi Pasien
2. SKP2 : Peningkatan Komunikasi yang Efektif
3. SKP3 : Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (*High Alert Medications*).
4. SKP 4: Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi.
5. SKP 5: Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*HAIs*)

Pengukuran dilakukan dengan kuesioner berbasis SKP (Permenkes RI 2017), menggunakan skala likert 1–5, kemudian hasil skor dikonversi ke persentase dan dikategorikan kurang–cukup (<50%) dan baik (≥50%).

2.1.10 Sikap Terhadap *Patient Safety*

Sikap terhadap *patient safety* (keselamatan pasien) adalah cara pandang, perasaan, dan kecenderungan untuk bertindak yang dimiliki oleh tenaga kesehatan (seperti perawat, bidan, dan dokter) terkait dengan praktik keselamatan pasien. Sikap ini

bukanlah sekadar pengetahuan, melainkan cerminan dari keyakinan dan nilai-nilai yang memengaruhi perilaku mereka dalam memberikan asuhan.

Sikap yang positif terhadap *patient safety* mencakup:

1. Kesadaran: Memahami bahwa kesalahan medis bisa terjadi dan memiliki dampak serius.
2. Kepedulian: Memiliki empati dan komitmen untuk melindungi pasien dari bahaya.
3. Tanggung Jawab: Merasa bertanggung jawab secara pribadi untuk mengikuti prosedur keselamatan.

2.1.11 Aspek-Aspek Sikap terhadap *Patient Safety*

Sikap terhadap *patient safety* dapat diukur dan dipahami melalui beberapa aspek, yang sering kali digolongkan dalam tiga komponen utama:

1. Komponen Kognitif (Pengetahuan) Ini adalah pemahaman seseorang tentang konsep, aturan, dan prosedur keselamatan pasien. Contohnya:
 - a Pengetahuan tentang enam sasaran keselamatan pasien.
 - b Pemahaman tentang pentingnya komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*).
 - c Mengetahui prosedur verifikasi identitas pasien. Sikap yang baik diawali dengan pengetahuan yang akurat.
2. Komponen Afektif (Perasaan) Ini berkaitan dengan perasaan dan emosi seseorang terhadap *patient safety*. Contohnya:
 - a Merasa peduli dan cemas jika ada pasien yang berisiko jatuh.
 - b Merasa termotivasi untuk melakukan *double check* obat.
 - c Merasa frustrasi jika ada prosedur yang tidak aman. Perasaan ini yang mendorong seseorang untuk bertindak.
3. Komponen Konatif/Perilaku (Kecenderungan Bertindak) Ini adalah kecenderungan atau niat seseorang untuk menerapkan pengetahuan dan perasaan mereka ke dalam tindakan nyata. Contohnya:
 - a Secara konsisten melakukan cuci tangan 5 momen.
 - b Menggunakan dua identitas pasien sebelum memberikan obat.
 - c Melaporkan setiap insiden atau nyaris cedera (*near miss*) tanpa rasa takut.

Sikap yang baik akan terwujud dalam perilaku yang proaktif dan sesuai standar.

2.1.12 Bagaimana Membentuk Sikap Positif

Membentuk sikap yang positif terhadap *patient safety* bukanlah proses instan, melainkan memerlukan upaya berkelanjutan dari individu maupun institusi.

1. Pendidikan dan Pelatihan: Berikan pelatihan yang tidak hanya teoritis, tetapi juga praktis dan simulatif. Tujuannya bukan hanya menyampaikan informasi, tetapi juga membentuk kebiasaan.
2. Kepemimpinan yang Kuat: Pimpinan di rumah sakit harus menjadi teladan dalam menerapkan *patient safety*. Dukungan dan komitmen dari manajemen akan memengaruhi sikap seluruh staf.
3. Lingkungan Kerja yang Mendukung: Ciptakan budaya keselamatan yang tidak menghukum (*non-punitive*). Staf harus merasa aman untuk melaporkan kesalahan tanpa takut disalahkan.
4. Keterlibatan Aktif: Libatkan perawat dan bidan dalam penyusunan kebijakan atau prosedur. Ketika mereka merasa memiliki andil, sikap positif akan lebih mudah terbentuk.
5. Umpan Balik Berkelanjutan: Berikan umpan balik yang konstruktif dan rutin mengenai kinerja keselamatan pasien. Apresiasi juga perlu diberikan untuk perilaku yang menunjukkan sikap *patient safety* yang baik.

2.1.13 Pengukuran Sikap Perawat Terhadap Patient Safety

Pengukuran sikap pada umumnya dilakukan menggunakan kuesioner dengan pilihan jawaban berupa skala Likert yang dimulai dari

Umumnya skala Likert terdiri dari 5 tingkat penilaian, misalnya:

1. Sangat Tidak Setuju (STS)
2. Tidak Setuju (TS)
3. Ragu-ragu / Netral (N)
4. Setuju (S)
5. Sangat Setuju (SS)

Masing-masing jawaban diberi skor 1–5 sesuai urutan. Interpretasi Hasil Ukur (Kategori) Pengukuran dilakukan dengan kuesioner berbasis SKP (Permenkes RI

2017), menggunakan skala likert 1–5, kemudian hasil skor dikonversi ke persentase dan dikategorikan kurang ($<50\%$) dan baik ($\geq 50\%$).

2.2 Masa Kerja

2.2.1 Pengertian Masa Kerja

Masa kerja merupakan akumulasi aktivitas kerja seseorang yang dilakukan dalam jangka waktu yang panjang. Masa kerja juga merupakan jangka waktu seseorang yang sudah bekerja dari pertama mulai masuk hingga bekerja. Masa kerja juga dapat dikatakan sebagai loyalitas pegawai kepada perusahaan. Rentang waktu masa kerja yang cukup, sama dengan orang yang memiliki pengalaman yang luas baik hambatan dan keberhasilan (Lestari and Rahman, 2024).

Sedangkan menurut menurut (Jamaludin *et al.*, 2024) masa kerja merupakan lamanya seorang pegawai bekerja pada suatu perusahaan. Lamanya seorang karyawan bekerja disuatu perusahaan dapat menjadikan lebih berpengalaman dan bisa untuk memajukan perusahaan tersebut dalam bidang ekonomi maupun kinerja karyawannya.

Berdasarkan pengertian-pengertian masa kerja di atas, maka dapat dinyatakan bahwa masa kerja merupakan jangka waktu atau durasi seorang individu bekerja dalam suatu organisasi atau bidang tertentu, yang mencerminkan akumulasi aktivitas kerja, loyalitas, serta tahapan karier yang telah dilalui. Masa kerja yang panjang tidak hanya mencerminkan kesetiaan pegawai terhadap institusi, tetapi juga berkaitan erat dengan tingkat pengalaman, pemahaman terhadap hambatan dan keberhasilan kerja, serta kemampuan dalam merencanakan dan mengembangkan karier. Seiring bertambahnya masa kerja, pegawai umumnya menjadi lebih matang dalam menghadapi tantangan dan lebih berkontribusi terhadap kinerja serta kemajuan organisasi.

2.2.2 Manfaat Masa Kerja

Manfaat masa kerja untuk kepercayaan, kewibawaan, pelaksanaan pekerjaan, dan memperoleh penghasilan. Menurut (Robbin and Judge, 2020) masa kerja (*tenure*) berhubungan positif dengan kepuasan kerja, produktivitas, dan rendahnya tingkat absensi serta turnover. Pegawai yang telah lama bekerja cenderung lebih

berkomitmen terhadap organisasi. Berikut rincian manfaat masa kerja tersebut, sebagai berikut:

1. Meningkatkan Kepuasan Kerja

Pegawai dengan masa kerja yang lebih lama cenderung merasa lebih puas terhadap pekerjaan mereka karena sudah memahami peran, tugas, dan lingkungan kerja secara menyeluruh.

2. Meningkatkan Produktivitas

Masa kerja yang panjang memungkinkan pegawai menguasai tugasnya dengan lebih baik, sehingga dapat bekerja lebih efisien dan efektif.

3. Menurunkan Tingkat Absensi

Pegawai ber-tenure panjang biasanya memiliki kedisiplinan yang lebih tinggi dan keterikatan terhadap organisasi, sehingga cenderung lebih jarang absen.

4. Mengurangi Turnover (Perputaran Karyawan)

Karyawan dengan masa kerja lama memiliki kecenderungan untuk bertahan dalam organisasi, sehingga dapat mengurangi biaya rekrutmen dan pelatihan pegawai baru.

5. Meningkatkan Komitmen Organisasi

Masa kerja yang panjang berkaitan dengan komitmen emosional dan sikap positif terhadap organisasi, karena karyawan merasa menjadi bagian penting dari institusi tersebut.

2.2.3 Indikator Masa Kerja

Menurut (Hasibuan, 2020) masa kerja dapat diukur dengan beberapa indikator, sebagai berikut:

1. Lama Waktu/Periode Bekerja.

Ukuran tentang lama waktu atau masa kerja yang telah ditempuh seseorang dapat memahami tugas-tugas suatu pekerjaan dan telah melaksanakan dengan baik.

2. Tingkat pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki

Pengetahuan merujuk pada konsep, prinsip, prosedur, kebijakan atau informasi lain yang dibutuhkan oleh pegawai. Pengetahuan juga mencakup kemampuan untuk memahami dan menerapkan informasi pada tanggung jawab pekerjaan.

3. Penguasaan terhadap pekerjaan dan peralatan

Tingkat penguasaan seseorang dalam pelaksanaan aspek-aspek teknik peralatan dan Teknik. Mampu dalam melaksanakan pekerjaannya dengan adanya pengalaman.

2.2.4 Pengukuran Masa Kerja

Kategori masa kerja merupakan pengelompokan lamanya seseorang bekerja berdasarkan rentang waktu tertentu (misalnya dalam tahun), yang digunakan untuk menilai tingkat pengalaman, adaptasi kerja, dan potensi risiko kerja atau kinerja individu dalam suatu organisasi. Kategori ini umumnya dibagi menjadi beberapa tingkatan seperti masa kerja pendek, sedang, dan panjang, yang masing-masing menggambarkan karakteristik serta konsekuensi berbeda terhadap aspek pekerjaan, seperti produktivitas, loyalitas, kelelahan, dan keselamatan kerja.

Menurut (Tarwaka, 2017) dan (Sa'adah, Martadani and Taqiyuddin, 2021) menyatakan secara besar masa kerja dikategorikan menjadi beberapa bagian, yaitu sebagai berikut:

1. Masa Kerja <5 tahun

Pertama, masa kerja kurang dari 5 tahun dikategorikan sebagai masa kerja pendek, di mana individu umumnya masih dalam tahap adaptasi dan pembelajaran terhadap beban kerja serta lingkungan kerja.

2. Masa Kerja >5 Tahun

Masa kerja lebih dari 5 tahun dikategorikan sebagai masa kerja panjang, yang menunjukkan bahwa individu telah memiliki pengalaman, kestabilan, serta penguasaan dalam bekerja. Namun, pada kategori ini juga terdapat risiko kelelahan fisik maupun gangguan akibat paparan kerja jangka panjang.

2.3 Pengetahuan

2.3.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan mencakup segala kegiatan dengan cara dan sarana yang digunakan maupun segala hasil yang diperolehnya. Pada hakikatnya pengetahuan merupakan segenap hasil dari kegiatan mengetahui berkenaan dengan sesuatu obyek (dapat berupa suatu hal atau peristiwa yang dialami subyek). Pada dasarnya pengetahuan manusia sebagai hasil kegiatan mengetahui merupakan khasanah kekayaan mental

yang tersimpan dalam benak pikiran dan benak hati manusia (Octaviana and Ramadhani, 2021).

Menurut (Notoatmodjo, 2020) menyatakan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba.

Pengetahuan pada keselamatan merupakan suatu system kompleks yang dapat meningkatkan suatu sistem yang kompleks yang tumbuh dan berada di bawah tekanan. Oleh karena itu, pekerjaan *Patient Safety* juga harus berkembang. Situasi dasar untuk kinerja yang aman seperti manajemen yang menghargai keselamatan, keadaan kerja yang baik, budaya keselamatan, staf dan kompetensi yang cukup, dan peralatan yang memfasilitasi praktik yang aman adalah penting (Pratama, et al.2021).

Berdasarkan pengertian-pengertian di atas, maka dapat dinyatakan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari proses mengetahui yang diperoleh melalui pengalaman, pendidikan, pengamatan, atau pembelajaran, yang disimpan dalam pikiran manusia.

2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2020) faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan yaitu, sebagai berikut:

1. Tingkat Pendidikan. Pendidikan merupakan upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku yang positif dan meningkat. Pendidikan seseorang juga dapat mempengaruhi kemampuan pemahaman dan pengetahuan.
2. Informasi. Seseorang yang mendapatkan informasi lebih banyak menambah pengetahuan yang lebih banyak. Informasi dapat diperoleh seseorang dari orang tua, teman, media masa atau buku, serta peugas kesehatan.
3. Pengalaman. Tidak selalu berwujud hal yang pernah dialami seseorang tetapi bisa berawal dari mendengar atau melihat. Pengalaman yang diperoleh seseorang, akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat informal

4. Budaya. Tingkah laku manusia atau kelompok manusia didalam memenuhi kebutuhannya meliputi sikap dan kepercayaan.
5. Sosial Ekonomi. Jika seseorang memiliki kemampuan yang lebih, tentunya dalam memenuhi kebutuhan hidup, maka individu tersebut akan mengalokasikan Sebagian keuangannya untuk mendapatkan informasi yang berguna untuk menambah pengetahuannya.

2.3.3 Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2020) terdapat bermacam jenis pengetahuan yang dapat diperoleh guna mendapatkan kesesuaian. Metode ini dibagi menjadi dua kategori: tradisional (non alamiah) maupun modern (ilmiah) dengan melalui prosedur penelitian. Berikut macam cara memperoleh pengetahuan tersebut, yaitu, sebagai berikut:

1. Cara Non Alamiah

Cara tradisional dalam mendapatkan pengetahuan sebelum metode ilmiah ditemukan, menggunakan metode non-ilmiah tanpa melewati proses penelitian dan menggunakan metode penemuan secara logis, seperti yang disebutkan di bawah ini:

- a. Cara coba salah (*Trial and Error*)
- b. Secara kebetulan
- c. Cara kekuasaan (Otoritas)
- d. Berdasarkan pengalaman pribadi
- e. Cara akal sehat
- f. Kebenaran melalui wahyu ajaran atau akidah agama
- g. Kebenaran secara Intuitif
- h. Melalui jalan pemikiran
- i. Induksi
- j. Deduksi

2. Cara Ilmiah

Metode ilmiah lebih modern mendapat pengetahuan karena lebih sistematis, logis, serta ilmiah. Metode dinamakan metode penelitian. Metode ilmiah melibatkan pengamatan langsung terhadap fenomena alam dan populasi. Hasilnya

digabungkan dan diklasifikasikan, dan kesimpulan umum dibuat dari pengamatan langsung dan catatan fakta tentang objek yang diteliti.

2.3.4 Tingkatan Pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2020) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu, sebagai berikut :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2. Memahami (*Comprehension*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.3.5 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan didasarkan pada tingkat pengetahuan menurut (Notoatmodjo, 2020) dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan. Selanjutnya Skinner menyatakan bahwa bila seseorang dapat menjawab pertanyaan mengenai suatu bidang tertentu dengan baik secara lisan maupun tulisan, maka dapat dikatakan bahwa mengetahui bidang, sehingga pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kemampuan seseorang dalam menjawab suatu masalah mampu mewakili seberapa jauh tingkat pengetahuan orang tersebut dan secara statistik kemampuan tersebut dapat diketahui berdasarkan rangking obyektif dengan urutan sebagai berikut; dikatakan memiliki pengetahuan kurang-cukup ($\leq 50\%$) dan baik, bila skor jawaban yang diperoleh 50%. (Susilawati, Pratiwi and Adhisty, 2022).

2.4 Peran Perawat dalam Sikap Terhadap *Patient Safety*

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan yang memberikan Asuhan Keperawatan bagi Pasien di Rumah Sakit dalam pelayanannya mempunyai waktu kontak yang lebih lama dengan pasien selama 24 jam, jika dibandingkan dengan tenaga kesehatan lainnya maka dengan waktu yang lama kontak dengan pasien tidak menutup kemungkinan akan terjadi suatu insiden atau *medical error* yang lebih tinggi yang dilakukan oleh seorang perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Sehingga seorang perawat dalam menjalankan tugas pelayanan perlu memahami tentang konsep *patient safety*, sehingga pada saat melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penetapan diagnose keperawatan intervensi, melakukan tindakan serta evaluasi tidak terjadi *medical error*.

2.4.1 Peran Perawat

Perawat mengambil sejumlah peran ketika mereka memberikan perawatan kepada klien. Perawat sering melakukan peran ini secara bersamaan, tidak eksklusif satu

sama lain. Perhatian perawat adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien berfokus pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, manajemen penyakit dan gejala, dukungan keluarga, atau perawatan akhir kehidupan (*Berman, Snyder and Frandsen, 2022; Potter et al., 2019*).

1. Pemberi Asuhan

Perawat berperan penting dalam membantu pasien mempertahankan dan memulihkan kesehatan, mengelola penyakit, serta meningkatkan fungsi dan kemandirian melalui proses penyembuhan yang mencakup aspek fisik, emosional, spiritual, dan sosial. Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat harus memperhatikan kebutuhan dasar pasien tanpa membedakan latar belakang sosial, budaya, suku, ras, maupun agama. Pelayanan keperawatan menuntut tanggung jawab, kepekaan, serta pelaksanaan yang teliti agar terhindar dari kelalaian. Profesionalisme perawat didukung oleh fasilitas memadai, penempatan sesuai kebutuhan, serta kompetensi yang kuat. Untuk menjaga citra profesi, perawat dituntut memiliki keterampilan, kecerdasan, komunikasi yang baik, dan menjalankan tugas sesuai kode etik (*Dewi Kartika et al., 2022*).

2. Pendidik

Perawat sebagai pendidik (*educator*) berperan dalam memberikan pengetahuan terkait kesehatan, menjelaskan prosedur dan alasan tindakan keperawatan, mendemonstrasikan perawatan diri, memperkuat pembelajaran pasien, serta mengevaluasi kemajuan. Perawat *educator* juga berperan di institusi pendidikan, pengembangan staf, dan pendidikan pasien. Tugasnya meliputi mengajarkan teori, keterampilan, dan tren praktik keperawatan di laboratorium maupun klinik untuk mencetak perawat profesional. Bagi pasien dan keluarga, perawat *educator* membantu meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan, penyakit, dan tindakan medis, sehingga mendorong perubahan perilaku positif. Selain kepada pasien, edukasi juga diberikan kepada keluarga berisiko tinggi, kader kesehatan, dan masyarakat. Dengan demikian, perawat sebagai *educator* berkontribusi dalam meningkatkan derajat kesehatan melalui transfer pengetahuan dan pembentukan perilaku sehat (*Dewi Kartika et al., 2022*).

3. Peneliti

Perawat peneliti menyelidiki masalah untuk meningkatkan asuhan keperawatan dan mendefinisikan lebih lanjut dan memperluas ruang lingkup praktik keperawatan. Saat perawat memulai kontak dengan klien, klien harus yakin bahwa perawatan yang diberikan oleh perawat tersebut didasarkan pada informasi kesehatan terkini. Dengan demikian, kebutuhan akan praktik berbasis bukti sangat diharapkan terkait dengan asuhan keperawatan (*Boswell, C., and Cannon, 2020*).

4. Manajer

Manajer perawat perlu membangun lingkungan perawatan yang aman dan berkualitas dengan hasil pasien yang positif. Seorang manajer mengoordinasikan kegiatan anggota staf keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan dan memiliki tanggung jawab personal, kebijakan, dan pengaturan anggaran untuk unit atau lembaga. Manajer menggunakan gaya kepemimpinan yang tepat untuk menciptakan lingkungan keperawatan bagi pasien dan staf yang mencerminkan visi, misi dan nilai-nilai organisasi (Mensik, 2017).

5. Konselor

Konseling adalah proses membantu klien untuk mengenali dan mengatasi masalah psikologis atau sosial yang penuh tekanan, untuk mengembangkan hubungan interpersonal yang lebih baik, dan untuk meningkatkan pertumbuhan pribadi. Ini melibatkan pemberian dukungan emosional, intelektual, dan psikologis. Perawat menasihati berfokus pada membantu individu mengembangkan sikap, perasaan, dan perilaku baru dengan mendorong klien untuk melihat perilaku alternatif, mengenali pilihan, dan mengembangkan rasa kontrol.

6. *Change Agent*

Perawat bertindak sebagai agen perubahan ketika membantu klien untuk melakukan modifikasi dalam perilaku mereka. Perawat juga sering bertindak untuk membuat perubahan dalam suatu sistem, seperti sistem pengelolaan perawatan. Perawat terus-menerus berurusan dengan perubahan dalam sistem perawatan kesehatan. Perubahan teknologi, perubahan usia populasi klien, dan

perubahan pengobatan, perubahan epidemiologi penyakit hanyalah beberapa dari perubahan yang dihadapi perawat setiap hari (Saba and McCormick, 2021).

7. Advokat

Perawat sebagai advokat klien bertugas melindungi pasien dengan menyuarakan kebutuhan dan hak-hak mereka, menyampaikan informasi kepada tenaga kesehatan lain, serta membantu pasien dalam pengambilan keputusan medis. Perawat berperan memberi informasi, menjadi mediator, dan melindungi privasi pasien. Hambatan yang sering muncul antara lain dominasi dokter, kurangnya dukungan organisasi, keterbatasan SDM, kondisi emosional keluarga, serta lemahnya penerapan kode etik. Faktor pendukungnya meliputi tingkat pengetahuan pasien, jenjang pendidikan perawat, rasa tanggung jawab, dan dukungan institusi.

8. kolaborator, perawat bekerja sama dengan tim kesehatan lain—dokter, ahli gizi, fisioterapis, dan tenaga medis lain—untuk meningkatkan hasil perawatan pasien. Keberhasilan kolaborasi sangat bergantung pada komunikasi yang efektif, empati, kemampuan adaptasi, dan keterampilan perawat dalam bekerja sama.

Dengan demikian, peran advokat dan kolaborator menegaskan posisi strategis perawat dalam menjaga hak pasien sekaligus meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui kerjasama lintas profesi (Afidah, 2013; Nicoll, 2012).

2.4.2 Wewenang dan Standar Praktik Keperawatan

Praktik Keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh Perawat dalam bentuk Asuhan Keperawatan. Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya (Permenkes RI, 2019). Perawat dapat bekerja pada fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, klinik) dan dapat membuka pelayanan praktik keperawatan mandiri. Dalam menjalankan tugasnya perawat memiliki tugas dan wewenang yang diatur dalam aturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia. Pada Peraturan Menteri Nomor 26 Tahun 2019 tersebut mengatur mengenai:

- (1) jenis perawat;
- (2) perizinan;

- (3) penyelenggaraan praktik keperawatan;
- (4) praktik mandiri perawat;
- (5) kebutuhan pelayanan kesehatan/keperawatan dalam suatu wilayah;
- (6) pembinaan dan pengawasan

2.4.3 Pendidikan Keperawatan

Untuk mendapatkan kualitas pelayanan kesehatan yang baik, diperlukan pendidikan yang baik pula bagi para perawat. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 38 tentang Keperawatan, pendidikan tinggi keperawatan di Indonesia terbagi atas:

1. Pendidikan vokasi (program diploma tiga keperawatan);
2. Pendidikan akademik (program sarjana keperawatan, program magister Keperawatan dan program doktor keperawatan);
3. Pendidikan profesi (program profesi keperawatan dan program spesialis keperawatan).

2.5 State Of Art

Penelitian mengenai keselamatan pasien *patient safety* menjadi perhatian utama dalam peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Penelitian oleh (Djariah et al, 2020) dalam *Window of Public Health Journal* menemukan adanya hubungan signifikan antara pengetahuan, sikap, dan motivasi perawat dengan penerapan *patient safety* di ruang rawat inap. Pengetahuan perawat yang tinggi berkorelasi positif dengan kepatuhan terhadap prosedur identifikasi pasien, komunikasi efektif, serta pemberian obat yang aman. Hasil ini dibandingkan antar kelompok perawat dengan kategori pengetahuan baik dan kurang.

Penelitian oleh Sa'adah. (2021) dalam Jurnal Inovasi Penelitian menemukan bahwa hasil uji koefisien korelasi menunjukkan nilai R sebesar 0,662 yang berarti jenis kelamin, usia, dan lama bekerja secara bersama-sama memiliki hubungan yang sangat kuat terhadap kinerja karyawan.

Penelitian Jamaludin et al (2024) dalam Sosio e-Kons Universitas Indraprasta PGRI menemukan bahwa variabel usia dan masa kerja secara simultan berpengaruh terhadap produktivitas tenaga kerja Hasil penelitian ini secara parsial menunjukkan bahwa variabel usia berpengaruh signifikan terhadap produktivitas kerja. Variabel masa kerja berpengaruh signifikan terhadap produktivitas tenaga kerja.

Penelitian Roidah et al (2024) dalam Sport Science and Health menemukan hasil bahwa pelatihan keselamatan pasien (p-value 0,001) dan job burnout perawat (p-value 0,001) terhadap penerapan keselamatan pasien. Tidak ditemukan korelasi antara karakteristik individu (usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan) dan masa kerja terhadap penerapan *patient safety*.

Selanjutnya, Puspitasari et al. (2021) dalam *Indonesian Journal of Health Research* menunjukkan bahwa beban kerja fisik dan mental memengaruhi tingkat kepatuhan perawat terhadap protokol keselamatan pasien. Penelitian ini membandingkan tingkat kepatuhan antara perawat dengan beban kerja tinggi dan rendah. Hasilnya menunjukkan bahwa Masa kerja berkontribusi dalam mengelola tekanan kerja dan memperkuat kesiapan perawat menghadapi kondisi risiko tinggi.

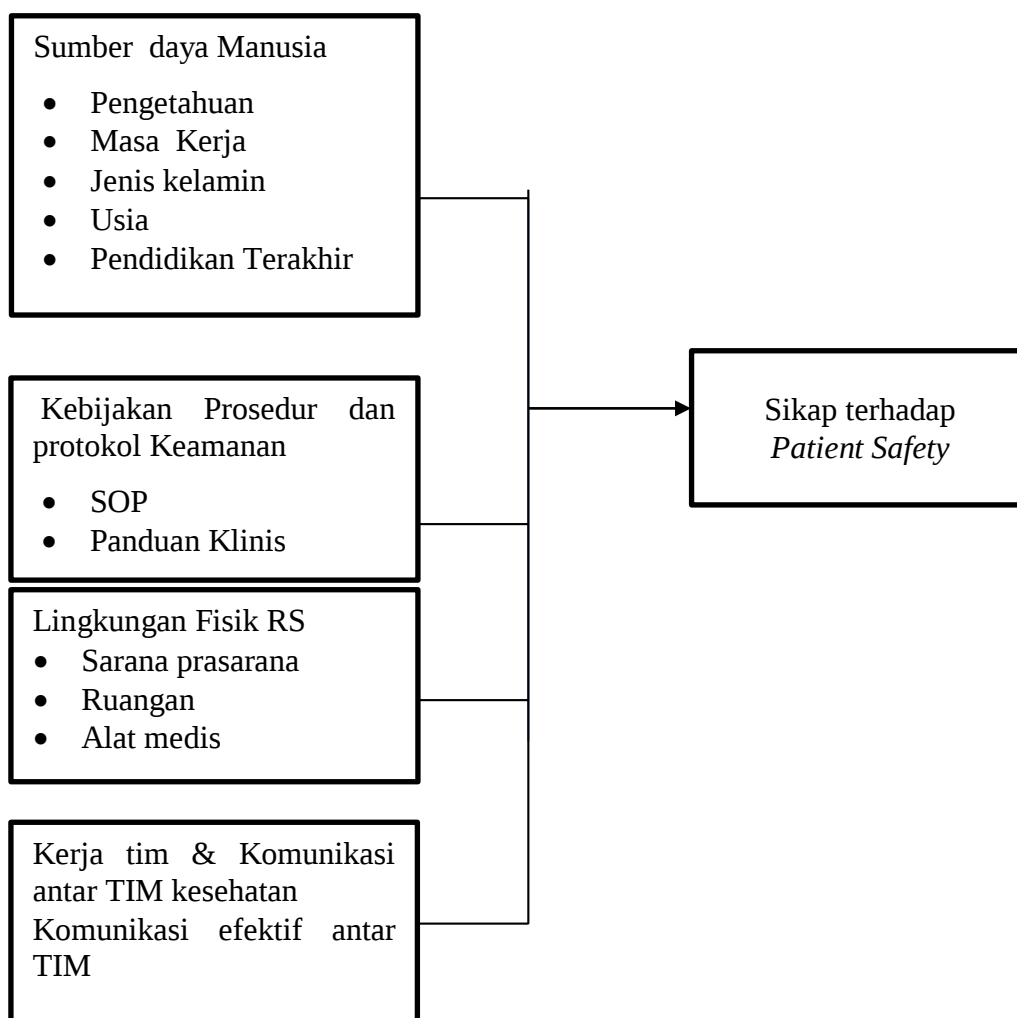
Dalam studi oleh Setiawan et al. (2021) di Jurnal Kesehatan Masyarakat, ditemukan bahwa faktor organisasi dan budaya keselamatan rumah sakit turut berperan dalam sikap Terhadap *patient safety*. Perbandingan dilakukan antara unit kerja dengan supervisi dan sistem manajerial kuat versus unit dengan kelemahan struktural. Hasilnya menekankan bahwa faktor eksternal institusi dapat memperkuat atau justru melemahkan komitmen perawat dalam menjalankan standar keselamatan.

Penelitian oleh Tenri & Putri (2022) dalam Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada menemukan hubungan signifikan antara pengetahuan dan sikap Terhadap *patient safety* di RSUD Haji Makassar ($p = 0,006$). Dwi et al. (2022) di Stikes Cendekia Kudus menunjukkan bahwa 76,7% perawat berpengetahuan baik memiliki kepatuhan tinggi terhadap Surgical Safety Checklist ($p = 0,000$). Penelitian di RSUD Idaman Banjarbaru (2022) menunjukkan korelasi kuat ($r = 0,655$; $p < 0,001$) antara pengetahuan dan pelaksanaan *patient safety*. Penelitian lain oleh Al-Haji et al. (2023) dalam International Journal of Health Analysis (Scopus Q2) menunjukkan hubungan signifikan antara pengetahuan dan pelaksanaan identifikasi pasien ($r = 0,689$; $p < 0,05$). Darayana et al. (2022) dan Purnomo et al. (2022) menyebut bahwa pengetahuan dan beban kerja mempengaruhi pelaksanaan *patient safety*. Sementara itu, Siga Tage et al. (2021) dan Faridah et al. (2021) menambahkan bahwa Masa kerja serta faktor sistem seperti budaya keselamatan juga berpengaruh. Belum banyak penelitian yang menggunakan pendekatan

komparatif dua proporsi populasi, yang seharusnya lebih kuat dalam membandingkan kelompok berdasarkan tingkat pengetahuan dan Masa kerja. Selain itu, belum banyak studi dilakukan di rumah sakit tipe B daerah berkembang seperti RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung. Masa kerja pun masih diukur secara sederhana (durasi kerja), tanpa mempertimbangkan kualitas pengalaman seperti pelatihan atau keterlibatan dalam pelaporan insiden.

2.6 Kerangka Teori

Berdasarkan hasil telaah literatur, maka dengan ini peneliti mengembangkan suatu kerangka teori, yaitu sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian
(Sumber; (Permenkes, 2017). (Notoatmodjo (2020), (Tarwaka, 2017). (Isa et al, 2021) dan (Jamaludin et al, 2024)

Pengetahuan yang memadai mengenai prinsip-prinsip Patient Safety memungkinkan perawat untuk memahami potensi risiko, menerapkan prosedur yang tepat, dan mengenali tanda-tanda awal dari kejadian tidak diinginkan. Dengan bekal pengetahuan ini, perawat dapat mengambil keputusan yang cepat dan tepat untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan. Selain itu, pengetahuan yang baik juga memengaruhi kepatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP) dan pelaporan insiden keselamatan secara aktif dan jujur, yang merupakan bagian penting dari budaya *patient safety* di rumah sakit.

Sementara itu, masa kerja perawat juga turut berperan dalam membentuk perilaku keselamatan. Perawat dengan masa kerja yang lebih panjang umumnya telah melalui berbagai situasi klinis dan lebih terbiasa dengan dinamika di lingkungan pelayanan kesehatan. Seiring berjalannya waktu, mereka cenderung memiliki pemahaman yang lebih mendalam terhadap prosedur kerja, sistem pelaporan insiden, serta cara-cara efektif dalam mengelola risiko keselamatan pasien. Masa kerja yang lebih lama dapat mencerminkan akumulasi pengetahuan dan keterampilan praktis yang diperoleh dari pengalaman bekerja dalam sistem yang kompleks dan menuntut kewaspadaan tinggi.

Dengan demikian, kombinasi antara pengetahuan teoritis yang memadai dan masa kerja yang cukup lama berpotensi membentuk perilaku keselamatan yang konsisten. Hal ini pada akhirnya berkontribusi terhadap peningkatan kualitas pelayanan dan budaya Patient Safety secara keseluruhan. Oleh karena itu, di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung, sinergi antara tingkat pengetahuan perawat dan masa kerja yang dimiliki menjadi faktor penting dalam mewujudkan budaya keselamatan pasien yang kuat.

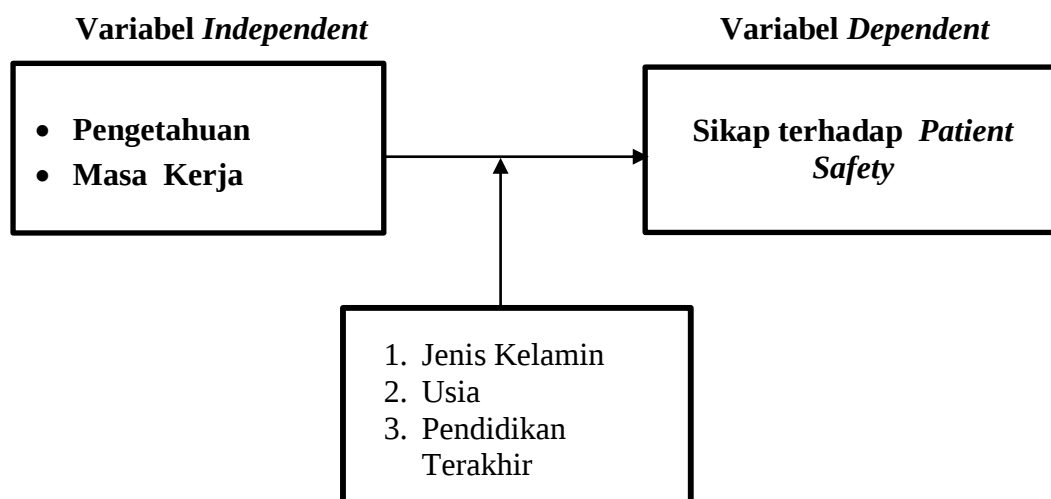
BAB III

KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan representasi visual atau naratif yang menggambarkan hubungan antara variabel-variabel dalam sebuah penelitian. Kerangka ini berfungsi sebagai panduan bagi peneliti dalam memahami dan menjelaskan fenomena yang diteliti. Menurut (Sugiyono, 2020), kerangka konsep merupakan hubungan yang berkaitan antara satu variabel dengan variabel lainnya dalam penelitian.

Pada kerangka konsep penelitian ini, yaitu pengetahuan dan Masa kerja yang ditetapkan sebagai variabel bebas (*independent*), sementara sikap terhadap *patient safety* ditetapkan sebagai variabel terikat (*dependent*). Berikut konsep penelitian, yang dijelaskan melalui diagram konseptual sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja dengan Sikap terhadap *Patient Safety* pada Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung tahun 2025

3.2 Definisi Operasional

Variabel operasional merupakan karakteristik atau sifat individu atau organisasi yang dapat diukur atau diamati dan menunjukkan variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti. Variasi tersebut dapat dijadikan sebagai pembelajaran dan kemudian dijadikan simpulan (Sugiyono, 2020). Pada definisi operasional akan menjelaskan setiap variabel yang diteliti, yang terdiri dari kepuasan pasien, kepercayaan pasien, citra rumah sakit dan mutu pelayanan kesehatan. Operasionalisasi variabel

diperlukan untuk menentukan jenis, indikator, dan skala variabel yang berkaitan dengan penelitian. Berikut ini adalah operasionalisasi variabel dalam penelitian ini, yaitu:

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Sikap terhadap <i>Patient Safety</i>	Sikap terhadap patient safety (keselamatan pasien) adalah cara pandang, perasaan, dan kecenderungan untuk bertindak yang dimiliki oleh tenaga kesehatan (seperti perawat, bidan, dan dokter) terkait dengan praktik keselamatan pasien	Kuisisioner Sikap	Diukur menggunakan kuisisioner yang berasal dari indikator Skor total diperoleh dari penjumlahan seluruh item kuesioner, lalu dikonversi menjadi persentase dengan rumus: =Skor Total/ 75 × 100%	1= Kurang (jika skor ≤50) 2= Baik (jika skor >50)	Ordinal
2.	Masa Kerja	Lama waktu atau durasi seseorang bekerja di suatu instansi, lembaga, atau perusahaan sejak pertama kali diterima atau diangkat hingga waktu tertentu saat pengukuran dilakukan (Tarwaka, 2017)	Kuisisioner	Wawancara	1= <5 Tahun 2= > 5 Tahun	Ordinal
3.	Pengetahuan	Hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba (Notoatmodjo, 2020)	Kuisisioner	Pengukuran pengetahuan didasarkan pada tingakat pengetahuan menurut (Notoatmodjo, 2020): =Skor Total/ 90 × 100%	1= Kurang (jika jawaban benar ≤50%) 2= Baik (jika jawaban benar >50%)	Ordinal
4.	Jenis Kelamin	Ciri biologis yang membedakan individu sebagai laki-laki atau perempuan, yang ditentukan sejak lahir berdasarkan karakteristik fisiologis dan reproduktif (Kemenkes, 2020)	Kuisisioner	Observasi	1= Laki-Laki 2 = Perempuan	Nominal
5.	Usia	Lamanya waktu hidup seseorang yang dihitung sejak lahir hingga waktu tertentu (BPS, 2021)	Kuisisioner	Mengisi Kuesioner	1= 25-44 Tahun 2= 45-60Tahun	Ordinal

6.	Pendidikan Terakhir	Tingkat pendidikan formal tertinggi yang telah diselesaikan oleh seseorang dan dibuktikan dengan ijazah atau sertifikat resmi (Kemendikbud, 2021)	Kuisisioner	Observasi dan Wawancara	1= Diploma (D3) 2= Sarjana (S1)	Ordinal
----	---------------------	---	-------------	-------------------------	------------------------------------	---------

3.3 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian. Hipotesis merupakan jawaban sementara yang didasarkan pada teori relevan (Sugiyono, 2020). Hipotesis dalam penelitian ini, adalah: ”Terdapat hubungan antara pengetahuan perawat dan masa kerja perawat dengan Sikap Terhadap *Patient Safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar di Nata, Bandung setelah dikontrol oleh faktor demografi perawat seperti jenis kelamin, usia dan pendidikan terakhir”.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain *cross sectional*, yaitu penelitian observasional dimana data dikumpulkan pada satu waktu tertentu dari suatu populasi atau sampel, yang bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan (asosiasi/korelasi) antara dua variabel atau lebih, tanpa memanipulasi variabel-variabel tersebut (Sugiyono, 2020b).

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di instalasi rawat inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung pada bulan Juli – Agustus 2025.

4.3 Populasi dan Sample

4.3.1 Populasi

Populasi merupakan wilayah secara umum yang terdiri dari obyek atau subyek yang memiliki kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditentukan oleh peneliti untuk dipelajari lalu dibuat kesimpulannya (Sugiyono, 2020). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Kabupaten Bandung, berjumlah 316 orang.

4.3.2 Sample

Sampel merupakan proporsi jumlah orang dalam populasi beserta karakteristik atau kriteria tertentu. Adapun kriteria sampel yang digunakan pada penelitian ini yaitu:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoadmodjo, 2020).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu, sebagai berikut:

- 1) Perawat yang bekerja minimal 6 bulan di instalasi rawat inap. (tambahkan penjelasan)
- 2) Tidak sedang cuti panjang atau tugas luar selama waktu penelitian.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan keadaan yang menyebabkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian ini (Notoadmodjo, 2020). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini yaitu, sebagai berikut:

- 1) Perawat yang sedang menjalani pendidikan lanjut (cuti belajar).
- 2) Perawat yang baru bekerja <6 bulan
- 3) Perawat yang tidak bersedia menjadi responden (menolak memberikan *informed consent*).

4.3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*, yaitu penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu, sesuai kriteria yang telah ditetapkan (Sugiyono, 2020). Penggunaan *purposive sampling*, didasarkan pada tidak semua anggota populasi memiliki karakteristik yang sesuai dengan tujuan penelitian. Dengan *purposive sampling*, peneliti dapat memilih responden yang benar-benar memenuhi kriteria inklusi sehingga data yang diperoleh lebih relevan, akurat, dan mendukung analisis hubungan antar variabel penelitian. Selain itu, metode ini juga lebih efisien, karena langsung menyasar responden yang dianggap mampu memberikan informasi yang dibutuhkan terkait penerapan *patient safety* di instalasi rawat inap.

4.3.5 Besar sampel

Besar sampel merupakan ukuran banyaknya subyek yang akan diikutsertakan dalam penelitian. Kebutuhan besar sampel minimal dihitung menggunakan rumus dengan pendekatan perbandingan proporsi pada dua populasi (Lemeshow, 1990) Rumus ini sangat tepat digunakan jika penelitian bertujuan membandingkan dua kelompok yang memiliki karakteristik berbeda, misalnya kelompok dengan pengetahuan rendah dan tinggi terhadap penerapan *patient safety*.

Rumus:

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

n : Jumlah sampel per kelompok

P_1 : Proporsi pada kelompok pertama yaitu proporsi penerapan patient safety tidak berisiko pada perawat dengan pengetahuan baik, yaitu sebesar 84.2% (0.842) (Afrizamiati & RA Fadhila, 2024).

P_2 : Proporsi pada kelompok kedua yaitu proporsi penerapan patient safety berisiko rendah pada perawat dengan pengetahuan kurang, yaitu sebesar 58.3% (0.583) (Afrizamiati & RA Fadhila, 2024).

P : Rata-rata proporsi, yaitu $P_1 + P_2 / 2$

α : Tingkat kesalahan tipe I (biasanya 0,05 untuk kepercayaan 95%)

β : Tingkat kesalahan tipe II (biasanya 0,20 untuk power 80%)

$Z_{1-\alpha/2}$: Nilai Z berdasarkan tingkat signifikansi 1.96

$Z_{1-\beta}$: Nilai Z berdasarkan kekuatan uji statistik atau power 80%

$(P_1 - P_2)^2$: Selisih kuadrat antara dua proporsi yang dibandingkan

$$n = ((Z_{1-\alpha/2} * \sqrt{2P(1-P)}) + Z_{1-\beta} * \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2 / (P_1 - P_2)^2$$

$$P_1 = 0.842$$

$$P_2 = 0.583$$

$$\bar{P} = (P_1 + P_2) / 2 = 0.7125$$

$$Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$$

$$Z_{(1-\beta)} = 0.842$$

Berdasarkan rumus tersebut, dihasilkan jumlah $n = 47$ untuk satu kelompok, sehingga kebutuhan jumlah sampel minimal dikalikan dua = 94 orang.

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data adalah Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang disusun berdasarkan Permenkes RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien serta teori pengetahuan menurut Notoatmodjo (2020). Kuesioner ini terdiri dari beberapa bagian, yaitu:

- a. Bagian I: Profil Responden Berisi data demografi meliputi nama (opsional), jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, dan masa kerja.
- b. Bagian II: sikap terhadap Patient Safety. Instrumen ini menggunakan 15 butir pernyataan yang mengacu pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), antara lain:

- SKP 1: Ketepatan Identifikasi Pasien (3 pertanyaan)
- SKP 2: Peningkatan Komunikasi yang Efektif (3 pertanyaan)
- SKP 3: Peningkatan Keamanan Obat High Alert (3 pertanyaan)
- SKP 4: Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi (3 pertanyaan)
- SKP 5: Pengurangan Risiko Infeksi terkait Pelayanan Kesehatan (3 pertanyaan)

Jawaban menggunakan skala Likert 1–5 (1 = sangat tidak setuju, 5 = sangat setuju).

c. Bagian III: Pengetahuan Perawat tentang Patient Safety
Disusun berdasarkan taksonomi Notoatmodjo (2020) yang meliputi enam aspek:

- Tahu (Know) → 3 pertanyaan
- Memahami (Comprehension) → 3 pertanyaan
- Aplikasi (Application) → 3 pertanyaan
- Analisis (Analysis) → 3 pertanyaan
- Sintesis (Synthesis) → 3 pertanyaan
- Evaluasi (Evaluation) → 3 pertanyaan

Total 18 butir pernyataan dengan skala Likert 1–5 (1 = sangat tidak setuju, 5 = sangat setuju).

Pengujian instrumen dalam penelitian ini menggunakan uji validitas dan reliabilitas. Pengujian instrumen dilakukan pada variabel-variabel yang menggunakan instrumen kuisisioner dengan skala likert, yaitu pada variabel pengetahuan dan *patient safety*.

4.4.1 Uji Validitas

Uji validitas menurut (Ghozali, 2021) bertujuan untuk mengukur sah atau valid tidaknya pernyataan dalam kuesioner yang telah dibuat. Suatu kuesioner dikatakan valid jika pernyataan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut. Metode pengujian validitas dalam penelitian ini menggunakan teknik korelasi *pearson's product moment* yaitu untuk menghitung korelasi setiap pernyataan dengan total jawaban.

Setelah didapatkan nilai r -hitung, kemudian nilai r -hitung tersebut dibandingkan dengan nilai r tabel, maka akan didapatkan nilai r -tabel pada α 0,05. Dengan Kriteria sebagai berikut:

- a. Jika r -hitung $>$ r -tabel, maka butir pernyataan dikatakan valid.
- b. Jika r -hitung $<$ r -tabel, maka butir pernyataan dikatakan tidak valid

4.4.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas menurut (Ghozali, 2021), bertujuan untuk mengukur kuesioner yang merupakan indikator dari variabel. Suatu kuesioner dikatakan reliabel atau handal adalah jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan tersebut konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Pengukuran reliabilitas dilakukan dengan menggunakan alat uji statistik *cronbach alpha* (α). Suatu konstruk atau variabel disebut reliabel jika memberikan nilai *cronbach alpha* $>$ 0.700.

4.5 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini terdiri dari pengumpulan data primer, yang diperoleh langsung dari subjek penelitian. Data primer merupakan data terpenting dalam penelitian karena keakuratannya tidak diragukan lagi, dan juga data hasil wawancara antara peneliti dengan narasumber (Sujarweni, 2022). Data primer dalam penelitian ini berasal dari penyebaran kuisisioner, yang disesuaikan dengan tujuan penelitian.

4.6 Pengolahan Data

Pengolahan data dalam penelitian ini, dilakukan dengan tahapan-tahapan sebagai berikut:

1. Mengkode Data (*Coding Data*)

Tahapan kegiatan mengklasifikasikan data dan jawaban menurut kategori masing-masing sehingga memudahkan dalam pengelompokan data.

2. Mengedit Data (*Editing Data*)

Tahapan kegiatan memeriksa validasi data yang masuk seperti memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan jawaban, dan keseragaman suatu pengukuran. Pada tahap ini diperiksa apakah ada data yang belum dikode atau kurang lengkap.

3. Membuat Struktur Data (*Structure Data*)

Cara mengorganisir, menyimpan, dan mengelola data dalam komputer agar dapat diakses dan digunakan secara efisien. Struktur data ini dilakukan dengan mengembangkan data sesuai dengan analisis dan perangkat lunak yang akan digunakan.

4. Memasukan data (*Entry Data*)

Proses memasukkan, merekam, atau menginput data ke dalam sistem atau database, baik secara manual maupun otomatis. Proses ini dilakukan untuk memastikan informasi tersimpan dengan rapi dan dapat diakses untuk keperluan analisis, pelaporan, atau pengambilan keputusan.

5. Pemeriksaan Data (*Cleaning Data*)

Tahapan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dientry dan melakukan koreksi bila terdapat kesalahan. Peneliti kembali memeriksa apakah data yang telah dimasukan ada yang belum di kode atau belum lengkap.

4.7 Analisis Data

Analisis data terdiri dari analisis univariat, bivariat dan multivariat. Berikut penjabaran analisis-analisis tersebut.

4.7.1 Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan proses analisis yang digunakan untuk memaparkan sifat-sifat atau karakteristik dari satu variabel dalam sebuah penelitian. Analisis ini bertujuan untuk memberikan gambaran atau deskripsi mengenai masing-masing variabel yang diteliti. Biasanya, hasil analisis univariat disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase untuk setiap variabel. (Notoadmodjo, 2020). Analisis univariat dengan analisis deskriptif dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana demografi perawat, pengetahuan, masa kerja perawat dan sikap terhadap *patient safety* di instalasi Rawat Inap RSUD Otoiskandardinata, Bandung.

4.7.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan metode yang digunakan untuk menganalisis dua variabel yang diduga memiliki hubungan atau korelasi (Notoatmodjo, 2020). Salah satu teknik yang umum dipakai dalam analisis bivariat adalah uji chi-square. Uji

Chi-square (χ^2 test) adalah metode statistik yang digunakan untuk menguji apakah terdapat hubungan atau asosiasi antara dua variabel nominal dalam suatu tabel kontingensi (Ghozali, 2021). Cara ketentuan pengujian yang adalah, sebagai berikut:

- a. Jika hasil *pvalue* > 0.05 , maka H_0 diterima dan H_a ditolak, berarti tidak terdapat hubungan antar kedua variabel *independent* dengan variabel *dependent*.
- b. Jika hasil *pvalue* $\leq 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima, berarti terdapat hubungan antar kedua variabel *independent* dengan variabel *dependent*.

Ketentuan yang berlaku pada uji chi Square yaitu, sebagai berikut:

1) Tabel 2x2

Gunakan *Fisher's Exact Test*, hal ini karena Chi Square tidak akurat untuk frekuensi kecil, sedangkan *Fisher's Exact Test* valid meskipun sampel kecil.

2) Tabel lebih dari 2x2

Gunakan *Pearson Chi Square Test* tanpa koreksi khusus, karena ukuran tabel lebih besar, nilai expected biasanya cukup besar dan *koreksi continuity* tidak diperlukan

Analisis bivariat dengan *Chi Square* bertujuan untuk mengetahui hubungan demografi perawat, pengetahuan dan masa kerja perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di NataBandung.

4.7.3 Analisis Multivariat

Multivariat merupakan metode statistik yang memungkinkan untuk menganalisis lebih dari satu variabel *independent* secara bersamaan terhadap variabel *dependent* (Notoatmodjo, 2020). Analisis multivariat menggunakan regresi logistic ganda, yang bertujuan untuk menguji apakah probabilitas terjadinya variabel *dependent* dapat diprediksi dengan variabel *independent*. Pada analisis regresi logistik tidak memerlukan uji asumsi *multivariate normal distribution*, karena variabel *dependent* bersifat kategorial (nominal atau non metrik) dan variabel independen merupakan kombinasi antara variabel kontinyu (metrik) dan kategorial (non metrik). Analisis regresi logistik digunakan karena variabel *dependent* dalam penelitian ini merupakan variabel yang bersifat dikotomi yaitu variabel yang pengukurannya terdiri dari dua kategori.

Proses analisis dimulai dengan memasukkan semua variabel independen yang lolos seleksi bivariat ke dalam model untuk mengetahui pengaruh simultan terhadap variabel dependent. Model dapat dibangun menggunakan metode *Enter* (semua variabel masuk sekaligus), atau metode *Stepwise* (masuk atau keluar berdasarkan nilai signifikansi). Hasil dari analisis ini akan menunjukkan koefisien regresi (β), nilai p , serta *Odds Ratio* ($\text{Exp}(B)$). Nilai $p < 0,05$ menunjukkan bahwa variabel tersebut berpengaruh signifikan. *Odds Ratio* menunjukkan seberapa besar kemungkinan terjadinya *Patient Safety* pada masing-masing kategori atau nilai variabel independen.

Setelah diperoleh model akhir, dilakukan evaluasi model menggunakan *Hosmer and Lemeshow Goodness-of-Fit Test*, yang menilai seberapa baik model sesuai dengan data aktual. Model dianggap baik jika nilai $p > 0,05$, yang berarti tidak ada perbedaan signifikan antara prediksi model dan data sebenarnya. Selain itu, nilai pseudo R^2 (seperti Nagelkerke R Square) digunakan untuk melihat sejauh mana variasi variabel *dependent* dapat dijelaskan oleh variabel independen dalam model. Langkah terakhir adalah menyimpulkan model akhir, yaitu model terbaik yang hanya memuat variabel-variabel yang berpengaruh signifikan terhadap *Patient Safety*. Hasil ini dapat digunakan sebagai dasar rekomendasi, seperti pentingnya pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan perawat, pengaturan penugasan berdasarkan usia dan masa kerja, atau perhatian pada pendidikan terakhir sebagai faktor yang turut mendukung keselamatan pasien.

Koefisien Determinasi, *Nagelkerke R Square* merupakan pengujian yang dilakukan untuk mengetahui seberapa besar variabel independen mampu menjelaskan dan mempengaruhi variabel *dependent*. Nilai *nagelkerke Rsquare* bervariasi antara 1 (satu) sampai dengan 0 (nol). Jika nilai semakin mendekati 1 maka model dianggap semakin *goodness of fit*, sementara jika semakin mendekati 0 maka model dianggap tidak *goodness of fit*.

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan proses analisis yang digunakan untuk memaparkan sifat-sifat atau karakteristik dari satu variabel dalam sebuah penelitian. Analisis ini bertujuan untuk memberikan gambaran atau deskripsi mengenai masing-masing variabel yang diteliti. Analisis univariat dalam penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan demografi responden, seperti jenis kelamin, usia, dan pendidikan terakhir. Selanjutnya pengetahuan perawat, masa kerja dan sikap terhadap *patient safety* di instalasi rawat inap RSUD Oto Iskandardinata.

5.1.1 Demografi Responden

Distribusi frekuensi demografi dari 94 orang perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Otoiskandardinata, Kabupaten Bandung yang terdiri dari jenis kelamin, usia, dan pendidikan terakhir serta masa kerja, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.1 Demografi Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung Tahun 2025 (n=94)

Demografi	Frekuensi (F)	Persentase (F)
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	34	40.4
Perempuan	60	59.6
Total	94	100.0
Usia		
25-44 Tahun	54	57.4
45-60 Tahun	40	42.6
Total	94	100.0
Pendidikan Terakhir		
Diploma 3	58	61.7
Sarjana	36	38.3
Total	94	100.0

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2025

Tabel di atas, menunjukkan demografi dari 94 orang perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Otoiskandardinata, Kabupaten Bandung, berdasarkan jenis kelamin, sebagian besar merupakan perempuan sebanyak 60 orang (59.6%). Pada rentang usia, sebagian besar perawat berusia antara 25-44 tahun, sebanyak 54 orang (57.4%). Pada pendidikan terakhir, sebagian besar perawat, memiliki pendidikan terakhir diploma sebanyak 58 orang (61.7%).

5.1.2 Pengetahuan

Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan dari 94 orang perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Otoiskandardinata, Kabupaten Bandung, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.2 Rekapitulasi Jawaban Responden pada Item Pernyataan mengenai Pengetahuan

No Item	Item Pernyataan	Frekuensi Jawaban		n
		Salah	Benar	
P1	Identifikasi pasien dan komunikasi efektif merupakan bagian dari sasaran keselamatan pasien.	28 (29,8%)	66 (70,2%)	94
P2	Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengatur tentang pelaksanaan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan.	44 (46,8%)	50 (53,2%)	94
P3	Obat-obatan <i>High Alert</i> memerlukan kewaspadaan tinggi dalam pemberian karena risiko efek sampingnya yang serius.	27 (28,7%)	67 (71,3%)	94
P4	Dua identitas pasien seperti nama lengkap dan tanggal lahir harus digunakan sebelum memberikan tindakan medis.	39 (42,5%)	55 (58,5%)	94
P5	Mengulang instruksi lisan dari dokter kepada perawat merupakan bagian dari komunikasi yang efektif.	39 (42,5%)	55 (58,5%)	94
P6	Cuci tangan harus dilakukan pada lima momen penting, bukan hanya sebelum memberikan obat.	40 (42,6%)	54 (53,2%)	94
P7	Menggunakan APD (alat pelindung diri) saat menangani pasien adalah bagian dari pencegahan infeksi.	39 (41,5%)	55 (58,5%)	94
P8	Ketidaksesuaian identitas pasien dapat menyebabkan pemberian obat yang salah.	36 (38,3%)	58 (61,7%)	94
P9	Komunikasi SBAR digunakan untuk menyampaikan informasi penting antar tenaga kesehatan.	51 (54,3%)	43 (45,7%)	94
P10	Tidak melakukan verifikasi lokasi sebelum operasi dapat menyebabkan kesalahan prosedur.	35 (37,2%)	59 (62,2%)	94
P11	Kegagalan mencuci tangan sesuai prosedur dapat meningkatkan risiko infeksi nosokomial (HAIs).	46 (48,9%)	48 (51,1%)	94

P12	SOP keselamatan pasien sebaiknya menggabungkan aspek identifikasi pasien dan komunikasi efektif.	42 (44,7%)	52 (55,3%)	94
P13	Mampu menyusun rencana pencegahan kesalahan dalam pemberian obat high alert di unit saya.	43 (45,7%)	51 (54,3%)	94
P14	Mampu menyusun rencana tindakan untuk mencegah kesalahan pemberian obat high alert.	38 (40,4%)	56 (59,6%)	94
P15	Penyusunan prosedur penanganan infeksi harus berdasarkan pedoman WHO	49 (52,1%)	45 (47,9%)	94
P16	Dapat menilai apakah prosedur Patient Safety di unit kerja saya sudah sesuai standar.	36 (38,3%)	58 (61,7)	94
P17	Mampu mengidentifikasi kelemahan sistem komunikasi antar petugas dalam pelaporan kondisi pasien.	45 (47,9%)	49 (52,1%)	94
P18	Identifikasi pasien dan komunikasi efektif merupakan bagian dari sasaran keselamatan pasien.	43 (45,7%)	51 (54,3%)	94

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2025

Berdasarkan rekapitulasi dari jawaban responden pada 18 item pernyataan pada variabel pengetahuan, diperoleh hasil bahwa proporsi jawaban benar antara 45,7% - 71,3%, artinya belum mencapai idealnya yaitu di atas 75%.

Selanjutnya Tingkat pengetahuan dibagi dalam dua kategori sebagai berikut:

Tabel 5.3 Kategorisasi mengenai Pengetahuan Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD oto Iskandar Di Nata Bandung Tahun 2025 (n=94)

Pengetahuan	Frekuensi (F)	Persentase (F)
Kurang	38	40.4
Baik	56	59.6
Total	94	100.0

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2025

Tabel di atas, menunjukkan bahwa berdasarkan tingkat pengetahuan perawat mengenai *patient safety* keselamatan pasien di rumah sakit, sebagian besar perawat yaitu sebanyak 56 orang (59.6%) memiliki tingkat pengetahuan pada kategori baik.

5.1.3 Masa Kerja

Distribusi frekuensi masa kerja dari 94 orang perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Kabupaten Bandung, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.4 Kategorisasi mengenai Masa Kerja Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung Tahun 2025 (n=94)

Masa Kerja	Frekuensi (F)	Persentase (F)
<5 Tahun	30	31.9
>5 Tahun	64	68.1
Total	94	100.0

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2025

Tabel di atas, menunjukkan bahwa berdasarkan masa kerja perawat, sebagian besar perawat yaitu sebanyak 64 orang (68.1%) memiliki masa kerja >5 tahun.

5.1.4 Sikap Terhadap *Patient Safety*

Distribusi frekuensi sikap terhadap *patient safety* dari 94 orang perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Otoiskandardinata, Kabupaten Bandung, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.5 Kategorisasi mengenai Sikap terhadap *Patient Safety* Perawat (n=94)

Sikap terhadap <i>Patient Safety</i>	Frekuensi (F)	Persentase (F)
Kurang	41	43.6
Baik	53	56.4
Total	94	100.0

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2025

Tabel di atas, menunjukkan bahwa berdasarkan sikap terhadap *patient safety* di instalasi rawat inap RSUD Otoiskandardinata, sebagian besar yaitu sebanyak 53 orang (56.4%) perawat memiliki sikap terhadap *patient safety* pada kategori baik.

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan metode yang digunakan untuk menganalisis dua variabel yang diduga memiliki hubungan atau korelasi. Analisis bivariat menggunakan uji chi-square atau chi kuadrat, yang merupakan metode statistik yang bertujuan menguji adanya keterkaitan antara dua variabel yang bersifat

kategorik. Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan, demografi perawat, pengetahuan perawat, masa kerja perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata , Bandung.

5.2.1 Hubungan antara Demografi Perawat dengan Sikap Terhadap *Patient Safety*

Berikut hasil tabulasi silang dan uji hubungan antara demografi perawat yang terdiri dari jenis kelamin, usia dan pendidikan terakhir dengan Sikap terhadap *patient safety*, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.6 Hubungan antara Demografi Perawat dengan Sikap terhadap *Patient Safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD oto Iskandar Di Nata Bandung Tahun 2025

Variabel	Sikap terhadap pastient safety				Total		P-value	OR	95% CI
	Kurang		Baik						
	n	%	n	%	n	%			
Jenis Kelamin									
Laki-Laki	21	61,8	13	38,2	34	100	<0,005	3,3	1,3-7,7
Perempuan	20	33,3	40	66,7	60	100			
Usia									
25-44 Tahun	28	51,9	26	48,1	54	100	0,092	2,2	0,9-5,2
45-60 Tahun	13	32,5	27	67,5	40	100			
Pendidikan Terakhir									
Diploma	20	34,5	38	65,5	58	100	0,032	0,4	0,2 - 0,9
Sarjana	21	58,3	15	41,7	36	100			

Keterangan: * *pvalue fisher exact*

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2025

Pada variabel jenis kelamin, dapat diketahui bahwa dari sebanyak 94 orang perawat, sebagian besar merupakan perempuan yaitu sebanyak 60 orang yang terdiri dari 20 orang (33,3%) memiliki sikap terhadap *patient safety* pada kategori kurang dan sebanyak 40 orang (66,7%) memiliki sikap terhadap *patient safety* pada kategori baik. Hasil uji statistik diperoleh hasil *p-value* sebesar 0,010 ($0,010 < 0,05$), yang menunjukkan terdapat hubungan antara jenis kelamin perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandarinata, Bandung. Hasil OR diperoleh sebesar 3,3 (CI 1,6-7,7) yang menunjukkan bahwa jenis kelamin perempuan 3,3 kali lebih tinggi untuk memiliki kemampuan *patient safety* baik, jika dibandingkan dengan jenis kelamin laki-laki.

Pada variabel usia, sebagian besar perawat berusia antara 25-44 tahun yaitu sebanyak 54 orang, yang terdiri dari 28 orang (51,9%) memiliki sikap terhadap *patient safety* pada kategori kurang, dan sebanyak 26 orang (48,1%) memiliki sikap terhadap *patient safety* pada kategori baik. Hasil uji statistik diperoleh hasil *p-value* sebesar 0,092 ($0,092 > 0,05$), yang menunjukkan tidak terdapat hubungan antara usia perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandarinata, Bandung.

Pada variabel pendidikan terakhir, sebagian besar perawat memiliki pendidikan terakhir diploma yaitu sebanyak 58 orang, yang terdiri dari 20 orang (34,5%) memiliki sikap terhadap *patient safety* pada kategori kurang dan sebanyak 38 orang (65,5%) memiliki sikap terhadap *patient safety* pada kategori baik. Hasil uji statistik diperoleh hasil *p-value* sebesar 0,032 ($0,032 < 0,05$), yang menunjukkan terdapat hubungan antara pendidikan terakhir perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandarinata, Bandung. Hasil OR diperoleh sebesar 0,4 (95%CI = 0,2 – 0,9) yang menunjukkan bahwa perawat dengan pendidikan terakhir diploma berpeluang lebih rendah untuk memiliki sikap yang kurang terhadap *patient safety* dibanding perawat yang memiliki pendidikan terakhir sarjana.

5.2.2 Hubungan Pengetahuan Perawat dengan Sikap terhadap Patient Safety

Berikut hasil tabulasi silang dan uji hubungan antara pengetahuan perawat dengan Sikap Terhadap *patient safety*, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.7 Hubungan antara Pengetahuan Perawat dengan Sikap terhadap *Patient Safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD oto Iskandar Di Nata Bandung Tahun 2025

Pengetahuan	Sikap terhadap patient Safety				Total	P-Value	OR	95% CI	
	Kurang		Baik						
	n		n						
Kurang	29	76,3	9	23,7	38	100	<0,001	11,8	4,4 -31,6
Baik	12	21,4	44	78,6	56	100			

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2025

Berdasarkan tabel di atas, pada uji hubungan pengetahuan perawat dengan sikap terhadap *patient safety*, dapat diketahui bahwa dari sebanyak 94 orang perawat, sebagian besar perawat memiliki pengetahuan pada kategori baik sebanyak 56 orang yang terdiri dari 12 orang (21,4%) memiliki sikap terhadap *patient safety* pada kategori kurang dan sebanyak 44 orang (78,6%) memiliki sikap terhadap *patient safety* pada kategori baik. Hasil uji statistik diperoleh hasil p-value sebesar 0.000 ($0.000 < 0.05$), yang menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar inata, Bandung. Hasil OR diperoleh sebesar 11,8 (CI 4,4-31,6) yang menunjukkan bahwa perawat yang memiliki pengetahuan baik, memiliki peluang 11,8 kali lebih besar untuk memiliki sikap terhadap *patient safety* kategori baik dibandingkan perawat dengan pengetahuan kurang.

5.2.3 Hubungan Masa Kerja Perawat dengan Sikap terhadap Patient Safety

Berikut hasil tabulasi silang dan uji hubungan antara masa kerja perawat dengan Sikap terhadap *patient safety*, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.8 Hubungan antara Masa Kerja Perawat dengan Sikap terhadap *Patient Safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD oto Iskandar Di Nata Bandung Tahun 2025

Sikap Terhadap Patient Safety									
Masa Kerja	Kurang		Baik		Total		P-value	O R	95% CI
	n	%	n	%	n	%			
<5 Tahun	20	66,7	10	33,3	30	100	0.003	4,1	1,6-10,3
> 5 Tahun	21	32,8	43	67,2	64	100			
Total	41	43,6	53	56,4	94	100			

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2025

Berdasarkan tabel di atas, pada uji hubungan masa kerja perawat dengan sikap terhadap *patient safety*, dapat diketahui bahwa dari sebanyak 94 orang perawat, sebagian besar perawat memiliki masa kerja >5 tahun, yaitu sebanyak 64 orang, yang terdiri dari 21 orang (32.8%) memiliki sikap terhadap *patient safety* pada kategori kurang dan sebanyak 43 orang (67.2%) memiliki sikap terhadap *patient safety* pada kategori baik. Hasil uji statistik diperoleh hasil p-value sebesar 0.003 ($0.003 < 0.05$), yang menunjukkan terdapat hubungan antara masa kerja perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar inata, Bandung. Hasil OR diperoleh sebesar 4.095 (CI 1.630-10.288) yang menunjukkan bahwa perawat yang memiliki masa kerja >5 tahun memiliki peluang 4 kali lebih besar untuk memiliki sikap terhadap *patient safety* kategori baik, jika dibandingkan dengan perawat yang memiliki masa kerja < 5 tahun.

5.3 Analisis Multivariat

Multivariat merupakan metode statistik yang memungkinkan untuk menganalisis lebih dari satu variabel *independent* secara bersamaan terhadap variabel *dependent*. Analisis multivariat menggunakan analisis regresi logistik. Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui hubungan pengetahuan perawat dan masa kerja perawat dengan Sikap Terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata, Bandung yang dikontrol oleh demografi perawat seperti jenis kelamin, usia, dan pendidikan terakhir. Tahap awal dengan cara menyeleksi hasil

bivariat dengan memasukkan variabel *independent* utama dan semua variabel karakteristik ke dalam analisis yang memiliki nilai signifikansi <0.25 .

Tabel 5.9 Seleksi Bivariat

Variabel	P-value	OR	Keterangan
Pengetahuan	$<0,001$	11,8	Kandidat Multivariat
Masa Kerja	0,003	4,1	Kandidat Multivariat
Jenis Kelamin	$<0,00$	3,2	Kandidat Multivariat
Usia	0,063	2,2	Kandidat Multivariat
Pendidikan Terakhir	0,025	0,4	Kandidat Multivariat

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2025

Berdasarkan tabel di atas hasil seleksi bivariat, maka diperoleh hasil bahwa seluruh variabel memiliki nilai signifikansi (*pvalue*) $<0,25$, sehingga seluruh variabel dalam penelitian ini merupakan kandidat pada uji multivariat.

5.3.1 Permodelan Lengkap

Permodelan lengkap adalah model pertama dengan memasukkan seluruh variabel *independent* utama dan semua variabel karakteristik yang merupakan variabel confounding dalam model, yang diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.10 Permodelan Lengkap (Model satu)

Variabel	P-value	OR	CI 95%
Pengetahuan	0,000	21,9	4,6-100,0
Masa Kerja	0,871	0,8	0.1,-5,4
Jenis Kelamin	0,000	27,6	5,7-133,4
Usia	0,045	0,19	0.0-0,9
Pendidikan Terakhir	0,512	0,58	0,1-2,9

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2025

Berdasarkan tabel di atas, hasil analisis pemodelan lengkap terlihat bahwa ada dua variabel yang tidak signifikan ($p\text{-value} > 0,05$) yaitu masa kerja ($p\text{-value} = 0,871$) dan pendidikan terakhir ($p\text{-value} = 0,512$). Selanjutnya perlu dilakukan pengeluan variabel yang paling tidak bermakna untuk mendapatkan model yang signifikan.

Berikut ini adalah hasil analisis model kedua setelah variabel pendidikan terakhir dikeluarkan dari model.

Tabel 5.11 Model Kedua Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja Perawat dengan Sikap Terhadap Patient Safety Setelah Dikontrol oleh Jenis Kelamin dan usia

Variabel	P-value	OR	CI 95%
Pengetahuan	0,000	19,6	4,4-85,8
Masa Kerja	0,760	1,2	0.3-5.4
Jenis Kelamin	0,000	25,8	5,5-120,1
Usia	0,045	0.2	0,0-0,10

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2025

Berdasarkan model kedua yang diperoleh setelah mengeluarkan pendidikan terakhir, selanjutnya dilakukan uji confounding, dengan melihat perubahan nilai OR pada variabel independent utama. Apabila perubahan OR >10% maka pendidikan terakhir adalah confounder dan harus kembali masuk ke dalam model. Hasil perhitungannya adalah = $[(OR \text{ model kedua} - OR \text{ model satu}) / OR \text{ model 1}] \times 100\% = [(19,6-21,9)/21,9] \times 100\% = 10.50\%$.

Hasil uji *confounding* terlihat bahwa perubahan nilai OR pada variabel independent utama sebesar 10.5% setelah pendidikan terakhir dikeluarkan, sehingga variabel tersebut merupakan confounder dan tetap harus masuk ke dalam model. Dengan demikian model lengkap atau model 1 sekaligus sebagai model akhir.

Berdasarkan hasil analisis pemodelan lengkap dan uji confounding, model akhir yang diperoleh adalah Model 1, yang mencakup variabel pengetahuan, masa kerja, jenis kelamin, usia, dan pendidikan terakhir.

1. Variabel pengetahuan memiliki pengaruh signifikan terhadap sikap perawat terhadap *patient safety*, dengan p-value 0,000 dan OR 21,407. Ini berarti bahwa perawat dengan pengetahuan yang baik memiliki kemungkinan 21 kali lebih besar untuk memiliki sikap yang positif terhadap *patient safety* dibandingkan dengan perawat dengan pengetahuan yang kurang.
2. Jenis kelamin perawat memiliki pengaruh signifikan terhadap sikap terhadap *patient safety* . dengan p-value 0,000 dan OR 27,563. Hasil analisis

menunjukkan bahwa perawat perempuan memiliki kemungkinan 27 kali lebih tinggi untuk memiliki sikap yang baik terhadap patient safety dibandingkan dengan perawat laki-laki.

3. Variabel usia memiliki pengaruh signifikan terhadap sikap perawat terhadap patient safety, dengan p-value 0,045 dan OR 0,186. Ini berarti bahwa semakin tua usia perawat, maka kemungkinan untuk memiliki sikap yang positif terhadap patient safety semakin rendah.
4. Meskipun variabel pendidikan terakhir tidak signifikan secara statistik (p-value 0,512), namun hasil uji *confounding* menunjukkan bahwa variabel ini merupakan confounder yang penting dan harus tetap masuk dalam model. Ini berarti bahwa pendidikan terakhir perawat dapat mempengaruhi hubungan antara pengetahuan dan sikap terhadap *patient safety*.
5. Variabel masa kerja tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap sikap perawat terhadap *patient safety*, dengan p-value 0,871.

Dalam keseluruhan, model akhir ini menunjukkan bahwa pengetahuan, jenis kelamin, usia, dan pendidikan terakhir merupakan faktor-faktor yang penting dalam menentukan sikap perawat terhadap patient safety.

Tabel 5. 12 Hasil Analisis Regresi Logistik Faktor Determinan Sikap terhadap Patient Safety

Variables in the Equation						
		B	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
					Lower	Upper
Step 1 ^a	Pengetahuan	3,064	,000	21,407	4,582	100,011
	Masa Kerja	-,151	,871	,859	,137	5,379
	Jenis Kelamin(1)	3,316	,000	27,563	5,697	133,363
	Usia	-1,680	,045	,186	,036	,962
	Pendidikan Terakhir(1)	-,542	,512	,582	,115	2,938
	Constant	,073	,950	1,076		

Berikut persamaan regresi logistik yang diperoleh, Persamaan Regresi (Y) yang diperoleh:

$$\begin{aligned}
 \ln(1-pp) &= \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n \\
 &= 0,073 + 3,064 X_1 + (-0,151) X_2 + 3,316 X_3 + (-1,680) X_4 + (-0,542) X_5 + e
 \end{aligned}$$

Keterangan:

p = Probabilitas Sikap Perawat terhadap *Patient Safety*

X_1 = Pengetahuan (0= Kurang, 1=Baik)

X_2 = Masa Kerja (1= $\leq$ 5 Tahun, 2= $>$ 5 Tahun)

X_3 = Jenis Kelamin (1 = Laki-Laki, 2 = Perempuan)

X_4 = Usia (1 = 25-44 Tahun, 2 = 45-64 Tahun)

X_5 = Pendidikan Terakhir (1 = Diploma 3, 2 = Sarjana)

Konstanta sebesar 0,073, yang menunjukkan jika semua variabel bernilai dasar (pengetahuan baik, masa kerja $>$ 5 tahun, perempuan, usia 25-44 tahun, pendidikan diploma 3), maka nilai log odds sikap positif terhadap *patient safety* adalah 0,073.

5.3.2 Kelayakan Model

Kelayakan model penelitian ini menggunakan uji *hosmer and lemeshow* dan *overall model fit*.

Tabel 5.13 *Hosmer and Lemeshow Test*

Step	Chi-square	df	Sig.
1	2,651	8	0,954

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2025

Hasil pengujian prasyarat dengan *hosmer and lemeshow*, diperoleh hasil signifikansi (*pvalue*) sebesar 0,954 ($0,954 > 0,05$), sehingga dapat dinyatakan bahwa hipotesis nol tidak dapat ditolak dan berarti model mampu memprediksi nilai observasinya atau dapat dikatakan model dapat diterima, karena cocok dengan data observasinya.

Tabel 5.14 Overall Model Fit

Keterangan	Nilai
-2Log <i>Likelihood</i> (block number = 0)	128,776
-2Log <i>Likelihood</i> (block number = 1)	69,073

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2025

Berdasarkan hasil *overall model fit* pada model, menunjukkan bahwa terjadi penurunan nilai antara -2 log *likelihood* awal dan akhir, penurunan nilai -2 log *likelihood*, ini dapat diartikan bahwa penambahan variabel *independnet* ke dalam

model dapat memperbaiki model fit, serta menunjukkan model regresi yang lebih baik atau dengan kata lain model yang dihipotesiskan, fit dengan data.

5.3.3 Koefisien Determinasi

Nagelkerke R Square merupakan pengujian yang dilakukan untuk mengetahui seberapa besar variabel independen maupu menjelaskan dan mempengaruhi variabel *dependent*. Nilai Nagelkerke Rsquare bervariasi antara 1 (satu) sampai dengan 0 (nol). Jika nilai semakin mendekati 1 maka model dianggap semakin *goodness of fit*, sementara jika semakin mendekati 0 maka model dianggap tidak *goodness of fit*.

Tabel 5.15 Koefisien Determinasi

Step	Nagelkerke R Square
1	0,630

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2025

Berdasarkan tabel di atas, dapat terlihat bahwa nilai nagelkerke rsquare, diperoleh sebesar 0,630, yang menunjukkan bahwa sebesar 63,0% kemampuan seluruh variabel *independent* pengetahuan dan masa kerja setelah dikontrol oleh jenis kelamin, usia dan pendidikan terakhir. dalam menjelaskan *sikap* terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata , Bandung, sedangkan sisanya sebesar 37,0% dijelaskan oleh variabel-variabel diluar penelitian ini.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan dari sisi desain, yaitu menggunakan pendekatan *cross sectional* yang hanya menggambarkan hubungan antar variabel pada satu waktu tertentu. Dengan demikian, meskipun ditemukan adanya hubungan antara pengetahuan dan masa kerja dengan Sikap terhadap *patient safety*, namun hubungan kausalitas tidak dapat dipastikan. Penelitian ini tidak dapat menjawab apakah pengetahuan atau masa kerja secara langsung menyebabkan peningkatan praktik keselamatan pasien.

Penggunaan instrumen kuesioner dalam penelitian ini membatasi validitas data, karena terdapat risiko bias informasi. Responden cenderung memberikan jawaban yang dianggap normatif atau sesuai harapan sosial, bukan berdasarkan praktik nyata mereka. Di samping itu, penelitian ini tidak memasukkan variabel-variabel eksternal yang signifikan seperti beban kerja, sistem pelaporan insiden, dan dukungan manajemen. Dengan demikian, temuan yang dihasilkan belum dapat memberikan pemahaman yang menyeluruh tentang dinamika kompleks dalam praktik keselamatan pasien.

Keterbatasan lainnya adalah ruang lingkup penelitian yang terbatas hanya di satu rumah sakit, yakni RSUD Oto Iskandardinata Bandung. Oleh karena itu, hasil penelitian ini belum dapat digeneralisasikan secara luas ke rumah sakit lain dengan kondisi dan budaya kerja yang berbeda. Selain itu, pemilihan sampel secara purposive juga bisa menimbulkan bias, karena hanya melibatkan perawat yang memenuhi kriteria tertentu, sehingga belum mewakili seluruh populasi perawat secara menyeluruh, terutama mereka yang baru bekerja atau sedang dalam pendidikan lanjutan.

6.2 Hubungan Pengetahuan Perawat dengan Sikap Terhadap *Patient Safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di NataBandung

Hasil uji hubungan antara pengetahuan perawat dengan Sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di NataBandung, diperoleh hasil bahwa sebagian besar perawat memiliki pengetahuan baik mengenai *patient safety* dan memiliki Sikap terhadap *patient safety* pada kategori baik. Hasil uji hubungan diperoleh hasil *p-value fisher exact test* sebesar 0,000 ($0,000 < 0,05$), yang menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto iskandar inata, Bandung. Hasil OR diperoleh sebesar 11,8 (CI 4,420-31,582) yang menunjukkan bahwa perawat yang memiliki pengetahuan baik, memiliki peluang 11,8 kali lebih besar untuk memiliki sikap terhadap *patient safety* kategori baik dibandingkan perawat dengan pengetahuan kurang.

Berdasarkan hasil tabel rekapitulasi jawaban responden tentang pengetahuan keselamatan pasien dengan banyak jawaban benar yang relatif sedikit di beberapa item, analisisnya dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Tingkat pengetahuan responden masih kurang optimal karena proporsi jawaban benar tersebar antara sekitar 45% hingga 70%, dengan beberapa item bahkan hanya dijawab benar oleh kurang dari setengah responden (misal item P9, P15).
2. Jawaban benar yang rendah menunjukkan adanya kekurangan pemahaman signifikan pada aspek-aspek keselamatan pasien seperti SOP, prosedur pencegahan infeksi, komunikasi efektif, dan identifikasi pasien.
3. Hal ini mengindikasikan perlunya peningkatan pelatihan atau edukasi terkait pengetahuan keselamatan pasien agar praktik di lapangan lebih sesuai standar dan risiko kesalahan dapat diminimalkan.
4. Strategi perbaikan bisa berupa program pelatihan berkelanjutan, monitoring, dan evaluasi penerapan SOP serta komunikasi antar petugas secara konsisten.

5. Kesimpulan analisis ini dapat mengarah pada rekomendasi untuk peningkatan kapasitas staf kesehatan dalam memahami dan menerapkan prinsip keselamatan pasien demi kualitas pelayanan yang lebih baik.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang sebelumnya telah dilakukan oleh (Wardhani et al, 2023), (Tomasia et al, 2022), (Lamohamad et al, 2024) dan (Wulandari et al, 2021), yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan penerapan keselamatan pasien *patient safety*. Temuan ini menegaskan bahwa pengetahuan perawat memainkan peran penting dalam mendasari perilaku profesional mereka dalam menjaga keselamatan pasien. Pengetahuan merupakan aspek kognitif yang menjadi dasar pengambilan keputusan klinis, pengenalan risiko, serta penerapan tindakan preventif sesuai dengan standar keselamatan yang berlaku (Yuliana et al., 2022).

Hasil ini memperkuat konsep bahwa pengetahuan yang baik akan meningkatkan kewaspadaan, keterampilan, dan konsistensi perawat dalam menjalankan prinsip *patient safety*, seperti identifikasi pasien yang benar, komunikasi efektif antar tim, pelaporan insiden keselamatan, hingga pencegahan infeksi (Kemenkes RI, 2017; WHO, 2021). Namun, pengetahuan teoritis tidak akan berdampak optimal tanpa transformasi ke dalam praktik nyata. Oleh karena itu, *strategi knowledge translation* melalui pelatihan berkelanjutan sangat diperlukan (Wake et al., 2021). Selain itu, penelitian (Wardhani et al, 2023) mendukung temuan ini dengan menunjukkan bahwa perawat yang rutin mengikuti pelatihan keselamatan pasien memiliki pemahaman yang lebih baik serta mampu membangun budaya kerja yang berorientasi pada keselamatan. Pendidikan formal diploma maupun sarjana yang dimiliki mayoritas perawat juga menjadi faktor pendukung dalam membangun kerangka pengetahuan yang kuat, meskipun sikap terhadap *patient safety* tetap membutuhkan penguatan melalui praktik berulang, supervisi, dan pembinaan profesional.

Pada konteks profesionalisme kerja, (Lamohamad et al, 2024) menekankan bahwa semakin tinggi pemahaman perawat terhadap prinsip *patient safety*, semakin tinggi pula tingkat tanggung jawab, kehati-hatian, dan konsistensi dalam menjalankan

SOP, misalnya dalam praktik kebersihan tangan, pemberian obat yang tepat, serta edukasi pasien. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian ini, di mana pengetahuan baik terbukti berkontribusi pada sikap yang baik, bahkan dengan kekuatan asosiasi yang cukup tinggi (OR 11,8).

Kendati demikian, penting diingat bahwa sikap terhadap *patient safety* tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan, tetapi juga oleh faktor lain seperti dukungan manajerial, komunikasi antarprofesi, budaya keselamatan, dan beban kerja (Tomasa et al., 2022). Oleh karena itu, rumah sakit perlu mengoptimalkan kapasitas SDM yang sudah memiliki dasar pengetahuan baik melalui pelatihan berkelanjutan, supervisi rutin, pembentukan budaya kerja kolaboratif, serta integrasi prinsip *patient safety* dalam kebijakan organisasi. Menurut (WHO, 2021) juga menegaskan bahwa pelatihan berkelanjutan merupakan pilar penting dalam membangun sistem pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan yang baik mengenai *patient safety* berkontribusi signifikan dalam meningkatkan sikap Terhadap keselamatan pasien. Hubungan yang diperoleh tidak hanya signifikan secara statistik, tetapi juga logis dan fungsional dalam konteks praktik keperawatan. Oleh karena itu, peningkatan pengetahuan perawat harus menjadi prioritas strategis dalam upaya peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien di RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung.

6.3 Hubungan Masa Kerja Perawat dengan sikap Terhadap *Patient Safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung

Hasil uji hubungan antara masa kerja perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung, diperoleh hasil bahwa sebagian besar perawat memiliki masa kerja >5 tahun dan memiliki Sikap terhadap *patient safety* pada kategori baik. Hasil uji hubungan, diperoleh hasil *p-value p-value fisher exact test* sebesar 0,003 ($0,003 < 0,05$), yang menunjukkan terdapat hubungan antara masa kerja perawat dengan sikap Terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata, Bandung. Hasil OR diperoleh sebesar 4,095 (CI 1,630-10,288) yang menunjukkan bahwa perawat yang memiliki masa kerja >5 tahun memiliki peluang 4 kali lebih besar untuk memiliki sikap

terhadap *patient safety* kategori baik, jika dibandingkan dengan perawat yang memiliki masa kerja < 5 tahun. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang sebelumnya telah dilakukan oleh (Tomasa et al, 2022), dan (Lamohamad et al, 2024), yang menunjukkan bahwa adanya hubungan antara masa kerja dengan sikap Terhadap *patient safety*. Hal ini menunjukkan bahwa semakin lama masa kerja perawat, maka kecenderungan untuk menerapkan prinsip Patient Safety secara konsisten dan sistematis semakin besar. Mayoritas perawat dalam penelitian ini memiliki masa kerja antara 5 hingga 10 tahun, dan sebagian besar berada dalam kategori Sikap Terhadap *patient safety* yang cukup hingga baik.

Temuan ini mendukung teori bahwa pengalaman kerja berperan penting dalam memperkuat kemampuan klinis, pengambilan keputusan, serta kepekaan terhadap risiko insiden Patient Safety. Perawat dengan masa kerja yang panjang lebih terlatih dalam mengenali potensi bahaya, mengambil tindakan preventif, serta membimbing perawat baru dalam menerapkan standar keselamatan (Tomasa et al., 2022). Hal ini juga diperkuat oleh (Lamohamad et al, 2024), yang menegaskan bahwa masa kerja yang lebih lama berkorelasi positif dengan meningkatnya profesionalisme dan kepatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP), termasuk praktik kebersihan tangan, pemberian obat yang tepat, dan edukasi pasien.

Selain itu, perawat senior umumnya telah mengikuti lebih banyak pelatihan dan *workshop* terkait *patient safety* serta terlibat dalam berbagai situasi klinis yang memperkaya pengalaman praktis mereka. Pengalaman ini selaras dengan teori *experiential learning* (Kolb et al., 2021), yang menyatakan bahwa pembelajaran dari pengalaman langsung akan membentuk pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang lebih kuat dibandingkan pembelajaran teoritis semata. Penelitian lain juga menegaskan bahwa pengalaman klinis yang panjang memperkuat intuisi, kepekaan terhadap situasi kritis, serta keterampilan komunikasi dan kolaborasi antarprofesi (Rahmadi & Putri, 2021; Saragih et al., 2023).

Masa kerja yang panjang memberikan kesempatan bagi perawat untuk membentuk pemahaman yang mendalam terhadap prosedur klinis, kebijakan rumah sakit, serta dinamika tim dalam situasi nyata. Perawat yang lebih berpengalaman lebih mampu

mengenali potensi risiko dan mengambil tindakan preventif dengan lebih tepat. Mereka juga memiliki kapasitas untuk membimbing perawat baru dan mendorong terciptanya budaya keselamatan di ruang rawat inap. Hal ini sejalan dengan temuan (Tomasa et al, 2022) yang menyatakan bahwa masa kerja ≥ 5 tahun berkorelasi positif dengan peningkatan kepatuhan terhadap standar Patient Safety.

Lebih lanjut, perawat dengan masa kerja yang panjang umumnya telah mengikuti lebih banyak pelatihan, workshop, atau in-house training mengenai *patient safety*. Mereka juga telah mengalami berbagai kejadian klinis yang memperkaya pengalaman praktis dan meningkatkan kesadaran terhadap pentingnya pencegahan insiden. Menurut (Rahmadi & Putri, 2021) menambahkan bahwa pengalaman kerja memiliki kontribusi terhadap kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan klinis, yang merupakan komponen penting dalam Patient Safety.

Namun demikian, masa kerja yang panjang tidak menjamin secara otomatis bahwa sikap Terhadap *patient safety* akan optimal. Diperlukan pula keterlibatan aktif dari manajemen rumah sakit dalam menyelenggarakan pelatihan berkelanjutan dan supervisi rutin. Dalam penelitian oleh (Setyawati & Nugraheni, 2023) ditemukan bahwa perawat senior cenderung mengalami stagnasi jika tidak diberi tantangan atau tanggung jawab baru yang relevan dengan pengembangan profesional. Oleh karena itu, penting untuk menciptakan sistem pembinaan dan penguatan kompetensi yang berkesinambungan. Selain pelatihan, faktor lain yang mendukung efektivitas masa kerja terhadap sikap Terhadap Patient Safety adalah adanya budaya organisasi yang mendorong transparansi, pelaporan insiden tanpa hukuman (*non-punitive*), serta keterbukaan dalam komunikasi tim. Perawat yang telah lama bekerja di rumah sakit yang memiliki budaya keselamatan yang baik cenderung lebih adaptif dan proaktif dalam menerapkan standar keselamatan. (Wulandari & Azzahra, 2023) mencatat bahwa pengalaman perawat akan lebih efektif jika lingkungan kerjanya mendukung pelaksanaan protokol Patient Safety.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan teori *experiential learning*, yang menyatakan bahwa pengalaman kerja secara langsung menjadi sumber pembelajaran yang kuat dalam membentuk pengetahuan, keterampilan, dan sikap

seseorang (Kolb et al, 2021). Dalam konteks keperawatan, masa kerja menjadi media pembelajaran kontekstual yang sangat penting untuk memahami dan menerapkan prinsip-prinsip Patient Safety secara nyata, bukan sekadar teoritis. Ini juga ditegaskan oleh (Yuliana & Siregar, 2020) yang menyebutkan bahwa pengalaman klinis memperkuat intuisi dan kepekaan terhadap situasi kritis dalam praktik keperawatan.

Selain itu, penting untuk memperhatikan bahwa masa kerja tidak hanya berdampak pada aspek teknis, tetapi juga pada aspek non-teknis seperti komunikasi, empati, dan kerjasama tim. Semakin lama seseorang bekerja, semakin baik pula pemahamannya terhadap dinamika interpersonal di lingkungan kerja yang kompleks seperti rumah sakit. Hal ini memengaruhi kemampuan perawat dalam melakukan kolaborasi antarprofesi yang merupakan bagian integral dari Penerapan *Patient safety* (Saragih et al., 2023).

6.4 Hubungan Pengetahuan Perawat dan Masa Kerja Perawat dengan sikap Terhadap Patient Safety di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di NataBandung setelah dikontrol oleh Demografi Perawat, Jenis Kelamin, Usia, dan Pendidikan Terakhir

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa hubungan pengetahuan dan masa kerja terhadap sikap perawat mengenai *patient safety* mampu dikontrol oleh jenis kelamin dan usia. Artinya, faktor demografis seperti perbedaan *gender* maupun rentang usia turut memberikan kontribusi dalam membentuk variasi sikap terhadap *patient safety*.

Perawat Perempuan dan laki laki dapat dipengaruhi oleh beberapa hal :

1. Cara Berpikir: Laki-laki cenderung memiliki gaya berpikir yang lebih analitis dan logis, sedangkan perempuan cenderung memiliki gaya berpikir yang lebih holistik dan empatik.
2. Komunikasi: Perawat perempuan juga cenderung memiliki kemampuan komunikasi yang lebih baik, yang dapat membantu dalam memahami kebutuhan pasien dan memberikan pelayanan yang lebih efektif.

3. Empati: Perawat perempuan cenderung memiliki tingkat empati yang lebih tinggi, yang dapat membantu dalam memahami kebutuhan dan perasaan pasien.
4. Perbedaan Biologis

Kekuatan Fisik: Perawat laki-laki cenderung memiliki kekuatan fisik yang lebih besar, yang dapat membantu dalam situasi darurat yang memerlukan kekuatan fisik. Kemampuan Fisik: Perawat laki-laki juga cenderung memiliki kemampuan fisik yang lebih baik, seperti kemampuan untuk mengangkat pasien yang berat.
5. Perbedaan Hormon

Hormon Oksitosin: Perawat perempuan cenderung memiliki tingkat hormon oksitosin yang lebih tinggi, yang dapat membantu dalam membangun hubungan dengan pasien dan meningkatkan kemampuan empati. Hormon Testosteron: Perawat laki-laki cenderung memiliki tingkat hormon testosteron yang lebih tinggi, yang dapat membantu dalam meningkatkan kemampuan fisik dan kekuatan. Namun, perlu diingat bahwa perbedaan biologis, empati, dan hormon tidak selalu menentukan kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan yang aman dan efektif. Faktor-faktor lain seperti pendidikan, pelatihan, dan pengalaman juga memainkan peran penting dalam menentukan kemampuan perawat.

Sedangkan dalam hal usia

1. Pengalaman: Memang benar bahwa perawat yang lebih tua memiliki pengalaman yang lebih banyak, namun pengalaman tidak selalu menentukan kinerja perawat.
2. Kemampuan Fisik: Perawat yang lebih tua mungkin memiliki kemampuan fisik yang menurun, sehingga dapat mempengaruhi kinerja mereka.
3. Kemampuan Emosi: Perawat yang lebih tua mungkin memiliki kemampuan emosi yang lebih baik, namun juga dapat mengalami stres dan kelelahan yang lebih tinggi.

4. Sindrom Burnout: Perawat yang lebih tua dapat mengalami sindrom burnout karena beban kerja yang tinggi, stres, dan kelelahan

Perawat dengan usia lebih matang umumnya memiliki pengalaman lebih luas dalam menghadapi situasi klinis yang kompleks, sedangkan perbedaan jenis kelamin dapat memengaruhi gaya komunikasi, kepatuhan terhadap prosedur, maupun pendekatan dalam bekerja. Namun demikian, setelah variabel jenis kelamin dan usia dikendalikan, pengetahuan tetap berhubungan signifikan dengan sikap *patient safety* ($p = 0,000$). Hal ini menegaskan bahwa pengetahuan merupakan faktor kunci yang tidak dapat dikesampingkan dalam membentuk sikap kerja perawat.

Pengetahuan yang baik memungkinkan perawat memahami prinsip-prinsip dasar *patient safety*, seperti identifikasi pasien, komunikasi efektif, pelaporan insiden, serta pencegahan infeksi (WHO, 2021). Pemahaman ini menjadi dasar dalam pengambilan keputusan klinis sehari-hari yang berorientasi pada Patient Safety. Hasil penelitian ini konsisten dengan temuan (Wake et al, 2021) dan (Wardhani et al, 2023) yang menegaskan bahwa pengetahuan perawat merupakan determinan utama dalam membentuk perilaku kerja yang aman. Dengan kata lain, meskipun faktor usia dan jenis kelamin berpengaruh sebagai variabel kontrol, pengetahuan tetap menjadi landasan utama terbentuknya budaya *patient safety*.

Selain itu, hasil analisis menunjukkan bahwa usia memiliki OR (27,563), yang berarti perawat dengan usia lebih tua memiliki peluang jauh lebih besar untuk bersikap patuh terhadap prinsip *patient safety* dibandingkan dengan perawat yang berusia muda. Hal ini dapat dijelaskan karena usia yang lebih matang biasanya berkaitan dengan kedewasaan profesional, kehati-hatian, dan rasa tanggung jawab yang lebih tinggi dalam praktik keperawatan. Penelitian (Lamohamad et al, 2024) juga menunjukkan bahwa peningkatan usia dan kedewasaan profesional berkorelasi positif dengan konsistensi penerapan standar *patient safety*. Dengan demikian, faktor usia memberikan kontribusi penting meskipun pengetahuan tetap berperan sebagai variabel utama.

Faktor jenis kelamin juga ditemukan signifikan sebagai variabel kontrol, yang dapat dikaitkan dengan perbedaan perilaku kerja, kepatuhan terhadap SOP, serta

sensitivitas terhadap risiko klinis. Misalnya, perawat perempuan dalam beberapa penelitian cenderung menunjukkan kepatuhan lebih tinggi terhadap prosedur standar, sedangkan perawat laki-laki mungkin lebih adaptif dalam menghadapi situasi darurat. Sifat kehati-hatian dan ketelitian perempuan dalam berbagai tugas seringkali dikaitkan dengan harapan sosial dan peran gender tradisional. Sejalan dengan penelitian studi kuantitatif di Indonesia menunjukkan bahwa semakin tinggi kepuasan perawat (yang sebagian besar adalah perempuan) terhadap komunikasi, semakin baik budaya Patient Safety di rumah sakit. Koefisien korelasi sebesar $r = 0,338$ menunjukkan pengaruh positif dan signifikan antara komunikasi yang baik dan Patient Safety (Ahsan et al., 2022). Namun, meskipun terdapat perbedaan karakteristik tersebut, hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa pengetahuan tetap berpengaruh secara bermakna setelah dikontrol oleh jenis kelamin. Hal ini menunjukkan bahwa gender lebih berperan sebagai faktor pendukung, bukan determinan utama, dalam membentuk sikap terhadap patient safety (WHO, 2021).

Sebaliknya, masa kerja tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan sikap *patient safety* setelah dikontrol oleh jenis kelamin dan usia. Hal ini dapat dipahami karena lamanya masa kerja tidak selalu identik dengan peningkatan kualitas sikap profesional, terutama bila tidak diikuti dengan pembaruan ilmu, pelatihan berkelanjutan, dan supervisi. Perawat yang telah lama bekerja memang memiliki pengalaman, namun tanpa dukungan pembelajaran formal serta budaya keselamatan yang kuat, pengalaman tersebut tidak serta-merta menjamin sikap terhadap *patient safety* yang optimal (Wake et al., 2021). Penelitian (Sari et al., 2021) juga menemukan bahwa masa kerja panjang tidak selalu berkorelasi dengan kepatuhan jika tidak diimbangi dengan pembinaan manajemen dan budaya keselamatan organisasi. Fenomena ini menunjukkan bahwa masa kerja lebih bersifat pasif, sedangkan pengetahuan merupakan faktor aktif yang secara langsung membentuk sikap dan perilaku kerja perawat. Pengetahuan memberikan arahan dan pemahaman eksplisit terhadap standar yang harus dijalankan, sedangkan pengalaman kerja hanya memberikan paparan tanpa jaminan penerapan yang konsisten. Hal ini memperkuat hasil penelitian bahwa pengetahuan memiliki peran determinan yang lebih kuat dibandingkan masa kerja dalam konteks Patient Safety.

Dengan demikian, strategi peningkatan patient safety harus difokuskan pada penguatan pengetahuan melalui pelatihan berkelanjutan dan peningkatan kompetensi, bukan hanya mengandalkan lama pengalaman kerja.

Selanjutnya, hasil uji determinasi menunjukkan bahwa nilai Nagelkerke R^2 sebesar 0.630, yang berarti bahwa 63,0% sikap perawat terhadap *patient safety* dapat dijelaskan oleh variabel pengetahuan dan masa kerja setelah dikontrol oleh jenis kelamin, usia, dan pendidikan terakhir. Angka ini mencerminkan bahwa model penelitian memiliki kemampuan yang sangat kuat dalam menjelaskan hubungan antar variabel. Namun, masih terdapat 37,0% variabilitas lain yang dipengaruhi oleh faktor eksternal di luar penelitian ini, seperti dukungan manajerial, beban kerja, komunikasi antarprofesi, ketersediaan sumber daya, serta budaya keselamatan organisasi (Tomasa et al., 2022). Hal ini menegaskan bahwa meskipun pengetahuan berperan besar, terciptanya sikap yang konsisten terhadap *patient safety* tetap memerlukan dukungan sistem yang komprehensif dari rumah sakit.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan pengetahuan dan masa kerja perawat dengan Sikap Terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung Tahun 2025, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Gambaran demografi perawat, pengetahuan perawat, masa kerja perawat dan Sikap Terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di NataBandung
 - a. Berdasarkan jenis kelamin perawat, sebagian besar perawat berjenis kelamin perempuan.
 - b. Berdasarkan jenis rentang usia perawat, sebagian besar perawat berusia antara 25–44 tahun.
 - c. Berdasarkan tingkat pendidikan, sebagian besar perawat memiliki pendidikan terakhir diploma.
 - d. Berdasarkan tingkat pengetahuan perawat, sebagian besar perawat di instalasi rawat inap RSUD Oto Iskandar Di NataBandung memiliki tingkat pengetahuan pada kategori baik mengenai Patient Safety.
 - e. Berdasarkan masa kerja perawat di RSUD Oto Iskandar Di NataBandung, sebagian besar sudah memiliki masa kerja >5 tahun.
 - f. Berdasarkan sikap Terhadap *patient safety* menunjukkan bahwa sebagian besar perawat memiliki sikap Terhadap *patient safety* di RSUD Oto iskandar di nata pada kategori baik.
2. Hasil uji hubungan antara pengetahuan perawat dengan sikap Terhadap *patient safety*, diperoleh hasil p-value sebesar 0,000 ($0,000 < 0,05$), yang menunjukan terdapat hubungan antara pengetahuan perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto iskandar inata, Bandung. Hasil OR diperoleh sebesar 11,8 (CI 4,420-31,582) yang menunjukan bahwa perawat yang memiliki pengetahuan baik, memiliki peluang 11.8 kali lebih besar untuk

memiliki sikap terhadap *patient safety* kategori baik dibandingkan perawat dengan pengetahuan kurang.

3. Hasil uji hubungan antara masa kerja perawat perawat dengan sikap Terhadap *patient safety*, diperoleh hasil p-value sebesar 0,003 ($0,003 < 0,05$), yang menunjukkan terdapat hubungan antara masa kerja perawat dengan sikap terhadap *patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar inata, Bandung. Hasil OR diperoleh sebesar 4,095 (CI 1,630-10,288) yang menunjukkan bahwa perawat yang memiliki masa kerja >5 tahun memiliki peluang 4 kali lebih besar untuk memiliki sikap terhadap *patient safety* kategori baik, jika dibandingkan dengan perawat yang memiliki masa kerja < 5 tahun
4. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa hubungan pengetahuan dan masa kerja terhadap sikap perawat mengenai *patient safety* mampu dikontrol oleh jenis kelamin dan usia. Artinya, faktor demografis seperti perbedaan *gender* maupun rentang usia turut memberikan kontribusi dalam membentuk variasi sikap Terhadap Patient Safety. Selanjutnya, hasil uji determinasi menunjukkan bahwa nilai Nagelkerke R^2 sebesar 0,630, yang berarti bahwa 63,0% sikap perawat terhadap *patient safety* dapat dijelaskan oleh variabel pengetahuan dan masa kerja setelah dikontrol oleh jenis kelamin, usia, dan pendidikan terakhir. Angka ini mencerminkan bahwa model penelitian memiliki kemampuan yang sangat kuat dalam menjelaskan hubungan antar variabel.

7.2 Saran

Dari hasil penelitian yang telah diperoleh, maka selanjutnya peneliti memberikan beberapa saran bagi pihak terkait, sebagai berikut:

1. Saran Bagi Pihak RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung

Keselamatan pasien merupakan sistem yang memastikan pelayanan kesehatan berlangsung aman dan mencegah terjadinya cedera akibat kesalahan tindakan medis. Rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien yang mencakup hak pasien, pendidikan pasien dan keluarga, kesinambungan pelayanan, evaluasi dan peningkatan kinerja, peran kepemimpinan, pelatihan staf, serta komunikasi efektif antar tenaga kesehatan. Salah satu implementasi

penting adalah Tujuh Langkah Keselamatan Pasien yang meliputi membangun kesadaran budaya keselamatan, integrasi manajemen risiko, sistem pelaporan insiden yang mudah, serta keterlibatan pasien dalam proses pelayanan. Upaya ini bertujuan meningkatkan mutu layanan dan mengurangi risiko kejadian tidak diharapkan dalam proses diagnosis, pengobatan, dan perawatan pasien.

2. Saran Bagi Perawat RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung

Para perawat perlu proaktif mengikuti pelatihan atau seminar tentang patient safety guna meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam mengenali, mencegah, serta menindak insiden keselamatan pasien secara kontinu. Pengetahuan yang diperoleh tidak cukup hanya diketahui, tetapi harus diaplikasikan secara konsisten dalam praktik sehari-hari, seperti identifikasi pasien yang benar, komunikasi antarprofesi yang efektif, pelaporan insiden, dan menjaga kebersihan lingkungan kerja. Sebagai garda terdepan dalam pelayanan keperawatan, perawat juga perlu berperan aktif membangun budaya keselamatan dengan menjadi teladan dalam kepatuhan terhadap SOP, saling mengingatkan sesama rekan kerja, serta berani melaporkan potensi bahaya atau kejadian tidak diharapkan tanpa rasa takut atau cemas.

3. Saran Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian selanjutnya sangat disarankan untuk memperluas fokusnya pada penerapan pelaksanaan patient safety dengan pendekatan yang lebih mendalam dan komprehensif. Pendekatan holistik dan multidimensional ini akan memberikan gambaran yang lebih menyeluruh mengenai implementasi keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit. Dengan demikian, penelitian lanjutan akan mampu menghasilkan rekomendasi strategis yang aplikatif untuk memperkuat budaya keselamatan pasien dalam organisasi kesehatan, sekaligus meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien secara berkelanjutan. Fokus pada elemen-elemen tersebut penting untuk menciptakan lingkungan kerja yang kolaboratif, aman, dan mendukung praktik keselamatan pasien secara optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- AHRQ (2014) *2014 national healthcare quality and disparities report*. Department of Health and Human Services.
- Amalia, E., Fransiska, F. and Demur, D.R.D.N. (2021) ‘Pengetahuan dan Motivasi Perawat Pelaksana dalam Penerapan Patient Safety’, *Prosiding Seminar Kesehatan Perintis*, 4(2), pp. 16–23.
- Chang, H.Y. *et al.* (2016) ‘Openness to experience, work experience and patient safety’, *Journal of Nursing Management*, 24(8), pp. 1098–1108. Available at: <https://doi.org/10.1111/jonm.12414>.
- Creswell, W. (2018) *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Fifth Edit. Los Angeles: SAGE Publications.
- Febriani, R. *et al.* (2024) ‘Analisis Of The Effect Of Compensation , Work Period On Employed Motivation At Hr Division PT Timah TBK’, *Journal of Business Management and Accounting*, 14(1), pp. 143–163.
- Ghozali, I. (2021) *Aplikasi Analisis Multivariate Dengan Program IBM SPSS 26*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Hasibuan, M.S.P. (2020) *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi Revi. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Isa, A.A.M. *et al.* (2021) ‘Impact of employee age and work experience on safety culture at workplace’, *E3S Web of Conferences*, 325. Available at: <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202132506007>.
- Jamaludin, A. *et al.* (2024) ‘Pengaruh Usia dan Masa Kerja terhadap Produksi Tenaga Kerja di PT. Galva Kami Industry Cikarang’, *Sosio e-Kons*, 16(2), p. 147. Available at: <https://doi.org/10.30998/sosioekons.v16i2.22285>.
- Kemenkes RI (2008) Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM RS) menetapkan pedoman standar pelayanan dasar. Jakarta.
- Kemenkes RI (2017) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Kirkpatrick, D.L., Sacks, H. and Sacks, S. (2020). *Evaluating Training Programs: The Four Levels*. 4th ed. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Kolb, D.A. and Kolb, A.Y. (2021). *The Experiential Educator: Principles and Practices of Experiential Learning*. 2nd ed. Kaunakakai: EBLS Press
- Lamohamad, A., Nugroho, P. and Riyanti, R. (2024). 'The correlation between nurses' knowledge and implementation of patient safety in Indonesian hospitals', *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 29(2), pp. 115–121.
- Lestari, E. and Rahman, T. (2024) 'Pengaruh Masa Kerja Terhadap Jenjang Karir Karyawan Pada Section Operator Development (ODE) PT Sapta Indra Sejati Site Adaro Mining Operation (ADMO) Kabupaten Tabalong ', *JAPB*, 7(1).
- Liaran, M., Tuhumena, R. and Liswandi, L. (2024) 'Pengaruh Pengetahuan , Pengalaman dan Keterampilan Terhadap Kinerja Pegawai Pada Badan Pendapatan Daerah Kabupaten Mappi', 6(1), pp. 480–493.
- Marlina, E., Wulandari, N. and Ramashar, W. (2020) 'Peran Organizational Citizenship Behavior pada Pengaruh Budaya Organisasi dan Komitmen Organisasi Terhadap Kinerja Karyawan SKK Migas', *Muhammadiyah Riau Accounting and Business Journal*, 2(1), pp. 127–137. Available at: <https://doi.org/10.37859/mrabj.v2i1.2131>.
- Mitchell, C. et al. (2024) 'Analysis of patient safety event report categories at one large academic hospital', *Frontiers in Health Services*, 4(April), pp. 1–5. Available at: <https://doi.org/10.3389/frhs.2024.1337840>.
- Nasution, L.D. and Safitri, R. (2022). 'Peningkatan pengetahuan dan pengaruhnya terhadap sikap Terhadap keselamatan pasien di rumah sakit', *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, 10(1), pp. 22–29.
- Noviyanti, linda, Ahsan, tita sefty sudartya. (2021). *Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. Journal of Public Health Research*
- Notoatmodjo, S. (2020) *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Octaviana, D. and Ramadhani, R. (2021) 'Hakikat Manusia: Pengetahuan (Knowledge), Ilmu Pengetahuan (Sains), Filsafat Dan Agama', *Jurnal Tawadhu*, 5(2), pp. 143–159.
- Pakpahan, M. dkk (2021) Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Pramestasari, D.R. *et al.* (2025) 'Hubungan Burnout Dokter terhadap Patient Safety di Rumah Sakit: Literature Review', 7(1), pp. 15–27. Available at: <https://doi.org/10.17977/sshum7.1.2025.15-27>.
- Rahmadi, F. and Putri, D.A. (2021). 'Hubungan pengalaman kerja dengan kemampuan pengambilan keputusan klinis perawat', *Jurnal Kesehatan Global*, 14(3), pp. 78–85
- Sa'adah, L., Martadani, L. and Taqiyuddin, A. (2021) 'Analisis Perbandingan Kinerja Karyawan pada pT Surya Indah Food Multirasa Jombang', *Jurnal Inovasi Penelitian*, 2(2), pp. 1–8.
- Saragih, H.T., Manalu, M.R. and Simamora, F. (2023). 'Hubungan komunikasi dan kolaborasi tim dalam meningkatkan keselamatan pasien', *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 23(1), pp. 34–42
- Sari, R. and Satrio, B. (2016) 'Pengaruh Insentif, Masa Kerja dan Komitmen Organisasi terhadap Kinerja Karyawan', *Ilmu dan Riset Manajemen*, 5, pp. 1–18.
- Setyawati, R. and Nugraheni, D. (2023). 'Peran supervisi dan pengembangan profesional terhadap kualitas kerja perawat senior', *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 17(2), pp. 44–50
- Shin, J. and Kim, N.Y. (2024) '*Importance-Performance Analysis of Patient-Safety Nursing in the Operating Room: A Cross-Sectional Study*', *Risk Management and Healthcare Policy*, 17(March), pp. 715–725. Available at: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S450340>.
- Simbolon, J. and Sipayung, D.S. (2022) 'Analisis Kualitas Pengelolaan Mutu Pelayanan Pendaftaran Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan', *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 1(4), pp. 591–599. Available at: <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v1i4.937>.

- Sucinta, A. *et al.* (2024) ‘Pengaruh Shift Kerja, Pengetahuan Perawat Terhadap Patient Safety Melalui Job Burnout di Instalasi Kamar Bedah Rumah Sakit Sumber Waras’, 8(4).
- Sugiyono (2020a) Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono (2020b) Metode Penelitian Kuantittatif, Kualitatif dan R&B. Bandung: Alfabeta.
- Sujarweni, W. V (2022) Metodologi Penelitian Bisnis& Ekonomi :Pendekatan Kuantitatif. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Tomasa, I., Yuliani, D. and Hermawati, N. (2022). ‘Pengaruh masa kerja terhadap kepatuhan sikap Terhadap *patient safety*’, Jurnal Keperawatan Nusantara, 7(1), pp. 51–58.
- Wake, A.M., Tewabe, T. and Muche, A. (2021). ‘*Nurses’ knowledge and practice of patient safety in hospital settings: A systematic review*’, BMC Nursing, 20(1), pp. 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00623-7>
- Wardhani, N.F., Prasetyo, B. and Sari, M.I. (2023). ‘Hubungan pelatihan dan pengetahuan perawat dengan penerapan keselamatan pasien di ruang rawat inap’, Jurnal Keperawatan Medikal Bedah, 11(2), pp. 88–95.
- WHO (2020) *Hospitals: A crucial piece of the health system*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2021) *World Health Statistics 2021*. Geneva: World Health Organization.
- Widyastuti, R.D., Arso, S.P. and Suryoputro, A. (2025) ‘Keselamatan pasien sebagai pilar penting dalam mencegah kesalahan medis: Tinjauan sistematis’, 19(2), pp. 277–285.
- Wulandari, D. and Azzahra, N. (2023). ‘Budaya keselamatan pasien dan peran pengalaman kerja dalam sikap Terhadap SOP di rumah sakit’, Jurnal Mutu Pelayanan Kesehatan, 11(1), pp. 66–72.
- Yuliana, R. and Siregar, A. (2020). ‘Pengaruh pengalaman klinis terhadap kepekaan perawat terhadap kondisi kritis pasien’, Jurnal Ilmu Keperawatan Klinis, 5(2), pp. 44–49.

Yuliana, R., Siregar, A. and Hutabarat, R. (2022). 'Kontribusi pengetahuan terhadap pengambilan keputusan dan keselamatan pasien', *Jurnal Keperawatan Profesional*, 13(1), pp. 29–36.

LAMPIRAN



**UNIVERSITAS
MH THAMRIN**

FAKULTAS KESEHATAN

PROGRAM STUDI :

- | | |
|------------------------------|--|
| • KESEHATAN MASYARAKAT (S2) | • PENDIDIKAN PROFESI NERS |
| • KESEHATAN MASYARAKAT (S1) | • PROFESI KEBIDANAN |
| • KEPERAWATAN (S1) | • KEPERAWATAN (D-III) |
| • GIZI (S1) | • ANALIS FARMASI DAN MAKANAN (D-III) |
| • KEBIDANAN (S1) | • TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIS (D-III) |
| • TEKNIK ELEKTROMEDIK (D-IV) | |

SURAT PERMOHONAN

Nomor : 264/S2Kesmas.Fkes/UMHT/VII/2025
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Jakarta, 28 Juli 2025

Kepada Yth.
Bapak/Ibu Kepala Dinas KESBANGPOL Kabupaten Bandung
Di
Tempat

Dengan hormat,
Sehubungan dengan rencana penelitian untuk tesis mahasiswa Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Universitas MH Thamrin tersebut di bawah ini:

Nama : Dede Sri Megawati
NIM : 1076241039
Peminatan : Manajemen Pelayanan Kesehatan
No. Telp : 082216152975
Waktu Pelaksanaan : Agustus 2025
Tempat Penelitian : RSUD Oto Iskandar di Nata Bandung

Dengan ini memohon izin untuk melakukan penelitian di tempat Bapak/Ibu pimpin dengan judul penelitian **"Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja Perawat dengan Patient Safety di Instalasi Rawat Inap di RSUD Oto Iskandar di Nata Bandung tahun 2025"**.

Demikian surat permohonan ini dibuat, besar harapan kami agar Bapak/Ibu dapat mengizinkannya. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kesehatan



**UNIVERSITAS
MH. THAMRIN**
FAKULTAS KESEHATAN

(Atna Permana M.Biomed., Ph.D)
NIK: 1222063001

Ka. Prodi Magister Kesehatan Masyarakat

(Dr. Ajeng Tias Endarti, SKM, M.CommHealth)
NIDN: 0302118203

Jl. H. Bokir Bin Jiun (dh. Jl. Raya Pondok Gede) No. 23-25 Kramat Jati - Jakarta Timur 13550 Telp. (021) 8096411
Fax (021) 8092235. Email : fikes@thamrin.ac.id Website : http://www.thamrin.ac.id



**TIM KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
UNIVERSITAS MOHAMMAD HUSNI THAMRIN**

SURAT REKOMENDASI ETIK

Nomor: 0129/S.Ket/KEPK/UMHT/VII/2025

Tim Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Mohammad Husni Thamrin, menyatakan dengan ini bahwa penelitian dengan:

Judul	: Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja Perawat dengan Implementasi Patient Safety di Instalasi Rawat Inap di RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung tahun 2025
Lokasi Penelitian	: RSUD Oto Iskandar Di Nata
Waktu Penelitian	: Juli 2025
Subyek Penelitian	: Perawat di RSUD Oto Iskandar Di Nata
Peneliti Utama	: Dede Sri Megawati
NIM/NIDN	: 1076241039

Telah melalui prosedur Kaji Etik dan dinyatakan layak untuk dilaksanakan

Demikianlah surat keterangan lolos kaji etik ini dibuat untuk diketahui dan dimaklumi oleh yang berkepentingan dan berlaku sejak tanggal 28 Juli 2025 sampai dengan 27 Juli 2026.

Jakarta, 28 Juli 2025
Ketua KEPK,



Prof. Dr. dr. Kusharisupeni, M.Sc.
NIK. 1215010171



**UNIVERSITAS
MH THAMRIN**

FAKULTAS KESEHATAN

PROGRAM STUDI :

- | | |
|------------------------------|--|
| • KESEHATAN MASYARAKAT (S2) | • PENDIDIKAN PROFESI NERS |
| • KESEHATAN MASYARAKAT (S1) | • PROFESI KEBIDANAN |
| • KEPERAWATAN (S1) | • KEPERAWATAN (D-III) |
| • G I Z I (S1) | • ANALIS FARMASI DAN MAKANAN (D-III) |
| • KEBIDANAN (S1) | • TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIS (D-III) |
| • TEKNIK ELEKTROMEDIK (D-IV) | |

SURAT PERMOHONAN

Nomor : 262/S2Kesmas.Fkes/UMHT/VII/2025
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Jakarta, 28 Juli 2025

Kepada Yth.
Bapak/Ibu Direktur RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung Bandung
Di
Tempat

Dengan hormat,
Sehubungan dengan rencana penelitian untuk tesis mahasiswa Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Universitas MH Thamrin tersebut di bawah ini:

Nama : Dede Sri Megawati
NIM : 1076241039
Peminatan : Manajemen Pelayanan Kesehatan
No. Telp : 082216152975
Waktu Pelaksanaan : Agustus 2025
Tempat Penelitian : RSUD Oto Iskandar di Nata Bandung

Dengan ini memohon izin untuk melakukan penelitian di tempat Bapak/Ibu pimpin dengan judul penelitian **"Hububgan Pengetahuan dan Masa Kerja Perawat dengan Patient Safety di Instalasi Rawat Inap di RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung tahun 2025"**.

Demikian surat permohonan ini dibuat, besar harapan kami agar Bapak/Ibu dapat mengizinkannya. Atas perhaian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kesehatan



**UNIVERSITAS
MH. THAMRIN
FAKULTAS KESEHATAN**

(Atna Permata M.Biomed., Ph.D)
NIK: 1222063001

Ka. Prodi Magister Kesehatan Masyarakat

(Dr. Ajeng Tias Endarti, SKM, M.CommHealth)
NIDN: 0302118203



PEMERINTAH KABUPATEN BANDUNG BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

JALAN RAYA SOREANG KM. 17 TELP/FAX. (022) 5891580 SOREANG 40912

eMail : badankesbangpol@bandungkab.go.id

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : 070 / 1010 / Bid. Wasbang

- a. Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2019 Tentang Perangkat Daerah yang Melaksanakan Urusan Pemerintah di Bidang Kesatuan Bangsa dan Politik;
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2018 Tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian.
- b. Menimbang : 1. Surat Permohonan Ijin dari Universitas mh thamrin, Nomor:264/S2KESMAS . Fikes/2025, Tanggal 28 Juli Perihal Permohonan Ijin Penelitian;

MEMBERITAHUKAN BAHWA :

1. Nama : DEDE SRI MEGAWATI
2. Alamat Kampus : Jl. H. Bokir Bin (dh.Jl Taya Pondok Gede) No. 23-25 Kramat jati-Jakarta Timur13550
3. No. Telpn/HP : 0228096411
4. No. NIK : -
5. Tujuan : Melaporkan
6. Untuk : 1. *Melaksanakan Ijin Penelitian Skripsi dengan Judul; "Hubungan Pengerahuan dan Masa Kerja Perawat dengan Patient Safety di Instalasi Rawat Inap di RSUD Oto Iskandar Dinata Bandung Tahun 2025"*
 2. Lokasi/Instansi : RSUD Oto Iskandar Dinata Kabupaten Bandung
 3. Waktu Kegiatan : 29 Juli 2025 s.d 31 Oktober 2025
 4. Status : Baru
 5. Penanggungjawab : Dr. Ajeng Tias Endarti, SKM,M CommHealth
6. Melaporkan hasil kegiatan kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bandung paling lambat 7 hari setelah selesai kegiatan.
7. Menjaga Keamanan dan Ketertiban Masyarakat selama Melaksanakan kegiatan.

Demikian Surat Keterangan Penelitian ini dibuat Untuk digunakan Seperlunya.

Soreang, 29 Juli 2025
a.n. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KEPALA BIDANG IDIOLOGI WAWASAN KEBANGSAAN
DAN KETATANAN BANGSA


DADANG ERAWAN, SE., M.AP
 Pembina
 NIP. 19681104 199003 1 004



**PEMERINTAH KABUPATEN BANDUNG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH OTO ISKANDAR DI NATA**

Jl. Gading Tutuka Kampung Cingcin Kolot Desa Cingcin Kecamatan Soreang
Telp. (022) 5891355, Kabupaten Bandung Provinsi Jawa Barat
Email : rsudotista@bandungkab.go.id

Nomor : 400.145/19555/UMPE6/2025
Sifat : Penting
Lampiran :
Perihal : Surat Pengantar Penelitian

Soreang, 31 Juli 2025
Kepada
Yth. Ka. Instalasi Rawat Inap
di
Soreang

Menindaklanjuti surat dari BAKESBANGPOL Nomor 070/1010/Bid.Wasbang Tanggal 29 Juli 2025 Perihal Permohonan Ijin Penelitian, atas nama dibawah ini :

NO	NAMA	JUDUL PENELITIAN	LOKASI
1	Dede Sri Megawati	Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja Perawat dengan Patient Safety di Instalasi Rawat Inap di RSUD Oto Iskandar Di Nata	Instalasi Rawat Inap

Dengan ini kami tegaskan bahwa pada dasarnya telah mengizinkan nama tersebut diatas untuk melaksanakan penelitian di Lokasi tersebut terhitung mulai tanggal 29 Juli s/d 31 Oktober 2025, dan selama melaksanakan Kegiatan tersebut bersedia memenuhi segala peraturan yang berlaku di RSUD Oto Iskandar Di Nata.

Demikian hal ini disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

a.n DIREKTUR RSUD OTO ISKANDAR DI NATA
WAKIL DIREKTUR UMUM dan SUMBER DAYA
u.b
KEPALA BAGIAN UMUM dan KEPEGAWAIAN

Hj. Sri Dantiati, S.Sos., M.Si
 Pembina
 NIP. 19720922 199312 2 002

Tempat Kegiatan Penelitian

No	Bagian	Nama, Paraf & tanggal	Ket
1	Ins. Rawat Inap	Uu Mani	
2	Kom. Diklat Kap & KRS Sub kom Kes. Pasien	9/7/2025	awani

12/8-2025
aca
Bambang W



PEMERINTAH KABUPATEN BANDUNG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH OTO ISKANDAR DI NATA

Jl. Gading Tutuka Kampung Cingcin Kolot Desa Cingcin Kecamatan Soreang Kabupaten Bandung
 Provinsi Jawa Barat Telp. telp. (022) 5891355 Email : rsudotista@bandungkab.go.id Website :
 rsudotista@bandungkab.go.id

SURAT KETERANGAN

NOMOR: 000.9.2./u.b /UMPEG/2025

Yang Bertanda-tangan di bawah ini :

Nama : Dr. H. YANI SUMPENA MUCHTAR SH,MH.Kes

Jabatan : Direktur RSUD Oto Iskandar Di Nata

dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Dede Sri Megawati

NIM / NPM : 1076241039

Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Universitas : Universitas MH Thamrin Jakarta

Telah selesai melaksanakan Penelitian pada tanggal 28 Juli s/d 12 Agustus 2025 pada Instalasi Rawat Inap serta mengerjakan tugas dan tanggungjawabnya dengan **BAIK** di RSUD Oto Iskandar Di Nata.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Soreang, 15 Agustus 2025

a.n DIREKTUR RSUD OTO ISKANDAR DI NATA
 WAKIL DIREKTUR UMUM DAN SUMBER DAYA
 u.b

KEPALA BAGIAN UMUM DAN KEPEGAWAIAN



Hj. Sri Darliati, S.Sos,M.Si
 Pembina
 NIP. 19720922 199312 2 002

LAMPIRAN
KUISIONER PENELITIAN

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN MASA KERJA PERAWAT
DENGAN SIKAP TERHADAP *PATIENT SAFETY* DI INSTALASI
RAWAT INAP**

RSUD OTO ISKANDAR DI NATA BANDUNG TAHUN 2025

Responden yang terhormat, saya mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas MH Thamrin, guna memenuhi tugas akhir, saya membutuhkan partisipasi anda dalam pengisian kuesioner ini yang berjudul: "**Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja Perawat dengan Sikap Terhadap *Patient Safety* di Instalasi Rawat Inap RSUD Oto Iskandar Di Nata Bandung**", Oleh karena itu, saya mengharapkan bantuan dari anda untuk berpartisipasi memberikan jawaban yang sebenarnya. Hasil penelitian ini hanya diperuntukkan dalam penyusunan tugas akhir. Atas bantuan dan kesediaan anda saya ucapkan terima kasih.

Bagian I : Profil Responden

Nama :

Jenis Kelamin : ☐ Laki-Laki ☐ Perempuan

Usia :Tahun

Pendidikan Terakhir : ☐ Diploma (D3) ☐ Sarjana (S1)

Masa Kerja :Tahun

Bagian II : Item Pernyataan Kuisisioner

Bagian A: Sikap Terhadap Patient Safety (Skala Likert)

Pilihan skala:

Berilah tanda silang (X) pada alternatif jawaban yang telah tersedia sesuai dengan kondisi yang menurut anda benar. Setiap responden hanya diberi kesempatan memilih 1 (satu) jawaban. Adapun makna angka skala likert ini.

Keterangan:

1 : Sangat Tidak Setuju

4 : Setuju

2 : Tidak Setuju

5: Sangat Setuju

3 : Kurang Setuju

Bagian B: Pengetahuan tentang Patient Safety (Skala Benar–Salah)

Pilih jawaban Benar atau Salah berdasarkan pengetahuan Anda terhadap isi pernyataan yang disajikan.

A. Sikap Terhadap Patient Safety (Permenkes RI) Nomor 11 Tahun 2017)

No	Pernyataan	Alternatif Jawaban				
		STS	TS	KS	S	SS
Ketepatan Identifikasi Pasien						
1.	Saya selalu menggunakan dua identitas pasien sebelum memberikan tindakan (nama dan tanggal lahir)					
2.	Identitas pasien dicocokkan dengan gelang identitas atau dokumen pendukung					
3.	Petugas rutin melakukan verifikasi identitas pasien sebelum pemberian obat.					
Peningkatan Komunikasi yang Efektif						
4.	Saya menggunakan teknik komunikasi yang terstandar (seperti SBAR) saat menyerahkan laporan.					
5.	Saya selalu mengulang kembali instruksi/verbal order untuk memastikan kejelasan.					
6.	Komunikasi antar petugas dilakukan secara jelas dan tanpa multitafsir.					
Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (High Alert Medications).						
7.	Obat-obat high alert disimpan dan diberi label khusus.					
8.	Selalu melakukan double check sebelum memberikan obat high alert.					
9.	Terdapat prosedur tetap dalam penanganan dan pemberian obat high alert.					
Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi						
10.	Terdapat time out sebelum tindakan operasi dimulai.					
11.	Prosedur verifikasi lokasi, prosedur, dan identitas pasien dilakukan secara konsisten.					
12.	Penandaan lokasi operasi dilakukan sebelum prosedur.					

Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (HAIs)						
13.	Selalu melakukan cuci tangan sesuai 5 momen WHO.					
14.	Alat medis digunakan secara steril dan sesuai prosedur.					
15.	Protokol pencegahan infeksi (seperti APD) diterapkan secara konsisten.					

B. Pengetahuan (Notoatmodjo, 2020)

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban	
		Benar	Salah
Tahu (Know)			
1.	Identifikasi pasien dan komunikasi efektif merupakan bagian dari sasaran keselamatan pasien.		
2.	Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengatur tentang pelaksanaan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan.		
3.	Obat-obatan <i>High Alert</i> memerlukan kewaspadaan tinggi dalam pemberian karena risiko efek sampingnya yang serius.		
Memahami (<i>Comprehension</i>)			
4.	Dua identitas pasien seperti nama lengkap dan tanggal lahir harus digunakan sebelum memberikan tindakan medis.		
5.	Mengulang instruksi lisan dari dokter kepada perawat merupakan bagian dari komunikasi yang efektif.		
6.	Cuci tangan harus dilakukan pada lima momen penting, bukan hanya sebelum memberikan obat.		
Aplikasi (<i>Application</i>)			
7.	Menggunakan APD (alat pelindung diri) saat menangani pasien adalah bagian dari pencegahan infeksi.		
8.	Ketidaksesuaian identitas pasien dapat menyebabkan pemberian obat yang salah.		
9.	Komunikasi SBAR digunakan untuk menyampaikan informasi penting antar tenaga kesehatan.		
Analisis (<i>Analysis</i>)			
10.	Tidak melakukan verifikasi lokasi sebelum operasi dapat menyebabkan kesalahan prosedur.		
11.	Kegagalan mencuci tangan sesuai prosedur dapat meningkatkan risiko infeksi nosokomial (HAIs).		
12.	SOP keselamatan pasien sebaiknya menggabungkan aspek identifikasi pasien dan komunikasi efektif.		
Sintesis (<i>Synthesis</i>)			
13.	Mampu menyusun rencana pencegahan kesalahan dalam pemberian obat high alert di unit saya.		
14.	Mampu menyusun rencana tindakan untuk mencegah kesalahan pemberian obat high alert.		

15.	Penyusunan prosedur penanganan infeksi harus berdasarkan pedoman WHO.		
Evaluasi (<i>Evaluation</i>)			
16.	Dapat menilai apakah prosedur Patient Safety di unit kerja saya sudah sesuai standar.		
17.	Mampu mengidentifikasi kelemahan sistem komunikasi antar petugas dalam pelaporan kondisi pasien.		
18.	Identifikasi pasien dan komunikasi efektif merupakan bagian dari sasaran keselamatan pasien.		

OUTPUT

1. V dan R

V dan R Pengetahuan

		Correlations																		P
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	
P 1	Pearson Correlation	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	,746**	-	,855**	,746**	-	,761**	-	-	,628**
			,083	,071	,047	,023	,036	,033	,069	,080	,051		,058	,5**	,6**	,019	,1**	,104	,003	
	Sig. (2-tailed)		,167	,237	,438	,703	,548	,583	,251	,183	,395	,000	,333	,000	,000	,748	,000	,083	,963	,000
N		278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P 2	Pearson Correlation	-	1	,669**	,500**	,587**	,464**	,514**	,588**	,701**	,327**	,050	,667**	-	,050	,567**	,050	,587**	,555**	,500**
		,083												,046						
	Sig. (2-tailed)	,167		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,410	,000	,445	,415	,000	,410	,000	,000	,000
N		278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P 3	Pearson Correlation	-	,669**	1	,593**	,619**	,488**	,611**	,698**	,709**	,368**	,030	,674**	-	,030	,571**	,030	,489**	,585**	,524**
		,071												,045						
	Sig. (2-tailed)	,237	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,613	,000	,451	,613	,000	,613	,000	,000	,000
N		278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P 4	Pearson Correlation	-	,500**	,587**	1	,434**	,459**	,914**	,459**	,560**	,440**	,064	,603**	-	,093	,756**	,035	,353**	,484**	,539**
		,047												,023						
	Sig. (2-tailed)	,438	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,288	,000	,703	,120	,000	,566	,000	,000	,000
N		278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P 5	Pearson Correlation	-	,587**	,619**	,434**	1	,423**	,447**	,515**	,620**	,316**	,059	,588**	,036	,059	,496**	,059	,426**	,510**	,484**
		,023																		
	Sig. (2-tailed)	,703	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,330	,000	,547	,330	,000	,330	,000	,000	,000
N		278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P 6	Pearson Correlation	-	,464**	,488**	,459**	,423**	1	,474**	,398**	,486**	,527**	,044	,460**	,001	,044	,527**	,044	,330**	,574**	,460**
		,036																		
	Sig. (2-tailed)	,548	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,468	,000	,981	,468	,000	,468	,000	,000	,000
N		278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P 7	Pearson Correlation	-	,514**	,611**	,914**	,447**	,474**	1	,474**	,577**	,455**	,054	,546**	,023	,084	,843**	,024	,365**	,577**	,560**
		,033																		
	Sig. (2-tailed)	,583	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,368	,000	,706	,161	,000	,689	,000	,000	,000
N		278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P 8	Pearson Correlation	-	,587**	,699**	,459**	,515**	,398**	,474**	1	,574**	,309**	,078	,544**	-	,044	,455**	,078	,423**	,486**	,471**
		,069												,032						
	Sig. (2-tailed)	,251	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,197	,000	,598	,468	,000	,197	,000	,000	,000
N		278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P 9	Pearson Correlation	-	,701**	,709**	,593**	,619**	,488**	,514**	,588**	1	,381**	,071	,654**	,012	,031	,552**	-	,510**	,585**	,521**
		,080															,009			
	Sig. (2-tailed)																			

	Sig. (2-tailed)	,183	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,239	,000	,838	,607	,000	,883	,000	,000	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P10	Pearson Correlation	-,051	,327**	,368**	,440**	,316**	,527**	,455**	,309**	,381**	1	,055	,360**	,015	,055	,507**	,055	,226**	,467**	,411**
	Sig. (2-tailed)	,395	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,364	,000	,800	,364	,000	,364	,000	,000	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P11	Pearson Correlation	,746**	,050	,030	,064	,059	,044	,054	,078	,071	,055	1	,120*	,654**	,847**	,055	,847**	,017	,150*	,724**
	Sig. (2-tailed)	,000	,410	,613	,288	,330	,468	,368	,197	,239	,364		,045	,000	,000	,364	,000	,781	,012	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P12	Pearson Correlation	-,058	,667**	,674**	,603**	,588**	,460**	,546**	,544**	,654**	,360**	,120*	1	-,009	,082	,605**	,082	,693**	,754**	,568**
	Sig. (2-tailed)	,333	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,045		,876	,173	,000	,173	,000	,000	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P13	Pearson Correlation	,855**	-,046	,045	,023	,036	,001	,023	,032	,012	,015	,654**	-,009	1	,624**	,047	,684**	-,005	,090	,630**
	Sig. (2-tailed)	,000	,445	,451	,703	,547	,981	,706	,598	,838	,800	,876			,000	,431	,000	,938	,133	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P14	Pearson Correlation	,746**	,050	,030	,093	,059	,044	,084	,044	,031	,055	,847**	,082	,624**	1	,088	,847**	,017	,111	,716**
	Sig. (2-tailed)	,000	,410	,613	,120	,330	,468	,161	,468	,607	,364	,000	,173	,000		,145	,000	,781	,065	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P15	Pearson Correlation	-,019	,567**	,571**	,756**	,496**	,527**	,843**	,455**	,552**	,507**	,055	,605**	,047	,088	1	,055	,496**	,723**	,586**
	Sig. (2-tailed)	,748	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,364	,000	,431	,145		,364	,000	,000	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P16	Pearson Correlation	,761**	,050	,030	,035	,059	,044	,024	,078	-,009	,055	,847**	,082	,684**	,847**	,055	1	,059	,111	,719**
	Sig. (2-tailed)	,000	,410	,613	,566	,330	,468	,689	,197	,883	,364	,000	,173	,000	,000	,364		,330	,065	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P17	Pearson Correlation	-,104	,587**	,489**	,353**	,426**	,330**	,365**	,423**	,510**	,226**	,017	,693**	-,005	,017	,496**	,059	1	,620**	,416**
	Sig. (2-tailed)	,083	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,781	,000	,938	,781	,000	,330		,000	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P18	Pearson Correlation	-,003	,555**	,585**	,484**	,510**	,574**	,577**	,486**	,585**	,467**	,150*	,754**	,090	,111	,723**	,111	,620**	1	,598**
	Sig. (2-tailed)	,963	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,012	,000	,133	,065	,000	,065	,000		,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
P	Pearson Correlation	,628**	,500**	,524**	,539**	,484**	,460**	,560**	,471**	,521**	,411**	,724**	,568**	,630**	,716**	,586**	,719**	,416**	,598**	1

Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278

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

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,855	18

V dan R Patient Safety

		Correlations																
		PS1	PS2	PS3	PS4	PS5	PS6	PS7	PS8	PS9	PS10	PS11	PS12	PS13	PS14	PS15	IPS	
PS 1	Pearson Correlation	1	,210**	,317**	,390**	,281**	,164**	,151*	,143*	,126*	,199**	,040	,139*	,107	,214**	,232**	,409**	
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,006	,012	,017	,035	,001	,501	,021	,075	,000	,000	,000	
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	
PS 2	Pearson Correlation	,210**	1	,457**	,360**	,321**	,361**	,168**	,133*	,247**	,393**	,198**	,261**	,361**	,432**	,367**	,604**	
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,005	,027	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	
PS 3	Pearson Correlation	,317**	,457**	1	,375**	,292**	,293**	,115	,147*	,179**	,361**	,159**	,276**	,213**	,296**	,446**	,556**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,005	,014	,003	,000	,008	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	
PS 4	Pearson Correlation	,390**	,360**	,375**	1	,547**	,291**	,253**	,347**	,325**	,317**	,150*	,258**	,148*	,258**	,381**	,644**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,012	,000	,014	,000	,000	,000	
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	
PS 5	Pearson Correlation	,281**	,321**	,292**	,375**	1	,309**	,378**	,399**	,300**	,287**	,190**	,256**	,299**	,346**	,400**	,662**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	
PS 6	Pearson Correlation	,164**	,361**	,293**	,291**	,309**	1	,277**	,254**	,369**	,895**	,132*	,360**	,281**	,381**	,281**	,668**	
	Sig. (2-tailed)	,006	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,028	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	

PS 7	Pearson Correlation	,151*	,168**	,115	,253**	,378**	,277**	1	,299**	,239**	,255**	,120*	,133*	,298**	,240**	,146*	,479**
	Sig. (2-tailed)	,012	,005	,055	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,045	,026	,000	,000	,015	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
PS 8	Pearson Correlation	,143*	,133*	,147*	,347**	,399**	,254**	,299**	1	,331**	,301**	,169**	,291**	,093	,226**	,205**	,521**
	Sig. (2-tailed)	,017	,027	,014	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,005	,000	,122	,000	,001	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
PS 9	Pearson Correlation	,126*	,247**	,179**	,325**	,300**	,369**	,239**	,331**	1	,394**	,317**	,411**	,316**	,391**	,229**	,611**
	Sig. (2-tailed)	,035	,000	,003	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
PS 10	Pearson Correlation	,199**	,393**	,361**	,317**	,287**	,895**	,255**	,301**	,394**	1	,177**	,375**	,284**	,336**	,308**	,693**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,003	,000	,000	,000	,000	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
PS 11	Pearson Correlation	,040	,198**	,159**	,150*	,190**	,132*	,120*	,169**	,317**	,177**	1	,331**	,306**	,304**	,085	,427**
	Sig. (2-tailed)	,501	,001	,008	,012	,001	,028	,045	,005	,000	,003		,000	,000	,000	,160	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
PS 12	Pearson Correlation	,139*	,261**	,276**	,258**	,256**	,360**	,133*	,291**	,411**	,375**	,331**	1	,292**	,347**	,290**	,586**
	Sig. (2-tailed)	,021	,000	,000	,000	,000	,000	,026	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
PS 13	Pearson Correlation	,107	,361**	,213**	,148*	,299**	,281**	,298**	,093	,316**	,284**	,306**	,292**	1	,374**	,245**	,528**
	Sig. (2-tailed)	,075	,000	,000	,014	,000	,000	,000	,122	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
PS 14	Pearson Correlation	,214**	,432**	,296**	,258**	,346**	,381**	,240**	,226**	,391**	,336**	,304**	,347**	,374**	1	,308**	,629**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
PS 15	Pearson Correlation	,232**	,367**	,446**	,381**	,400**	,281**	,146*	,205**	,229**	,308**	,085	,290**	,245**	,308**	1	,559**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,015	,001	,000	,000	,160	,000	,000	,000		,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278

IPS	Pearson Correlation	,409**	,604**	,556**	,644**	,662**	,668**	,479**	,521**	,611**	,693**	,427**	,586**	,528**	,629**	,559**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278

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

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,854	15

Tabel 5.5 Rekapitulasi Jawaban Responden pada Item Pernyataan mengenai Sikap terhadap *Patient Safety*

No Item	Item Pernyataan	Frekuensi Jawaban					N
		STS (1)	TS (2)	KS (3)	S (4)	SS (5)	
PS1	Saya selalu menggunakan dua identitas pasien sebelum memberikan tindakan (nama dan tanggal lahir)	2 2.13%	3 3.19%	60 63.83%	20 21.28%	9 9.57%	94
PS2	Identitas pasien dicocokkan dengan gelang identitas atau dokumen pendukung	4 4.26%	44 46.81%	20 21.28%	17 18.09%	9 9.57%	94
PS3	Petugas rutin melakukan verifikasi identitas pasien sebelum pemberian obat.	26 27.66%	19 20.21%	22 23.40%	19 20.21%	8 8.52%	94
PS4	Saya menggunakan teknik komunikasi yang terstandar (seperti SBAR) saat menyerahkan laporan.	5 5.32%	55 58.51% 3%	11 11.70%	12 12.77%	11 11.70%	94
PS5	Saya selalu mengulang kembali instruksi/verbal order untuk memastikan kejelasan.	27 28.72%	16 17.02%	20 21.28%	18 19.15%	13 13.82%	94
PS6	Komunikasi antar petugas dilakukan secara jelas dan tanpa multitafsir.	12 12.77%	14 14.89%	43 45.74%	15 15.96%	10 10,64%	94
PS7	Obat-obat high alert disimpan dan diberi label khusus.	30 31.91%	14 14.89%	23 24.47%	21 22.34%	6 6.38%	94
PS8	Selalu melakukan double check sebelum memberikan obat <i>high alert</i> .	7 7.45%	39 41.49%	18 19.15%	17 18.09%	13 13.83%	94
PS9	Terdapat prosedur tetap dalam penanganan dan pemberian obat <i>high alert</i> .	30 31.91%	10 10.64%	22 23.40%	18 19.15%	14 14.89%	94
PS10	Terdapat <i>time out</i> sebelum tindakan operasi dimulai.	26 27.66%	19 20.21%	21 22.34%	12 12.77%	16 17.02%	94

PS11	Prosedur verifikasi lokasi, prosedur, dan identitas pasien dilakukan secara konsisten.	30 31.91%	7 7.45%	18 19.15%	24 25.53%	15 15.96%	94
PS12	Penandaan lokasi operasi dilakukan sebelum prosedur.	28 29.79%	18 18.19%	21 22.34%	17 18.09%	10 10.64%	94
PS13	Selalu melakukan cuci tangan sesuai 5 momen WHO.	12 12.77%	14 14.89%	13 13.83%	47 50.00%	8 8.51%	94
PS14	Alat medis digunakan secara steril dan sesuai prosedur.	23 24.47%	13 13.83%	23 24.47%	22 23.40%	13 13.83%	94
PS15	Protokol pencegahan infeksi (seperti APD) diterapkan secara konsisten.	26 27.66%	17 18.09%	24 25.53%	14 14.89%	13 13.83%	94

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2025

Berdasarkan rekapitulasi dari jawaban responden pada 15 item pernyataan pada variabel sikap terhadap *patient safety*, diperoleh hasil bahwa sebagian jawaban responden berada pada jawaban kurang/cukup setuju yaitu sebesar 25.46%. Sementara untuk item pernyataan tertinggi berada pada item pernyataan pertama mengenai "saya selalu menggunakan dua identitas pasien sebelum memberikan tindakan (nama dan tanggal lahir)" dengan nilai rata-rata sebesar 3.31, sementara untuk item pernyataan terendah berada pada item pernyataan tujuh mengenai "obat-obat *high alert* disimpan dan diberi label khusus ", dengan nilai rata-rata sebesar 2.56.

2. Analisis Univariat

		Jenis Kelamin			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	34	36,2	36,2	36,2
	Perempuan	60	63,8	63,8	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

		Usia			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25-44 Tahun	54	57,4	57,4	57,4
	45-64 Tahun	40	42,6	42,6	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

		Pendidikan Terakhir			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Diploma	58	61,7	61,7	61,7
	Sarjana	36	38,3	38,3	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

		Masa Kerja			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<5 Tahun	30	31,9	31,9	31,9
	>5 Tahun	64	68,1	68,1	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

		Pengetahuan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	38	40,4	40,4	40,4
	Baik	56	59,6	59,6	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

		Sikap terhadap Patient Safety			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	41	43,6	43,6	43,6
	Baik	53	56,4	56,4	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

3. Analisis Chisquare

Jenis Kelamin * Sikap terhadap Patient Safety

Jenis Kelamin * Sikap terhadap Patient Safety Crosstabulation

				Sikap terhadap Patient Safety		
				Kurang	Baik	Total
Jenis Kelamin	Laki-Laki	Count		21	13	34
		% within Jenis Kelamin	61,8%	38,2%	100,0%	
	Perempuan	Count		20	40	60
		% within Jenis Kelamin	33,3%	66,7%	100,0%	
Total		Count		41	53	94
		% within Jenis Kelamin	43,6%	56,4%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,133 ^a	1	,008		
Continuity Correction ^b	6,024	1	,014		
Likelihood Ratio	7,160	1	,007		
Fisher's Exact Test				,010	,007
Linear-by-Linear Association	7,057	1	,008		
N of Valid Cases	94				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,83.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis Kelamin (Laki-Laki / Perempuan)	3,231	1,346	7,754
For cohort Sikap terhadap Patient Safety = Kurang	1,853	1,187	2,891
For cohort Sikap terhadap Patient Safety = Baik	,574	,361	,911
N of Valid Cases	94		

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,526	,000
N of Valid Cases		94	

Usia * Sikap terhadap Patient Safety**Crosstab**

			Sikap terhadap Patient Safety		
			Kurang	Baik	Total
Usia	25-44 Tahun	Count	28	26	54
		% within Usia	51,9%	48,1%	100,0%
	45-64 Tahun	Count	13	27	40
		% within Usia	32,5%	67,5%	100,0%
Total	Count		41	53	94
	% within Usia		43,6%	56,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,499 ^a	1	,061		
Continuity Correction ^b	2,757	1	,097		
Likelihood Ratio	3,543	1	,060		
Fisher's Exact Test				,092	,048
Linear-by-Linear Association	3,462	1	,063		
N of Valid Cases	94				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,45.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,189	,061
N of Valid Cases		94	

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia (25-44 Tahun / 45-64 Tahun)	2,237	,956	5,234
For cohort Sikap terhadap Patient Safety = Kurang	1,595	,953	2,671
For cohort Sikap terhadap Patient Safety = Baik	,713	,502	1,013
N of Valid Cases	94		

Pendidikan Terakhir * Sikap terhadap Patient Safety

Crosstab					
		Sikap terhadap Patient Safety			
		Kurang	Baik	Total	
Pendidikan Terakhir	Diploma	Count	20	38	58
		% within Pendidikan Terakhir	34,5%	65,5%	100,0%
	Sarjana	Count	21	15	36
		% within Pendidikan Terakhir	58,3%	41,7%	100,0%
Total	Count		41	53	94
	% within Pendidikan Terakhir		43,6%	56,4%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,138 ^a	1	,023		
Continuity Correction ^b	4,214	1	,040		
Likelihood Ratio	5,148	1	,023		
Fisher's Exact Test				,032	,020
Linear-by-Linear Association	5,083	1	,024		
N of Valid Cases	94				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,70.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,228	,023
N of Valid Cases		94	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan Terakhir (Diploma / Sarjana)	,376	,160	,885
For cohort Sikap terhadap Patient Safety = Kurang	,591	,377	,927
For cohort Sikap terhadap Patient Safety = Baik	1,572	1,024	2,415
N of Valid Cases		94	

Masa Kerja * Sikap terhadap Patient Safety**Crosstab**

			Sikap terhadap Patient Safety		Total
			Kurang	Baik	
Masa Kerja	<5 Tahun	Count	20	10	30
		% within Masa Kerja	66,7%	33,3%	100,0%
	>5 Tahun	Count	21	43	64
		% within Masa Kerja	32,8%	67,2%	100,0%
Total	Count		41	53	94
	% within Masa Kerja		43,6%	56,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,519 ^a	1	,002		
Continuity Correction ^b	8,192	1	,004		
Likelihood Ratio	9,581	1	,002		
Fisher's Exact Test				,003	,002
Linear-by-Linear Association	9,418	1	,002		
N of Valid Cases		94			

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,09.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,303	,002
N of Valid Cases		94	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Masa Kerja (<5 Tahun / >5 Tahun)	4,095	1,630	10,288
For cohort Sikap terhadap Patient Safety = Kurang	2,032	1,319	3,131
For cohort Sikap terhadap Patient Safety = Baik	,496	,291	,846
N of Valid Cases		94	

Pengetahuan * Sikap terhadap Patient Safety

Crosstab

			Sikap terhadap Patient Safety		
			Kurang	Baik	Total
Pengetahuan	Kurang	Count	29	9	38
		% within Pengetahuan	76,3%	23,7%	100,0%
	Baik	Count	12	44	56
		% within Pengetahuan	21,4%	78,6%	100,0%
Total		Count	41	53	94
		% within Pengetahuan	43,6%	56,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	27,732 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	25,545	1	,000		
Likelihood Ratio	28,979	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	27,437	1	,000		
N of Valid Cases		94			

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,57.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,477	,000
N of Valid Cases		94	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Kurang / Baik)	11,815	4,420	31,582
For cohort Sikap terhadap Patient Safety = Kurang	3,561	2,092	6,062
For cohort Sikap terhadap Patient Safety = Baik	,301	,168	,542
N of Valid Cases		94	

4. Regresi Logistik

1. Seleksi Variabel

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Jenis Kelamin(1)	3,154	,608	26,888	1	,000	23,433	7,113	77,198
	Constant	-,903	,306	8,700	1	,003	,405		

a. Variable(s) entered on step 1: Jenis Kelamin.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Usia	,805	,434	3,444	1	,063	2,237	,956	5,234
	Constant	-,879	,641	1,882	1	,170	,415		

a. Variable(s) entered on step 1: Usia.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Pendidikan Terakhir	-,978	,437	5,022	1	,025	,376	,160	,885
	Constant	1,620	,648	6,257	1	,012	5,054		

a. Variable(s) entered on step 1: Pendidikan Terakhir.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Masa Kerja	1,410	,470	8,999	1	,003	4,095	1,630	10,288
	Constant	-2,103	,819	6,592	1	,010	,122		

a. Variable(s) entered on step 1: Masa Kerja .

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Pengetahuan	2,469	,502	24,230	1	,000	11,815	4,420	31,582
	Constant	-1,170	,382	9,403	1	,002	,310		

a. Variable(s) entered on step 1: Pengetahuan .

2. Model Awal

Tahap 1

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Pengetahuan (1)	3,064	,787	15,173	1	,000	21,907	4,582	100,011
	Masa Kerja (1)	-,151	,936	,026	1	,871	,859	,137	5,379
	Jenis Kelamin(1)	3,316	,804	16,999	1	,000	27,563	5,697	133,363
	Usia	-1,680	,837	4,026	1	,045	,186	,036	,962
	Pendidikan Terakhir(1)	-,542	,826	,430	1	,512	,582	,115	2,938
	Constant	,073	1,173	,004	1	,950	1,076		

a. Variable(s) entered on step 1: Pengetahuan , Masa Kerja , Jenis Kelamin, Usia, Pendidikan Terakhir.

Tahap 2 Menghapus Pendidikan Terakhir

		Variables in the Equation						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Pengetahuan (1)	2,970	,756	15,416	1	,000	19,593	4,426	85,854
	Masa Kerja (1)	,227	,743	,093	1	,760	1,255	,292	5,383
	Jenis Kelamin(1)	3,250	,785	17,160	1	,000	25,797	5,542	120,070
	Usia(1)	-1,646	,821	4,020	1	,045	,193	,039	,964
	Constant	-2,022	,608	11,070	1	,001	,132		

a. Variable(s) entered on step 1: Pengetahuan , Masa Kerja , Jenis Kelamin, Usia.

Tahap 3 : Menghapus Usia (Pendidikan terakhir dipakai)

		Variables in the Equation						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Pengetahuan (1)	2,864	1,171	5,978	1	,014	17,526	1,765	174,026
	Masa Kerja (1)	-1,127	1,623	,482	1	,488	,324	,013	7,808
	Jenis Kelamin(1)	6,610	1,455	20,635	1	,000	742,792	42,873	12869,078
	Pendidikan Terakhir(1)	-,828	1,293	,410	1	,522	,437	,035	5,510
	Constant	-4,341	1,881	5,324	1	,021	,013		

a. Variable(s) entered on step 1: Pengetahuan , Masa Kerja , Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir.

Tahap 4

		Variables in the Equation						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	Pengetahuan (1)	2,987	,730	16,759	1	,000	19,817	4,743	82,795
	Masa Kerja (1)	-,486	,685	,504	1	,478	,615	,161	2,354
	Pendidikan Terakhir(1)	-1,037	,558	3,455	1	,063	,355	,119	1,058
	Usia(1)	-,597	,642	,864	1	,353	,550	,156	1,939
	Constant	-,460	,569	,652	1	,419	,631		

a. Variable(s) entered on step 1: Pengetahuan , Masa Kerja , Pendidikan Terakhir, Usia.

Hasil Akhir

Iteration History ^{a,b,c}		
Iteration	-2 Log likelihood	Coefficients Constant
Step 0	1	128,776
	2	128,776
	3	128,776

a. Constant is included in the model.

b. Initial -2 Log Likelihood: 128,776

c. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table ^{a,b}						
		Predicted				
		Sikap terhadap Patient Safety				
		Kurang	Baik	Percentage Correct		
Step 0	Observed					
	Sikap terhadap Patient Safety	Kurang	Baik			
		0	41			,0
		0	53			100,0
	Overall Percentage					56,4

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

		Variables in the Equation					
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	,257	,208	1,524	1	,217	1,293

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	Pengetahuan (1)	27,732	1	,000
		Masa Kerja (1)	9,519	1	,002
		Jenis Kelamin(1)	35,884	1	,000
		Usia	2,866	1	,090
		Pendidikan Terakhir(1)	5,138	1	,023
	Overall Statistics		48,064	5	,000

Iteration History^{a,b,c,d}

		Coefficients						
		-2 Log likelihood	Constant	Pengetahuan (1)	Masa Kerja (1)	Jenis Kelamin(1)	Usia	Pendidikan Terakhir(1)
Iteration								
Step 1	1	75,823	-,665	1,732	-,035	1,991	-,680	-,041
1	2	69,895	-,325	2,568	-,082	2,814	- 1,273	-,278
	3	69,097	,000	2,979	-,136	3,226	- 1,612	-,489
	4	69,073	,071	3,061	-,151	3,313	- 1,678	-,540
	5	69,073	,073	3,064	-,151	3,316	- 1,680	-,542
	6	69,073	,073	3,064	-,151	3,316	- 1,680	-,542

a. Method: Enter

b. Constant is included in the model.

c. Initial -2 Log Likelihood: 128,776

d. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than ,001.

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	59,702	5	,000
	Block	59,702	5	,000
	Model	59,702	5	,000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	69,073 ^a	,470	,630

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than ,001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	2,651	8	,954

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		Sikap terhadap Patient Safety = Kurang		Sikap terhadap Patient Safety = Baik		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	3	2,872	0	,128	3
	2	11	11,642	2	1,358	13
	3	7	7,677	2	1,323	9
	4	8	7,641	2	2,359	10
	5	5	4,741	3	3,259	8
	6	5	3,593	5	6,407	10
	7	1	1,812	10	9,188	11
	8	0	,145	2	1,855	2
	9	1	,752	14	14,248	15
	10	0	,127	13	12,873	13

Classification Table^a

		Predicted Sikap terhadap Patient Safety		Percentage Correct
		Kurang	Baik	
Step 1	Sikap terhadap Patient Safety	Kurang	Baik	
		36	5	87,8
		10	43	81,1
Overall Percentage				84,0

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Pengetahuan (1)	3,064	,787	15,173	1	,000	21,407	4,582	100,011
	Masa Kerja (1)	-,151	,936	,026	1	,871	,859	,137	5,379
	Jenis Kelamin(1)	3,316	,804	16,999	1	,000	27,563	5,697	133,363
	Usia	-1,680	,837	4,026	1	,045	,186	,036	,962
	Pendidikan Terakhir(1)	-,542	,826	,430	1	,512	,582	,115	2,938
	Constant	,073	1,173	,004	1	,950	1,076		