

**HUBUNGAN STRES PEKERJAAN, KELELAHAN KERJA, *SHIFT*  
KERJA, DAN INTENSITAS BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN  
KEJADIAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RSUD Dr. H. ABDUL  
MOELOEK PROVINSI LAMPUNG**

**(Skripsi)**

**Oleh**

**LINTANG LESTARI CAHYA SAWITRI**

**NPM 2018011030**



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2024**

**HUBUNGAN STRES PEKERJAAN, KELELAHAN KERJA,  
SHIFT KERJA, DAN INTENSITAS BEBAN KERJA PERAWAT  
DENGAN KEJADIAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI  
RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG**

Oleh

**LINTANG LESTARI CAHYA SAWITRI**

**Skripsi**

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mendapatkan Gelar**

**SARJANA KEDOKTERAN**

**Pada**

**Program Studi Pendidikan Dokter**

**Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2024**

Judul Skripsi : **HUBUNGAN STRES PEKERJAAN, KELELAHAN KERJA, *SHIFT* KERJA, DAN INTENSITAS BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN KEJADIAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG**

Nama Mahasiswa : Lintang Lestari Cahya Sawitri

No. Pokok Mahasiswa : 2018011030

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Kedokteran



1. Komisi Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

**Ns. Bayu A. Pramesona, MMR., Ph.D.**  
NIP 198608022009031001

**dr. Maya Ganda Ratna, M.Biomed.**  
NIP 198708122020122012

2. Dekan Fakultas Kedokteran



**Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc.**  
NIP 197601202003122001

**MENGESAHKAN**

1. Tim Penguji

Ketua

: **Ns. Bayu Anggileo Pramesona,**

**S.Kep., MMR., Ph.D.**



Sekretaris

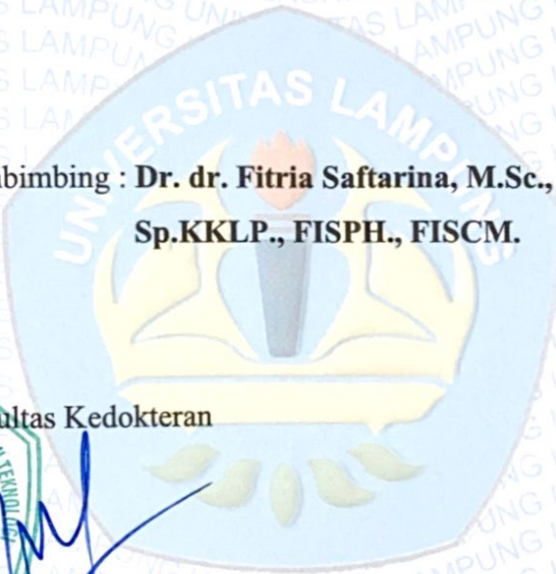
: **dr. Maya Ganda Ratna, M.Biomed.**



Penguji

Bukan Pembimbing : **Dr. dr. Fitria Saftarina, M.Sc.,**

**Sp.KKLP., FISP.H., FISC.M.**



2. Dekan Fakultas Kedokteran



**Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc.**

**NIP 197601202003122001**



**Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 17 Januari 2024**

## LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

1. Skripsi dengan judul **“HUBUNGAN STRES PEKERJAAN, KELELAHAN KERJA, *SHIFT* KERJA, DAN INTENSITAS BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN KEJADIAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG”** adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara yang tidak sesuai dengan tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hal intelektualitas atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Demikian pernyataan saya, apabila di kemudian hari ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 17 Januari 2024



Lintang Lestari Cahya Sawitri

## **RIWAYAT HIDUP**

Penulis merupakan anak pertama dari tiga bersaudara yang dilahirkan di Pringsewu pada tanggal 19 Desember 2001 dari Ayah Surasa dan Ibu Wigatiningsih.

Penulis menyelesaikan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) di R.A. Baitul Umi Pajaresuk pada tahun 2006, Taman Kanak-Kanak (TK) di TK ABA 1 Pringsewu pada tahun 2008, Sekolah Dasar (SD) di SD Muhammadiyah Pringsewu pada tahun 2014, Sekolah Menengah Pertama (SMP) di SMPN 1 Pringsewu pada tahun 2017, Sekolah Menengah Atas (SMA) di SMAN 1 Pringsewu pada tahun 2020.

Pada tahun 2020, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur Seleksi Nasional Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SNMPTN).

Selama menjadi mahasiswa, penulis pernah menjadi asisten praktikum Fisiologi periode 2021/2022. Penulis aktif menjadi pengurus organisasi di Lampung University Medical Research (LUNAR) sebagai Wakil Ketua Divisi Ilmiah periode 2021/2022 dan Center for Indonesian Medical Student Assosiation (CIMSA) sebagai anggota SCO Public Health (SCOPH).

## ABSTRAK

### HUBUNGAN STRES PEKERJAAN, KELELAHAN KERJA, *SHIFT* KERJA, DAN INTENSITAS BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN KEJADIAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG

Oleh

LINTANG LESTARI CAHYA SAWITRI

Penelitian sebelumnya belum membahas terkait hubungan stres pekerjaan, kelelahan kerja, *shift* kerja, dan intensitas beban kerja perawat terhadap kejadian IKP. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan stres, kelelahan, *shift* kerja, dan intensitas beban kerja perawat dengan kejadian IKP. Penelitian *cross sectional* studi ini dilaksanakan pada September-November 2023 di instalasi rawat inap RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Perawat di bagian interna, anak, bedah, perinatologi, kebidanan, neurologi, paru, jantung, mata dan THT sebanyak 157 orang yang direkrut secara *purposive sampling*. Variabel stres diukur dengan kuesioner *Perceived Stress Scale* (PSS-10), kelelahan dengan Kuesioner Alat Ukur Perasaan Kelelahan Kerja (KAUPK2), beban kerja dengan kuesioner oleh Nursalam, dan IKP berasal dari data pelaporan primer. Data yang terkumpul dianalisis dengan *Chi Square*. Responden mengalami stres sedang (57,3%), merasa lelah (44,6%), bekerja *shift* pagi (46,5%), beban kerja berat (54,8%), dan kejadian IKP terbanyak di bagian anak (50%). Berdasarkan analisis, ada hubungan antara stres pekerjaan ( $p=0,001$ ; 95% CI=1,688-6,693), kelelahan kerja ( $p=0,002$ ; 95% CI=1,873-17,284), *shift* kerja ( $p=0,001$ ; 95% CI=0,560-2,015), dan intensitas beban kerja ( $p=0,025$ ; 95% CI=1,155-4,297) dengan kejadian IKP. Terdapat hubungan bermakna antara stres, kelelahan, *shift* kerja, dan intensitas beban kerja perawat dengan kejadian IKP.

**Kata Kunci:** beban kerja, insiden keselamatan pasien, kelelahan, *shift*, stres.

## **ABSTRACT**

### **THE CORRELATION BETWEEN JOB STRESS, WORK FATIGUE, SHIFT WORK, AND WORKLOAD INTENSITY AMONG NURSES WITH THE CASES OF PATIENT SAFETY INCIDENTS AT Dr. H. ABDUL MOELOEK HOSPITAL, LAMPUNG PROVINCE**

**By**

**LINTANG LESTARI CAHYA SAWITRI**

Previous studies have not addressed correlation between job stress, work fatigue, shift work, and workload intensity among nurses with the cases of PSIs at Dr. H. Abdul Moeloek Hospital. This study aims to determine the correlation between stress, fatigue, shift work, and workload intensity among nurse with the cases of PSIs. The cross-sectional study has been done from September to November 2023 at Dr. H. Abdul Moeloek Hospital's hospitalization of Lampung Province. 157 nurses from several departments, that are internal medicine, pediatric, surgery, perinatology, midwifery, neurology, pulmonary, cardiology, ophthalmology, and Ear Nose Throat (ENT) recruited by purposive sampling. The stress variable was measured using the Perceived Stress Scale (PSS-10) questionnaire, fatigue with the Kuesioner Alat Ukur Penilaian Kelelahan Kerja (KAUPK2), workload with a questionnaire by Nursalam, and data of PSIs originated from primary reporting. The collected datas then were analyzed using Chi-Square. Respondents experienced moderate stress (57.3%), felt tired (44.6%), worked morning shift (46.5%), had a heavy workload (54.8%), and the most frequent PSIs occurred in the pediatric's department (50%). According to analysis, there is a correlation between work stress ( $p=0.001$ ; 95% CI=1,688-6,693), work fatigue ( $p=0.002$ ; 95% CI=1,873-17,284), shift work ( $p=0.001$ ; 95% CI=0,560-2,015), and workload intensity ( $p=0.025$ ; 95% CI=1,155-4,297) among nurses with the cases of PSIs. There is a significant correlation between stress, fatigue, shift work, and workload intensity among nurses with the cases of PSIs.

**Keywords:** fatigue, patient safety incidents, shift, stress, workload.



## PRAKATA

Rasa syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas Rahmat dan hidayah-Nya skripsi ini dapat diselesaikan. Sholawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW.

Skripsi dengan judul “Hubungan Stres Pekerjaan, Kelelahan Kerja, *Shift* Kerja, dan Intensitas Beban Kerja Perawat dengan Kejadian Insiden Keselamatan Pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung” ini disusun untuk memenuhi syarat dalam mencapai gelar sarjana kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari doa, saran, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak sehingga penulis dengan segala kerendahan hati ingin mengucapkan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M. selaku Rektor Universitas Lampung.
2. Dr. dr. Khairun Nisa Berawi, M. Kes., AIFO. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran.
3. Ns. Bayu Anggileo Pramesona, S. Kep., MMR., Ph.D. selaku Pembimbing I atas segala kesediaan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan ilmu, arahan, masukan, dan motivasi yang membangun, serta ilmu yang begitu bermanfaat sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan baik.
4. dr. Maya Ganda Ratna, M.Biomed. selaku Pembimbing II atas segala kesediaannya dalam memberikan ilmu, arahan, dan saran selama proses bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan baik.
5. Dr. dr. Fitria Saftarina, Sp. KKLK., FISPH., FISCAM. selaku Pembahas atas segala kesediaannya dalam memberi ilmu, koreksi, saran, dan arahan yang diperlukan penulis untuk menyelesaikan skripsi dengan baik.

6. dr. Waluyo Rudiyanto, M. Kes. selaku Pembimbing Akademik penulis yang senantiasa memberikan arahan dan motivasi selama penulis menempuh pendidikan preklinik.
7. Seluruh dosen pengajar, staf, dan civitas akademik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu yang telah diberikan selama penulis menempuh pendidikan preklinik serta bantuannya dalam proses penyusunan skripsi penulis.
8. Seluruh Kepala Ruangan Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung atas bantuannya dalam proses penelitian sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian dengan baik.
9. Ibunda tercinta, Wigatiningsih, yang selalu memberikan doa yang tulus dan selalu mengalir dalam setiap kesempatan, nasihat, bimbingan, semangat, dan kasih sayang yang tidak pernah putus, serta senantiasa menemani dan mendukung dalam setiap langkah penulis.
10. Ayahanda tercinta, Surasa, yang selalu memberikan dukungan, waktu, bantuan, nasihat, seluruh usaha yang dikerahkan, serta kasih sayang yang tidak pernah putus pada penulis.
11. Adik-adikku, Dinda dan Agung, yang telah memberikan semangat, dukungan, bantuan, serta doa-doa yang tulus bagi penulis.
12. Teman-temanku, Ulfi dan Sephia, yang selalu memberi dukungan, bantuan, dan menemani setiap perjalanan penulis sejak SMA sampai sekarang.
13. Teman-temanku, Viola, Rara, Lili, Kane, dan Siwi, yang selalu memberikan dukungan, bantuan, dan doa yang tulus bagi penulis.
14. Teman-temanku, KESEBELASAN, Brigitta, Aulia, Zheva, Angel, Nahra, Nabilla, Falda, Nadhia, Almaina, dan Genta, yang selalu memberi dukungan, saran, bantuan, doa, dan menemani penulis di masa-masa bahagia dan sulit penulis selama kuliah.
15. Teman-temanku, Nimas dan Abrila, yang senantiasa memberikan dukungan dan membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian.
16. Teman-temanku, T20MBOSIT, yang telah berjuang bersama-sama selama masa pendidikan.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini memiliki banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna, namun penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan seluruh pihak yang terlibat.

Bandar Lampung, Januari 2024

Penulis,

Lintang Lestari Cahya Sawitri

## DAFTAR ISI

Halaman

<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>i</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>iii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>v</b>
<b>I. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
<b>II. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>7</b>
2.1 Keselamatan Pasien .....	7
2.2 Insiden Keselamatan Pasien.....	8
2.2.1 Definisi Insiden Keselamatan Pasien .....	8
2.2.2 Prevalensi Insiden Keselamatan Pasien.....	8
2.2.3 Jenis Insiden Keselamatan Pasien .....	9
2.2.4 Dampak Insiden Keselamatan Pasien.....	11
2.2.5 Pencegahan Insiden Keselamatan Pasien .....	12
2.3 Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Insiden Keselamatan Pasien.....	14
2.3.1 Faktor Eksternal.....	14
2.3.2 Faktor Organisasi dan Manajemen .....	15
2.3.3 Faktor Lingkungan Kerja.....	16
2.3.4 Faktor Tim .....	18
2.3.5 Faktor Individual .....	19
2.3.6 Faktor Tugas .....	20
2.3.7 Karakteristik Pasien.....	21
2.4 Kerangka Teori .....	22
2.5 Kerangka Konsep.....	23
2.6 Hipotesis .....	23
<b>III. METODE PENELITIAN</b> .....	<b>24</b>
3.1 Jenis Penelitian.....	24
3.2 Waktu dan Tempat .....	24
3.2.1 Waktu Penelitian .....	24
3.2.2 Tempat Penelitian .....	24
3.3 Subjek Penelitian .....	24
3.3.1 Populasi .....	24
3.3.2 Sampel .....	25

3.4	Alur Penelitian .....	30
3.5	Identifikasi Variabel Penelitian.....	31
3.6	Definisi Operasional .....	31
3.7	Instrumen Pengumpulan Data .....	32
3.8	Uji Validitas dan Reliabilitas .....	33
3.8.1	Uji Validitas.....	33
3.8.2	Uji Reliabilitas.....	34
3.9	Pengumpulan Data .....	35
3.9.1	Data Primer.....	35
3.9.2	Data Sekunder .....	35
3.10	Teknik Pengolahan Data .....	35
3.11	Analisis Data .....	37
3.11.1	Analisis Univariat.....	37
3.11.2	Analisis Bivariat.....	38
3.12	Etika Penelitian .....	38
<b>IV.</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>39</b>
4.1	Hasil .....	39
4.1.1	Analisis Univariat .....	40
4.1.2	Analisis Bivariat .....	45
4.2	Pembahasan.....	48
4.2.1	Analisis Univariat .....	48
4.2.2	Analisis Bivariat .....	55
4.3	Keterbatasan Penelitian.....	61
<b>V.</b>	<b>SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>62</b>
5.1	Simpulan .....	62
5.2	Saran .....	63
5.2.1	Bagi Praktisi .....	63
5.2.2	Bagi Institusi.....	63
5.2.3	Bagi Penelitian Selanjutnya.....	63

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Populasi Penelitian.....	25
2. Proporsi Sampel di Setiap Bagian.....	27
3. Definisi Operasional.....	31
4. <i>Coding</i> Data Penelitian .....	36
5. <i>Scoring</i> Data Stres Pekerjaan.....	36
6. <i>Scoring</i> Data Kelelahan Kerja.....	37
7. <i>Scoring</i> Data Intensitas Beban Kerja .....	37
8. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian .....	40
9. Analisis Univariat Stres Pekerjaan, Kelelahan Kerja, <i>Shift</i> Kerja, dan Intensitas Beban Kerja Pada Perawat di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.....	41
10. Analisis Univariat Kejadian Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Jenis dan Lokasi di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung .....	41
11. Distribusi Frekuensi Perasaan Stres Pekerjaan Perawat di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.....	42
12. Distribusi Frekuensi Perasaan Kelelahan Kerja Perawat di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.....	43
13. Distribusi Frekuensi Intensitas Beban Kerja Perawat di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.....	44
14. Analisis Bivariat Stres Pekerjaan dengan Kejadian Insiden Keselamatan Pasien Pada Perawat di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung ....	45
15. Analisis Bivariat Kelelahan Kerja dengan Kejadian Insiden Keselamatan Pasien Pada Perawat di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung ....	46
16. Analisis Bivariat <i>Shift</i> Kerja dengan Kejadian Insiden Keselamatan Pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.....	47
17. Analisis Bivariat Intensitas Beban Kerja dengan Kejadian Insiden Keselamatan Pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung .....	47

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka Teori.....	22
2. Kerangka Konsep.....	23
3. Alur <i>Flow Chart</i> Sampel.....	28
4. Alur Penelitian .....	30
5. Penyerahan di Bagian Bedah .....	78
6. Penyerahan di Bagian Kebidanan .....	78
7. Penyerahan di Bagian Neuro.....	78
8. Penyerahan di Bagian Paru .....	78

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Izin Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
- Lampiran 2. Surat Izin Penelitian RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung
- Lampiran 3. Surat Persetujuan Etik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
- Lampiran 4. Surat Persetujuan Etik RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung
- Lampiran 5. Dokumentasi Pengambilan Data
- Lampiran 6. Formulir *Informed Consent*
- Lampiran 7. Formulir Kuesioner Stres Pekerjaan
- Lampiran 8. Formulir Kuesioner Kelelahan Kerja
- Lampiran 9. Formulir Kuesioner *Shift* Kerja
- Lampiran 10. Formulir Kuesioner Intensitas Beban Kerja
- Lampiran 11. *Output* Jawaban Kuesioner Stres Pekerjaan
- Lampiran 12. *Output* Jawaban Kuesioner Kelelahan Kerja
- Lampiran 13. *Output* Jawaban Kuesioner Intensitas Beban Kerja
- Lampiran 14. Distribusi Karakteristik Responden
- Lampiran 15. *Output* Karakteristik Responden
- Lampiran 16. *Output* Analisis Univariat
- Lampiran 17. *Output* Analisis Bivariat



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Keselamatan pasien menjadi perhatian sejak laporan “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” diterbitkan oleh *Institute of Medicine* (IOM) pada tahun 2000. Laporan ini membahas Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang terjadi di berbagai rumah sakit, termasuk di Utah, Colorado, dan New York. Data yang didapatkan di Utah dan Colorado berupa KTD (2,9%) dengan 6,6% kejadian mortalitas. Data yang didapatkan di New York berupa kejadian KTD (3,7%) dengan angka mortalitas sebesar 13,6%. Angka mortalitas di Amerika yang diakibatkan oleh KTD berjumlah 33.600.000 orang per tahun dan sejumlah 44-98 ribu orang meninggal akibat kesalahan medis pada tahun 2000 (Najihah, 2018). Laporan dari *National Health Service* (NHS) pada tahun 2015, menyatakan terdapat sebanyak 825.416 insiden di Inggris dengan 0,22% kematian. Menurut laporan *National Patient Safety Agency* (NPSA), dalam rentang Januari-Maret tahun 2017 terdapat 1.879.822 insiden KTD di Inggris. *Ministry of Health* Malaysia pada 2013 melaporkan insiden KTD sebanyak 2.769 kejadian (Lee, 2016).

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) melaporkan bahwa pada tahun 2006-2011 terdapat sebanyak 877 Insiden Keselamatan Pasien (IKP), sedangkan pada tahun 2015-2019 terdapat sebanyak 11.558 insiden. Pada tahun 2019, angka kematian yang terjadi sebanyak 171 kasus akibat IKP (Daud, 2020). Selain itu, berdasarkan data terbaru hingga 2022 terdapat pelaporan kasus KTD sebanyak 1.729 kasus, KNC (Keadaan Nyaris Cedera) sebanyak 1.689 kasus, dan KTC (Keadaan Tidak Cedera) sebanyak 1.541 kasus (Kementerian Kesehatan, 2022).

Insiden keselamatan pasien tersebut menyebabkan jutaan pasien mengalami luka bahkan meninggal akibat perawatan yang tidak aman dan kualitasnya tidak baik setiap tahunnya. Menurut WHO (2015) terdapat sekitar 421 juta pasien rawat inap setiap tahun di dunia dengan 42,7 juta diantaranya mengalami efek samping selama di rawat di rumah sakit. Berbagai tindakan medis dan risiko yang berkaitan dengan perawatan kesehatan timbul menjadi tantangan untuk keselamatan pasien serta memiliki andil secara signifikan terhadap beban bahaya karena ketidakamanan perawatan (WHO, 2019).

Penelitian oleh Park dan Kim (2013) menyatakan bahwa terdapat 27,9% tenaga kesehatan di Korea yang mengalami kejadian insiden keselamatan pasien. Studi ini menunjukkan bahwa stres pekerjaan merupakan prediktor signifikan dari kejadian insiden keselamatan pasien. Penelitian ini juga mendapat dukungan dari studi sebelumnya oleh Lee (2016) yang menjelaskan bahwa semakin meningkat stres kerja, maka kejadian insiden keselamatan pasien menjadi lebih tinggi. Hasil penelitian lain oleh Asefzadeh dkk. (2017) menyatakan bahwa terdapat 75% perawat di Iran mengalami stres sedang hingga berat dan terdapat hubungan antara tingkat stres kerja dengan insiden keselamatan pasien.

Studi oleh Bilal dan Sari (2020) menunjukkan bahwa kelelahan dapat menyebabkan kesalahan medis dan berpengaruh terhadap keselamatan pasien. Penelitian lain oleh Dunn dkk. (2021) menjelaskan bahwa kelelahan dapat menimbulkan hal negatif dalam pelayanan pasien dengan hasil pada perawat rawat inap sebesar 33%, dokter sebesar 34%, perawat rawat jalan sebesar 20%, dan penyedia praktik lanjutan sebesar 33%. Studi lain oleh *National Safety Council* (2017) menunjukkan bahwa terdapat 13% kejadian cedera yang dikaitkan dengan kelelahan kerja. Hal ini diperkuat oleh penelitian lain bahwa terdapat 71,05% perawat mengalami kelelahan berat di salah satu rumah sakit swasta di Indonesia (Sulistyo dkk., 2022).

Olds dan Clarke (2010) melakukan penelitian dengan hasil berupa adanya hubungan antara lama *shift* kerja staf rumah sakit dengan peningkatan risiko

kesalahan pengobatan. Pada data didapatkan bahwa staf yang bekerja rata-rata lebih dari 40 jam per minggu lebih mungkin melakukan kesalahan pengobatan (sekitar 14-28%) dan setiap jam tambahan untuk pekerjaan sukarela yang dibayar melebihi 12 jam akan mengalami peningkatan melakukan kesalahan pengobatan sebesar 2%. Liu dkk. (2012) dalam data hasil penelitiannya menyatakan bahwa jam kerja lembur staf secara positif terkait dengan indikator keselamatan pasien, yaitu pasien jatuh (41 kasus), dekubitus (2.850 kasus), hampir terjadi kesalahan pengobatan (68 kasus), kesalahan pengobatan (11 kasus), ekstubasi yang tidak direncanakan (166 kasus), serta pneumonia (1.408 kasus) dan infeksi saluran kemih (1.240 kasus) yang didapat di rumah sakit. Penelitian oleh Griffiths dkk. (2014) menunjukkan bahwa perawat yang bekerja >12 jam lebih mungkin untuk melaporkan keselamatan pasien yang buruk.

Magalhães dkk. (2017) menampilkan hubungan signifikan antara beban kerja staf rumah sakit dengan keselamatan pasien. Studi yang dilakukan di Inggris ini menunjukkan bahwa rumah sakit dengan rata-rata 6 pasien atau kurang per perawat memiliki tingkat mortalitas 20% lebih rendah dibandingkan dengan rumah sakit dengan 10 pasien atau lebih per perawat. Carlesi dkk. (2017) juga melakukan penelitian dengan hasil terdapat 71,1% insiden dan adanya hubungan antara beban kerja perawat dengan insiden keselamatan pasien, yaitu pasien jatuh. Penelitian lain oleh Holden dkk. (2011) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat beban kerja perawat dengan kemungkinan kesalahan pengobatan. Penelitian ini menunjukkan hasil 54,5% perawat dengan beban kerja eksternal sangat banyak dan 34,4% perawat dengan beban kerja internal cukup banyak.

Pelaporan IKP di Indonesia masih rendah karena data yang sulit diperoleh. Kesulitan ini timbul dari adanya masalah pada sistem pelaporan yang idealnya semua fasilitas kesehatan harus melaporkan setiap insiden ke komite keselamatan pasien. Pelaporan yang tidak dilakukan akan meningkatkan beban secara sosial dan ekonomi akibat kematian dan insiden yang tidak dapat dicegah (Tirzaningrum dkk., 2022). Oleh karena itu, budaya

keselamatan pasien menjadi faktor penting dalam upaya peningkatan perawatan pasien yang aman (Brown dan Wolosin, 2013).

RSUD Dr. H. Abdul Moeloek adalah rumah sakit rujukan utama di provinsi Lampung yang beroperasi selama 24 jam. Instalasi rawat inap menjadi bagian rumah sakit sebagai pemberian pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan. Tenaga kesehatan bekerja dalam pola kerja *shift* dan *non-shift* (Vilia, Saftarina dan Larasati, 2014). Tenaga kesehatan yang bekerja *non-shift* mencakup kepala ruangan, wakil kepala ruangan, supervisor, dan koordinator yang menjalankan tugas pada pagi hari pukul 07.00-14.00 WIB. Sementara itu, tenaga kesehatan yang bekerja dalam sistem *shift* terbagi menjadi tiga, yaitu *shift* pagi (07.30-14.00 WIB), *shift* siang (14.00-21.00 WIB), dan *shift* malam (21.00-07.30 WIB). Penjadwalan *shift* ini mengadopsi rotasi cepat dengan pola 2-2-3 (pagi, pagi, siang, siang, malam, malam, malam) dengan hari libur setiap 4 minggu. Model *shift* ini sesuai dengan praktik yang direkomendasikan Amerika (Saftarina dan Hasanah, 2014). Menurut Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) (2022), data kejadian IKP di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek pada tahun 2022 terdapat dua insiden, yaitu satu insiden KTD di bagian onkologi-radiologi dan satu insiden KTD di instalasi gawat darurat.

Penelitian terkait stres kerja (Eryuda, 2017) dan kelelahan kerja (Vilia, Saftarina dan Larasati, 2014) pada perawat telah dilakukan di instalasi rawat inap RSUD Dr. H. Abdul Moeloek. Namun, belum ada penelitian terkait hubungan stres pekerjaan, kelelahan kerja, *shift* kerja, dan intensitas beban kerja perawat terhadap kejadian insiden keselamatan pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

## 1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan stres pekerjaan, kelelahan kerja, *shift* kerja, dan intensitas beban kerja perawat dengan kejadian insiden keselamatan pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Secara umum penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui hubungan stres pekerjaan, kelelahan kerja, *shift* kerja, dan intensitas beban kerja perawat dengan kejadian insiden keselamatan pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui distribusi frekuensi terkait stres pekerjaan, kelelahan kerja, *shift* kerja, intensitas beban kerja, dan kejadian insiden keselamatan pasien berdasarkan jenis dan lokasi di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
2. Mengetahui hubungan stres pekerjaan tenaga kesehatan dengan kejadian insiden keselamatan pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
3. Mengetahui hubungan kelelahan kerja tenaga kesehatan dengan kejadian insiden keselamatan pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
4. Mengetahui hubungan *shift* kerja tenaga kesehatan dengan kejadian insiden keselamatan pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
5. Mengetahui hubungan intensitas beban kerja tenaga kesehatan dengan kejadian insiden keselamatan pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Bagi Praktisi**

1. Hasil dari penelitian ini dapat menambah literatur mengenai hubungan stres pekerjaan, kelelahan kerja, *shift* kerja, dan intensitas beban kerja perawat dengan kejadian insiden keselamatan pasien.

2. Hasil dari penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan meningkatkan kemampuan perawat terkait pelayanan keselamatan pasien.

#### **1.4.2 Bagi Peneliti**

Hasil dari penelitian ini dapat memperkaya wawasan peneliti dalam menemukan hubungan stres pekerjaan, kelelahan kerja, *shift* kerja, dan intensitas beban kerja perawat dengan kejadian insiden keselamatan pasien.

#### **1.4.3 Bagi Institusi**

1. Hasil dari penelitian ini dapat memperkaya pengetahuan dan membantu meningkatkan upaya manajemen rumah sakit terkait pelayanan keselamatan pasien.
2. Hasil dari penelitian ini dapat menjadi bahan evaluasi dan pengambilan kebijakan terkait stres pekerjaan, kelelahan kerja, *shift* kerja, dan intensitas beban kerja perawat terhadap kejadian insiden keselamatan pasien.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Keselamatan Pasien**

Berdasarkan *World Health Organization* (WHO) (2015), keselamatan pasien dapat diartikan sebagai keadaan tanpa adanya potensi bahaya yang dapat membahayakan pasien selama menerima perawatan di institusi kesehatan. Rumah sakit sebagai institusi kesehatan memiliki tanggung jawab untuk menjamin dan mengutamakan pelayanan kesehatan sebagai unsur penting bagi pasien yang bersumber dari manajemen berkualitas (Wianti dkk., 2021). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Pasal 1 Tahun 2017 menjabarkan keselamatan pasien sebagai sistem yang menjadikan asuhan yang diterima pasien lebih aman mulai dari penilaian risiko hingga implementasi solusi. Sasaran keselamatan pasien ialah mendorong rumah sakit untuk memperbaiki aspek keselamatan pasien secara spesifik, sehingga meminimalkan risiko dan mencegah cedera karena kesalahan tindakan atau tidak melaksanakan tindakan (Kementerian Kesehatan, 2017).

Keselamatan pasien yang didefinisikan oleh IOM adalah *freedom from accidental injury*. Keselamatan pasien merupakan upaya yang dilakukan sebagai bentuk pencegahan dan pembaharuan dari segala kejadian yang tidak diharapkan atau didefinisikan sebagai upaya mengatasi kejadian cedera dari pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien adalah sistem pada rumah sakit berupa dibentuknya pelayanan kesehatan yang aman dan dapat mencegah kejadian cedera akibat kesalahan dalam proses pelaksanaan tindakan atau tidak dilaksanakannya tindakan yang seharusnya. Sistem ini meliputi identifikasi, penilaian dan pengelolaan risiko, pelaporan, analisis dan tindak lanjut insiden, serta penerapan solusi untuk mengurangi risiko yang mungkin muncul (Kementerian Kesehatan, 2017).

Ketua WHO, Sir Liam Donaldson, menyatakan bahwa keamanan pelayanan kesehatan bagi pasien bukan didefinisikan sebagai pilihan. Hak bagi pasien untuk memberikan kepercayaan pada pelayanan yang diberikan oleh sistem pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan harus diberikan dengan sebaik-baiknya demi keselamatan pasien (WHO, 2017).

## **2.2 Insiden Keselamatan Pasien**

### **2.2.1 Definisi Insiden Keselamatan Pasien**

Menurut KKPRS, insiden keselamatan pasien ialah kejadian yang berpotensi dan dapat menyebabkan cedera yang seharusnya tidak terjadi. Insiden yang dimaksud meliputi KPC, KNC, KTC, KTD, dan kejadian sentinel (Kementerian Kesehatan, 2017). Kejadian Tidak Diharapkan masih sering terjadi sehingga masyarakat menjadi tidak puas dan menyebabkan adanya tuntutan hukum (Wianti dkk., 2021). Semua ini menjadi tanggung jawab rumah sakit dalam kegiatan pemberian pelayanan kesehatan, apabila terjadi kesalahan dapat menyebabkan dampak negatif kepada pasien. Dampak negatif ini meliputi cedera ringan, cacat fisik, bahkan kematian (Wianti dkk., 2021).

### **2.2.2 Prevalensi Insiden Keselamatan Pasien**

Keselamatan pasien dinyatakan WHO sebagai komponen mendasar dalam kegiatan perawatan kesehatan yang memerlukan perhatian khusus. Laporan oleh IOM menyebutkan bahwa terdapat 98 ribu kasus kematian di Amerika Serikat yang diakibatkan oleh kesalahan medis yang sebenarnya dapat dicegah. Penelitian oleh James (2013) menyajikan hasil bahwa sekitar lebih dari 40 ribu kematian setiap tahun terjadi karena cedera yang dapat dicegah.

Hasil penelitian lain di beberapa rumah sakit yang telah terakreditasi JCI ditemukan bahwa terdapat 52 insiden pada sebelas rumah sakit di lima negara. Mayoritas kasus (31%) terjadi di Hongkong, (25%)



Australia, (23%) India, (12%) Amerika, dan (10%) Kanada. Data selanjutnya dari penelitian ini menunjukkan sebanyak 52% insiden, yaitu 25% pasien jatuh, 30% terjadi di bangsal, 94% mengakibatkan kerugian, dan 3% terjadi kematian. Kemudian, terdapat sekitar 7.6% kasus di Brazil (de Magalhães dkk., 2017) dan terdapat 60% rumah sakit yang tidak menerapkan dimensi keselamatan pasien di Taiwan (Lee, 2016).

Pada tahun 2006-2011, KKPRS melaporkan terdapat sebanyak 877 kejadian IKP, sedangkan pada tahun 2015-2019 terdapat sebanyak 11.558 insiden sehingga terjadi peningkatan sekitar 7-12%. Persentase rumah sakit yang melakukan pelaporan pada tahun 2019 (12%) mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2018 (5%) (Daud, 2020). Insiden yang terjadi di Indonesia pada tahun 2019 diketahui sebanyak 7.465 kasus berupa 171 kasus kematian, 80 kasus cedera berat, 372 kasus cedera sedang, 1183 kasus cedera ringan, dan 5659 kasus tanpa cedera (Daud, 2020). Kondisi di atas tidak sejalan dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 menyebutkan bahwa angka kejadian insiden keselamatan pasien di rumah sakit seharusnya sebesar 0% atau dikatakan tidak ada kejadian sama sekali (*zero accident*) (Kementerian Kesehatan, 2008).

### **2.2.3 Jenis Insiden Keselamatan Pasien**

Pengklasifikasian IKP sebagai berikut (WHO, 2019):

1. Insiden yang berbahaya

Insiden yang menimbulkan bahaya dan menyebabkan kerugian pada pasien sehingga rencana perawatan tidak sesuai harapan.

2. Insiden yang tidak berbahaya

Insiden yang tidak membahayakan dan tidak merugikan pasien.

3. Insiden nyaris berbahaya

Insiden yang tidak menimbulkan bahaya pada pasien tetapi berpotensi atau berisiko menyebabkan bahaya dan kerugian.

Bentuk IKP menurut KKPRS dibagi menjadi sebagai berikut (Kementerian Kesehatan, 2017):

1. *Adverse Event*/Kejadian Tidak Diharapkan yaitu kejadian yang dapat menyebabkan timbulnya cedera pada pasien karena proses pelaksanaan suatu tindakan atau tidak melaksanakan tindakan yang seharusnya dan bukan disebabkan oleh penyakit dasarnya (*underlying disease*) atau kondisi pribadi pasien.
2. *Near Miss*/Kejadian Nyaris Cedera yaitu kejadian yang tidak menimbulkan terjadinya cedera pada pasien karena proses pelaksanaan suatu tindakan atau tidak melaksanakan suatu tindakan yang seharusnya.
3. Kejadian Potensial Cedera yaitu kondisi yang memiliki potensi tinggi terjadinya cedera bahkan sebelum terjadi insiden.
4. Sentinel yaitu kejadian yang timbul dari suatu KTD yang menyebabkan terjadinya cedera atau cacat permanen (*irreversible*) bahkan kematian.

Kejadian ini dapat timbul akibat beberapa faktor yang tidak memenuhi standar pelayanan pada pasien, pengobatan yang tidak sesuai dengan harapan penyembuhan, risiko pengobatan dan kepatuhan, serta kurangnya kepatuhan dalam proses minum obat oleh pasien. Menurut Cooper dkk. (2018) IKP diklasifikasikan berdasarkan dampaknya pada pelayanan kesehatan sebagai berikut:

1. Tanpa kerugian  
Proses pengobatan dijalani hingga selesai oleh pasien tanpa ada kerugian kepada pasien.
2. Tanpa kerugian sebab hasil mitigasi  
Setiap insiden yang memiliki potensi timbulnya bahaya tetapi tidak menimbulkan bahaya.
3. Kerugian ringan  
Insiden yang dialami pasien berupa luka tetapi tidak perlu dilakukan intervensi atau hanya diberikan perawatan minimal

4. Kerugian sedang

Pasien yang membutuhkan perawatan medis dalam jangka pendek untuk memperoleh penilaian dan perawatan tingkat ringan di UGD atau bangsal rumah sakit.

5. Insiden kerusakan berat

Pasien yang mengalami insiden dan memiliki dampak jangka panjang pada fisik, mental atau sosialnya sehingga mempersingkat harapan hidupnya.

6. Kematian

Segala insiden yang terjadi selama pengobatan karena proses penegakkan diagnosis, penanganan awal, dan lain-lain yang kurang tepat.

7. Insiden yang kurang detail

Insiden yang terjadi ketika informasi diterima secara tidak memadai untuk menilai tingkat keparahan suatu bahaya sehingga dapat menimbulkan risiko kesalahan pada hasil perawatan.

#### **2.2.4 Dampak Insiden Keselamatan Pasien**

Pengobatan yang tidak benar adalah sumber utama terjadinya cedera dan bahaya yang sebenarnya dapat dihindari dalam upaya perawatan kesehatan dengan biaya dari kesalahan ini diperkirakan sebesar 42 miliar US\$ per tahun (Aitken dan Gorokhovich, 2012). Infeksi pada bidang kesehatan dialami oleh 7-10 dari 100 pasien yang mendapat perawatan di rumah sakit pada masing-masing negara (WHO, 2019). Ketidakamanan perawatan bedah menyebabkan terjadinya komplikasi pada 25% pasien dengan tujuh juta pasien diantaranya mengalami komplikasi signifikan setiap tahunnya, serta satu juta pasien meninggal dunia selama atau segera setelah pembedahan (WHO, 2019).

Ketidakamanan praktik penyuntikan dapat menularkan infeksi dan menyebabkan terjadinya bahaya langsung kepada pasien dan petugas kesehatan dengan kerugian yang ditanggung mencapai 9,2 juta tahun kehidupan hilang karena adanya kecacatan dan kematian (Jha dkk.,

2013). Kesalahan diagnostik sekitar 5% pada orang dewasa kasus rawat jalan, setengah bahkan lebih dari kasus ini berpotensi menyebabkan bahaya yang parah (Singh, Meyer dan Thomas, 2014). Ketidakamanan proses transfusi darah dapat memudahkan terjadinya paparan reaksi yang merugikan dan penularan infeksi dengan kejadian sekitar 8,7 reaksi parah setiap 100 ribu komponen darah yang ditransfusikan (Janssen dan Behr-Gross, 2014).

Kesalahan dalam proses radiasi yang melibatkan paparan radioaktif secara berlebih, serta kasus identifikasi pasien dan lokasi yang salah terjadi sekitar 15 per 10.000 rangkaian pengobatan (WHO, 2019). Sepsis seringkali tidak didiagnosis cukup dini dan menyebabkan kondisi klinis buruk dengan cepat sehingga sekitar 31 juta orang di dunia terkena dampaknya dan terjadi lebih dari 5 juta kematian setiap tahun (Fleischmann dkk., 2016). Tromboemboli vena (penggumpalan darah) menjadi penyebab paling umum yang sebenarnya dapat dicegah sebagai bahaya bagi pasien dan ada sekitar 3,9 juta kasus di negara dengan penghasilan tinggi, serta 6 juta kasus di negara dengan penghasilan rendah dan menengah (Raskob dkk., 2014).

### **2.2.5 Pencegahan Insiden Keselamatan Pasien**

Banyaknya insiden terkait keselamatan pasien memacu WHO untuk meluncurkan “*Nine Patient Safety Solution*” yang diterapkan serupa oleh KKPRS dan *Joint Commision International* (JCI) untuk membantu mengurangi jumlah kerugian terkait perawatan kesehatan yang telah mempengaruhi 1 dari setiap 10 pasien di seluruh dunia. Sasaran yang dituju meliputi tercapainya identifikasi pasien secara tepat, komunikasi secara efektif, kewaspadaan pada keamanan obat, kepastian lokasi, prosedur serta pasien operasi yang tepat, menurunkan risiko infeksi, dan menurunkan risiko cedera. Kesembilan solusi ini didasarkan pada intervensi dan tindakan yang telah mengurangi masalah terkait keselamatan pasien di beberapa negara, serta dapat digunakan dan

diadaptasi untuk merancang ulang proses perawatan pasien menjadi lebih aman (WHO, 2017).

Kesembilan solusi yang diterapkan WHO (2017) ini, antara lain:

1. Nama obat, bentuk, dan pengucapan mirip/norum harus diperhatikan
2. Identifikasi pada pasien
3. Komunikasi ketika melakukan serah terima pasien
4. Tindakan dilakukan pada bagian tubuh yang benar
5. Pengelolaan cairan elektrolit pekat
6. Ketepatan dalam memberikan obat pada saat transisi asuhan
7. Kesalahan pemasangan kateter dan selang harus dihindari
8. Alat injeksi harus digunakan sekali pakai
9. Peningkatan kebersihan tangan guna mencegah infeksi (*Healthcare Associated Infections*)

Rumah sakit harus memberikan perhatian dan menetapkan prosedur untuk menghindari setiap bagian keselamatan pasien yang memiliki potensi untuk terjadi saat dilaksanakannya pelayanan kesehatan. Elemen keselamatan pasien yang harus dihindari tersebut antara lain (WHO, 2019):

1. Ketidaksesuaian obat/kesalahan proses pengobatan
2. Penggunaan *restrain* atau alat pengaman pasien
3. Infeksi nosokomial
4. Kecelakaan selama operasi
5. Luka tekan
6. Keamanan pada produk darah atau bidang administrasi
7. Resistensi antibiotik
8. Program imunisasi
9. Terjatuh
10. Perawatan pada kateter pembuluh darah
11. Tinjauan secara sistematis, *follow-up*, pelaporan pasien atau pengunjung, serta laporan kejadian

## 2.3 Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien dapat disebabkan oleh berbagai faktor, meliputi faktor kinerja, faktor psikologis, dan faktor organisasi. Faktor kinerja merupakan faktor yang berasal dari individu termasuk keterampilan dan kemampuan untuk melakukan sesuatu secara mental dan fisik. Faktor psikologis meliputi persepsi dan sikap yang berhubungan dengan keadaan mental seseorang. Faktor organisasi meliputi sumber daya dan kepemimpinan yang berhubungan dengan tuntutan pekerjaan dalam mencapai tujuan kerja (Tirzaningrum dkk., 2022). Berdasarkan Vincent, Taylor-Adams, dan Stanhope (1998), insiden keselamatan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu faktor eksternal, organisasi dan manajemen, lingkungan kerja, tim, individu, tugas, dan karakteristik pasien.

### 2.3.1 Faktor Eksternal

Sebagian besar negara industri telah menerapkan program kesehatan nasional, seperti sistem asuransi kesehatan atau layanan kesehatan nasional. Setiap sistem berkembang dalam konteks politik, sosial, dan sejarah negara. Negara berkembang juga berjuang untuk mencapai akses universal terhadap layanan dan kesehatan bagi semua orang dengan memperluas layanan kesehatan dasar serta rencana jaminan sosial yang memberikan manfaat bagi pekerja dan kelompok rentan tertentu. Seiring dengan meningkatnya skala pembangunan ekonomi, negara berkembang juga mengatasi masalah angka kesakitan dan kematian, mencapai kesetaraan dalam akses terhadap layanan kesehatan, dan memperluas basis pendanaan untuk layanan kesehatan melalui asuransi kesehatan nasional (Theodore dan Tulchinsky, 2014).

*Clinical Negligence Scheme for Trust (CNST)* adalah skema asuransi yang dirancang untuk memberikan dukungan keuangan guna membantu perwalian *National Health Service (NHS)* dan praktik umum menanganai biaya klaim kelalaian medis. *National Health Service* ialah jaminan kesehatan publik terbesar di dunia dan didanai dari pajak.

Badan ini memberikan layanan publik universal yang hampir seluruhnya gratis. *Clinical Negligence Scheme for Trust* dirancang untuk membantu perwalian dalam memenuhi biaya klaim kelalaian medis. Penekanan skema ini adalah penerapan strategi manajemen resiko yang bijaksana, memenuhi standar manajemen resiko CNST, menerapkan secara penuh prosedur pengaduan yang baru termasuk kaitannya dengan kejadian nyaris celaka, indikator klinis, dan insiden klinis untuk memberikan solusi alternatif bagi beberapa calon pihak yang berperkara (Wilson dan Tingle, 2014).

### **2.3.2 Faktor Organisasi dan Manajemen**

Hasil penelitian oleh Rochadi (2016) mengemukakan adanya kemaknaan hubungan antara fungsi manajemen pada bidang perencanaan, penyusunan, pengaturan, dan pengendalian staf dengan penerapan keselamatan pasien. Bagian manajemen rumah sakit perlu meningkatkan fungsi pengarahan dan pengendalian secara terus-menerus untuk membudayakan keselamatan pasien sehingga tercipta keselamatan pasien yang berkualitas. Hasil penelitian oleh Nurmalia dan Nivalinda (2016) memaparkan terkait fungsi manajemen yang menempati posisi kurang baik, yaitu fungsi perencanaan sebesar 53,1% dan pelaksanaan mentoring sebesar 56,2%. Fungsi pengendalian berpengaruh paling besar dalam mentoring keselamatan pasien.

Sistem pelaporan kejadian mempengaruhi kejadian IKP secara positif. Pelaporan kejadian didefinisikan sebagai sistem informasi keselamatan yang memprioritaskan laporan staf tentang kesalahan, masalah keselamatan, kejadian buruk dan kejadian hampir celaka yang terjadi pada kehidupan rutin dan belajar dari kesalahan (Kementerian Kesehatan, 2013). Pelaporan kejadian menjadi komponen penting untuk meningkatkan budaya belajar dalam upaya mengembangkan budaya keselamatan pasien. Beberapa kasus memperlihatkan bahwa rumah sakit tidak membuat sistem pelaporan kejadian IKP, karena mayoritas

tenaga kesehatan tidak pernah melaporkan kejadian tersebut (Winarti, 2023).

### 2.3.3 Faktor Lingkungan Kerja

Lingkungan akan mempengaruhi keselamatan pasien karena setiap tenaga kesehatan dapat melakukan kesalahan apabila lingkungan kerja memberikan peluang terjadinya kesalahan. Lingkungan yang tidak kondusif, antara lain tidak ada kerja sama, tidak ada supervisi, beban kerja berlebihan, pola *shift* yang tidak teratur, dan ketersediaan alat yang tidak memadai. Oleh karena itu, diperlukan upaya merancang lingkungan kerja yang kondusif (Firawati, Pabuty dan Putra, 2012).

*Shift* kerja adalah pola jam kerja yang diatur oleh tempat kerja dalam proses melakukan sesuatu dan dibagi menjadi pagi, siang, dan malam. Indonesia menetapkan waktu bekerja sehari selama maksimum 8 jam dan terdapat waktu istirahat untuk pekerja. Perpanjangan waktu kerja selama lebih dari 8 jam dapat mengurangi efisiensi kerja, menyebabkan kelelahan kerja, kecelakaan kerja, dan penyakit akibat kerja. Lama *shift* yang melebihi 10-12 jam dapat menimbulkan penurunan kesehatan mental, mengantuk dan kelelahan, serta berat badan berlebih. Durasi *shift* yang panjang juga berkaitan dengan konsekuensi negatif kepada pasien, seperti risiko kesalahan pelayanan kesehatan yang tinggi. Aktivitas kerja malam berkaitan dengan penurunan kualitas tidur, risiko depresi meningkat, dan terjadinya penyakit jantung dan pembuluh darah, sehingga meningkatkan risiko kesalahan pada tenaga kesehatan dan peningkatan kematian pasien di malam hari (Sumarto, Asfian dan Munandar, 2016).

Beban kerja disebut sebagai total dari seluruh perawatan dan kerumitan perawatan kepada pasien (Huber dkk., 2016). Beban kerja juga didefinisikan sebagai lamanya pasien berada di rumah sakit, yaitu beban kerja terkait jumlah prosedur, keragaman pemeriksaan, jumlah kunjungan pasien, proses injeksi, dan tindakan lain yang ditujukan



kepada pasien. Beban kerja disimpulkan sebagai total waktu dalam proses pemberian asuhan dan kerumitan tindakan selama pelayanan kesehatan. Hal ini berhubungan dengan jumlah tenaga yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan (Sumarto, Asfian dan Munandar, 2016).

Gillies (2014) menyebutkan perlunya memperhatikan komponen-komponen dalam perhitungan tenaga kesehatan, seperti:

1. Jumlah pasien rawat pada setiap hari, setiap bulan, setiap tahun.
2. Jenis perawatan yang diperlukan dan kapasitas dari tempat tidur.
3. Diagnosis medis dan tingkat ketergantungan pasien.
4. Rerata hari untuk setiap jenis perawatan pasien.
5. Penghitungan perawatan pada setiap perawatan pasien.
6. Seberapa sering tindakan diberikan.
7. Rerata waktu pelaksanaan tindakan.

Beban kerja dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu *quantitative workload*, *qualitative workload*, dan *workload variability*. *Workload variability* terjadi akibat beban kerja yang diterima oleh staf mengalami fluktuasi yang tidak pasti, seperti terjadinya peningkatan atau penurunan beban *shift* kerja yang diterima dengan intensitas pasien yang banyak. Beban *shift* dapat berpengaruh kepada staf dalam aktivitas pelayanan kesehatan. Beban kerja dapat berpengaruh pada stres kerja staf dan pelayanan pasien, serta keselamatan pasien sehingga kinerja staf menjadi rendah. Beban kerja staf perlu diperhatikan sebelum terjadinya *overworked* yang dapat menyebabkan stres dan menurunkan kinerja staf (Mudayana, 2013).

Masalah lain yang terjadi adalah ketersediaan peralatan, seperti handscoen, jarum suntik, dan obat-obatan darurat yang kurang padahal sangat memengaruhi kejadian IKP. Adanya kondisi tidak seimbang antara infrastruktur di rumah sakit dengan tenaga kesehatan yang kurang dan beban kerja yang tinggi, maka sudah menjadi tanggung

jawab rumah sakit untuk menyeimbangkan hal ini guna memberikan perawatan yang aman (Winarti, 2023).

#### **2.3.4 Faktor Tim**

Setiap tenaga kesehatan adalah bagian dari sebuah tim, yaitu tim masing-masing, unit, dan organisasi rumah sakit yang lebih luas atau satuan komunitas. Kompetensi yang dimiliki oleh setiap tenaga kesehatan dan dampaknya terhadap pasien dipengaruhi oleh anggota tim lainnya. Hal ini juga dipengaruhi oleh cara berkomunikasi, upaya mendukung, dan mengawasi masing-masing tenaga kesehatan (Vincent, Taylor-Adams, Stanhope, 1998).

Komunikasi telah menjadi standar oleh *Joint Commission Accreditation of Health Organization* (JCAHO) sejak 2010. Komunikasi efektif adalah strategi untuk menciptakan budaya keselamatan pasien (Wianti dkk., 2021). Komunikasi efektif memiliki peran yang penting dalam menurunkan KTD pada asuhan medis pasien yang dikembangkan oleh JCAHO sebagai sasaran keselamatan pasien. Hal ini sesuai dengan laporan AHRQ bahwa komunikasi menjadi 65% akar masalah KTD. Strategi yang dilakukan JCAHO untuk membangun proses komunikasi efektif melalui penyeragaman komunikasi pada serah terima pasien (Christina dan Susilo, 2021).

Komunikasi dapat diterapkan ketika serah terima pasien, rotasi keperawatan, dan pengarahannya aktivitas. Ketika serah terima diharapkan adanya komunikasi terbuka melalui pengungkapan secara baik kepada tenaga kesehatan lain terkait faktor risiko terjadinya suatu IKP (Wianti dkk., 2021). Komunikasi dalam tim meliputi komunikasi verbal dan tertulis. Komunikasi verbal dilakukan antara tenaga kesehatan senior dan junior, antar profesi, antara spesialisasi dan departemen, dan proses serah terima pasien. Komunikasi tertulis yang harus dilakukan, yaitu keterbacaan dan keabsahan rekam medis, rencana manajemen yang

adekuat, serta kualitas rujukan dan pemulangan pasien (Vincent, Taylor-Adams, Stanhope, 1998).

### **2.3.5 Faktor Individu**

Faktor individu yang dapat mempengaruhi terjadinya IKP, yaitu pengetahuan dan keterampilan, motivasi, serta kesehatan mental dan fisik. Kesehatan mental dan fisik ini adalah stres dan kelelahan. Stres kerja adalah respon secara emosional dan fisik yang sifatnya mengganggu dan terjadi pada saat tugas dilaksanakan, serta tidak sesuai dengan kompetensi dan sumber daya. Stres kerja menggambarkan keadaan staf yang memiliki tanggung jawab pekerjaan melebihi batas kemampuannya. Hal ini menimbulkan masalah kesehatan serius, seperti gangguan fisiologis dan psikologis sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien menjadi terganggu (Herqutanto, 2017).

Faktor pemicu stres pekerjaan, antara lain berhadapan dengan kematian pasien, beban kerja berlebih, konflik dengan rekan kerja termasuk di luar profesi, persiapan yang kurang saat berhubungan dengan pasien dan keluarga, dukungan yang kurang, serta instruksi perawatan yang tidak pasti. Penanganan yang berbeda pada setiap pasien dapat menjadi beban kerja dan memicu terjadinya stress kerja yang bisa berdampak pada kejadian IKP (Nurchayani, Widodo dan Rosdiana, 2016). Stres dapat menyebabkan penurunan konsentrasi dan secara kronis menyebabkan kerusakan pada struktur serebral yang dapat disertai kesulitan kognitif. Hal ini dapat memicu kesalahan dalam menjalankan tugas dan menyebabkan insiden keselamatan pasien (Park dan Kim, 2013).

Kelelahan kerja merupakan kondisi kegiatan, motivasi, dan fisik yang mengalami penurunan guna melakukan suatu pekerjaan. Kelelahan kerja terkait dengan respon individu kepada stres psikososial yang terjadi pada waktu tertentu dan dapat menurunkan prestasi atau motivasi (Rhamdani dan Wartono, 2019). Faktor yang dapat

memengaruhi kelelahan kerja adalah lingkungan kerja yang tidak akseptabel dan masalah psikososial. Waktu istirahat dan bekerja yang proposional dapat membantu dalam upaya mengurangi kelelahan yang dialami tenaga kesehatan. Beban kerja staf perlu dilakukan penyesuaian dengan kemampuan psikis staf yang bersangkutan (Rhamdani dan Wartono, 2019).

Gejala kelelahan kerja sebagai berikut (Hugos dkk., 2019):

1. Gejala yang kemungkinan berpengaruh pada pekerjaan, antara lain penurunan kesiagaan dan fokus, hambatan dan penurunan persepsi, proses berpikir, ketidakcocokan pada lingkungan, depresi, kekurangan tenaga, dan hilangnya inisiatif.
2. Gejala umum sebagai penyerta berupa sakit kepala, gangguan pada fungsi paru dan jantung, nafsu makan menurun, serta gangguan pada pencernaan.

### **2.3.6 Faktor Tugas**

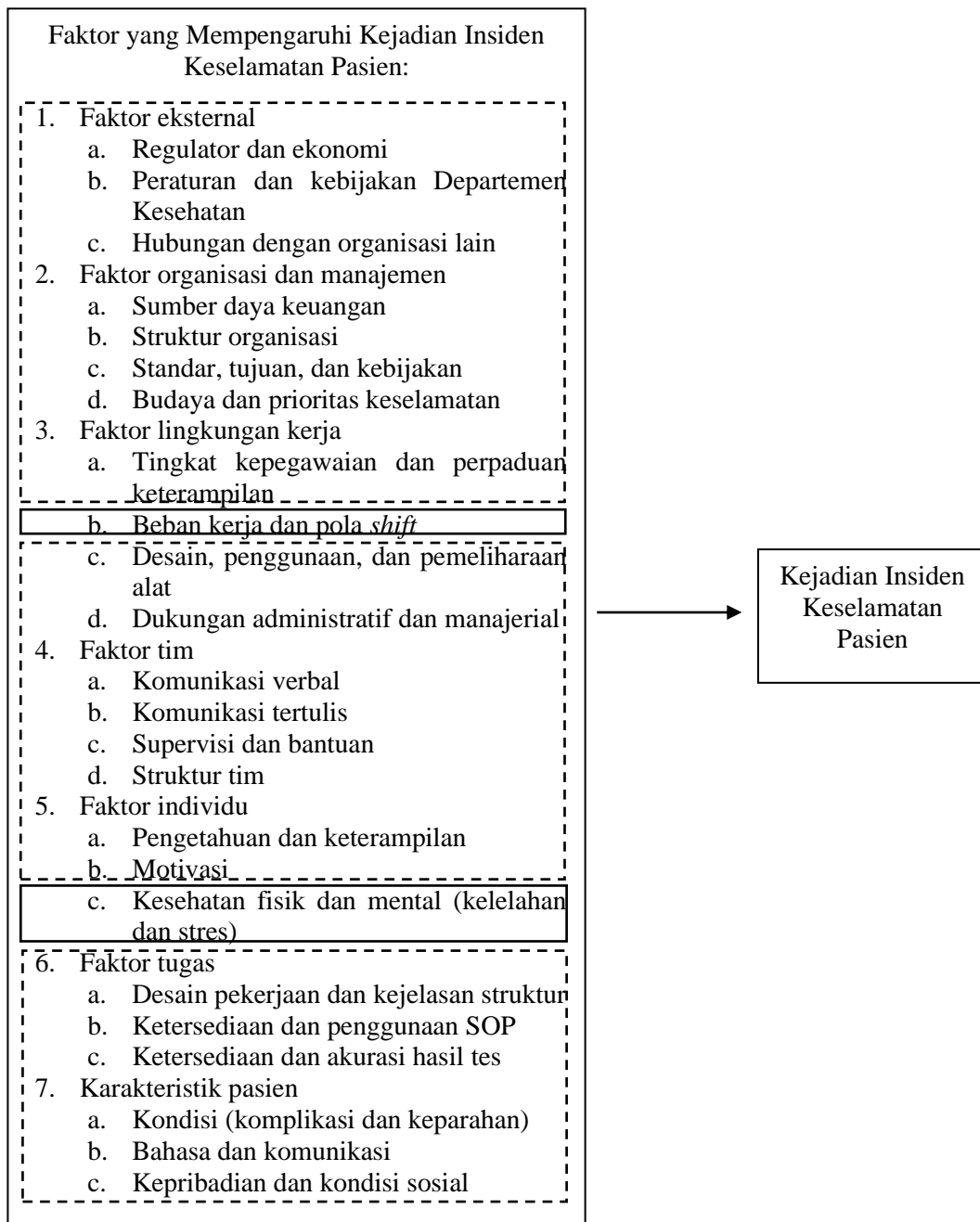
Penelitian oleh Nurhayati (2020), salah satu penyebab ketidakberhasilan penilaian risiko jatuh adalah pelaksanaan *Standard Operating Procedure* (SOP) yang tidak dilakukan dengan lengkap. Pelaksanaan SOP yang belum 100% terlaksana, tindakan dokumentasi mencapai 100%, pengkajian risiko jatuh yang dilakukan 50%, dan 51% sudah dilakukan penandaan risiko jatuh. Pemberian dukungan dalam keselamatan pasien secara adekuat dapat melalui pelatihan yang mengembangkan pengetahuan guna menciptakan lingkungan kerja yang baik (Nurhayati, Rahmadiyah dan Hapsari, 2020). Penelitian oleh Hemnessy dkk. (2006) terhadap 524 tenaga kesehatan dari lima provinsi di Indonesia, yaitu Sumatera Utara, Jawa Barat, DKI Jakarta, Sulawesi Utara, dan Kalimantan Timur menunjukkan pelatihan secara signifikan mengenai tugas yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan sangat dibutuhkan.

Hal utama yang harus dilakukan adalah identifikasi pasien. Verifikasi dengan identifikasi pasien berperan penting pada perawatan pasien karena berdampak pada keselamatan pasien. Kesalahan identifikasi pasien dapat mengakibatkan salah pasien, prosedur, dan pengobatan. Data tahun 2015 menunjukkan 130 kasus insiden keselamatan pasien disebabkan oleh kesalahan identifikasi, meliputi transfusi, kesalahan pada pasien, dan kesalahan prosedur (Badouin dkk., 2017). Baker (2017) menyebutkan bahwa akurasi identifikasi pasien memerlukan minimal dua pengidentifikasi saat pemberian perawatan dan layanan, berupa nama pasien, nomor telepon, atau pengidentifikasi spesifik lainnya. Hal ini juga berkaitan dengan pemberian obat, darah, komponen darah, saat pengumpulan sampel darah, dan specimen atau diagnostik lainnya.

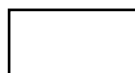
### **2.3.7 Karakteristik Pasien**

Karakteristik pasien menjadi prediktor langsung yang berkaitan dengan kemungkinan adanya efek samping yang terjadi ketika pasien sudah mengalami sakit parah. Bahasa dan kepribadian pasien juga mempengaruhi komunikasi dengan tenaga kesehatan dan meningkatkan terjadinya kejadian buruk, termasuk kejadian IKP. Faktor dari tenaga kesehatan juga dapat mempengaruhi karakteristik pasien, seperti kepribadian, pengalaman, dan pelatihan. Faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi kepercayaan pasien kepada tenaga kesehatan sehingga memungkinkan timbulnya rasa gugup dan tidak yakin ketika tenaga kesehatan melakukan pemeriksaan (Vincent, Taylor-Adams dan Stanhope, 1998).

### 2.3 Kerangka Teori



Keterangan:



: Variabel diteliti

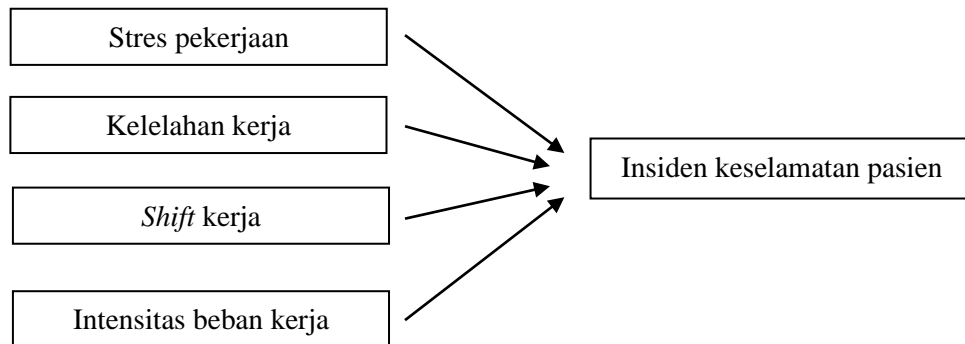


: Variabel tidak diteliti

(Vincent, Taylor-Adams dan Stanhope, 1998)

**Gambar 1.** Kerangka Teori

## 2.4 Kerangka Konsep



**Gambar 2.** Kerangka Konsep

## 2.5 Hipotesis

1. H0: Tidak terdapat hubungan antara stres pekerjaan perawat dengan insiden keselamatan pasien.  
H1: Terdapat hubungan antara stres pekerjaan perawat dengan insiden keselamatan pasien.
2. H0: Tidak terdapat hubungan antara kelelahan kerja perawat dengan insiden keselamatan pasien.  
H1: Terdapat hubungan antara kelelahan kerja perawat dengan insiden keselamatan pasien.
3. H0: Tidak terdapat hubungan antara *shift* kerja perawat dengan insiden keselamatan pasien.  
H1: Terdapat hubungan antara *shift* kerja perawat dengan insiden keselamatan pasien.
4. H0: Tidak terdapat hubungan antara intensitas beban kerja perawat dengan insiden keselamatan pasien.  
H1: Terdapat hubungan antara intensitas beban kerja perawat dengan insiden keselamatan pasien.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Jenis Penelitian**

Penelitian ini menerapkan pendekatan melalui pengumpulan data secara *cross sectional* untuk mengamati hubungan antara stres pekerjaan, kelelahan kerja, *shift* kerja, dan intensitas beban kerja dengan kejadian insiden keselamatan pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

#### **3.2 Waktu dan Tempat**

##### **3.2.1 Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada bulan September-November 2023. Pemilihan waktu penelitian ini didasarkan pada sedikit/tidak adanya hari libur nasional, sehingga tenaga kesehatan bekerja secara maksimal pada bulan-bulan tersebut.

##### **3.2.2 Tempat Penelitian**

Pengambilan sampel penelitian dilakukan di instalasi rawat inap RSUD Dr. H. Abdul Moeloek, yaitu bagian interna, anak, bedah, perinatologi, kebidanan, neurologi, paru-paru, jantung, mata dan THT.

#### **3.3 Subjek Penelitian**

##### **3.3.1 Populasi**

Populasi target penelitian ini adalah perawat di instalasi rawat inap RSUD Dr. H. Abdul Moeloek, yaitu bagian interna, anak, bedah, perinatologi, kebidanan, neurologi, paru-paru, jantung, mata dan THT. Populasi sebanyak 227 orang dengan rincian sebagai berikut:



**Tabel 1.** Populasi Penelitian (n = 227)

No	Bagian	Perawat
1	Interna	25
2	Anak	27
3	Bedah	38
4	Perinatologi	33
5	Kebidanan	27
6	Neurologi	20
7	Paru-paru	21
8	Jantung	21
9	Mata dan THT	15
<b>Total Populasi Target</b>		<b>227</b>

### 3.3.2 Sampel

Penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. Pemilihan populasi perawat dipertimbangkan karena cenderung melakukan kontak secara langsung dengan pasien, sehingga berisiko menimbulkan kejadian insiden keselamatan pasien.

Penghitungan jumlah sampel menggunakan rumus Slovin (1960). Pemilihan rumus ini dipertimbangkan karena jumlah populasi yang sudah diketahui dan berjumlah lebih dari 100, yaitu 227 orang. Rumus slovin, yaitu:

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel minimal yang diperlukan

N = ukuran populasi

d = tingkat *error* dari ukuran populasi (0,05 atau 5%)

Maka penghitungan jumlah sampel penelitian sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

$$n = \frac{227}{1 + 227 (0,05)^2}$$

$$n = \frac{227}{1,5675}$$

$$n = 145$$

Hasil penghitungan didapatkan sampel penelitian sebanyak 145 orang. Jumlah sampel ditambah 10% untuk menjaga kemungkinan adanya *drop out* dengan rumus sebagai berikut:

$$n' = \frac{n}{(1 - f)}$$

Keterangan:

$n'$  = jumlah sampel yang diharapkan

$n$  = jumlah sampel minimum

$f$  = perkiraan *drop out*

Maka, jumlah sampel yang diharapkan sebagai berikut:

$$n' = \frac{145}{(1 - 0,1)}$$

$$n' = 161$$

Berdasarkan penghitungan di atas, maka jumlah sampel yang digunakan pada penelitian ini sebanyak 161 orang. Kemudian sampel dipilih dengan teknik *proportional random sampling* melalui rumus sebagai berikut:

$$n_i = \frac{N_i}{N} n$$

Keterangan:

$n_i$  = jumlah sampel tiap bagian

$n$  = jumlah sampel seluruhnya

$N_i$  = jumlah populasi tiap bagian

$N$  = jumlah populasi

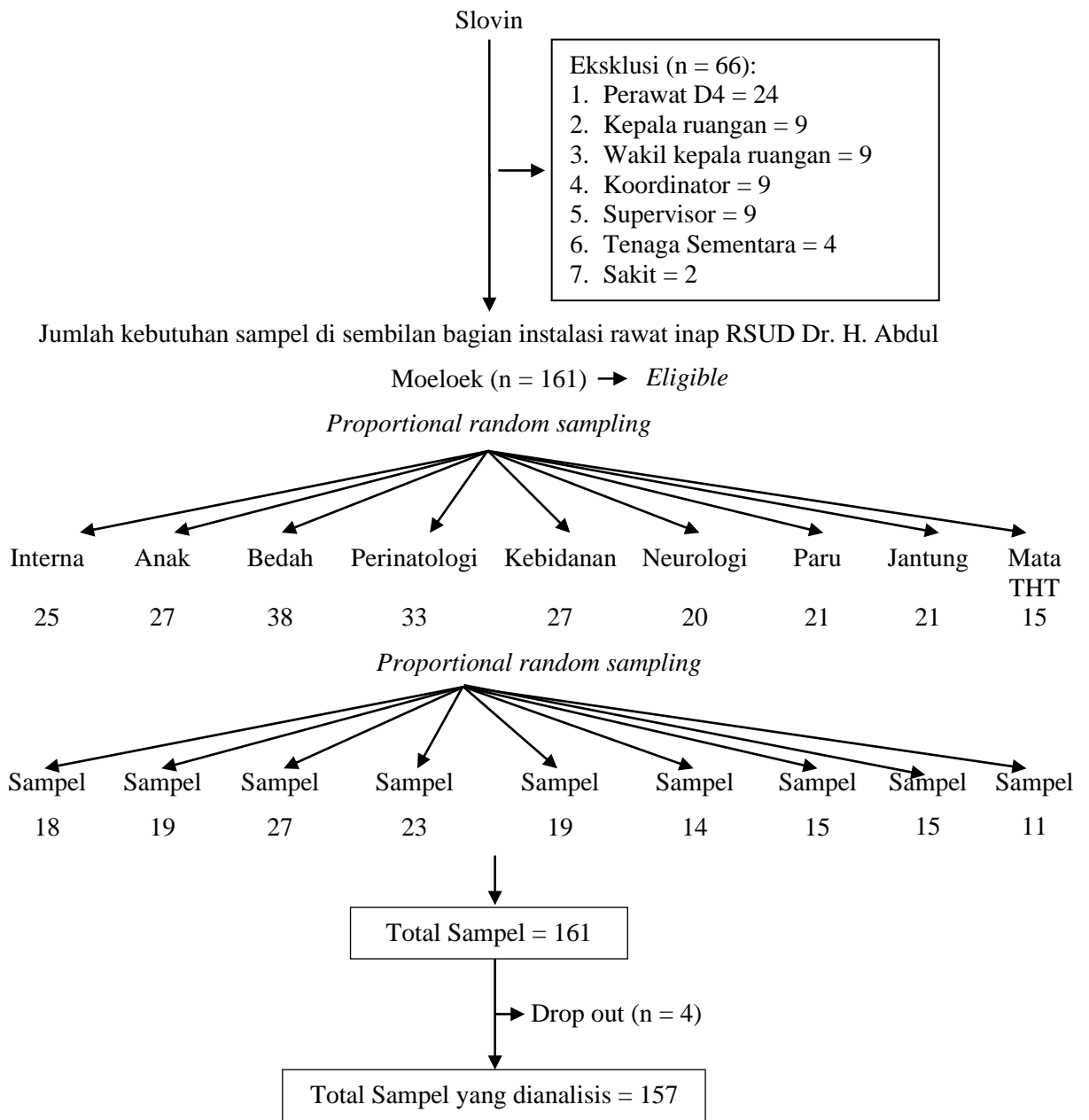
Berdasarkan penghitungan menggunakan rumus di atas, maka proporsi sampel pada tiap bagian sebagai berikut:

**Tabel 2.** Proporsi sampel di setiap bagian (n = 161)

No	Bagian	Jumlah Populasi	Penghitungan Sampel Proporsional	Besar Sampel
1	Interna	25	$n_i = \frac{25}{227} \times 161$	18
2	Anak	27	$n_i = \frac{27}{227} \times 161$	19
3	Bedah	38	$n_i = \frac{38}{227} \times 161$	27
4	Perinatologi	33	$n_i = \frac{33}{227} \times 161$	23
5	Kebidanan	27	$n_i = \frac{27}{227} \times 161$	19
6	Neurologi	20	$n_i = \frac{20}{227} \times 161$	14
7	Paru-paru	21	$n_i = \frac{21}{227} \times 161$	15
8	Jantung	21	$n_i = \frac{21}{227} \times 161$	15
9	Mata dan THT	15	$n_i = \frac{15}{227} \times 161$	11
<b>Total Sampel</b>				<b>161</b>

Namun, dari total sampel 161 kuesioner yang disebar, terdapat ketidaklengkapan pengisian pada 4 kuesioner sehingga total kuesioner yang dianalisis di akhir pada penelitian berasal dari 157 responden.

Total populasi tenaga kesehatan di sembilan bagian instalasi rawat inap RSUD Dr. H. Abdul Moeloek (n = 227).



**Gambar 3.** Alur *Flow Chart* Sampel

Kriteria inklusi dari responden antara lain:

1. Perawat di instalasi rawat inap bagian interna, anak, bedah, perinatologi, kebidanan, neurologi, paru-paru, jantung, mata dan THT.
2. Bekerja minimal 1 tahun.
3. Pendidikan minimal D3.

Kriteria eksklusi dari responden antara lain:

1. Kepala dan wakil kepala ruangan, supervisor, serta koordinator.
2. Perawat yang sedang cuti, sakit, atau menjalani *training*.
3. Tidak bersedia menjadi responden penelitian.

Sampel insiden keselamatan pasien diperoleh dari data pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit, yaitu KTD, KNC, KTC, KPC, dan kejadian sentinel.

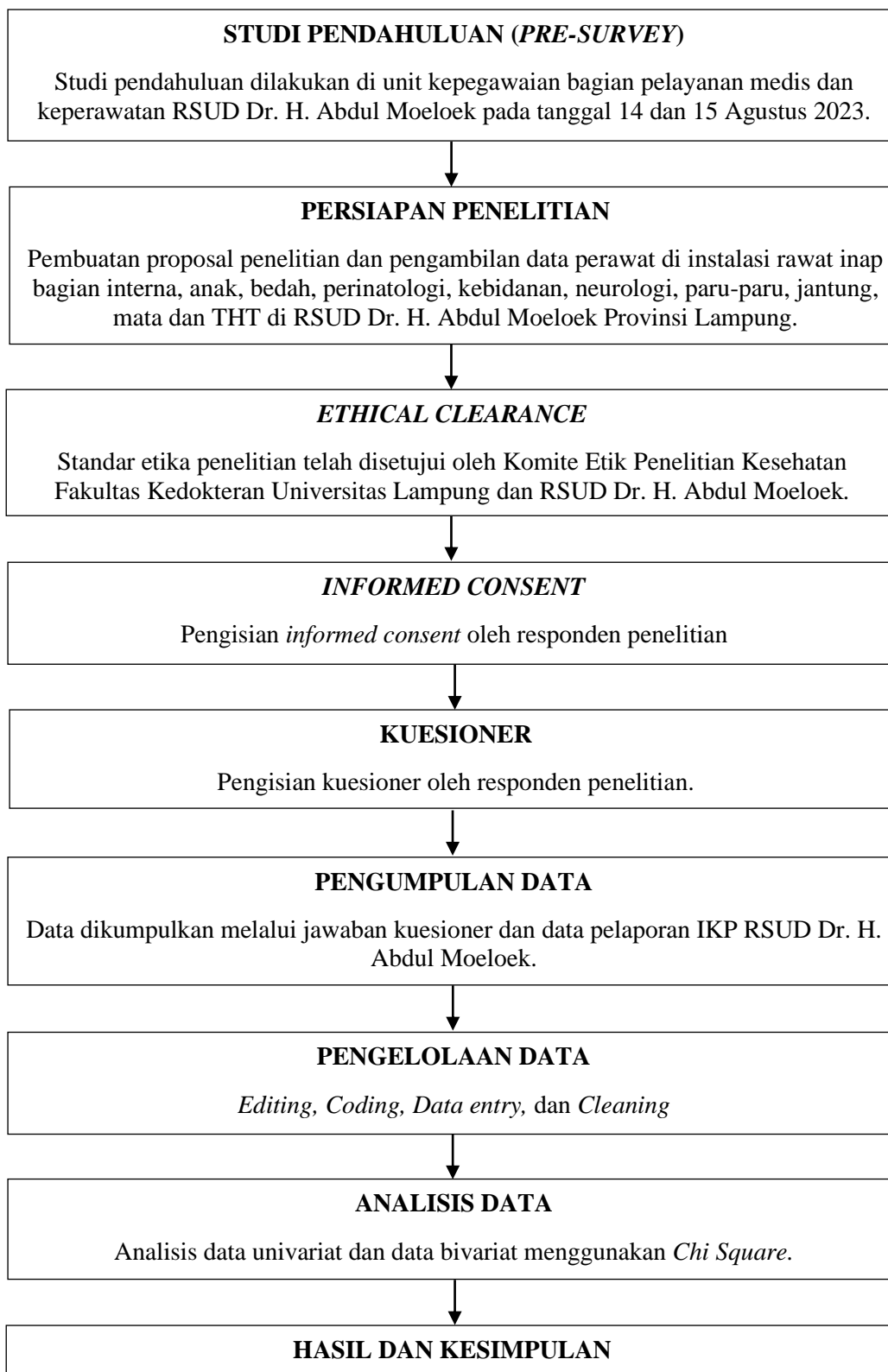
Kriteria inklusi data pelaporan insiden keselamatan pasien, yaitu:

1. Data kejadian IKP di instalasi rawat inap bagian interna, anak, bedah, perinatologi, kebidanan, neurologi, paru-paru, jantung, mata dan THT.
2. Data diambil dari insiden selama minimal 1 tahun terakhir.
3. Penilaian insiden keselamatan pasien dilakukan oleh PMKP RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
4. Data insiden keselamatan pasien yang sudah dilaporkan secara internal.

Kriteria eksklusi data pelaporan IKP, yaitu:

1. Insiden yang terjadi di luar lingkungan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

### 3.4 Alur Penelitian



**Gambar 4.** Kerangka Kerja Penelitian

### 3.5 Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel bebas dan variabel terikat pada penelitian ini, yaitu:

1. Variabel bebas

Variabel bebas penelitian ini ialah stres pekerjaan, kelelahan kerja, *shift* kerja, dan intensitas beban kerja.

2. Variabel terikat

Variabel terikat penelitian ini ialah kejadian insiden keselamatan pasien.

### 3.6 Definisi Operasional

Definisi operasional setiap variabel penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 3.** Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Skala	Penilaian
<i>Independent</i> Stres pekerjaan	Kondisi psikis perawat akibat tidak mampu memenuhi tekanan, baik dari dalam maupun luar dirinya selama sebulan terakhir.	<i>Perceived Stress Scale</i> (PSS-10)	Ordinal	1. Ringan, total skor 0-13 2. Sedang, total skor 14-26 3. Berat, total skor 27-40
<i>Independent</i> Kelelahan kerja	Keluhan subjektif yang dialami oleh perawat terkait dengan pelemahan kegiatan, motivasi, dan gejala fisik selama seminggu terakhir.	Kuesioner Alat Ukur Penilaian Kelelahan Kerja (KAUPK2)	Ordinal	1. Normal, total skor <20 2. Lelah, total skor 20-31 3. Sangat lelah, total skor >31
<i>Independent</i> <i>Shift</i> kerja	Pola waktu kerja perawat untuk melakukan pekerjaannya dalam satu minggu terakhir.	Kuesioner	Nominal	1. Pagi 2. Siang 3. Malam
<i>Independent</i> Intensitas beban kerja	Kegiatan yang harus dilakukan perawat meliputi aspek fisik dan psikologis dalam satu bulan terakhir.	Kuesioner Nursalam	Ordinal	1. Ringan, total skor 13-25 2. Sedang, total skor 26-38 3. Berat, total skor 39-52
<i>Dependent</i> Kejadian insiden keselamatan pasien	Kejadian yang berpotensi dan dapat menyebabkan cedera yang seharusnya tidak terjadi selama minimal satu tahun terakhir.	Data pelaporan IKP	Ordinal	1. Tidak ada = 0 2. Ada = $\geq 1$ (Rahayu, 2017)

### 3.7 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data terdiri dari kuesioner dan sumber data. Adapun instrumen yang dimaksud dalam penelitian ini meliputi:

1. Kuesioner terkait stres pekerjaan

Kuesioner yang digunakan untuk menilai tingkat stres pada tenaga kerja adalah *Perceived Stress Scale* (PSS-10). Kuesioner ini merupakan instrumen penilaian psikologis yang dapat mengukur tingkat stres yang dikembangkan oleh Cohen (1983). Kuesioner yang digunakan telah diterjemahkan menjadi bahasa Indonesia oleh Purnami dan Sawitri (2019). Kuesioner ini mencakup sepuluh pertanyaan yang meliputi pertanyaan positif dan negatif, serta terkait perasaan dan pikiran responden selama satu bulan terakhir (Purnami, Sawitri, 2019). Setiap pertanyaan memiliki alternatif jawaban antara lain (0) tidak pernah, (1) hampir tidak pernah, (2) jarang, (3) sering, (4) selalu. Pada pertanyaan nomor 4, 5, 7, 8 yang merupakan pertanyaan positif, maka skor akan diubah menjadi 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1, dan 4 = 0.

2. Kuesioner terkait kelelahan kerja

Penilaian kelelahan kerja dengan menggunakan Kuesioner Alat Ukur Perasaan Kelelahan Kerja (KAUPK2). Kuesioner ini merupakan instrument penilaian subjektif yang disusun oleh Setyawati (1994) khusus bagi pekerja di Indonesia. Instrumen ini menjadi metode penilaian subjektif yang digunakan untuk mengetahui gejala awal kelelahan kerja. Kuesioner ini memiliki 17 pertanyaan, yaitu 7 butir pertanyaan terkait pelemahan aktivitas, 3 pertanyaan terkait pelemahan motivasi, dan 7 pertanyaan terkait gejala fisik. Setiap pertanyaan memiliki alternatif jawaban antara lain (1) tidak pernah, (2) jarang, dan (3) sering.

3. Kuesioner terkait *shift* kerja

Kuesioner *shift* kerja dibuat oleh peneliti yang digunakan akan menggolongkan tenaga kesehatan menjadi tiga waktu *shift* kerja. Kuesioner berisi pertanyaan terkait *shift* kerja yang dialami selama seminggu terakhir. Pertanyaan ini meliputi *shift* kerja pada hari sebelumnya saat dilakukan pengumpulan data, lama pergantian *shift* kerja,



dominasi *shift* kerja dalam seminggu terakhir, dan lama *shift* kerja yang dijalani tenaga kesehatan setiap harinya. Hasil dari kuesioner ini selanjutnya akan dikelompokkan menjadi:

- a. *Shift* pagi
  - b. *Shift* siang
  - c. *Shift* malam
4. Kuesioner terkait intensitas beban kerja

Penilaian intensitas beban kerja menggunakan kuesioner yang dibuat oleh Nursalam (2015). Kuesioner ini meliputi tiga belas pertanyaan yang terdiri dari aspek fisik sebanyak enam pertanyaan dan aspek psikologis sebanyak tujuh pertanyaan. Alternatif jawaban yang diberikan antara lain (1) tidak pernah, (2) jarang, (3) sering, dan (4) selalu.

5. Sumber data terkait kejadian insiden keselamatan pasien

Sumber data ini mencakup kejadian insiden keselamatan pasien pada pasien yang pernah dirawat di instalasi rawat inap RSUD Dr. H. Abdul Moeloek dengan data minimal selama satu tahun terakhir. Dalam hal ini, peneliti bekerja sama dengan PMKP RSUD Dr. H. Abdul Moeloek untuk mengidentifikasi data kejadian insiden keselamatan pasien.

### 3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas

#### 3.8.1 Uji Validitas

Validitas adalah kemampuan instrumen penelitian untuk melakukan pengukuran pada sasaran ukurnya. Uji ini digunakan untuk mengukur suatu uji dalam melakukan fungsinya secara cermat, yaitu dapat mengukur sasaran ukurnya. Kriteria uji validitas ditetapkan melalui perbandingan nilai  $r$  hitung (*Pearson Correlation*) dengan  $r$  tabel. Jika  $r$  hitung  $> r$  tabel, maka instrumen penelitian valid (Darma, 2021).

1. Kuesioner terkait stres pekerjaan

Peneliti menggunakan PSS versi bahasa Indonesia oleh Purnami dan Sawitri (2019) dengan hasil uji validitas menunjukkan nilai 0,69-0,82 sehingga kuesioner dinyatakan valid.

2. Kuesioner terkait kelelahan kerja

Peneliti menggunakan kuesioner KAUPK2 (Trisnawati, 2014) dengan hasil uji validitas menunjukkan nilai  $r$  hitung pada tiap bagian gejala pelemahan bernilai  $>0,444$  ( $r$  tabel) sehingga kuesioner dinyatakan valid.

3. Kuesioner terkait intensitas beban kerja

Peneliti menggunakan kuesioner oleh Nursalam (2015) dengan hasil uji validitas menunjukkan nilai  $0,420-0,833 >0,361$  sehingga kuesioner dinyatakan valid.

### 3.8.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah seberapa jauh hasil pengukuran bersifat tetap terpercaya dan terbebas dari kesalahan pengukuran. Uji ini digunakan untuk memastikan data dari instrumen dapat diandalkan. Kriteria uji reliabilitas ditetapkan melalui perbandingan nilai  $\alpha$  dengan tingkat signifikan senilai  $0,6$ . Jika nilai  $\alpha >$  tingkat signifikan, maka instrumen dinyatakan reliabel (Darma, 2021).

1. Kuesioner terkait stres pekerjaan

Peneliti menggunakan PSS versi bahasa Indonesia oleh Purnami dan Sawitri (2019) dengan uji reliabilitas menyajikan nilai  $\alpha$   $0,8 >0,6$  sehingga kuesioner disebut reliabel.

2. Kuesioner terkait kelelahan kerja

Peneliti menggunakan kuesioner KAUPK2 (Trisnawati, 2014) dengan uji reliabilitas menyajikan semua bagian memiliki nilai  $\alpha >0,6$  sehingga kuesioner disebut reliabel.

3. Kuesioner terkait intensitas beban kerja

Peneliti menggunakan kuesioner oleh Nursalam (2015) dengan uji reliabilitas menampilkan nilai  $\alpha$   $0,834 >0,6$  sehingga kuesioner dinyatakan reliabel.

### 3.9 Pengumpulan Data

#### 3.9.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari responden penelitian oleh peneliti. Data ini meliputi karakteristik responden dan jawaban kuesioner. Karakteristik responden harus sesuai dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kuesioner akan diberikan kepada subjek berupa kuesioner stres pekerjaan, kelelahan kerja, *shift* kerja, dan intensitas beban kerja.

#### 3.9.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung dari responden penelitian. Data sekunder diambil dari data pencatatan dan pelaporan kejadian insiden keselamatan pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek. Data ini didapatkan dari pelaporan insiden keselamatan pasien sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

### 3.10 Teknik Pengelolaan Data

Proses pengelolaan data ini melalui tahap-tahap, antara lain::

1. *Editing*

*Editing* dilakukan sebagai pemeriksaan pada data atau kuesioner. *Editing* dilakukan pada saat pengumpulan data, pengisian kuesioner, dan setelah data dikumpulkan (Notoatmodjo, 2018).

2. *Coding*

*Coding* merupakan proses pemberian kode numerik pada data. Kegiatan ini untuk memudahkan proses pengolahan dan analisis data dengan membedakannya menjadi beberapa karakter (Notoatmodjo, 2018).

**Tabel 4.** *Coding* Data Penelitian

<b>Variabel</b>	<b>Coding</b>	<b>Keterangan</b>
Stres pekerjaan	1	Stres ringan
	2	Stres sedang
	3	Stres berat
Kelelahan kerja	1	Normal
	2	Lelah
	3	Sangat lelah
<i>Shift</i> kerja	1	<i>Shift</i> pagi
	2	<i>Shift</i> siang
	3	<i>Shift</i> malam
Intensitas beban kerja	1	Beban kerja ringan
	2	Beban kerja sedang
	3	Beban kerja berat
Kejadian insiden keselamatan pasien	1	Tidak ada
	2	Ada

### 3. *Scoring*

*Scoring* adalah menentukan nilai untuk setiap butir pertanyaan serta nilai tertinggi dan terendah (Notoatmodjo, 2018).

Pengukuran total skor stres pekerjaan, yaitu:

**Tabel 5.** *Scoring* Data Stres Pekerjaan

<b>Total Skor</b>	<b>Keterangan</b>
0-13	Stres ringan
14-26	Stres sedang
27-40	Stres berat

Sumber: (Purnami dan Sawitri, 2019).

Pengukuran total skor kelelahan kerja, yaitu:

**Tabel 6.** *Scoring* Data Kelelahan Kerja

Total Skor	Keterangan
<20	Normal
20-31	Lelah
>31	Sangat lelah

Sumber: (Trisnawati, 2014).

Pengukuran total skor intensitas beban kerja, yaitu:

**Tabel 7.** *Scoring* Data Intensitas Beban Kerja

Total Skor	Keterangan
13-25	Beban kerja ringan
26-38	Beban kerja sedang
39-52	Beban kerja berat

Sumber: (Nursalam, 2015).

#### 4. *Data entry/processing*

Data berupa jawaban responden yang sudah diubah menjadi kode dimasukkan ke program komputer (Notoatmodjo, 2018).

#### 5. *Cleaning*

Apabila semua data telah dimasukan, cek kembali kemungkinan kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan lain-lain untuk diperbaiki atau koreksi (Notoatmodjo, 2018).

### 3.11 Analisis Data

#### 3.11.1 Analisis Univariat

Analisis univariat akan menyajikan data distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel. Distribusi frekuensi pada penelitian ini adalah stres pekerjaan, kelelahan kerja, *shift* kerja, intensitas beban kerja, dan kejadian insiden keselamatan pasien berdasarkan jenis dan lokasi di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

### 3.11.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat diterapkan pada variabel yang diduga memiliki korelasi untuk mengetahui hubungan variabel kontrol dengan variabel terikat menggunakan uji *Chi Square*. Batas kemaknaan adalah 0,05 dan pengambilan keputusan statistik dilakukan dengan membandingkan nilai P dengan nilai  $\alpha$  (0,05):

1. Jika nilai  $p \leq \alpha$  (0,05), maka hipotesis diterima (terdapat hubungan antara variabel *independent* dengan variabel *dependent*).
2. Jika nilai  $p > \alpha$  (0,05), maka hipotesis ditolak (tidak terdapat hubungan antara variabel *independent* dengan variabel *dependent*).

### 3.12 Etika Penelitian

Penelitian ini menggunakan data primer dari jawaban kuesioner responden dan data sekunder dari formulir insiden keselamatan pasien. Peneliti telah memenuhi standar etika penelitian yang berlaku dan telah disahkan oleh *institutional review board*, yaitu Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan No. 3439/UN26.18/PP.05.02.00/2023 pada tanggal 31 Oktober 2023 dan Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung No. 016/KEPK-RSUDAM/X/2023 pada tanggal 31 Oktober 2023.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **4.4 Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan stres pekerjaan, kelelahan kerja, *shift* kerja, dan intensitas beban kerja perawat dengan kejadian insiden keselamatan pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Perawat di instalasi rawat inap RSUD Dr. H. Abdul Moeloek mengalami stres sedang, merasa lelah, bekerja pada *shift* pagi, dan intensitas beban kerja berat. Kejadian IKP sebanyak 6 insiden dengan insiden terbanyak di bagian anak.
2. Terdapat hubungan antara stres pekerjaan dengan kejadian insiden keselamatan pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
3. Terdapat hubungan antara kelelahan kerja dengan kejadian insiden keselamatan pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
4. Terdapat hubungan antara *shift* kerja dengan kejadian insiden keselamatan pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
5. Terdapat hubungan antara intensitas beban kerja dengan kejadian insiden keselamatan pasien di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

## **4.5 Saran**

### **4.5.1 Bagi Perawat**

Perawat perlu menyadari tingkat stres dan kelelahan yang dialaminya, serta harus memiliki manajemen stres dan *coping* sebagai upaya mengatasinya sehingga dapat bekerja dengan optimal.

### **4.5.2 Bagi Institusi**

RSUD Dr. H. Abdul Moeloek harus memberi perhatian lebih terhadap permasalahan stres dan kelelahan yang dialami perawat, terutama pada perawat dengan beban kerja berat dan *shift* malam hari. Pergantian *shift* perlu lebih diperhatikan dengan mempertimbangkan frekuensi *shift* dalam seminggu sehingga perawat tidak berada dalam *shift* kerja yang sama selama lebih dari dua hari berturut-turut. Jumlah perawat dalam satu ruangan harus disesuaikan dengan jumlah pasien yang harus ditangani sehingga beban kerja perawat tidak melebihi batasnya. Rumah sakit perlu mengoptimalkan kembali distribusi beban kerja perawat dengan memenuhi jumlah perawat yang diperlukan sehingga seimbang dengan kebutuhan dan jumlah pasien yang harus ditangani.

### **4.5.3 Bagi Penelitian Selanjutnya**

Penelitian selanjutnya dapat menerapkan desain penelitian yang dapat menggambarkan kausalitas atau hubungan sebab-akibat pada setiap variabel.



## **DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR PUSTAKA

- Aitken M, Gorokhovich L. 2012. *Advancing The Responsible Use of Medicines Applying Levers for Change*. America. Tersedia dari: <http://ssrn.com/abstract=2222541>.
- Anwar, Rochadi K, Daulay W, Yuswardi. 2016. Hubungan fungsi manajemen kepala ruang dengan penerapan patient safety culture di Rumah Sakit Umum Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Idea Nursing Journal*. 7(1):26–34.
- Asefzadeh S, Kalhor R, Tir M. 2017. Patient safety culture and job stress among nurses in Mazandaran, Iran. *Electron Physician Journal*. 9(12):6010-6016. Tersedia dari: <https://doi.org/10.19082/6010>.
- Astuti FW, Ekawati, Wahyuni I. 2017. Hubungan antara faktor individu, beban kerja, dan shift kerja dengan kelelahan kerja pada perawat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 5(5):163-172. Tersedia dari: <https://doi.org/10.14710/jkm.v5i5.18925>.
- Astuti LY, Hudhariani RN, Agusman F. 2020. Hubungan shift kerja dan lama jam kerja dengan beban kerja perawat di ruang rawat inap penyakit dalam RSUD Ambarawa. *Jurnal STIKES Karya Husada Semarang*. 1(1):1-8.
- Badouin H, Gouzy J, Grassa CJ, Murat F, Staton SE, Cottret L, Lelandais-Briere C, Owens GL, Carrere S, Mayjonade B. 2017. The sunflower genome provides insights into oil metabolism, flowering and asterid evolution. *Nature*. 546(7656):148-152. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1038/nature22380>.
- Baker DW. 2017. History of the joint commission's pain standards: lessons for today's prescription opioid epidemic. *Jama*. 317(11):1117-1118. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.0935>.
- Bilal H, Sari HY. 2020. Relationship between burnout and patient safety attitudes in pediatric nurses in a hospital in Turkey. *Enfermería Clínica (English Edition)*. 30(1):37–41. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2019.08.004>.
- Brown DS, Wolosin R. 2013. Safety culture relationships with hospital nursing sensitive metrics. *Journal for Healthcare Quality*. 35(4):61–74. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1111/jhq.12016>.
- Canadian Centre for Occupational Health and Safety (CCOHS). 2023. *Ergonomics: Rotational Shiftwork*. Canada. Tersedia dari: <https://www.ccohs.ca/oshanswers/ergonomics/shiftwrk.html>.

- Carlesi KC, Padilha KG, Toffoteletto MC, Henriquez-Roldán C, Juan MAC. 2017. Patient safety incidents and nursing workload. *Rev Lat Enfermagem*. 25(1):1-8. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1280.2841>.
- Christina LV, Susilo AP. 2021. Penggunaan metode SBAR untuk komunikasi efektif antara tenaga kesehatan dalam konteks klinis. *KELUWIH: Jurnal Kesehatan dan Kedokteran*. 3(1):57-63. Tersedia dari: <https://doi.org/10.24123/kesdok.V3i1.4584>.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. 1983. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 24(4):385-396. Tersedia dari: <https://doi.org/10.2307/2136404>.
- Cooper J, Williams H, Hibbert P, Edwards A, Butt A, Wood F, Parry G, Smith P, Sheikh A, Donaldson L, Carson-Stevens. 2018. Classification of patient-safety incidents in primary care. *Bulletin of the World Health Organization*. 96(7):498-505. Tersedia dari: <https://doi.org/10.2471/BLT.17.199802>.
- Darma B. 2021. *Statistika Penelitian Menggunakan SPSS (Uji Validitas, Uji Reliabilitas, Regresi Linier Sederhana, Regresi Linier Berganda, Uji t, Uji F, R2)*. Bogor: Guepedia.
- Daud A. 2020. *Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Nasional (SP2KPN)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Desima R. 2013. Tingkat stres kerja perawat dengan perilaku caring perawat. *Jurnal Keperawatan*. 4(1):43-55. Tersedia dari: <https://doi.org/10.22219/jk.v4i1.2380>.
- Dimkatni NW, Sumampouw OJ, Manampiring AE. 2020. Apakah beban kerja, stres kerja, dan kualitas tidur mempengaruhi kelelahan kerja pada perawat di rumah sakit. *Journal of Public Health*. 1(1):9-14. Tersedia dari: <https://doi.org/10.35801/srjoph.v1i1.27273>.
- Djaja DE, Andry, Hasyim. 2021. Pengaruh *shift work*, pengetahuan, motivasi, *job burnout* perawat terhadap budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit XYZ. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*. 12(4):406-410. Tersedia dari: <http://dx.doi.org/10.33846/sf12408>.
- Dunn TJ, Terao M, Blazin L, Spraker-Perlman H, Baker J, Mandrell B, Sellers j, Crabtree V, Hoffman J, Burlison J. 2021. Associations of job demands and patient safety event involvement on burnout among a multidisciplinary group of pediatric hematology/oncology clinicians. *Pediatric Blood & Cancer*. 68(11). Tersedia dari: <https://doi.org/10.1002/pbc.29214>.
- Eryuda F. 2017. Hubungan shift kerja dan kelelahan kerja dengan stres kerja perawat instalasi rawat inap RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung [Skripsi]. Bandar Lampung: Universitas Lampung.

- Firawati, Pabuty A, Putra AS. Pelaksanaan program keselamatan pasien di RSUD Solok. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 6(2):73-79. Tersedia dari: <https://doi.org/10.24893/jkma.v6i2.93>.
- Fleischmann C, Scherag A, Adhikari N, Hartog C, Tsaganos T, Schlattmann P, Angus D, Reinhart K. 2016. Assessment of global incidence and mortality of hospital-treated sepsis current estimates and limitations. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 193(3):259–272. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1164/rccm.201504-0781OC>.
- Gillies C, Bristow B, Gallant F, Osmar K, Lange-Mechlen I, Tran W. 2014. Results of a Canadian study examining the prevalence and potential for developing compassion fatigue and burnout in radiation therapists. *Journal of Radiotherapy in Practice*. 13(4):383–392. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1017/S1460396914000144>.
- Griffiths P, Dall’Ora C, Simon M, Ball J, Lindqvist R, Rafferty AM, Schoonhoven L, Tishelman C, Aiken LH. 2014. Nurses’ shift length and overtime working in 12 European countries. *Med Care Journal*. 52(11):975-981. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000233>.
- Haryanti, Aini F, Purwaningsih P. 2013. Hubungan antara beban kerja dengan stres kerja perawat di instalasi gawat darurat RSUD Kabupaten Semarang. *Jurnal Manajemen Keperawatan*. 1(1):48-56.
- Hennessy D, Hicks C, Hilan A, Kawonal Y. 2006. A methodology for assessing the professional development needs of nurses and midwives in Indonesia: paper 1 of 3. *Human Resources for Health*. 4(1):8. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-8>.
- Herqutanto H. 2017. Modification of Calgary-Cambridge observation guide, a more simplified and practical communication guide for daily consultation practice. *Health Science Journal of Indonesia*. 8(2). Tersedia dari: <https://doi.org/10.22435/hsji.v8i2.7906.111-117>.
- Holden RJ, Scanlon MC, Patel NR, Kaushal R, Escoto KH, Brown RL, Alper SJ, Arnold JM, Shalaby TM, Murkowski K, Karsh BT. 2011. A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. *BMJ Qual Saf Journal*. 20(1):15-24. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2008.028381>.
- Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie P, Knottnerus J. 2016. Towards a “patient-centred” operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*. 6(1). Tersedia dari: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>.
- Hugos CL, Cameron M, Chen Z, Chen Y, Bourdette D. 2019. A multicenter randomized controlled trial of two group education programs for fatigue in multiple sclerosis: long-term (12-month) follow-up at one site. *Multiple Sclerosis Journal*. 25(6):871–875. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1177/1352458518775920>.

- James JT. 2013. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of patient safety*. 9(3):122–128. Tersedia dari: <https://www.jstor.org/stable/26633011>.
- Janssen, Behr-Gross ME. 2014. *European Committee (Partial Agreement) on Blood Transfusion w CD-P-TS The Collection, Testing and Use of Blood and Blood Components in Europe*. Strasbourg: European Directorate for the Quality of Medicines & Health. Tersedia dari: [www.edqm.eu](http://www.edqm.eu).
- Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates D. 2013. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf*. 22:809–815. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1136/bmjqs>.
- Kementerian Kesehatan. 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. 2013 *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 Tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. 2017. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. 2022. *Laporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP). 2022. *Laporan Internal Insiden Keselamatan Pasien*. Bandar Lampung: RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung.
- Kroemer A. 2017. A Comparison of 8-Hour Versus 12-Hour Shift Duration on Fatigue and Fatigue-Related Indicators in Emergency Medical Services and Related Shift Workers: A Systematic Review [Master Essay]. Pennsylvania: University of Pittsburgh.
- Kusmaningsih D, Gunawan MR, Zainaro MA, Widiyanti T. 2020. Hubungan beban kerja fisik dan mental perawat dengan penerapan pasien *safety* pada masa pandemi COVID-19 di UPT Puskesmas Rawat Inap Kabupaten Pesawaran. *Indonesian Journal of Health Development*. 2(2):108-118. Tersedia dari: <https://doi.org/10.52021/ijhd.v2i2.93>.
- Lee WY. 2016. The interacting effect of cognitive failure, consciousness, and job stress on safety behavior and accidents. *Korean Journal of Industrial and Organizational Psychology*. 19(3):475–497.
- Liu LF, Lee S, Chia P, Chi S, Yin Y. 2012. Exploring the association between nurse workload and nurse-sensitive patient safety outcome indicators. *Journal of Nursing Research*. 20(4):300–309. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1097/jnr.0b013e3182736363>.

- de Magalhães AMM, da Costa D, Riboldi C, Mergen T, Barbosa A, de Moura G. 2017. Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. *Revista da Escola de Enfermagem*. 51. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016021203255>.
- Mudayana AA. 2013. Hubungan beban kerja dengan kinerja karyawan di rumah sakit Nur Hidayah Bantul. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 6(1). Tersedia dari: <https://doi.org/10.12928/kesmas.v6i1.1065>.
- Najihah. 2018. Budaya keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien di rumah sakit: literature review. *Journal of Islamic Nursing*. 3(1):1–8. Tersedia dari: <https://doi.org/10.24252/join.v3i1.5469>.
- National Safety Council. 2017. *Fatigue in Safety-Critical Industries: Impact, Risk, and Recommendations*. Singapura: National Safety Council.
- Notoatmodjo S. 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nurchayani E, Widodo D, Rosdiana Y. 2016. Hubungan tingkat stres kerja dengan kinerja perawat. *Care Journal*. 4(1):42–50. Tersedia dari: <https://doi.org/10.33366/jc.v4i1.472>.
- Nurhayati I, Dhian AS, Putri PN. 2021. Determinan budaya keselamatan pasien di RSU Islam Cawas Klaten. *Prosiding University Research Colloquium*. 1124-1131.
- Nurhayati S, Rahmadiyahanti M, Hapsari S. 2020. Kepatuhan perawat melakukan assessment resiko jatuh dengan pelaksanaan intervensi pada pasien resiko jatuh. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya*. 15(2):278–284. Tersedia dari: <https://doi.org/10.30643/jiksht.v15i2.97>.
- Nurmalia D, Nivalinda D. 2016. Fungsi manajemen keperawatan dalam aplikasi mentoring budaya keselamatan pasien. *Jurnal Media Medika Muda*. 1(3):203–208.
- Nursalam. 2015. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional (5th ed.)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Olds DM, Clarke SP. 2010. The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of Safety Research*. 41(2):153–162. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2010.02.002>.
- Padila, Andri J. 2022. Beban kerja dan stress kerja perawat di masa pandemi COVID-19. *Jurnal Keperawatan Silampari*. 5(2): 919-926. Tersedia dari: <https://doi.org/10.31539/jks.v5i2.3582>.
- Park YM, Kim SY. 2013. Impacts of job stress and cognitive failure on patient safety incidents among hospital nurses. *Safety and Health at Work*. 4(4):210–215. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2013.10.003>.
- Perwitasari D, Tualeka AR. 2014. Faktor yang berhubungan dengan kelelahan kerja subyektif pada perawat di RSUD Dr. Mohamad Soewandhie

- Surabaya. *The Indonesian Journal of Occupational Safety, Health, and Environment*. 1(1): 15-23.
- Purnami CT, Sawitri DR. 2019. *Instrumen 'Perceive Stress Scale' Online Sebagai Alternatif Alat Pengukur Tingkat Stress Secara Mudah dan Cepat*.
- Rahayu SB. 2017. Pengaruh dimensi staffing terhadap insiden keselamatan pasien berdasarkan Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) in RSU Haji Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 5(2):41-51.
- Raskob GE, Angchaisuksiri P, Blanco A, Buller H, Gallus A, Hunt B, Hylek E, Kakkar A, Konstantinides S, McCumber M, Ozaki Y, Wendelboe A, Weitz J. 2014. Thrombosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*. 34(11):2363–2371. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.114.304488>.
- Retnaningsih D, Fatmawati D. 2016. Beban kerja perawat terhadap implementasi *patient safety* di ruang rawat inap. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. 11(1):44-52. Tersedia dari: <http://dx.doi.org/10.20884/1.jks.2016.11.1.637>.
- Rhamdani I, Wartono M. 2019. Hubungan antara shift kerja, kelelahan kerja dengan stres kerja pada perawat. *Jurnal Biomedika dan Kesehatan*. 2(3):104–110. Tersedia dari: <https://doi.org/10.18051/JBiomedKes.2019.v2.104-110>.
- Runtu VV, Pondaag L, Hamel R. 2018. Hubungan beban kerja fisik dengan stres kerja perawat di ruang instalasi rawat inap rumah sakit umum GMIM Pancaran Kasih Manado. *e-Jurnal Keperawatan*. 6(1):1-7.
- Saftarina F, Hasanah L. 2014. Hubungan shift kerja dengan gangguan pola tidur pada perawat instalasi rawat inap di RSUD Abdul Moeloek Bandar Lampung 2013. *Medula*. 2(2):28–38.
- Setyawati L. 1994. Kuesioner Alat Ukur Perasaan Kelelahan Kerja (KAUPK2). Yogyakarta. Jakarta: Arcan.
- Singh H, Meyer AND, Thomas EJ. 2014. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: Estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Quality and Safety*. 23(9):727–731. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002627>.
- Suka K, Diana S, Nurwidji, Anggreni D. 2023. Shift kerja dan beban kerja dengan tingkat stres tenaga kesehatan post pandemi COVID-19. *Journal of Telenursing*. 5(1):218-226. Tersedia dari: <https://doi.org/10.31539/joting.v5i1.5151>.
- Sulistyo CR, Simanjuntak M, Juniarta, Kasenda E. 2022. Compassion fatigue perawat di masa pandemi covid-19 *Nursing Current*. 10(1):71–82. Tersedia dari: <https://doi.org/10.19166/nc.v10i1.5017>.
- Sumarto I, Asfian P, Munandar S. 2016. Perbedaan stress kerja di tinjau dari shift kerja pagi, siang, dan malam pada perawat di rumah sakit umum daerah kota Kendari tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan*

- Masyarakat Unsyiah*. 1(3):1–7. Tersedia dari: <https://doi.org/10.37887/jimkesmas.v1i3.1319>.
- Sunarti E, Supriyati, Junaidi. 2021. Hubungan antara beban kerja dengan stres kerja pada perawat pelaksana ruang rawat inap. *Jurnal Psikologi Malahayati*. 3(1):20-27.
- Suryadi I, Wijayanti G, Rinawati S. 2022. Shift kerja kaitannya dengan tingkat kelelahan kerja pada perawat. *Jurnal Sulolipu: Media Komunikasi Sivitas Akademika dan Masyarakat*. 22(1):145-151. Tersedia dari: <https://doi.org/10.32382/sulolipu.v22i1.2668>.
- Theodore H, Tulchinsky. 2014. National health systems. *The New Public Health*. 643-728. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-415766-8.00013-6>.
- Tirzaningrum A, Pramesona, BA, Berawi KN, Sutarto. 2022. Literature review terkait faktor yang memengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien pada tenaga kesehatan. *Agromedicine*. 9(2):81–86.
- Trisnawati E. 2014. Shift kerja, gangguan tidur, dan kelelahan kerja pada perawat wanita. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan: Borneo Akcaya*. 1(2):111-121.
- Vilia A, Saftarina F, Larasati T. 2014. Hubungan shift kerja dengan kelelahan kerja pada perawat di instalasi rawat inap RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung. *Majority*. 3(5):18–25.
- Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. 1998. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ Journal*. 316:1154. Tersedia dari: <https://doi:10.1136/bmj.316.7138.1154>.
- WHO. 2015. *Patient Safety Making Health Care Safer*. Jenewa: WHO. Tersedia dari: <http://apps.who.int/bookorders>.
- WHO. 2017. *WHO Launches: Nine Patient Safety Solutions: Solutions to Prevent Health Care-Related Harm*. Jenewa: World Health Organization.
- WHO. 2019. *Patient Safety*. Jenewa: World Health Organization.
- Wianti A, Setiawan A, Murtiningsih M, Budiman B, Rohayani L. 2021. Karakteristik dan budaya keselamatan pasien terhadap insiden keselamatan pasien. *Jurnal Keperawatan Silampari*. 5(1):96–102. Tersedia dari: <https://doi.org/10.31539/jks.v5i1.2587>.
- Wilson J, Tingle J. 2014. The clinical negligence scheme for trusts. *British Journal of Nursing*. 6(20). Tersedia dari: <https://doi.org/10.12968/bjon.1997.6.20.1166>.
- Winarti G. 2023. Literature review: faktor keberhasilan implementasi sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS). *Communnity Development Journal*. 4(1):486–497. Tersedia dari: <https://doi.org/10.31004/cdj.v4i1.12291>.



- Yarnita Y, Efitra. 2020. Faktor yang berhubungan dengan budaya keselamatan pasien pada perawat di ruang rawat inap RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*. 20(3):827-833. Tersedia dari: <https://doi.org/10.33087/jiubj.v20i3.1064>.
- Yunita A, Sumiati. 2022. Hubungan faktor komunikasi dan beban kerja terhadap keselamatan pasien saat bekerja di RSUD Kota Madiun. *Indonesian Journal on Medical Science*. 9(2):188-195. Tersedia dari: <https://doi.org/10.55181/ijms.v9i2.376>.
- Yupartini L, Rustiawati E, Sulastris T. 2021. Stres kerja dengan perilaku *caring* petugas kesehatan dalam penanganan pasien pada masa pandemi COVID-19. *Jurnal Keperawatan Silampari*. 4(2):683-689. Tersedia dari: <https://doi.org/10.31539/jks.v4i2.1946>.