

**PENGARUH KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN PASIEN  
TERHADAP RISIKO INSIDEN KESELAMATAN  
PASIEN DI RUANG RAWAT INAP KELAS III  
RSUD A. W. SJAHRANIE SAMARINDA**

**SKRIPSI**



**TATA MAULITA  
NIM. P07220215034**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR  
PROGRAM STUDI D-IV KEPERAWATAN  
SAMARINDA  
2019**

**PENGARUH KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN PASIEN  
TERHADAP RISIKO INSIDEN KESELAMATAN  
PASIEN DI RUANG RAWAT INAP KELAS III  
RSUD A. W. SJAHRANIE SAMARINDA**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar  
Sarjana Terapan Keperawatan



Disusun dan diajukan oleh:

**TATA MAULITA  
NIM. P07220215034**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR  
PROGRAM STUDI D-IV KEPERAWATAN  
SAMARINDA  
2019**

**PENGARUH KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN PASIEN  
TERHADAP RISIKO INSIDEN KESELAMATAN  
PASIEEN DI RUANG RAWAT INAP KELAS III  
RSUD A. W. SJAHRANIE SAMARINDA**

**SKRIPSI**

Ditusun dan diajukan oleh:

**TATA MAULITA**  
NIM P07220215034


Telah diperiksa dan disetujui untuk diseminarkan

Samarinda, 26 April 2019

Pembimbing Utama


  
dr. Hilda M. Kes  
NIDN. 4012087102

Pembimbing Pendamping

  
Hesti Prawita W. SST., M. Kes  
NIDN. 4011088501

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-IV Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kaltim

  
Ns. Parellang S. Kes., M. Kes., MH. Kes.  
NIP. 197512152002121004

**PENGARUH KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN PASIEN  
TERHADAP RISIKO INSIDEN KESELAMATAN  
PASIEN DI RUANG RAWAT INAP KELAS III  
RSUD A. W. SJAHRANIE SAMARINDA**

**SKRIPSI**

Diusun dan diajukan oleh:

**TATA MAULITA**  
NIM P07220215034

Telah dipertahankan dalam sidang ujian skripsi  
pada tanggal 26 April 2019  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan


Menyetujui,

Dewan Penguji


Penguji I

Penguji II

Penguji III


  
**Edi Purwanto, SST., M. Kes**  
NIDN. 4014048101

  
**dr. Hilda, M. Kes**  
NIDN. 4012087102

  
**Hesti Prawita W., SST., M. Kes**  
NIDN. 4011088501

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-IV Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kaltim

  
**Ns. Pardiangli, S. Kep., M. Kep., MH. Kes.**  
NIP. 197512152002121004

## ABSTRAK

### PENGARUH KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN PASIEN TERHADAP RISIKO INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RUANG RAWAT INAP KELAS III RSUD A. W. SJAHRANIE SAMARINDA

Tata Maulita <sup>1)</sup>, Hilda <sup>2)</sup>, Hesti Prawita Widiastuti <sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Mahasiswa Prodi Sarjana Terapan Keperawatan, Poltekkes Kaltim

<sup>2)</sup>Dosen Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kaltim

**Pendahuluan :** Komunikasi salah satu standar keselamatan pasien di Rumah Sakit, komunikasi memberikan pengaruh terhadap keselamatan pasien. Penggunaan komunikasi antara perawat dan pasien di ruang rawat inap kelas III RSUD A. W. Sjahrание Samarinda belum sepenuhnya dilakukan sehingga berisiko menyebabkan terjadinya insiden keselamatan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh komunikasi perawat dengan pasien terhadap risiko insiden keselamatan pasien.

**Metode :** Jenis penelitian *kuantitatif* dengan studi analitik dan desain *cross sectional*. Populasi berjumlah 292 orang terdiri dari 7 unit pelayanan. Sampel sebanyak 71 orang menggunakan teknik *purposive sampling*. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner komunikasi dan kuesioner risiko insiden keselamatan pasien yang telah dilakukan uji validitas. Kemudian data dianalisis secara univariat dan bivariat dengan uji *Chi Square*.

**Hasil :** Didapatkan nilai  $p = 0,003$  yang menunjukkan bahwa nilai  $p \text{ value} < \text{nilai } \alpha = 0,05$  artinya  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Nilai OR sebesar 5,455 artinya komunikasi perawat dengan pasien yang kurang baik memiliki risiko 5,455 kali lebih besar terhadap insiden keselamatan pasien yang pernah terjadi.

**Kesimpulan :** Ada pengaruh komunikasi perawat dengan pasien terhadap risiko insiden keselamatan pasien. Disarankan kepada pihak perawat di Rumah Sakit terus meningkatkan komunikasi dalam memberikan perawatan di ruang rawat inap agar terhindar dari insiden keselamatan pasien.

**Kata kunci :** Komunikasi, Risiko Insiden Keselamatan.

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF NURSE COMMUNICATION WITH PATIENT SATISFACTION PATIENT SAFETY INCIDENTS RISK IN CLASS III INPATIENT ROOM A.W. SJAHRANIE HOSPITAL SAMARINDA

Tata Maulita <sup>1)</sup>, Hilda <sup>2)</sup>, Hesti Prawita Widiastuti <sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Applied Nursing Student, Health Polytechnics East Borneo

<sup>2)</sup>Nursing Studies, Health Polytechnics East Borneo

**Preface :** Hospital patient safety standards which one is Communication, communication give effect to patient safety. Application between communication nurse and patient in class III inpatient room is not yet fully optimized until risk of patient safety incident. Research is aimed to find out effect of nurse communication with patient satisfaction patient safety incidents risk.

**Methods:** Type of research is *quantitative* with analytic study and *cross sectional* design. Total population of research is 292 people that spread to 7 service units. Sample of 71 people used a *purposive sampling* technique. Instruments used are communication and patient safety incidents risk questionnaires validity test already do. Data analyzed using univariate and bivariate analysis with *Chi Square* test.

**Result:** From tests are obtained score  $p = 0,003$  result of  $p$  value  $<$  score  $\alpha = 0,05$  therefore  $H_0$  is rejected and  $H_a$  is accepted. OR Score as big 5,455 nurse communication not good with patient have risk 5,455 more big to safety incidents risk.

**Conclusion:** There is a effect of nurse communication with patient satisfaction patient safety incidents risk. It is highly suggested for Hospital nurse to improve communication in care provide at inpatient room to prevent of patient safety incident.

**Keywords:** Communication, Patient Safety Incident Risk.



## KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Pengaruh Komunikasi Perawat dengan Pasien terhadap Risiko Insiden Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD A. W. Sjahranie Samarinda”.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini dapat diselesaikan karena adanya bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih serta penghargaan yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Supriadi B, S.Kp., M.Kep selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kaltim.
2. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan.
3. Ns. Parellangi, S. Kep., M.Kep., MH.Kes. selaku Ketua Program Studi D-IV Keperawatan.
4. Edi Purwanto, SST.,M.Kes selaku Ketua Penguji.
5. dr. Hilda, M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Utama dan Pembimbing Akademik.
6. Hesti Prawita Widiastuti, SST., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Pendamping.
7. dr. David Hariadi Masjhoer, Sp.OT, selaku Direktur RSUD A. W. Sjahranie Samarinda.
8. Dra. Hj. A H Yone May, M.Si selaku Kepala Bidang Diklit dan Mutu SDM beserta staf RSUD A. W. Sjahranie Samarinda.

9. Dr. Mazniati, MPH selaku Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan SDM.
  10. Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD A. W. Sjahranie Samarinda.
  11. Pasien Ruang Rawat Inap Kelas III Ruang Flamboyan, Seruni, Dahlia, Angsoka, Aster, Edelweis, dan Mawar RSUD A. W. Sjahranie Samarinda yang sudah berpartisipasi dalam penelitian.
  12. Enumerator yang sudah membantu selama jalannya penelitian.
  13. Ayahanda Prayitno Budianto, S.Pd dan Ibunda Frederika, M.Pd, serta keluarga yang senantiasa mendukung segala prosesnya.
  14. Alumni dan teman-teman Prodi D-IV Keperawatan terutama tingkat IV, yang senantiasa memberikan masukan dan motivasi.
  15. Semua pihak yang mendukung dan namanya tidak bisa disebutkan satu-satu.
- Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Samarinda, 26 April 2019

Penulis



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN .....	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iv
LEMBAR PENGESAHAN .....	v
ABSTRAK .....	vi
<i>ABSTRACT</i> .....	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR .....	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR BAGAN .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	Error! Bookmark not defined.
B. Rumusan Masalah .....	Error! Bookmark not defined.
C. Tujuan .....	4
D. Manfaat Penelitian .....	Error! Bookmark not defined.
E. Keaslian Penelitian .....	Error! Bookmark not defined.
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Telaah Pustaka .....	Error! Bookmark not defined.
1. Tinjauan Umum tentang Komunikasi Perawat dengan Pasien .....	Error! Bookmark not defined.
2. Tinjauan Umum tentang Insiden Keselamatan Pasien .....	Error! Bookmark not defined.
B. Kerangka Teori .....	43
C. Kerangka Konsep .....	44
D. Hipotesis .....	44
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Rancangan Penelitian .....	45
B. Populasi dan Sampel .....	46
C. Waktu dan Tempat Penelitian .....	49
D. Definisi Operasional .....	50

E. Instrument Penelitian.....	51
F. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	5
G. Teknik Pengumpulan Data.....	55
H. Analisis Data.....	57
I. Etika Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
J. Alur Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	63
B. Hasil Penelitian.....	64
1. Analisa Univariat.....	64
2. Analisa Bivariat.....	68
C. Pembahasan.....	70
1. Hasil Analisa Univariat.....	70
2. Hasil Analisa Bivariat.....	77
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan.....	83
B. Saran.....	84
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
Tabel 1.1	: Keaslian Penelitian.....	7
Tabel 2.1	: Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Insiden Keselamatan Pasien.....	34
Tabel 2.2	: Faktor Model Sistem yang Berkontribusi dalam Insiden Keselamatan Pasien .....	35
Tabel 3.1	: Jumlah Pasien Rawat Inap .....	46
Tabel 3.2	: Jumlah Sampel Setiap Ruangannya .....	49
Tabel 3.3	: Definisi Operasional.....	50
Tabel 4.1	: Komponen Pertanyaan Risiko Insiden Keselamatan Pasien.....	52
Tabel 4.2	: Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin Pasien RSUD A. W. Sjahranie Samarinda Tahun 2018.....	65
Tabel 4.3	: Karakteristik Responden berdasarkan Umur Pasien RSUD A. W. Sjahranie Samarinda Tahun 2018.....	65
Tabel 4.4	: Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan Terakhir Pasien RSUD A. W. Sjahranie Samarinda Tahun 2018.....	66
Tabel 4.5	: Karakteristik Responden berdasarkan Lama Rawat Inap Pasien RSUD A. W. Sjahranie Samarinda Tahun 2018.....	66
Tabel 4.6	: Gambaran Komunikasi Perawat dengan Pasien di RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2018.....	67
Tabel 4.7	: Gambaran Risiko Insiden Keselamatan Pasien di RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2018.....	67
Tabel 4.8	: Pengaruh Komunikasi Perawat dengan Pasien Terhadap Risiko Insiden Keselamatan Pasien di RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2018.....	69

## DAFTAR BAGAN

Bagan		Halaman
Bagan 2.1	: Kerangka Teori.....	43
Bagan 2.2	: Kerangka Konsep.....	44
Bagan 3.1	: Alur Penelitian.....	62



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

- Lampiran 1 : Surat Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 2 : Surat Petunjuk Pengisian
- Lampiran 3 : Data Demografi Pasien
- Lampiran 4 : Kuesioner Komunikasi Perawat Dengan Pasien
- Lampiran 5 : Kuesioner Risiko Insiden Keselamatan Pasien
- Lampiran 6 : Surat Izin Penelitian
- Lampiran 7 : Balasan Surat Izin Penelitian
- Lampiran 8 : Surat Persetujuan Kelayakan Etik
- Lampiran 9 : Kartu Bimbingan
- Lampiran 10 : Master Tabel Penelitian
- Lampiran 11 : Hasil Perhitungan SPSS
- Lampiran 12 : Jadwal Penelitian
- Lampiran 13 : Riwayat Hidup Peneliti
- Lampiran 14 : Dokumentasi



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kurangnya penerapan komunikasi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan menjadi salah satu penyebab munculnya insiden keselamatan pasien. Perilaku perawat yang kurang komunikasi, perhatian, cerobohan, tidak teliti, dan tidak peduli dalam menjaga keselamatan pasien menyebabkan terjadinya kesalahan yang mengakibatkan cedera pada pasien, berupa *Near Miss* (Kejadian Nyaris Cedera/KNC) atau *Adverse Event* (Kejadian Tidak Diharapkan/KTD) (Lombogia A, 2016).

*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (2012), melakukan penelitian terhadap 2840 kasus kejadian tidak diharapkan dan berakibat fatal, dari hasil penelitian yang diperoleh disimpulkan bahwa 65% akar penyebab masalah tersebut adalah komunikasi dan 75% dari kasus komunikasi tersebut mengakibatkan pasien meninggal (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, 2012). Data terbaru dari penelitian *The Joint Commission* tahun 2016, beberapa Rumah Sakit di Amerika melaporkan dalam rentang waktu Januari hingga Desember 2015 didapatkan 744 kasus kesalahan komunikasi sebagai penyebab terjadinya insiden (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, 2016).



Kegagalan komunikasi memberi pengaruh yang besar terhadap terjadinya kejadian tidak diharapkan dan kualitas mutu pelayanan. Hasil penelitian yang dilakukan di New York dan Colorado diperoleh data insiden kejadian keselamatan pasien yang ditimbulkan dari masalah Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) sebanyak 2,9% dan 6,6% meninggal, di New York KTD Sebesar 3,7%, angka kematian 13,6% (Ismainar H, 2012). Menurut laporan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2012), di Indonesia pada bulan Januari 2010 sampai April 2011, sebanyak 137 insiden keselamatan pasien ditemukan (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2012).

Angka kejadian insiden keselamatan pasien di Indonesia masih sulit ditemukan. Dikarenakan tidak semua kejadian insiden keselamatan pasien dilaporkan, kebanyakan insiden keselamatan pasien luput dari perhatian petugas kesehatan. Petugas kesehatan hanya melaporkan kejadian insiden keselamatan pasien yang ditemukan secara kebetulan saja. Kejadian insiden keselamatan pasien di rumah sakit dapat diatasi dengan cara menerapkan komunikasi yang efektif dalam memberikan asuhan keperawatan.

Menurut *The American Nurses Association* (2010), komunikasi efektif sebagai standar praktik keperawatan profesional. Kompetensi profesional dalam praktek keperawatan tidak hanya psikomotor dan keterampilan diagnostik klinis, tetapi juga kemampuan dalam keterampilan interpersonal dan komunikasi. Komunikasi efektif merupakan aspek penting yang harus dimiliki oleh perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan karena

perawat selalu mendampingi pasien di rumah sakit (*The American Nurses Association, 2010*).

RSUD A.W. Sjahranie adalah salah satu rumah sakit pendidikan dan merupakan rumah sakit rujukan kelas B di Kalimantan Timur (KARS, 2019). Dalam meningkatkan kualitas pelayanan, pada tahun 2015 RSUD A.W.Sjahranie Samarinda membentuk komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP). Insiden keselamatan kerja yang dilaporkan PMKP RSUD A.W. Sjahranie pada tahun 2017 didapatkan 2.267 insiden keselamatan pasien yang dilaporkan dengan presentase 88,04% KNC (Kejadian Nyaris Cedera), 7,76% KPC (Kondisi Potensial Cedera, 2,77% KTD (Kejadian Tidak Diharapkan), dan 1,95% Kejadian Tidak Cedera.

Dari tingginya angka insiden yang terjadi maka RSUD A.W. Sjahranie perlu mendapatkan perhatian yang lebih. Penyebab tingginya angka insiden di RSUD A.W. Sjahranie disebabkan karena belum maksimalnya penerapan program keselamatan kerja (KARS, 2017). Menurut penelitian yang dilakukan Hilda, Noorhidayah dan Arsyawina (2017), komunikasi efektif di RSUD A.W. Sjahranie diperoleh 73,9% perawat menggunakan komunikasi efektif pada saat melakukan verifikasi terhadap informasi yang diperoleh dan *handover*.

Berdasarkan data yang diperoleh dari 64 responden perawat pelaksana yang mewakili seluruh perawat di RSUD A.W. Sjahranie, didapatkan semua perawat melakukan komunikasi efektif saat *hand over*. Akan tetapi, berdasarkan data yang diperoleh dari komite PMKP data tersebut kurang

akurat karena hanya dilakukan kepada perawat yang sudah berkompeten saja (Hilda, Norhidayah dan Arsyawina, 2017).

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian “Pengaruh Komunikasi Perawat dengan Pasien terhadap Risiko Insiden Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD A.W. Sjahranie Samarinda”.

#### **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah pengaruh komunikasi perawat dengan pasien terhadap risiko insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap kelas III RSUD A.W. Sjahranie Samarinda ?

#### **C. Tujuan Penelitian**

##### **Tujuan Umum**

Mengetahui pengaruh komunikasi perawat dengan pasien terhadap risiko insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap kelas III RSUD A.W. Sjahranie Samarinda.

##### **Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan, lama rawat inap RSUD A.W. Sjahranie Samarinda.

2. Mengidentifikasi pengaruh komunikasi perawat dengan pasien yang menjalani perawatan di ruang rawat inap kelas III RSUD A.W. Sjahranie Samarinda.
3. Mengidentifikasi pengaruh risiko insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap kelas III RSUD A.W. Sjahranie Samarinda.
4. Menganalisis pengaruh komunikasi perawat dengan pasien terhadap risiko insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap kelas III RSUD A.W. Sjahranie Samarinda.

#### **D. Manfaat**

##### **1. Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan sebagai bahan perkembangan ilmu pengetahuan khususnya dibidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan agar pasien terhindar dari suatu insiden.

##### **2. Manfaat Praktis**

###### **a. Bagi Rumah Sakit**

Memberikan saran bagi rumah sakit untuk lebih bijak terhadap program pencegahan dan penanganan keselamatan pasien terhadap risiko insiden keselamatan pasien terutama dalam hal komunikasi.

b. Bagi Peneliti

Memberikan pengetahuan bagi peneliti selanjutnya untuk mengetahui komunikasi perawat dengan pasien dengan risiko insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap.

c. Bagi Profesi Perawat

Penelitian ini menjadi evaluasi bagi perawat dalam menggunakan komunikasi saat memberikan asuhan keperawatan di ruang rawat inap dan pencegahan terhadap risiko insiden keselamatan pasien.





## E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1  
Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Variable	Metode	Hasil	Perbedaan
1.	Siti Nur Qomariah, Uyan Ari Lidiyah (2015)	Hubungan Faktor Komunikasi Dengan Insiden Keselamatan Pasien	Independen : Faktor Komunikasi Dependen : Insiden Keselamatan Pasien	<b>Jenis &amp; Desain :</b> <i>Cross Sectional</i> . <b>Teknik Sampling :</b> <i>Purposive Sampling</i> <b>Analisis Data :</b> <i>uji chi Kuadrat</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan komunikasi antar perawat dengan Insiden Keselamatan Pasien ( $p = 0,001$ ). Ada hubungan komunikasi perawat dan dokter dengan Insiden Keselamatan Pasien ( $p = 0,000$ ). Ada hubungan komunikasi perawat dan Departemen Penunjang Medis dengan Insiden Keselamatan Pasien ( $p = 0,000$ ). Ada hubungan komunikasi perawat dan Pasien dengan Insiden Keselamatan Pasien ( $p = 0,000$ ).	Variabel independen, rancangan penelitian, tempat, dan tahun penelitian



**Tabel 1.1**  
**Keaslian Penelitian**

No	Peneliti	Judul	Variable	Metode	Hasil	Perbedaan
2.	Fadillah Ulva (2017)	Gambaran Komunikasi Efektif dalam Penerapan Keselamatan Pasien	<b>Independen :</b> Komunikasi Efektif <b>Dependen :</b> Keselamatan Pasien	<b>Jenis &amp; Desain :</b> Kualitatif dengan studi <i>cross sectional</i> <b>Teknik Sampling :</b> <i>Purposive Sampling</i> <b>Analisa Data :</b> Analisis <i>Univariat</i>	Proses komunikasi dilaksanakan secara oral dan telepon. Sistem komunikasi yang digunakan yaitu teknik SBAR ( <i>situation, background, assessment, recommendation</i> ) dan TBK (Tulis, Baca, Konfirmasi).	Variabel independen dan dependen, rancangan penelitian, tempat, dan tahun penelitian
3.	Hilda, Noorhidayah, Arsyawina (2017)	Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Penerapan Komunikasi Efektif Oleh Perawat Di Ruang Rawat Inap	Komunikasi Efektif	<b>Jenis &amp; Desain :</b> Observasional Analitik dengan Pendekatan <i>Cross Sectional</i> . <b>Teknik Sampling :</b> <i>Random Sampling</i> <b>Analisis Data :</b> uji <i>chi square</i> dan multivariat dengan uji regresi logistik ganda model prediksi	Hasil penelitian terdapat pengaruh yang signifikan antara status kepegawaian, lama bekerja, etika, hambatan etika merupakan variabel yang paling berperan dalam penerapan komunikasi Efektif dengan nilai $p < 0,05$	Variabel independen dan dependen, rancangan penelitian, tempat, dan tahun penelitian

**Tabel 1.1**  
**Keaslian Penelitian**

No	Peneliti	Judul	Variable	Metode	Hasil	Perbedaan
4.	Darsini (2016)	Hubungan Komunikasi Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien	<b>Independen :</b> Komunikasi Perawat  <b>Dependen :</b> Tingkat Kepuasan Pasien	<b>Jenis &amp; Desain :</b> <i>Cross Sectional.</i>  <b>Teknik Sampling :</b> <i>Simple Random Sampling</i>  <b>Analisis Data :</b> <i>uji chi square</i>	Hasil perhitungan dengan nilai signifikan p <i>value</i> = 0,000 sedangkan alfa = 0,05 yang berarti ada hubungan komunikasi perawat dengan kepuasan pasien	Variabel independen dan dependen, rancangan penelitian, tempat, dan tahun penelitian
5.	Yennike Tri Herawati (2015)	Budaya Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap	Budaya Keselamatan Pasien	<b>Jenis &amp; Desain :</b> Pendekatan <i>Cross Sectional.</i>  <b>Teknik Sampling :</b> <i>Proporsional Random Sampling</i>  <b>Analisis Data :</b> <i>uji chi square</i>	Hasil penelitian menunjukkan indikator budaya keselamatan pasien untuk kerjasama di kategori baik, komunikasi di kategori baik, kepemimpinan dalam kategori cukup, pelaporan kategori cukup dan respon tidak menghukum kategori cukup	Variabel independen dan dependen, rancangan penelitian, tempat, dan tahun penelitian

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Telaah Pustaka

##### 1. Tinjauan Umum tentang Komunikasi Perawat dengan pasien

###### a. Pengertian Komunikasi Perawat dengan pasien

Istilah komunikasi atau *communication* berasal dari bahasa latin, yaitu *communicatus* yang berarti berbagi atau menjadi milik bersama. Kata sifatnya *communis* yang bermakna umum atau bersama-sama. Dengan demikian komunikasi menurut Lexicographer (ahli kamus bahasa), menunjuk pada suatu upaya yang bertujuan berbagi untuk mencapai kebersamaan (Hajriani, 2013). Tappen (1995) mendefinisikan bahwa komunikasi adalah suatu pertukaran pikiran, perasaan, pendapat, dan pemberian nasihat yang terjadi antara dua orang atau lebih yang bekerja sama (Nursalam, 2014). Komunikasi juga merupakan suatu seni untuk dapat menyusun dan menghantarkan suatu pesan dengan cara yang mudah sehingga orang lain dapat mengerti dan menerima maksud dan tujuan pemberi pesan (Hajriani, 2013a)

. Menurut Waver komunikasi ialah bentuk interaksi antar manusia yang saling mempengaruhi satu dengan lainnya, yang disengaja atau tidak disengaja dan tidak terbatas bersifat verbal atau nonverbal, seperti ekspresi wajah, lukisan, seni dan teknologi (Pieter

Zan, 2017). Menurut Zen (2013) komunikasi sangat penting dalam proses keperawatan, perawat menggunakan komunikasi verbal maupun tertulis pada setiap langkah proses keperawatan. Keberhasilan proses komunikasi tergantung pada komunikasi yang efektif antara perawat dengan pasien. Pasien harus merasa nyaman agar dapat menimbulkan keinginan atau motivasi untuk berkomunikasi sehingga terjadi interaksi yang efektif dan pasien dapat mengambil keputusan untuk rencana keperawatan.

Menurut S.M. Siahaan komunikasi adalah seni penyampaian informasi (pesan, ide, sikap, atau gagasan) dari komunikator untuk mengubah dan membentuk perilaku komunikan ke dalam suatu pola dan pemahaman yang dikehendaki oleh komunikator. Sementara itu, Menurut Berlo suatu komunikasi dapat dikatakan efektif ialah jika pesan-pesan yang persepsikan penerima sama dengan maksud dan bayangan pengirim. Penyampaian pesan-pesan tersebut dipengaruhi oleh latar belakang dari pelaku komunikasi tersebut (Pieter Zan, 2017).

#### **b. Proses Komunikasi Perawat dengan pasien**

Secara umum komunikasi dibagi menjadi 2 tahap, yakni :

##### **1) Proses Komunikasi Primer (Secara Langsung)**

Proses komunikasi primer ialah proses perpindahan pengertian, ide, atau perasaan dari seseorang (komunikator) dalam bentuk informasi (pesan) komunikasi yang dilakukan

secara langsung (*face to face*) dalam bentuk bahasa verbal atau nonverbal kepada orang lain (komunikasi). Misal perawat menyampaikan langsung tentang kondisi penyakit pasien saat ini dan tindakan keperawatan selanjutnya selama pasien dirawat di rumah sakit (Pieter Zan, 2017).

Keuntungan dari komunikasi primer adalah komunikator dapat melihat dan mengetahui langsung sejauh mana dan bagaimana respon komunikasi sehingga komunikator dapat segera memperbaiki atau mempertahankan proses komunikasinya. Akan tetapi kelemahan dari komunikasi primer ialah penyampaian pesan (informasi) hanya mencakup kepada beberapa orang komunikasi (biasanya hanya satu atau empat orang komunikasi) (Pieter Zan, 2017).

## 2) Proses Komunikasi Sekunder (Secara Tidak Langsung)

Proses komunikasi sekunder adalah proses perpindahan pengertian dalam bentuk pemikiran, gagasan, ide-ide, atau perasaan seseorang yang disampaikan secara tidak langsung kepada orang lain, akan tetapi menggunakan instrumen media komunikasi, seperti radio, televisi, surat kabar, buletin, jurnal, dan buku. Proses komunikasi sekunder dimaksudkan agar pesan-pesan komunikasi dapat menjangkau sejumlah komunikasi dalam waktu yang bersamaan dan pada area komunikasi yang lebih luas (Pieter Zan, 2017).



Keuntungan komunikasi sekunder ialah dapat menyampaikan pesan kepada komunikan dalam jumlah banyak dan pada jarak yang jauh. Sementara, kelemahan komunikasi sekunder ialah komunikator tidak dapat segera mengetahui bagaimana dan sejauh mana respon komunikan sehingga membutuhkan waktu yang relative lama untuk memberikan *feedback* dari komunikannya (Pieter Zan, 2017).

### c. Tujuan Komunikasi Perawat dengan pasien

Tujuan umum komunikasi dalam praktik keperawatan, yaitu :

#### 1) Mengetahui dan memahami

Tujuan komunikasi dalam praktik keperawatan adalah untuk membantu perawat untuk mengenal lebih mendalam tentang kondisi pribadi dan karakteristik (*to be know identity*) pasien (klien), karena tanpa melakukan komunikasi mustahil bagi perawat dapat mengungkapkan lebih mendalam atas diri pasien (Pieter Zan, 2017).

#### 2) Mengubah opini dan cara berpikir (*opini change*)

Membantu perawat mengenal, membentuk, dan mengubah pola pikir, opini, pandangan, gagasan, atau ide-ide (*opinion change*) yang berkenaan dengan informasi, tindakan keperawatan (penyembuhan) penyakit pasien (Pieter Zan, 2017).



3) Mengubah sikap umum (*attitude change*)

Membantu perawat dalam mengenal, membentuk, dan mengubah sikap (*attitude change*) yang berkenaan dengan informasi, tindakan keperawatan atau penyembuhan penyakit pasien (Pieter Zan, 2017).

4) Mengubah perilaku (*behavior change*)

Membantu perawat dalam mengubah, membentuk, atau mempertahankan perilaku yang berkenaan dengan informasi, tindakan medik keperawatan, dan penyembuhan pasien (Pieter Zan, 2017).

5) Mengubah sikap sosial (*social change*)

Mengetahui seberapa besar perubahan sosial (*social change*) yang berkaitan erat dengan informasi, atau tindakan-tindakan medik keperawatan dan upaya penyembuhan penyakit pasien (Pieter Zan, 2017).

**d. Elemen dalam Komunikasi Perawat dengan pasien**

Dalam komunikasi terdapat komponen-komponen yang saling berkaitan yang dapat mempengaruhi komunikasi dan saling terhubung satu dengan yang lainnya, ada lima elemen utama dalam komunikasi yaitu :

1) Komunikator (*sender*)

Komunikator adalah orang atau kelompok yang menyampaikan pesan/ide/informasi kepada orang/pihak lain

sebagai lawan bicara. Komunikator berarti sumber berita/informasi atau disebut informan, yaitu sumber/asal berita yang disampaikan kepada komunikan (Anjaswarni, 2016).

#### 2) Informasi/Pesan/Berita (*Message*)

Pesan adalah keseluruhan yang disampaikan oleh komunikator, disadari atau tidak disadari, secara langsung atau tidak langsung. Pesan yang disadari adalah segala ucapan (bahasa verbal) yang disampaikan komunikator secara sengaja dan sudah dipersiapkan. Pesan yang tidak disadari adalah pesan yang muncul beriringan atau bersamaan dengan pesan yang disampaikan pada saat komunikator berbicara (Anjaswarni, 2016).

#### 3) Komunikan (*Receiver*)

Komunikan adalah orang atau sekelompok orang yang menerima pesan yang disampaikan komunikator. Komunikan yang efektif adalah komunikan yang bersikap kooperatif, penuh perhatian, jujur, serta bersikap terbuka terhadap komunikator dan pesan yang disampaikan (Anjaswarni, 2016).

#### 4) Umpan balik (*Feed Back*)

Umpan balik adalah informasi yang dikirimkan balik ke sumbernya (Clement dan Frandsen, 1976, dalam DeVito, 1997). Umpan balik bisa berasal dari diri sendiri ataupun orang lain. Umpan balik dari diri sendiri, misalnya, jika kita menyampaikan

pesan melalui bicara, kita akan dapat secara langsung mendengar apa yang kita sampaikan. Umpan balik dari orang lain adalah umpan balik yang datang dari lawan bicara. Bentuk umpan balik yang diberikan, antara lain anggukan, kerutan dahi, senyuman, gelengan kepala, interupsi pembicaraan, pernyataan setuju atau tidak setuju, dan lain-lain. Umpan balik dapat berupa verbal ataupun nonverbal. Agar terjadi umpan balik yang baik, harus bersifat jujur, sesuai dengan konten (isi pesan) yang disampaikan, dan bagian dari solusi merupakan hasil proses berpikir, tidak bersifat subjektif, dan disampaikan dalam waktu yang tepat (Anjaswarni, 2016).

#### 5) *Atmosfer/konteks*

*Atmosfer* adalah lingkungan ketika komunikasi terjadi terdiri atas tiga dimensi, yaitu dimensi fisik, sosial-psikologis, dan temporal yang mempunyai pengaruh terhadap pesan yang disampaikan. Ketiga dimensi lingkungan ini saling berinteraksi dan saling memengaruhi satu dengan lainnya. Perubahan dari salah satu dimensi akan memengaruhi dimensi yang lain. Dimensi fisik adalah lingkungan nyata (*tangible*), dapat berbentuk ruang atau bangsal, dan segala komponen yang ada di dalamnya.

Dimensi sosial-psikologis meliputi tata hubungan status di antara pihak yang terlibat dan aturan budaya masyarakat ketika

mereka berkomunikasi. Yang termasuk dalam konteks ini adalah persahabatan atau permusuhan, lingkungan formal atau informal, serta situasi yang serius atau tidak serius. Dimensi temporal (waktu) adalah mencakup waktu ketika komunikasi terjadi. Pilihan waktu yang tepat dapat mencapai efektivitas komunikasi yang dilakukan (Anjaswarni, 2016).

**e. Bentuk/Jenis Komunikasi Perawat dengan pasien**

Menurut Purba (2003), ada tiga jenis komunikasi yaitu verbal, tertulis dan non-verbal yang dimanifestasikan secara terapeutik (Hajriani, 2013a).

**1) Komunikasi Verbal**

Jenis komunikasi yang paling lazim digunakan dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit adalah pertukaran informasi secara verbal terutama pembicaraan dengan alat atau simbol yang dipakai untuk mengekspresikan ide atau perasaan, membangkitkan respon emosional atau menguraikan obyek, observasi dan ingatan. Sering juga untuk menyampaikan arti yang tersembunyi dan menguji minat seseorang. Keuntungan komunikasi verbal dalam tatap muka yaitu memungkinkan tiap individu untuk merespon secara langsung (Hajriani, 2013).

Komunikasi verbal adalah komunikasi yang disampaikan dalam bentuk lisan maupun tulisan. Komunikasi verbal dapat terjadi secara langsung atau tatap muka dan tidak langsung atau

melalui telepon, telekonferen, tulisan, dan lain-lain. Komunikasi verbal dalam bentuk tulisan dapat berupa dokumentasi asuhan keperawatan, catatan-catatan, pengumuman, tugas tertulis, berita-berita di surat kabar (Hajriani, 2013).

Dalam pelayanan keperawatan di Rumah Sakit, komunikasi secara verbal sangat banyak dilakukan dalam memberikan pelayanan. Komunikasi verbal biasanya lebih akurat dan tepat waktu. Kata-kata adalah alat atau simbol yang dipakai untuk mengekspresikan idea tau perasaan, membangkitkan respons emosional atau menguraikan objek, observasi, dan ingatan. Sering juga untuk menyampaikan arti yang tersembunyi dan menguji minat seseorang. Keuntungan komunikasi verbal dalam tatap muka yaitu memungkinkan tiap individu untuk merespons secara langsung (Anjaswarni, 2016).

Komunikasi verbal yang efektif dipengaruhi oleh beberapa hal di bawah ini:

(a) Kejelasan dan ringkas

Komunikasi yang efektif harus sederhana, pendek dan langsung. Makin sedikit kata-kata yang digunakan, makin kecil kemungkinan terjadinya kerancuan. Kejelasan dapat dicapai dengan berbicara secara lambat dan mengucapkan kata dengan jelas. Penggunaan contoh bisa membuat penjelasan lebih mudah untuk dipahami, demikian juga



mengulang bagian yang penting dari pesan yang disampaikan. Penerimaan pesan perlu mengetahui apa, mengapa, bagaimana, kapan, siapa dan dimana. Ringkas dengan menggunakan kata-kata yang mengekspresikan ide secara sederhana (Anjaswarni, 2016).

(b) Perbendaharaan kata

Komunikasi tidak akan berhasil jika pengirim pesan tidak mampu menerjemahkan istilah-istilah teknis yang digunakan dalam keperawatan dan kedokteran. Jika istilah tersebut digunakan oleh perawat, klien dapat menjadi bingung dan tidak mampu mengikuti petunjuk atau mempelajari informasi penting. Ucapkan pesan dengan istilah yang dimengerti oleh klien (Anjaswarni, 2016).

(c) Arti denotatif dan konotatif

Arti denotatif memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan, sedangkan arti konotatif merupakan pikiran atau perasaan atau ide yang terdapat dalam suatu kata. Kata serius dipahami klien sebagai suatu kondisi mendekati kematian, tetapi perawat akan menjelaskan kata kritis untuk menjelaskan keadaan yang mendekati kematian. Ketika berkomunikasi dengan klien, perawat harus hati-hati memilih kata-kata sehingga tidak mudah untuk disalahtafsirkan,



terutama sangat penting menjelaskan tujuan terapi, terapi dan kondisi klien (Anjaswarni, 2016).

(d) Kecepatan bicara

Kecepatan dan tempo bicara yang tepat turut menentukan keberhasilan komunikasi verbal. Selaan (jeda) waktu yang lama dan pengalihan yang cepat pada pokok pembicaraan lain mungkin akan menimbulkan kesan bahwa perawat sedang menyembunyikan sesuatu terhadap klien. Perawat sebaiknya tidak berbicara dengan cepat sehingga kata-kata menjadi tidak jelas. Selaan perlu digunakan untuk menekankan pada hal tertentu dan memberi waktu pada pendengar untuk mendengar dan memahami arti kata. Selaan yang tepat dapat dilakukan untuk memikirkan apa yang akan dikatakan sebelum mengucapkannya atau menimak isyarat nonverbal dari klien yang mungkin menunjukkan ketidaktahuan. Ketika perawat merasa ragu apakah dia berbicara cepat atau lambat, perawat bisa menanyakan kepada klien apakah ia berbicara terlalu lambat atau terlalu cepat dan apakah perlu diulang (Anjaswarni, 2016).

(e) Waktu dan relevansi

Waktu yang tepat sangat penting untuk menangkap pesan. Bila klien sedang menangis kesakitan, tidak waktunya menjelaskan risiko operasi. Kendatipun pesan dijelaskan

secara jelas dan singkat, tetapi waktu yang tidak tepat dapat menghalangi penerimaan pesan secara akurat. Oleh karena itu, perawat harus peka terhadap ketepatan waktu untuk berkomunikasi. Begitupula komunikasi verbal akan lebih bermakna jika pesan disampaikan berkaitan dengan minat dan kebutuhan klien (Anjaswami, 2016).

(f) Humor

Tertawa membantu mengurangi ketegangan dan rasa sakit yang disebabkan oleh stress, meningkatkan keberhasilan perawat dalam memberikan dukungan emosional terhadap klien. Sullivan dan Deane (1988) melaporkan bahwa humor merangsang catecholamines, mengurangi ansietas, memfasilitasi relaksasi pernafasan dan meningkatkan metabolisme. Namun perawat perlu berhati-hati jangan menggunakan humor untuk menutupi rasa takut, kekhawatiran dan tidak enak atau menutupi ketidakmampuannya untuk berkomunikasi dengan klien (Anjaswami, 2016).

2) Komunikasi Tertulis

Komunikasi tertulis merupakan salah satu bentuk komunikasi yang sering digunakan dalam bisnis, seperti komunikasi melalui surat menyurat, pembuatan memo, laporan, iklan di surat kabar dan lain-lain.

Prinsip-prinsip komunikasi tertulis terdiri dari :

- (a) Lengkap
- (b) Ringkas
- (c) Pertimbangan
- (d) Konkrit
- (e) Jelas
- (f) Sopan
- (g) Benar

Fungsi komunikasi tertulis adalah:

- (a) Sebagai tanda bukti tertulis yang otentik, misalnya; persetujuan operasi.
- (b) Alat pengingat/berpikir bilamana diperlukan, misalnya surat yang telah diarsipkan.
- (c) Dokumentasi historis, misalnya surat dalam arsip lama yang digali kembali untuk mengetahui perkembangan masa lampau.
- (d) Jaminan keamanan, umpamanya surat keterangan jalan.
- (e) Pedoman atau dasar bertindak, misalnya surat keputusan, surat perintah, surat pengangkatan (Anjaswarni, 2016).

### 3) Komunikasi Nonverbal

Penyampaian pesan dengan isyarat-isyarat tertentu tanpa disertai kata-kata disebut komunikasi nonverbal. Pesan nonverbal dapat memperkuat pesan yang disampaikan secara

verbal. Asmuji (2012), berpendapat bahwa komunikasi nonverbal adalah bahasa tubuh yang tidak diucapkan atau ditulis, tetapi dikomunikasikan dengan gerakan tubuh.

Komunikasi nonverbal disebut juga bahasa tubuh. Komunikasi nonverbal adalah setiap bentuk perilaku manusia yang langsung dapat diamati oleh orang lain dan yang mengandung informasi tertentu tentang pengirim atau pelakunya. Komunikasi nonverbal dapat diamati melalui beberapa hal di bawah ini:

(a) Metakomunikasi

Komunikasi tidak hanya tergantung pada hubungan antara pembicara dengan lawan bicaranya. Metakomunikasi adalah suatu komentar terhadap isi pembicaraan dan sifat hubungan antara yang berbicara yaitu pesan dibalik kata-kata yang menyampaikan sikap dan perasaan pengirim terhadap pendengar contoh: tersenyum ketika sedang marah (Hajriani, 2013).

(b) Komunikasi objek (penampilan personal)

Komunikasi objek yang paling umum adalah penggunaan pakaian. Orang sering dinilai dari jenis pakaian yang digunakannya, walaupun ini dianggap termasuk stereotipe (Nurhasanah, 2009). Penampilan seseorang merupakan salah satu hal utama yang diperhatikan selama

komunikasi interpersonal. Kesan pertama timbul dalam dalam 20 detik sampai 4 menit pertama. Delapan puluh empat persen dari kesan terhadap seseorang berdasarkan penampilannya (Hastuti & Wulan kencana, 2011).

Bentuk fisik, cara berpakaian dan berhias menunjukkan kepribadian, status sosial, pekerjaan, agama, budaya, dan konsep diri. Perawat yang memperhatikan penampilan dirinya dapat menimbulkan citra diri yang positif dan sikap professional yang positif. Penampilan fisik perawat mempengaruhi persepsi klien terhadap pelayanan/asuhan keperawatan yang diterima, karena tiap klien mempunyai pandangan atau citra bagaimana seharusnya perawat berpenampilan. Walaupun penampilan tidak sepenuhnya mencerminkan kemampuan, tetapi penampilan perawat dapat mempengaruhinya dalam membina hubungan saling percaya dengan klien (Hajriani, 2013).

(c) Vokalik

Vokalik atau paralanguage adalah unsure nonverbal dalam suatu ucapan, yaitu cara berbicara. Ilmu yang mempelajari hal tersebut disebut paralinguistik. Contohnya adalah nada bicara, nada suara, keras atau lemahnya suara, kecepatan berbicara, kualitas suara, intonasi, dan lain-lain.



selain itu, penggunaan suara-suara pengisi seperti “mm”, “e”, “o”, “um”, saat berbicara juga termasuk unsur vokalik, dan dalam komunikasi yang baik hal-hal seperti ini harus dihindari (Nurhasanah, 2009).

Nada suara pembicara mempunyai dampak yang besar terhadap arti pesan yang dikirimkan, karena emosi seseorang dapat secara langsung memengaruhi nada suaranya. Perawat harus menyadari dan mengontrol emosinya ketika sedang berinteraksi dengan klien, karena maksud untuk menyampaikan perhatian yang tulus terhadap klien dapat terhalangi oleh nada suara perawat yang kurang simpatik (Hajriani, 2013).

#### (d) Ekspresi wajah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada enam keadaan emosi utama yang tampak melalui ekspresi wajah yaitu terkejut, takut, marah, jijik, bahagia, dan sedih. Ekspresi wajah yang sering digunakan sebagai dasar penting dalam menentukan respons komunikan atau penerima pesan. Orang yang tidak percaya atau orang yang berbohong akan tampak dalam ekspresi wajahnya. Ekspresi wajah dapat meliputi posisi mulut, alis, muka, dan tatapan mata (Hajriani, 2013).

Kontak mata sangat penting dalam komunikasi interpersonal. Orang yang memperhatikan kontak mata selama pembicaraan dipersepsikan sebagai orang yang dapat dipercaya. Perawat sebaiknya tidak memandang ke bawah ketika sedang berbicara dengan klien, oleh karena itu ketika berbicara sebaiknya duduk sehingga perawat tidak tampak dominan jika kontak mata dengan klien dilakukan dalam keadaan sejajar (Nurhasanah, 2009).

(e) Sikap tubuh dan langkah

Sikap tubuh dan langkah menggambarkan sikap, emosi, konsep diri, dan keadaan fisik. Perawat dapat mengumpulkan informasi yang bermanfaat dengan mengamati sikap tubuh dan langkahnya serta memperoleh umpan balik dari orang lain. langkah dapat dipengaruhi oleh faktor fisik seperti rasa sakit, obat atau fraktur (Hajriani, 2013).

(f) Jarak

Jarak dalam berkomunikasi sangat penting diperhatikan oleh perawat karena akan mempengaruhi kelancaran berkomunikasi. Jarak yang terlalu jauh menyebabkan perawat sulit untuk berespons secara tepat karena perawat tidak bisa melakukan active listening. Menurut Stuart G. W. (1998), jarak untuk hubungan intim terapeutik adalah 0-

45 cm, sedangkan jarak pribadi adalah 45-120 cm. berdasarkan pengalaman jarak yang paling nyaman bagi perawat dan klien dalam berinteraksi adalah antara 30-40 cm, akan tetapi pada pasien-pasien dengan perilaku kekerasan, jarak yang bisa digunakan antara 100-120 cm. (Hajriani, 2013).

(g) Sentuhan

Haptik adalah bidang yang mempelajari sentuhan sebagai komunikasi non verbal. Sentuhan dapat termasuk: bersalaman, menggenggam tangan, sentuhan dipunggung, mengelus-elus, pukulan, dan lain-lain. Masing-masing bentuk komunikasi ini menyampaikan pesan tentang tujuan atau perasaan dari orang yang melakukan sentuhan. Sentuhan juga dapat menyebabkan suatu perasaan pada sang penerima sentuhan, baik positif ataupun negatif (Nurhasanah, 2009).

Kasih sayang, dukungan emosional dan perhatian disampaikan melalui sentuhan. Sentuhan merupakan bagian yang penting dalam hubungan perawat-klien, namun harus memperhatikan norma sosial (Wulan, Kencana dan Hastuti, 2011). Ketika memberikan asuhan keperawatan, perawat menyentuh klien, seperti ketika memandikan, melakukan pemeriksaan fisik, atau membantu memakaikan pakaian.

Perlu disadari bahwa keadaan sakit membuat klien tergantung kepada perawat untuk melakukan kontak interpersonal sehingga sulit untuk menghindarkan sentuhan (Nurhasanah, 2009).

Sentuhan merupakan alat komunikasi yang sangat kuat. Sentuhan juga dapat menimbulkan reaksi positif atau negatif, bergantung pada orang yang terlibat dan lingkungan disekeliling mereka. Sentuhan penting dilakukan pada saat klien merasa sangat sedih. Sentuhan pada situasi ini mempunyai arti empati. Sentuhan juga dapat menunjukkan arti "Saya peduli". Akan tetapi pada pelaksanaannya sangat perlu untuk memahami siapa, kapan, dan mengapa sentuhan, dilakukan, karena komunikasi nonverbal ini mempunyai efek yang berbeda pada setiap individu (Hajriani, 2013).

Menurut (Wulan kencana & Hastuti, 2011) hal yang sama diungkapkan oleh Bradalahey & Edinburg (1982) dan Wilson Kneisl (1992) yang menyatakan bahwa perlu diperhatikan apakah penggunaan sentuhan dapat dimengerti dan dapat diterima oleh klien sehingga harus dilakukan dengan kepekaan dan hati-hati (Wulan kencana & Hastuti, 2011).

**f. Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi Perawat dengan pasien**

Menurut Potter & Perry (2009), proses komunikasi dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

1) Perkembangan

Agar dapat berkomunikasi efektif dengan pasien, perawat harus mengerti pengaruh dari perkembangan usia baik dari sisi bahasa maupun proses pikir dari pasien tersebut. Karena tiap tahap perkembangan atau umur klien yang berbeda mempunyai tingkat kemampuan memahami maksud dari isi komunikasi yang perawat sampaikan (Potter & Perry, 2009).

2) Persepsi

Persepsi adalah pandangan pribadi seseorang terhadap suatu kejadian atau peristiwa, dan dibentuk oleh harapan atau pengalaman. Perbedaan persepsi antara perawat-pasien dapat mengakibatkan terhambatnya komunikasi (Potter & Perry, 2009).

3) Nilai

Nilai adalah standar yang mempengaruhi perilaku, sehingga penting bagi perawat untuk menyadari nilai seseorang. Perawat perlu berusaha untuk mengetahui dan mengklarifikasi nilai sehingga dapat membuat keputusan dan interaksi yang tepat dengan klien (Potter & Perry, 2009).

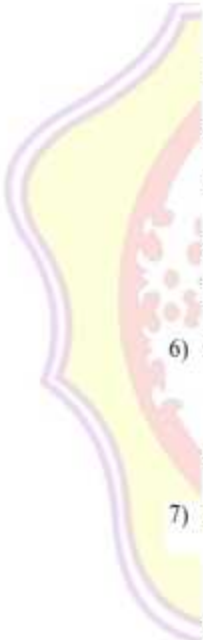
4) Latar belakang sosial budaya





Bahasa dan gaya komunikasi akan sangat dipengaruhi oleh faktor budaya, dan budaya ini juga yang membatasi cara bertindak dan berkomunikasi. Klien sebagai manusia pasti mempunyai budaya yang berbeda-beda antara yang satu dan yang lain (Potter & Perry, 2009)

#### 5) Emosi



Emosi merupakan perasaan subjektif terhadap suatu kejadian. Ekspresi emosi seperti sedih, senang, dan terharu dapat mempengaruhi orang lain dalam berkomunikasi. Perawat perlu mengkaji emosi klien dan keluarganya sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat (Potter & Perry, 2009).

#### 6) Jenis kelamin

Setiap jenis kelamin memiliki gaya komunikasi yang berbeda-beda (Potter & Perry, 2009).

#### 7) Pengetahuan

Pasien yang tingkat pengetahuannya rendah akan sulit berespon dengan pertanyaan mengandung bahasa verbal dibanding dengan orang yang tingkat pengetahuannya tinggi. Jadi perawat perlu untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien agar bisa berinteraksi dengan baik (Potter & Perry, 2009).

#### 8) Peran dan hubungan

Gaya komunikasi sesuai dengan peran dan hubungan diantara orang yang berkomunikasi. Seorang perawat berkomunikasi dengan teman sejawatnya pasti akan berbeda ketika berkomunikasi kepada kliennya. Jadi seorang perawat harus bisa menggunakan gaya bahasa yang berbeda-beda pada lawan bicaranya berdasarkan peran dan hubungan, terutama dengan klien (Potter & Perry, 2009).

#### 9) Lingkungan

Lingkungan interaksi akan mempengaruhi komunikasi yang efektif. Lingkungan yang berisik dan tidak ada privasi pasti akan mengganggu proses komunikasi perawat-klien (Potter & Perry, 2009).

#### 10) Jarak

Jarak dapat mempengaruhi proses komunikasi, jarak tertentu akan memberikan rasa aman, kejelasan pesan, dan kontrol ketika berkomunikasi. Maka perawat perlu memperhitungkan jarak berinteraksi dengan klien (Potter & Perry, 2009)).

## 2. Tinjauan Umum tentang Insiden Keselamatan Pasien

### a. Pengertian Insiden Keselamatan Pasien

Istilah insiden keselamatan pasien itu sendiri adalah suatu bentuk kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, yang terdiri dari Kejadin Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera

(KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), dan Kejadian Potensial Cedera (KPC). Insiden keselamatan pasien menurut Permenkes RI No. 1691/Menkes/PER/VIII/2011 (2011), adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien.

Selain itu menurut (Depkes, 2008), insiden keselamatan pasien juga merupakan akibat dari melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). Namun demikian penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit sangat kompleks, melibatkan semua bagian dalam sistem yang berlaku dalam rumah sakit (Depkes, 2008).

**b. Jenis-Jenis Insiden Keselamatan Pasien**

Berdasarkan Permenkes RI No. 1691/Menkes/PER/VIII/2011, (2011), insiden keselamatan pasien terdiri dari :

1) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Kejadian tersebut dapat terjadi di semua tahapan dalam perawatan dari diagnosis, pengobatan, dan pencegahan (Permenkes RI No. 1691, 2011).

2) Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Adalah suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak mengakibatkan cedera (Permenkes RI No. 1691, 2011).

3) Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Misalnya suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan kepada pasien (Permenkes RI No. 1691, 2011).

4) Kejadian Potensial Cedera (KPC)

Adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden. Misalnya obat-obatan LASA (Look Alike Sound Alike) disimpan berdekatan (Permenkes RI No. 1691, 2011).

5) Kejadian Sentinel

Adalah suatu kejadian tidak diinginkan yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata "sentinel" terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi sehingga pencarian fakta-fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku (Permenkes RI No. 1691, 2011).

**c. Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Insiden Keselamatan Pasien**

Menurut WHO (2010), mengembangkan empat kategori faktor dengan sepuluh topik yang sangat berhubungan dengan penyebab insiden keselamatan pasien.

**Tabel 2.1 Faktor yang Berpengaruh terhadap Insiden Keselamatan Pasien (WHO, 2010).**

No	Kategori	Topik
1	Individu	1. Stres
		2. Kelelahan
		3. Kewaspadaan Situasi
		4. Pengambilan Keputusan
2	Organisasi	1. Komunikasi
		2. Budaya Keselamatan
		3. Kepemimpinan Manajer
3	Kerjasama Tim	1. Kerjasama tim
		2. Supervisor
4	Lingkungan	1. Lingkungan Kerja dan Budaya

Sebuah istilah yang dikenal dalam bidang keselamatan pasien adalah bahwa setiap sistem secara sempurna dirancang untuk meraih hasil yang didapatkan (Henriksen et al., 2008). Beberapa peneliti telah mengusulkan beberapa model sistem dengan faktor. Perbandingan elemen – elemen model pada sistem sosioteknikal sebagai berikut:

**Tabel 2.2 Faktor Model Sistem yang Berkontribusi dalam Insiden Keselamatan Pasien (Henriksen et al., 2008)**

No	Penulis	Faktor Pada Model Sistem
----	---------	--------------------------



1	Henriksen <i>et al.</i> , 1993	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Karakteristik individu</li> <li>2. Sifat dasar pekerjaan</li> <li>3. Interaksi antara sistem dan manusia</li> <li>4. Lingkungan fisik</li> <li>5. Lingkungan sosial/organisasi</li> <li>6. Manajemen</li> <li>7. Lingkungan Eksternal</li> </ol>
2	Vincent, 1998	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Karakteristik pasien</li> <li>2. Faktor pekerjaan</li> <li>3. Faktor individu</li> <li>4. Lingkungan kerja</li> <li>5. Faktor manajemen dan organisasi</li> </ol>
3	Carayon, 2000	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manusia (disiplin ilmu)</li> <li>2. Teknologi dan perangkat</li> <li>3. Lingkungan fisik</li> <li>4. Target organisasi</li> <li>5. Proses pelayanan</li> </ol>

Menurut Jayanti, B (2017), dalam Buku Medical Management National Patient Safety Agency menjelaskan bahwa faktor yang berkontribusi dalam insiden keselamatan pasien terdiri atas:

a. Faktor Pasien

Faktor pasien meliputi kondisi klinik, faktor sosial, faktor fisik, faktor psikologis/mental, dan hubungan interpersonal.

b. Faktor Individu

Faktor individu meliputi keadaan fisik, psikologi, sosial, dan kepribadian.

c. Faktor Tugas/Pekerjaan

Faktor tugas meliputi pedoman/prosedur, desain pekerjaan.

d. Faktor Komunikasi

Faktor komunikasi meliputi komunikasi verbal, non-verbal, tertulis, dan elektronik.

e. Faktor Kelompok/Tim

Faktor tim meliputi peran, kesesuaian, kepemimpinan, dukungan.

f. Faktor Pendidikan dan Pelatihan

Faktor pendidikan dan pelatihan yaitu kompetensi.

g. Faktor Peralatan dan Sumber Daya

Faktor peralatan dan sumber daya meliputi pengadaan peralatan dan penggunaan.

h. Faktor Kondisi Kerja

Faktor kondisi kerja meliputi lingkungan, desain lingkungan fisik, dan beban kerja.

i. Faktor Organisasi

Faktor organisasi meliputi struktur organisasi, kebijakan, dan budaya keselamatan.

**d. Elemen dalam Insiden Keselamatan Pasien**

Menurut (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016), elemen dalam insiden keselamatan pasien, yaitu :

1) *Adverse Drug Events (ADE)/Medication Errors (ME)*

(Ketidakcocokan Obat/Kesalahan Pengobatan).

- 2) *Restrain Use* (Penggunaan Restrain/Pengaman Pasien).
- 3) *Nosocomial Use* (Infeksi Nosokomial).
- 4) *Surgical Mishaps* (Kecelakaan Operasi) , *Pressureulcers* (Luka Tekan).
- 5) *Blood Product Safety/Administration* (Keamanan Produk Darah/ Administrasi).
- 6) *Antimicrobial Resistance* (Resisten Antimikroba).
- 7) *Immunization Program* (Program Imunsasi).
- 8) *Falls* (Terjatuh).
- 9) *Blood Steam-Vascular Catheter Care* (Aliran Darah-Perawatan Kateter Pembuluh Darah).
- 10) *Systematic Review, Follow Up and Reporting Of Patient/Visitor Incident Reports* (Tinjauan Sistematis, Tindak Lanjut dan Pelaporan Pasien/Penunjang Laporan Pasien).

**e. Sasaran Keselamatan Pasien**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 ayat (2) huruf b, sasaran keselamatan pasien meliputi, diantaranya (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017):

- 1) Mengidentifikasi pasien dengan benar

Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan tindakan. Proses identifikasi pasien yang digunakan di Rumah Sakit mengharuskan terdapat paling sedikit 2 (dua) dari 3 (tiga) bentuk identifikasi, yaitu nama pasien, tanggal lahir, nomor

rekam medik atau bentuk lainnya (misalnya: nomor induk kependudukan atau *barcode*). Dua (2) bentuk identifikasi harus dilakukan dalam setiap keadaan terkait intervensi yang akan diberikan kepada pasien (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

## 2) Meningkatkan komunikasi yang efektif

Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (*ambiguous*), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi yang rentan terjadi kesalahan adalah saat perintah lisan atau perintah melalui telepon, komunikasi verbal, saat menyampaikan hasil pemeriksaan kritis yang harus disampaikan lewat telepon. Penggunaan singkatan-singkatan yang tidak ditetapkan oleh Rumah Sakit sering kali menimbulkan kesalahan komunikasi yang dapat berakibat fatal. Gangguan komunikasi juga dapat terjadi saat dilakukan serah terima asuhan pasien yang dapat berakibat kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*) atau kejadian sentinel. Komunikasi yang baik dan terstandar dengan pasien, keluarga pasien, dan pemberi pelayanan dapat memperbaiki secara signifikan proses asuhan pasien (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

## 3) Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai

Untuk meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai, Rumah Sakit perlu menetapkan risiko spesifik dari setiap obat

dengan tetap memperhatikan aspek peresapan, menyimpan, menyiapkan, mencatat, menggunakan, serta monitoringnya. Obat *high alert* harus disimpan di instalasi farmasi/unit/depo. Bila Rumah Sakit ingin menyimpan di luar lokasi tersebut, disarankan di simpan di depo farmasi yang beradadi bawah tanggung jawab apoteker.

Rumah Sakit juga harus membuat daftar semua obat *high alert* dengan menggunakan informasi atau data yang terkait penggunaan obat di dalam Rumah Sakit, data tentang kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*) atau kejadian nyaris cedera (*near miss*) termasuk risiko terjadi salah pengertian tentang NORUM (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

- 4) Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar

Rumah Sakit harus menentukan area-area di dalam Rumah Sakit yang melakukan tindakan bedah dan prosedur invasif. Sebagai contoh, kateterisasi jantung, radiologi intervensi, laparaskopi, endoskopi, pemeriksaan laboratorium, dan lainnya. Ketentuan Rumah Sakit tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien berlaku di semua area Rumah Sakit di lokasi tindakan bedah dan invasif dilakukan.

Rumah Sakit di minta untuk menetapkan prosedur yang seragam sebagai berikut:

- (a) Beri tanda di tempat operasi.



- (b) Dilakukan verifikasi praoperasi.
- (c) Melakukan *Time Out* sebelum insisi kulit dimulai.

Pemberian tanda di tempat dilakukan operasi atau prosedur invasif melibatkan pasien dilakukan dengan tanda yang tepat serta dapat dikenali. Tanda yang dipakai harus konsisten digunakan di semua tempat di Rumah Sakit, harus dilakukan oleh individu yang melakukan prosedur operasi, saat melakukan pasien sadar dan terjaga jika mungkin, serta harus masih terlihat jelas setelah pasien sadar. Pada semua kasus, lokasi tempat operasi harus diberi tanda, termasuk pada sisi lateral (*laterality*), daerah struktur multipel (*multiple structure*), jari tangan, jari kaki, lesi, atau tulang belakang (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

5) Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

Upaya terpenting menghilangkan masalah infeksi adalah dengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan. Rumah Sakit mengadopsi pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) dari WHO dan staf diberi pelatihan bagaimana melakukan cuci tangan dengan benar dan prosedur menggunakan sabun, disinfektan, serta handuk sekali pakai (*towel*), tersedia di lokasi sesuai dengan pedoman (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

6) Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

Rumah Sakit melakukan evaluasi tentang pasien jatuh dan melakukan upaya mengurangi risiko pasien jatuh. Rumah Sakit

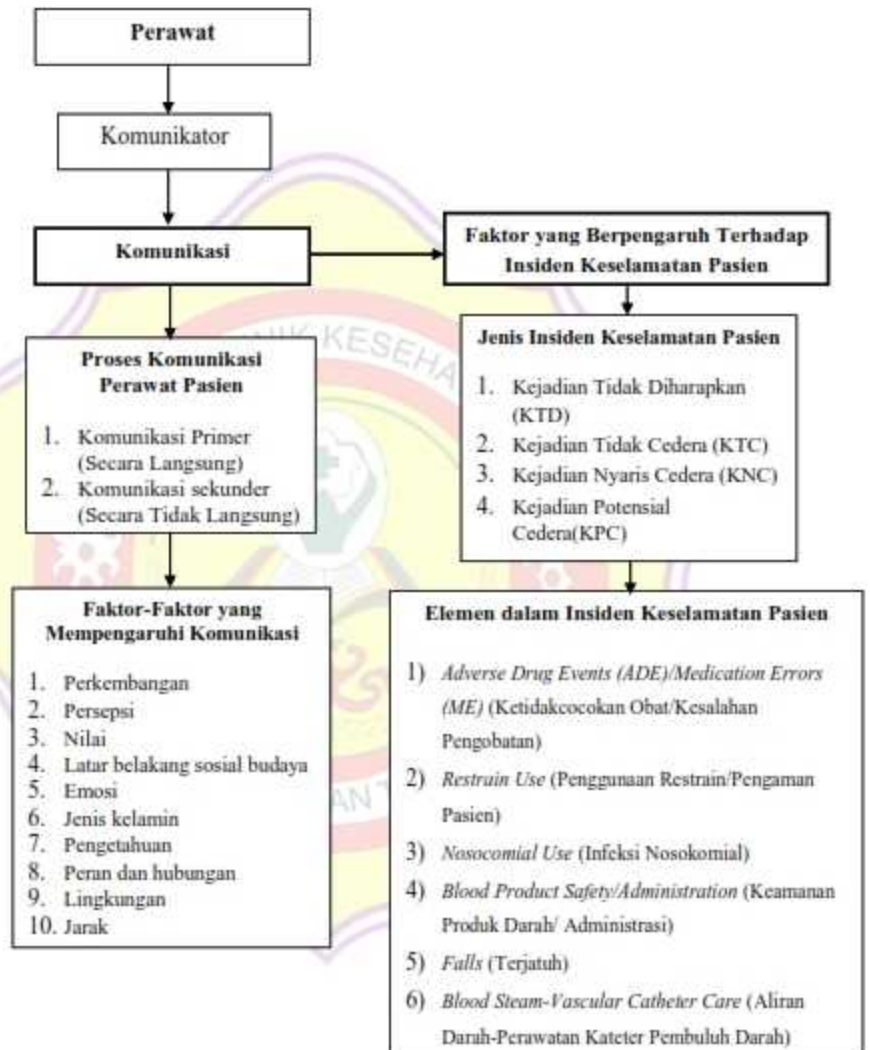
membuat program untuk mengurangi pasien jatuh yang meliputi manajemen risiko dan pengkajian ulang secara berkala dipopulasi pasien dan atau lingkungan tempat pelayanan dan asuhan itu diberikan (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

**f. Standar Keselamatan Pasien**

Standar keselamatan pasien menurut Permenkes RI No. 1691/Menkes/PER/VIII/2011 pasal 7 ayat 2 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit yaitu :

- 1) Hak Pasien.
- 2) Mendidik pasien dan keluarga.
- 3) Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan.
- 4) Peran pemimpin dalam meningkatkan keselamatan pasien.
- 5) Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
- 6) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

## B. Kerangka Teori

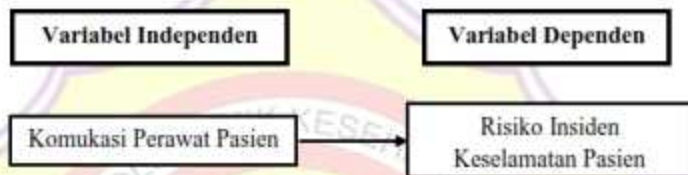


**Bagan 2.1**  
**Kerangka Teori**

Sumber : Modifikasi dari (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017; Leonard, Bonacum and Graham, 2017; Pieter, 2017; Agency for Healthcare Research and Quality, 2016)

### C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep menggambarkan variable independen yaitu komunikasi perawat dengan pasien dan variabel dependen yaitu risiko insiden keselamatan pasien. Melalui kerangka konsep ini diharapkan pembaca dengan mudah memahami apa yang menjadi fokus utama penelitian dan variabel-variabel yang diteliti.



### D. Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan awal peneliti mengenai hubungan antar variabel yang merupakan jawaban peneliti tentang kemungkinan hasil penelitian (Dharma, 2017). Hipotesis null ( $H_0$ ) dalam penelitian ini adalah tidak ada pengaruh antara komunikasi perawat dengan pasien terhadap risiko insiden keselamatan pasien. Hipotesis alternative ( $H_a$ ) dalam penelitian ini adalah ada pengaruh antara komunikasi perawat dengan pasien terhadap risiko insiden keselamatan pasien.

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh komunikasi perawat dengan pasien terhadap risiko insiden keselamatan pasien, di ruang rawat inap RSUD A. W. Sjahranie Samarinda. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan studi analitik dengan desain *cross sectional* (potong lintang) yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel dimana variabel independen dan dependen diidentifikasi pada satu waktu (Dharma, 2017). Metode penelitian ini disebut metode *kuantitatif* karena data penelitian berupa angka-angka dan analisis menggunakan statistik (Dharma, 2017).

#### B. Populasi dan Sampel

##### 1. Populasi

Menurut Arikunto (2013), populasi adalah keseluruhan subjek penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien di ruang rawat inap kelas III RSUD A. W. Sjahranie Samarinda. Jumlah pasien ruang rawat inap RSUD A. W. Sjahranie Samarinda berdasarkan data yang diperoleh pada bulan Februari 2019 berjumlah 292 orang dari 7 ruang rawat inap yang memiliki jumlah pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda. Distribusi setiap ruangnya dapat dilihat dari tabel berikut:



**Tabel 3.1**  
**Jumlah Pasien di Ruang Rawat Inap kelas III RSUD A. W. Sjahranie**  
**Tahun 2019**

No	Ruangan	Jumlah pasien
1.	Flamboyan	50
2.	Dahlia	49
3.	Seruni	52
4.	Angsoka	49
5.	Aster	53
6.	Mawar/Nifas	20
7.	Bogenvil	19
<b>Jumlah</b>		<b>292</b>

Sumber : Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (2019)

## 2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah responden yang diambil berdasarkan kriteria inklusi dari populasi dan telah menandatangani *informed consent*. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut :

### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria yang harus dimiliki oleh individu dalam populasi untuk dapat dijadikan sampel dalam penelitian (Dharma, 2017). Adapun kriteria inklusi sebagai berikut :

- 1) Pasien yang mendapatkan perawatan di ruang rawat inap kelas III RSUD A. W. Sjahranie Samarinda.
- 2) Pasien berusia diatas 17 tahun.
- 3) Bersedia menjadi responden dalam penelitian.
- 4) Pasien rawat inap kelas III yang di rawat minimal selama dua hari.

#### b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria yang tidak boleh ada atau tidak boleh dimiliki sampel yang akan digunakan dalam penelitian (Dharma, 2017). Adapun kriteria eksklusi sebagai berikut :

- 1) Pasien yang mengalami gangguan kesadaran (penurunan kesadaran).
- 2) Pasien rawat inap yang baru masuk di ruang rawat inap kelas III.

#### 3. Metode Sampling

Besar sampel ditentukan dengan cara *non probability sampling* dengan metode *purposive sampling*, yakni teknik sampling yang dilakukan berdasarkan populasi yang sesuai dengan kriteria inklusi (Dharma, 2017).

#### 4. Besar Sampel

Sampel merupakan sebagian dari populasi, yang diharapkan dapat mewakili sebagian populasi (Sugiyono, 2013). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *non probability sampling*. *Non probability sampling* adalah pemilihan sampel yang tidak dilakukan secara acak (Dharma, 2017). Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan rumus estimasi proporsi pada populasi terbatas yang untuk menentukan besar sampel sebagai berikut:

$$n = \frac{z^2 \frac{\alpha}{2} P(1 - P)N}{d^2 (N - 1) + Z^2 \frac{\alpha}{2} P(1 - P)}$$

Keterangan :

n = Besar Sampel.

N = Jumlah Populasi.

$Z^2 \frac{\alpha}{2}$  = Tingkat Kepercayaan sebesar 95% = 1,96 untuk  $\alpha = 0,05$ .

P = Proporsi insiden sebelumnya 50% (0,5).

d = Presisi atau sampling error sebesar 10%.

Berdasarkan rumus diatas, dari jumlah populasi sejumlah 292 pasien rawat inap dilakukan perhitungan besar sampelnya, sebagai berikut :

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 1 - (0,05/2) \cdot 0,5(1 - 0,5) \cdot 292}{(0,1)^2 (292 - 1) + (1,96)^2 1 - (0,05/2) \cdot 0,5(1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{(3,8416) \cdot (0,975) \cdot (0,25) \cdot 292}{(0,01) (292) + (3,8416) (0,975) \cdot 0,25}$$

$$n = \frac{273,42588}{2,92 + 0,93639}$$

$$n = \frac{273,42588}{3,85639}$$

$$n = 70,90$$

$$n = 71 \text{ Orang}$$

Setelah didapatkan sampel yang dibutuhkan, maka selanjutnya adalah menentukan sampel berkelompok atau setiap ruangan dari 71 orang yang telah di dapat, yaitu dengan menggunakan rumus penentuan sampel agar sampel lebih proporsional.

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

Keterangan:

$n_i$  : Jumlah populasi dari masing-masing kelompok.

N : Jumlah keseluruhan populasi.

n : Jumlah sampel yang di ambil.

Berdasarkan rumus pengambilan sampel kelompok diatas maka sampel kelompok dalam penelitian ini sebagai berikut :

**Tabel 3.2**  
**Jumlah Sampel Setiap Ruangan**

No	Ruangan	Jumlah Sampel
1.	Flamboyan	12
2.	Dahlia	12
3.	Scruni	13
4.	Angsoka	12
5.	Aster	13
6.	Mawar/Nifas	5
7.	Bogenvil	4
<b>Jumlah</b>		<b>71</b>

#### **C. Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 9 Februari 2019 sampai 28 Februari 2019 di RSUD. A. W. Sjahranie Samarinda.

#### **D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional**

Penelitian ini melibatkan variabel bebas dan variabel tergantung, dengan identifikasi sebagai berikut:

1. Variabel independen : Komunikasi Perawat dengan pasien.
2. Variable dependen : Risiko Insiden Keselamatan Pasien.

**Tabel 3.3**  
**Defnisi Operasional**

No	Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Independen</b>					
1.	Komunikasi Perawat dengan pasien	Suatu proses pengiriman pesan atau informasi dari perawat ke pasien. Dengan tujuan pasien dapat memberikan respon baik dan melakukan perubahan perilaku.	Lembar Kuesioner Menggunakan skala likert dan terdapat 24 pertanyaan. Pilihan jawaban : 1 – Selalu (SL) 2 – Sering (SR) 3 – Kadang-Kadang (KK) 4 – Tidak Pernah (TP)	Berdasarkan hasil uji normalitas, data berdistribusi tidak normal sehingga menggunakan median – <b>1. Baik :</b> Jika skor nilai mencapai $\leq 60$ . <b>2. Kurang Baik:</b> Jika skor nilai mencapai $\geq 60$ (Hajriani, 2013)	Nominal
<b>Dependen</b>					
2.	Risiko Insiden Keselamatan Pasien	Potensi terjadinya kejadian yang tidak disengaja dan mengakibatkan cedera pada pasien disebabkan karena kurangnya komunikasi antara perawat dengan pasien.	Lembar Kuesioner Menggunakan skala likert dan terdapat 15 pertanyaan. Pilihan jawaban : 1 – Selalu (SL) 2 – Sering (SR) 3 – Kadang-Kadang (KK) 4 – Tidak Pernah (TP)	Berdasarkan hasil uji normalitas, data berdistribusi tidak normal sehingga menggunakan median – <b>1. Tidak Berisiko:</b> Jika skor nilai mencapai $\leq 46$ . <b>2. Berisiko :</b> Jika skor nilai mencapai $\geq 46$ .	Nominal



## E. Instrumen Penelitian

### 1. Alat dan Bahan

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuesioner. Kuesioner merupakan alat ukur berupa angket dengan beberapa pertanyaan. Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan dalam kuisisioner mampu menggali hal-hal yang bersifat rahasia (Hajriani, 2013). Kuisisioner penelitian ini terdiri dari tiga kategori data yaitu data demografi, komunikasi perawat dengan pasien dan insiden keselamatan pasien.

#### a. Kuisisioner Data Demografi

Kuisisioner data demografi digunakan untuk mengetahui data demografi pasien rawat inap yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, status, pendidikan dan pekerjaan.

#### b. Kuisisioner Tentang Komunikasi Perawat

Kuisisioner ini tentang komunikasi perawat yang berisi pertanyaan sesuai parameter komunikasi, skala *Likert* yaitu Selalu = 4, Sering = 3, Kadang-kadang = 2, Tidak Pernah = 1. Kuisisioner sudah baku dan dilakukan uji validasi terhadap kuisisioner ini dengan hasil sebagai berikut: Dari hasil uji validasi kuisisioner di atas diperoleh hasil nilai *chronbach alpha* = 0,931 dan dari 25 soal pertanyaan yang disiapkan ada 1 pertanyaan yang tidak valid yakni pertanyaan nomor 4 sehingga tidak layak untuk dimasukkan dalam pertanyaan untuk penelitian. Oleh karena itu jumlah soal yang akan digunakan untuk sebagai pertanyaan

kuesioner penelitian berjumlah 24 butir. Berdasarkan hasil uji normalitas, data berdistribusi tidak normal sehingga menggunakan median, dikatakan Baik jika skor nilai mencapai  $\geq 60$  dan Kurang Baik, jika skor nilai mencapai  $\leq 60$ . (Hajriani, 2013)

c. Kuesioner Risiko Insiden Keselamatan Pasien

Kuesioner risiko Insiden Keselamatan Pasien berisi 15 pertanyaan tentang 6 sasaran keselamatan pasien yang berhubungan dengan risiko terjadinya insiden keselamatan pasien. Kuesioner telah dilakukan uji validitas. Penilaian lembar kuesioner menggunakan skala *Likert* yaitu Selalu = 4, Sering = 3, Kadang-kadang = 2, Tidak Pernah = 1. Berdasarkan hasil uji normalitas, data berdistribusi tidak normal sehingga menggunakan median dikatakan Berisiko terjadi insiden keselamatan pasien, jika skor nilai mencapai  $\geq 46$  dan Tidak Berisiko terjadi insiden keselamatan pasien, jika skor nilai mencapai  $\leq 46$ . Berikut distribusi pertanyaan pada kuesioner risiko insiden keselamatan pasien:

**Tabel 3.4**  
**Komponen Pertanyaan Risiko Insiden Keselamatan Pasien**

No.	Dimensi	No. Pertanyaan Positif	Total
1.	Ketepatan Identifikasi Pasien	1, 2, 3, 4,	4
2.	Peningkatan Komunikasi Efektif	5,6	2
3.	Peningkatan Keamanan Obat <i>High Alert</i>	7,8	2
4.	Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan	9,10,11	3
6.	Pengurangan Pasien Risiko Jatuh	12,13,14,15	4
<b>Total pernyataan</b>			<b>15</b>

## F. Uji Validitas dan Reliabilitas

### 1. Uji validitas

Uji validitas adalah syarat mutlak bagi suatu alat ukur agar dapat digunakan dalam suatu pengukuran (Dharma, 2017). Suatu kuesioner dan lembar observasi dikatakan valid jika komponen yang digunakan mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur.

Untuk mengetahui valid atau tidaknya setiap butir soal yang ada pada instrument penelitian, maka dilakukan uji pada masing-masing item pertanyaan menggunakan Uji *Product Moment*, berdasarkan uji statistik ini maka dapat disimpulkan bahwa instrumen penelitian dikatakan valid jika diperoleh nilai  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel pada taraf signifikansi 0,05 dengan rumus sebagai berikut (Arikunto, 2013):

$$r_x = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{(n \sum x^2 - (\sum x)^2)(n \sum y^2 - (\sum y)^2)}}$$

Keterangan:

- $r$  : koefisien korelasi dari setiap item dengan skor total.
- $x$  : skor pertanyaan.
- $y$  : skor total.
- $n$  : jumlah subjek.
- $xy$  : skor pertanyaan dikalikan skor total.

Pada penelitian ini kuesioner komunikasi perawat dilakukan uji validitas, kuesioner yang digunakan untuk mengukur komunikasi perawat sudah digunakan pada penelitian lain yang telah menggunakan uji validitas terlebih dahulu. Sementara itu untuk kuesioner insiden keselamatan telah dilakukan uji validitas.

## 2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah tingkat konsistensi dari suatu pengukuran. Tujuan dari dilakukannya uji reliabilitas adalah untuk mengetahui, apakah pengukuran menghasilkan data yang konsisten jika instrumen digunakan kembali secara berulang (Dharma, 2017).

Cara untuk mengukur reliabilitas instrumen yang digunakan dilakukan dengan cara menganalisis hasil uji coba instrumen yang digunakan dilakukan dengan cara menganalisis hasil uji coba instrumen menggunakan rumus *Alpha Cronbach*:

$$r_{11} = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum s_i^2}{s_f^2} \right]$$

Keterangan:

k : Jumlah item

$\sum s_i^2$  : Jumlah variansi semua item

$s_f^2$  : Variasi skor total

$r_{11}$  : Reliabilitas instrumen

Nilai reliabilitas suatu instrumen dikatakan reliabel berkisar 0,0 sampai 1,0. Semakin kecil nilai reliabilitas makin semakin besar *error*. Nilai koefisien reliabilitas tinggi jika nilai *Alpha Cronbach* > 0,60 (Arikunto, 2013). Pada penelitian ini instrument untuk mengukur komunikasi perawat dengan pasien dan risiko insiden keselamatan pasien sudah diuji reabilitas. Lembar kuesioner komunikasi perawat di adopsi dari penelitian Hajriani (2013) dan telah dilakukan uji reabilitas dengan nilai *Alpha Cronbach* 0,96. Sementara itu lembar kuesioner risiko insiden keselamatan pasien telah dilakukan uji reabilitas dengan nilai *Alpha Cronbach* 0,85.

## **G. Teknik Pengumpulan Data**

### **1. Tahap Perstapan**

- a. Peneliti mengurus surat izin penelitian ke bagian akademik Program Studi D-IV Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim dengan judul Pengaruh Komunikasi Perawat dengan pasien dengan Risiko Insiden Keselamatan Pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda
- b. Peneliti mengajukan surat izin penelitian kepada pihak RSUD A. W. Sjahranie Samarinda
- c. Setelah mendapat izin dan melakukan uji *ethichal clearance* dari pihak RSUD A. W. Sjahranie Samarinda, peneliti kemudian melakukan penelitian sesuai jadwal yang sudah ditentukan.



## 2. Tahap Pelaksanaan

- a. Peneliti mengawasi pengambilan data terhadap calon responden di setiap ruangan
- b. Peneliti mengawasi pengambilan data terhadap calon responden dengan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian di setiap ruangan
- c. Selanjutnya peneliti memberikan *informed consent* penelitian, kemudian jika calon responden bersedia menjadi responden, maka calon responden diminta menandatangani lembar persetujuan menjadi responden
- d. Kemudian responden dilakukan observasi secara pasif oleh peneliti terkait penerapan metode komunikasi SBAR saat *handover* antar *shift*, dan responden diminta untuk mengisi kuesioner budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*)
- e. Apabila responden tidak mengisi kuesioner dengan lengkap maka peneliti akan meminta responden untuk melengkapi lembar kuesioner
- f. Setelah selesai, peneliti selanjutnya mengambil kembali kuesioner tersebut.

## 3. Tahap Akhir

Data yang telah terkumpul kemudian diolah dan dianalisis menggunakan *software* statistik melalui beberapa tahap. Pengolahan data merupakan salah satu rangkaian kegiatan penelitian setelah pengambilan data selesai. Adapun tahapan dalam pengolahan data, yaitu (Notoatmodjo, 2015):

a. *Editing*

*Editing* merupakan pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner. Apakah semua pertanyaan terisi, isinya jelas dan jawaban konsisten antara pertanyaan satu dengan yang lain.

b. *Coding*

*Coding* merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka.

c. *Processing*

*Processing* adalah pemrosesan data dengan memasukkan ke paket program komputer.

d. *Cleaning*

Pembersihan data (*cleaning*) merupakan kegiatan pengecekan kembali apakah data yang dimasukkan ada kesalahan atau tidak.

## H. Analisis Data

Dalam penelitian ini semua data hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan program *software* statistik pada komputer. Analisis data dilakukan secara sistematis antara lain:

### 1. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari setiap variabel (Notoatmodjo, 2015). Dalam penelitian ini analisis univariat ditampilkan dalam bentuk proporsi dari

karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan lama bekerja) perawat ruang rawat inap RSUD A. W. Sjahranie Samarinda yang menjadi responden. Selain itu, analisis univariat juga dilakukan pada masing-masing variabel, yakni independen komunikasi perawat dengan pasien dan Risiko Insiden Keselamatan Pasien sebagai variabel dependen.

Langkah-langkah analisis univariat adalah, sebagai berikut:

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

P = Proporsi

f = Frekuensi kategori

n = Jumlah sampel

Data karakteristik pasien ruang rawat inap RSUD A. W. Sjahranie disajikan dalam bentuk tabel atau grafik. Sementara, data komunikasi perawat dengan pasien dan Risiko Insiden Keselamatan Pasien dalam bentuk data ordinal.

## 2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Uji *Chi Square* adalah teknik statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis deskriptif bila dalam populasi terdiri atas dua kelas atau lebih dari dua kelas, data berbentuk ordinal dan sampelnya besar (Notoatmodjo, 2015).

Uji yang dilakukan pada penelitian ini adalah *chi-square* dengan batas kemaknaan  $\alpha = 0,05$  dengan menggunakan rumus:

$$x^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(f_o - f_n)^2}{f_n}$$

Keterangan:

$x^2$  = *Chi* kuadrat

$f_o$  = Frekuensi kenyataan

$F_n$  = Frekuensi yang diharapkan

Adapun syarat dalam pemilihan uji *chi-square*, yaitu:

- Tidak ada sel dengan frekuensi kenyataan yang bernilai nol.
- Apabila bentuk tabel kontingensi 2x2, maka tidak boleh ada 1 sel yang mempunyai nilai *expected* kurang dari 5.
- Apabila bentuk tabel kontingensi lebih dari 2x2, maka sel yang mempunyai nilai *expected* kurang dari 5, tidak boleh lebih dari 20%.

Jika syarat uji *chi-square* tidak terpenuhi, maka dilakukan uji alternatifnya, yaitu:

- Alternatif uji *chi-square* untuk tabel 2x2 adalah uji *fisher*.
- Alternatif uji *chi-square* untuk tabel 2xk adalah *Kolmogorov-smirnov*.

## I. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti akan mengajukan *ethical clearance* ke Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD A. W. Sjahranie Samarinda. Setelah dinyatakan telah lulus uji etik, selanjutnya peneliti mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian, dalam hal ini Direktur RSUD A. W. Sjahranie Samarinda.

Setelah mendapat persetujuan, peneliti melakukan penelitian dengan menerapkan empat prinsip etik umum (Dharma, 2017):

### 1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Peneliti harus menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Peneliti menyadari bahwa responden memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak penelitian (*autonomy*), tanpa adanya unsur paksaan atau penekanan, serta berhak mendapatkan informasi yang terbuka dan lengkap tentang pelaksanaan penelitian. Peneliti tetap menghormati responden yang tidak bersedia ikut serta dalam penelitian ini.

### 2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek (*respect for privacy and confidentiality*)

Pada prinsip ini, peneliti menjaga kerahasiaan identitas dan menggunakan jawaban responden hanya untuk kepentingan ilmu serta metodologi keperawatan. Dengan demikian segala informasi yang menyangkut identitas subjek tidak tersebar luas.



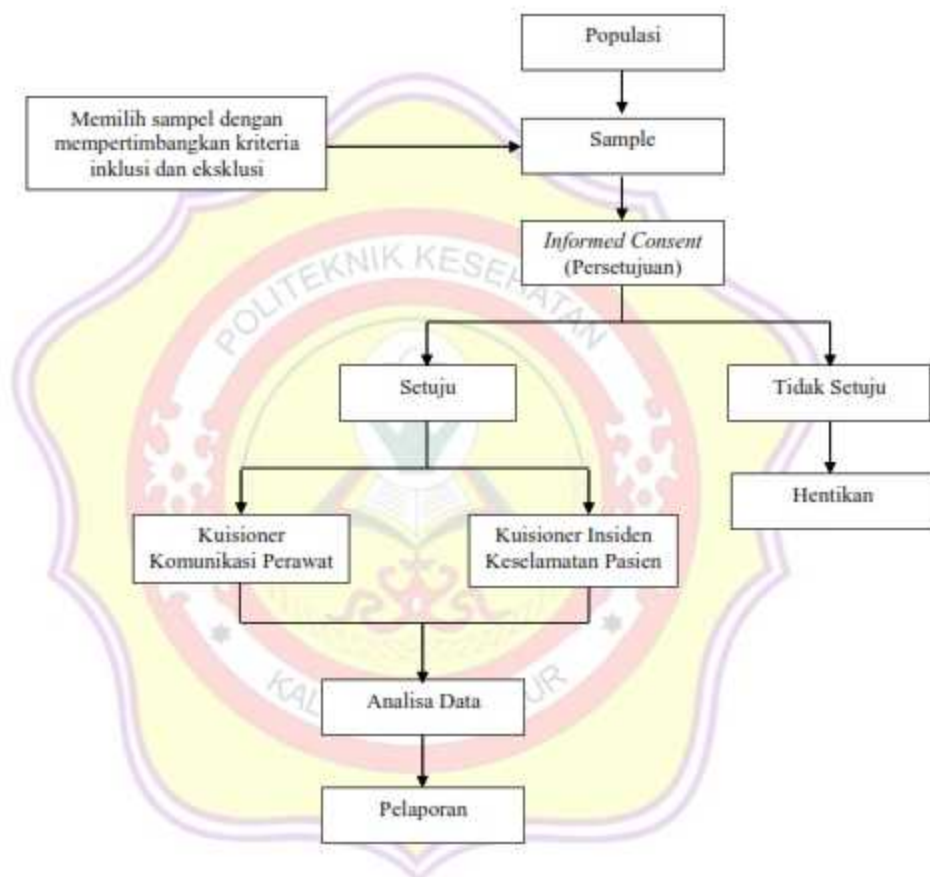
**3. Menghormati keadilan dan inklusivitas (*respect for justice inclusiveness*)**

Pada prinsip keadilan yakni peneliti memberikan perlakuan yang sama, benar, dan pantas pada semua responden dan memberikan distribusi seimbang antara keuntungan dan beban secara merata sesuai kebutuhan dan kemampuan subjek. Sementara pada prinsip keterbukaan mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara profesional.

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

Berdasarkan prinsip ini, peneliti memberikan manfaat semaksimal mungkin dan risiko seminimal mungkin. Pada prinsip ini juga mencakup tidak melakukan hal yang berbahaya bagi responden.

## J. Alur Penelitian



**Bagan 3.1**  
**Alur Penelitian**

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

##### 1. Sejarah Berdirinya RSUD A. W. Sjahranie Samarinda

Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahranie Samarinda merupakan salah satu dari 2 Rumah Sakit rujukan milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur dan merupakan Rumah Sakit rujukan tertinggi di Kalimantan Timur yang berkedudukan di kota Samarinda. Diresmikan sebagai Rumah Sakit dengan nama RSUD A. W. Sjahranie Samarinda pada tanggal 22 Februari 1986, dimana sebelumnya bernama Landschap Hospital yang dibangun tahun 1933 pada zaman penjajahan Belanda. Rumah Sakit milik Pemerintah ini beralamatkan di Jalan Palang Merah Indonesia No.1, Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda.

Saat ini RSUD A. W. Sjahranie Samarinda merupakan Rumah Sakit pendidikan kelas B dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS, 2019). Dengan berbagai pencapaian yang telah ada sampai saat ini termasuk peningkatan SDM dan Sumber Daya lainnya maka sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/390/4014 bahwa RSUD A. W. Sjahranie Samarinda ditetapkan sebagai salah satu dari 14 Rumah Sakit Rujukan Nasional.

Pada tahun 2015, RSUD A. W. Sjahranie membentuk komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagai salah satu bentuk solusi peningkatan penerapan budaya keselamatan pasien.

2. Visi dan Misi RSUD A. W. Sjahranie Samarinda

a. Visi

Visi RSUD A. W. Sjahranie adalah menjadi Rumah Sakit bertaraf internasional 2018.

b. Misi

- 1) Meningkatkan akses kualitas dan pelayanan bertaraf internasional.
- 2) Mengembangkan Rumah Sakit sebagai pusat pendidikan dan penelitian di bidang kedokteran dan kesehatan.

**B. Penyajian Data Hasil Penelitian**

**1. Anallsa Unlvarlat**

Data yang disajikan merupakan hasil jawaban dari kuesioner yang diberikan kepada 71 responden pada pasien ruang rawat inap kelas III RSUD A. W. Sjahranie Samarinda. Pengumpulan data dilakukan dari tanggal 9 Februari 2019 sampai 28 Februari 2019 di ruang rawat inap kelas III RSUD A. W. Sjahranie Samarinda.

Analisa univariat menggambarkan tentang frekuensi karakteristik pasien meliputi jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan lama rawat.

## a. Karakteristik Responden

### 1) Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

**Tabel 4.1**

Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD A. W. Sjahranie Samarinda Tahun 2019

Klasifikasi Jenis Kelamin Responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Laki-laki	40	56,3
Perempuan	31	43,7
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Sumber : Analisa Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.1 di atas, menunjukkan karakteristik responden berdasarkan kelompok jenis kelamin, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki berjumlah 40 orang (56,3%), sedangkan hampir sebagian berjenis kelamin perempuan berjumlah 31 orang (43,7%).

### 2) Karakteristik Responden berdasarkan Umur

**Tabel 4.2**

Karakteristik Responden berdasarkan Umur Pasien di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD A. W. Sjahranie Samarinda Tahun 2019

Klasifikasi Umur Responden (Tahun)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
18-30	7	9,9
31-40	9	12,7
41-50	18	25,4
≥ 51	37	52,1
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Sumber : Analisa Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.2 di atas, menunjukkan karakteristik responden berdasarkan kelompok umur, sebagian besar memiliki umur  $\geq 51$  tahun sebanyak 37 orang (52,1%). Sedangkan, sebagian kecil adalah kelompok memiliki umur



18-30 tahun sebanyak 7 orang (9,9%).

### 3) Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan Terakhir

**Tabel 4.3**

Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan Terakhir Pasien di Ruang rawat Inap Kelas III RSUD A. W. Sjahrane Samarinda Tahun 2019

Klasifikasi Pendidikan Terakhir Responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak Sekolah	18	25,4
SD	22	31,0
SMP	13	18,3
SMA	18	25,4
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Sumber : Analisa Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.3 di atas, menunjukkan karakteristik responden berdasarkan kelompok pendidikan terakhir, hampir sebagian adalah SD sebanyak 22 orang (31,0%). Sedangkan, sebagian kecil adalah SMP sebanyak 13 orang (18,3%).

### 4) Karakteristik Responden berdasarkan Pekerjaan

**Tabel 4.4**

Karakteristik Responden berdasarkan Pekerjaan Pasien di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD A. W. Sjahrane Samarinda Tahun 2019

Klasifikasi Pekerjaan Responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak Bekerja	36	50,7
Swasta	11	15,5
Wiraswasta	9	12,7
Buruh	5	7,0
Petani	10	14,1
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Sumber : Analisa Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.4 di atas, menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan pekerjaan, sebagian responden tidak bekerja sebanyak 36 orang (50,7%).

Sedangkan, sebagian kecil bekerja sebagai buruh sebanyak 5 orang (7,0%).

### 5) Karakteristik Responden berdasarkan Lama Rawat Inap

**Tabel 4.5**

Karakteristik Responden berdasarkan Lama Rawat Inap Pasien di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD A. W. Sjahranie Samarinda Tahun 2019

Klasifikasi Lama Rawat Inap (Hari)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
2-7	54	76,1
8-14	9	12,7
15-21	2	2,8
22-30	6	8,5
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Sumber : Analisa Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.5 di atas, menunjukkan bahwa karakter responden berdasarkan lama rawat inap, hampir seluruhnya adalah 2-7 hari sebanyak 54 orang (76,1%). Sedangkan, sebagian kecil memiliki lama rawat inap 15-21 hari sebanyak 2 orang (2,8%).

### b. Kategori Variabel

#### 1) Gambaran Komunikasi Perawat dengan Pasien di Ruang Rawat Inap Kelas III

**Tabel 4.6**

Gambaran Responden berdasarkan Komunikasi Perawat dengan Pasien di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD A. W. Sjahranie Samarinda Tahun 2019

Gambaran Komunikasi Perawat dengan Pasien	Frekuensi (n) = 71	Persentase (%)
Baik	24	33,8
Kurang Baik	47	66,2
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Sumber : Analisa Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.5 di atas, dapat diketahui bahwa persepsi pasien tentang komunikasi perawat dengan pasien adalah sebagian besar kurang baik sebanyak 47 orang (66,2%) dan hampir sebagian baik sebanyak 24 orang (33,8%).

## 2) Gambaran Risiko Insiden Keselamatan Pasien

**Tabel 4.7**

Gambaran Responden berdasarkan Risiko Insiden Keselamatan Pasien Perawat RSUD A. W. Sjahrane Samarinda Tahun 2019

Gambaran Risiko Insiden Keselamatan Pasien	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak Risiko	26	36,6
Berisiko	45	63,4
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Sumber : Analisa Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.6 di atas, dapat diketahui bahwa persepsi pasien tentang risiko insiden keselamatan pasien sebagian besar adalah berisiko insiden sebanyak 45 orang (63,4%) dan hampir sebagian tidak berisiko insiden sebanyak 26 orang (36,6%).

## 2. Anallsa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan dengan membuat tabel silang antara variabel bebas dan terikat, untuk mengetahui ada atau tidaknya pengaruh komunikasi perawat dengan pasien terhadap risiko insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap kelas III RSUD A. W. Sjahrane Samarinda.

Analisis untuk mencari pengaruh antara variabel bebas dan terikat dengan menggunakan uji *chi-square*. Taraf signifikansi yang digunakan adalah 95%, dan nilai kemaknaan yang dipilih, dengan kriteria yaitu : jika *p value* > 0,05 maka  $H_0$  diterima, jika *p value* < 0,05 maka  $H_0$  ditolak (Notoatmodjo, 2015).

Berdasarkan hasil uji *chi-square* didapatkan hasil sebagai berikut :

**Tabel 4.8**  
Pengaruh Komunikasi Perawat dengan Pasien terhadap Risiko Insiden Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD A. W. Sjahrani Tahun 2019

Metode Komunikasi Perawat dengan Pasien	Risiko Insiden Keselamatan Pasien				Total	P value	OR (95% CI)
	Tidak Berisiko		Berisiko				
	N	%	N	%			
Baik	15	62,5	9	37,5	24	100,0	0,003 (1,876-15,857)
Kurang Baik	11	23,4	36	76,6	47	100,0	
<b>Total</b>	26	36,6	45	63,4	71	100,0	

Sumber : Analisa Data Primer, 2019

Berdasarkan hasil analisis bivariat pada tabel 4.7 didapatkan, responden yang mengatakan komunikasi perawat dengan pasien baik dan tidak berisiko insiden keselamatan pasien sebanyak 15 orang (62,5%), sedangkan responden yang mengatakan komunikasi perawat dengan pasien baik dan berisiko insiden keselamatan pasien sebanyak 9 orang (37,5%). Sementara itu responden yang mengatakan komunikasi perawat dengan pasien kurang baik dan tidak berisiko insiden keselamatan pasien sebanyak 11 orang (23,4%), sedangkan responden yang mengatakan komunikasi perawat dengan pasien

kurang baik dan berisiko insiden keselamatan pasien sebanyak 36 orang (76,6%) dengan total jumlah responden sebanyak 71 orang.

Hasil analisis menggunakan uji *chi square* diperoleh nilai *p value* = 0,003 ≤ nilai  $\alpha$  = 0,05 yang artinya  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima atau secara statistik ada pengaruh antara variabel komunikasi perawat dengan pasien terhadap risiko insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap kelas III RSUD A. W. Sjahrane Samarinda. Dari hasil analisis didapatkan juga nilai OR sebesar 5,455 yang artinya komunikasi perawat dengan pasien yang kurang baik memiliki 5,455 kali lebih besar berisiko insiden keselamatan pasien, dibandingkan komunikasi perawat dengan pasien yang baik tidak berisiko insiden keselamatan pasien.

## **C. Pembahasan**

### **1. Hasil Analisa Univariate**

#### **a. Karakteristik Responden**

Pada karakteristik responden dibahas tentang jenis kelamin, umur, pendidikan, dan lama bekerja, sebagai berikut:

##### **1) Jenis Kelamin**

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 40 orang (56,3%), sedangkan hampir sebagian berjenis kelamin perempuan sebanyak 31 orang (43,7%). Menurut Sarwono



(2006) yang dikutip Nurhasanah (2009), menyatakan bahwa jenis kelamin mempengaruhi persepsi pasien dalam menerima pelayanan kesehatan. Pada dasarnya perempuan senang menjalin komunikasi dengan sesama dan bertujuan untuk membangun kebersamaan sedangkan laki-laki lebih mengutamakan berkomunikasi dengan grup untuk mendapatkan kemandirian (Nurhasanah, 2009).

Menurut pendapat peneliti, jenis kelamin memiliki pengaruh dalam komunikasi perawat dengan pasien terhadap kejadian Risiko insiden keselamatan pasien, dimana jenis kelamin laki-laki lebih mudah memberikan penilaian daripada wanita yang cenderung memerlukan banyak pertimbangan dalam memberikan penilaian. Selain itu, pasien yang berjenis kelamin laki-laki tidak terlalu memperhatikan pelayanan yang diberikan perawat akan tetapi berfokus pada kesembuhannya saja, sedangkan perempuan cenderung melihat ke arah yang lebih spesifik pada proses penyembuhan seperti pelayanan secara umum yang diperoleh selama proses perawatan.

## 2) Umur

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan bahwa karakteristik responden berdasarkan kelompok umur dengan presentase sebagian besar memiliki kelompok umur  $\geq 50$  tahun sebanyak 37 orang (52,1%). Sementara masing-masing

kelompok sebagian kecil adalah pada umur 18-30 tahun sebanyak 7 orang (9,9%), 31-40 tahun sebanyak 9 orang (12,7%), dan 41-50 tahun sebanyak 18 orang (25,4%). Umur dikelompokkan berdasarkan kategori Depkes (2009). Dari hasil penelitian rentang usia terbanyak pada kelompok  $\geq 50$  tahun, yang dikategorikan sebagai lansia.

Menurut Potter & Perry (2009), pada saat di rumah sakit pasien lansia akan menerima dan menghargai perawat yang memberikan perhatian dan berkomunikasi secara efektif. Lansia yang terpisah dari keluarga dan teman akan jarang berkomunikasi dan mendapatkan perhatian. Saat di rumah sakit mereka akan merasa diperhatikan dan dihargai oleh perawat yang setiap hari datang ke ruangan (Potter & Perry, 2009).

Menurut pendapat peneliti, umur salah satu hal yang dapat mempengaruhi kesehatan dan persepsi seseorang terhadap komunikasi. Lansia banyak mengalami penurunan fungsi sel maupun organ tubuh sehingga mayoritas pasien di rumah sakit yaitu lansia. Dalam berkomunikasi lansia cenderung memiliki pengalaman dalam menilai pelayanan keperawatan lebih banyak dibandingkan dengan pasien berusia muda. Lansia memiliki tingkat kematangan berpikir yang baik termasuk dalam kecakapan berkomunikasi dan menilai pelayanan keperawatan yang diberikan.

### 3) Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan pada karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir, hampir sebagian adalah SD sebanyak 22 orang (31,0%). Sedangkan, masing-masing dari kelompok pendidikan sebagian kecil adalah SMP sebanyak 13 orang (18,3%), SMA sebanyak 18 orang (25,4%), dan tidak sekolah sebanyak 18 orang (24,7%). Menurut Hajriani (2013), tingkat pendidikan dapat mempengaruhi persepsi pasien dalam menilai pelayanan yang diberikan perawat khususnya dalam hal komunikasi (Hajriani, 2013).

Menurut pendapat peneliti pasien dengan tingkat pendidikannya kurang cenderung tingkat pengetahuannya lebih sedikit sehingga dapat mempengaruhi persepsi pasien dalam menilai pelayanan yang diberikan perawat selama menjalani perawatan di ruang rawat inap. Pasien yang berpendidikan kurang banyak yang tidak menyadari kemungkinan terjadinya risiko insiden yang disebabkan oleh perawat dalam memberikan perawatan pada pasien. Oleh karena itu, perawat dalam memberikan asuhan keperawatan hendaknya menjalin kebersamaan dan lebih memperhatikan bagaimana karakteristik pasien karena karakteristik individu dapat mempengaruhi persepsi pasien dalam berkomunikasi.

#### 4) Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa, sebagian besar responden tidak bekerja sebanyak 36 orang (50,7%). Sedangkan sebagian kecil lainnya memiliki pekerjaan sebagai swasta sebanyak 11 orang (15,5%), wiraswasta sebanyak 9 orang (12,7%), buruh sebanyak 5 orang (7,0%), dan petani sebanyak 10 orang (14,1%).

Menurut pendapat peneliti pasien yang dirawat cenderung tidak memiliki pekerjaan dikarenakan terdiri dari wanita yang berkerja sebagai ibu rumah tangga dan pasien yang berusia lanjut atau pasien yang mengalami penurunan daya tahan tubuh sehingga pasien tidak mampu untuk berkerja.

#### 5) Lama Rawat Inap

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar lama rawat inap adalah 2-7 hari sebanyak 54 orang (76,1%). Sedangkan, sebagian kecil lainnya memiliki lama rawat inap 8-14 hari sebanyak 9 orang (12,3%), 15-21 hari sebanyak 2 orang (2,8%) dan 22-30 hari sebanyak 6 orang (8,5%). Menurut Nursalam (2014) faktor yang mempengaruhi lama rawat pasien di Rumah Sakit antara lain : komplikasi, infeksi *nosokomial*, kegawatdaruratan, tingkat kontaminasi dalam darah, tingkat kekeliruan prosedur, dan tingkat kepuasan pasien (Nursalam, 2014).



Menurut pendapat peneliti lama rawat inap dapat mempengaruhi persepsi pasien dalam menilai komunikasi yang dilakukan perawat maupun tenaga kesehatan lainnya. Selain itu penyebab lamanya rawat inap dipengaruhi kondisi tubuh pasien dan tingkat keparahan penyakit, semakin tinggi tingkat keparahan penyakit pasien maka semakin lama menerima perawatan di Rumah Sakit.

#### **b. Kategori Variabel**

##### **1) Komunikasi Perawat dengan Pasien**

Berdasarkan hasil penelitian pada 71 pasien yang berada di ruang rawat inap kelas III, menunjukkan bahwa komunikasi perawat dengan pasien sebagian besar adalah kurang baik, sebanyak 47 orang (66,2%) dan sebagian kecil komunikasi perawat dengan pasien adalah baik sebanyak 24 orang (33,8%). Menurut Hibdon (2000) menyatakan bahwa dengan komunikasi yang terbuka, jujur dan menerima klien apa adanya, perawat akan meningkatkan kemampuan klien dalam membina pengaruh saling percaya (Hibdon, 2000).

Menurut *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)* (2010), Komunikasi dalam keselamatan pasien telah menjadi standar yang harus diterapkan. Komunikasi merupakan hal yang paling penting dikarenakan komunikasi merupakan salah satu strategi untuk menurunkan risiko insiden



keselamatan pasien dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*, 2010).

Menurut peneliti komunikasi dalam keperawatan merupakan hal yang penting bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan agar dapat mencapai hasil yang optimal. Komunikasi dalam pelayanan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari setiap pasien yang sedang mendapatkan perawatan di rumah sakit.

## 2) Risiko Insiden Keselamatan Pasien

Hasil penelitian pada 71 pasien yang berada di ruang rawat inap kelas III, peneliti menemukan bahwa sebagian besar pernah terjadi risiko insiden keselamatan pasien sebanyak 45 responden (63,4%). Meskipun sebagian besar berisiko insiden keselamatan pasien, akan tetapi hampir sebagian tidak berisiko insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap kelas III sebanyak 26 responden (36,6%).

Menurut KARS (2013) risiko insiden keselamatan pasien dapat di cegah saat implementasi keperawatan dilakukan yaitu sebelum melakukan prosedur atau tindakan, sebelum pemberian obat, sebelum pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan laboratorium, sebelum pemberian transfusi darah dengan menanyakan nama atau mencocokkan identitas pasien. Selain itu

pasien berhak mendapatkan *informed consent* diperoleh pada saat sebelum operasi atau prosedur invasif, sebelum anestesia, sebelum penggunaan darah, sebelum pelaksanaan tindakan dan pengobatan yang berisiko tinggi apabila komunikasi dengan pasien tidak dilakukan bisa mengakibatkan terjadinya insiden keselamatan pasien (KARS, 2013).

Menurut peneliti risiko insiden keselamatan pasien dapat terjadi dikarenakan banyak tenaga kesehatan khususnya perawat yang kurang peduli dengan keadaan dan lingkungan pasien serta masih banyak perawat tidak menerapkan komunikasi yang efektif dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien di ruang rawat inap.

## **2. Hasil Analisa Bivariat**

Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan adanya pengaruh komunikasi perawat dengan pasien terhadap risiko insiden keselamatan pasien. Hasil penelitian menunjukkan komunikasi berpengaruh terhadap risiko insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap kelas III RSUD A. W. Sjahranie Samarinda dengan nilai signifikan sebesar 0,003 ( $p < 0,05$ ). Hasil pengamatan yang dilakukan peneliti di ruang rawat inap kelas III banyak keluarga dan pasien rawat inap mengatakan bahwa perawat diruangan jarang bahkan tidak pernah memperkenalkan nama sebelum memberikan perawatan, dan saat berkomunikasi dengan pasien

atau keluarga kebanyakan perawat menggunakan masker sehingga ekspresi wajah perawat tidak tampak.

Selain itu masih ditemukan pasien yang berisiko terjadinya risiko insiden keselamatan pasien yaitu saat pasien berada di tempat tidur yang seharusnya pagar tempat tidurnya harus ditutup tetapi di ruang rawat inap sebagian pagar dibiarkan terbuka sementara pasien berada di tempat tidur dengan kondisi tubuh pasien yang masih lemah. Penyebabnya karena kurangnya komunikasi perawat dalam memberitahu pasien atau keluarga agar menutup pagar tempat tidur saat pasien berada di tempat tidur. Hal ini berarti risiko insiden keselamatan pasien masih terjadi di ruang perawatan.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Siti Nur Qomariah dan Uyan Ari Lidiyah (2016) yang menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara faktor komunikasi dengan insiden keselamatan pasien. Komunikasi antara perawat dan pasien dengan insiden keselamatan pasien masih didapatkan komunikasi perawat yang kurang dan komunikasi yang cukup sehingga berdampak kepada insiden keselamatan Pasien masing-masing sebanyak 2 responden (6,6%) dan hasil uji statistik Chi Square didapatkan ada pengaruh komunikasi perawat dan pasien dengan insiden keselamatan pasien (Siti Nur Qomariah dan Uyan Ari Lidiyah, 2016).

Komunikasi merupakan penentu keberhasilan proses keperawatan sehingga mengurangi kesalahan yang dapat mengakibatkan insiden

keselamatan pasien bila dilaksanakan. Menurut Zen (2013) komunikasi sangat penting dalam proses keperawatan. Bila perawat menggunakan komunikasi yang baik dan efektif dengan melakukan pengecekan identitas pasien sebelum melakukan tindakan keperawatan akan membuat pasien percaya kepada perawat selain itu dapat menghindari insiden yang tidak diinginkan (Zen, 2013).

Menurut Potter & Perry (2009), dalam komunikasi antara perawat dengan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

#### 11) Perkembangan

Agar dapat berkomunikasi efektif dengan pasien, perawat harus mengerti pengaruh dari perkembangan usia baik dari sisi bahasa maupun proses fikir dari pasien tersebut. Karena tiap tahap perkembangan atau umur klien yang berbeda mempunyai tingkat kemampuan memahami maksud dari isi komunikasi yang perawat sampaikan (Potter & Perry, 2009).

#### 12) Persepsi

Persepsi adalah pandangan pribadi seseorang terhadap suatu kejadian atau peristiwa, dan terbentuknya berasal dari harapan atau pengalaman. Perbedaan persepsi antara perawat dengan pasien dapat mengakibatkan terhambatnya komunikasi (Potter & Perry, 2009).

### 13) Nilai

Nilai adalah standar yang mempengaruhi perilaku, sehingga penting bagi perawat untuk menyadari nilai seseorang. Perawat perlu berusaha untuk mengetahui dan mengklarifikasi nilai sehingga dapat membuat keputusan dan interaksi yang tepat dengan klien (Potter & Perry, 2009).

### 14) Latar belakang sosial budaya

Bahasa dan gaya komunikasi akan sangat dipengaruhi oleh faktor budaya, dan budaya ini juga yang membatasi cara bertindak dan berkomunikasi. Klien sebagai manusia pasti mempunyai budaya yang berbeda-beda antara yang satu dan yang lain (Potter & Perry, 2009).

### 15) Emosi

Emosi merupakan perasaan subjektif terhadap suatu kejadian. Ekspresi emosi seperti sedih, senang, dan terharu dapat mempengaruhi orang lain dalam berkomunikasi. Perawat perlu mengkaji emosi klien dan keluarganya sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat (Potter & Perry, 2009).

### 16) Jenis kelamin

Setiap jenis kelamin memiliki gaya komunikasi yang berbeda-beda (Potter & Perry, 2009).



### 17) Pengetahuan

Pasien yang tingkat pengetahuannya rendah akan sulit berespon dengan pertanyaan mengandung bahasa verbal dibanding dengan orang yang tingkat pengetahuannya tinggi. Jadi perawat perlu untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien agar bisa berinteraksi dengan baik (Potter & Perry, 2009).

### 18) Peran dan hubungan

Gaya komunikasi sesuai dengan peran dan hubungan diantara orang yang berkomunikasi. Seorang perawat berkomunikasi dengan teman sejawatnya pasti akan berbeda ketika berkomunikasi kepada kliennya. Jadi seorang perawat harus bisa menggunakan gaya bahasa yang berbeda-beda pada lawan bicaranya berdasarkan peran dan hubungan, terutama dengan klien (Potter & Perry, 2009).

### 19) Lingkungan

Lingkungan interaksi akan mempengaruhi komunikasi yang efektif. Lingkungan yang berisik dan tidak ada privasi pasti akan mengganggu proses komunikasi perawat-klien (Potter & Perry, 2009).

### 20) Jarak

Jarak dapat mempengaruhi proses komunikasi, jarak tertentu akan memberikan rasa aman, kejelasan pesan, dan kontrol ketika berkomunikasi. Maka perawat perlu memperhitungkan jarak berinteraksi dengan klien (Potter & Perry, 2009).



Komunikasi yang efektif perawat yaitu dapat dimengerti dan dipahami pasien, sehingga tahap-tahap tindakan keperawatan yang dilakukan dapat dilakukan dengan benar, pasien dapat kooperatif dan perawat dapat menilai keberhasilan perawatan yang diberikan kepada pasien.



## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, sehingga dapat ditarik kesimpulan, sebagai berikut :

1. Karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin yaitu sebagian besar adalah laki-laki sebanyak 40 orang (56,3%), untuk kelompok umur sebagian besar  $\geq 51$  tahun sebanyak 37 orang (52,1%), kelompok pendidikan terakhir hampir sebagian adalah SD sebanyak 22 orang (31,0%), kelompok pekerjaan sebagian responden tidak bekerja sebanyak 36 orang (50,7%), dan lama rawat inap hampir seluruhnya 2-7 hari sebanyak 54 orang (76,1%).
2. Persepsi pasien tentang komunikasi perawat dengan pasien didapatkan sebagian besar responden sebanyak 47 orang (66,2%) masuk kategori kurang baik dalam menerapkan komunikasi perawat dengan pasien.
3. Persepsi pasien tentang risiko insiden keselamatan pasien didapatkan sebagian besar berisiko insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap kelas III RSUD A. W. Sjahrani Samarinda sebanyak 45 orang (63,4%).
4. Ada pengaruh yang signifikan antara komunikasi perawat dengan pasien terhadap risiko insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap kelas III RSUD A. W. Sjahrani Samarinda.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan atau sumber informasi serta dasar pengetahuan bagi para mahasiswa khususnya dibidang keperawatan tentang keterkaitan pengaruh yang komunikasi perawat dengan pasien terhadap risiko insiden keselamatan pasien.

### **2. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi landasan yang kuat untuk penelitian-penelitian yang selanjutnya. Saran untuk peneliti selanjutnya agar meneliti faktor penyebab lainnya yang menyebabkan terjadinya risiko insiden keselamatan diruang rawat inap.

### **3. Bagi Rumah Sakit**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan komunikasi perawat dengan pasien terhadap risiko insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit.

### **4. Bagi Profesi Perawat**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan acuan bagi profesi perawat agar lebih meningkatkan komunikasi antara perawat dengan pasien saat memberikan perawatan dalam mencegah insiden keselamatan pasien yang dapat terjadi akibat kesalahan dalam berkomunikasi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2016). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Anjaswarni. (2016). *Komunikasi dalam Keperawatan*. Jakarta selatan : Pusdik SDM Kesehatan.
- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Asmuji. (2012). *Manajemen Keperawatan: Konsep dan Aplikasi*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Dharma, K. K. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta Timur: Trans Info Media (TIM).
- Depkes, (2009). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Emmy. (2017). *Hubungan Metode Komunikasi Sbar (Situation, Background, Assessment, Recommendation) dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di RSUD A. W. Sjahanie Samarinda*. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
- Hajriani. (2013). *Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Kepuasan yang di Rawat di Ruang Perawat Bedah RSUD Haji Makassar*. Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
- Henriksen, K., et. Al, (2009). *Patient Safety and Quality: An Evidence Base Handbook for Nurses*, Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality Publications. <http://www.ahrq.gov/QUAL/nurseshdbk/>.
- Hibdon (2000). *Keperawatan Kritis: Pendekatan Holistik*. (Critical Care Nursing: A Holistic Approach (Allenidekania, B. Susanto, Teresa & Yasmin, Trans. 6 ed. Vol.1) Jakarta: EGC.
- Hilda, Noorhidayah, & Arsawina. (2016). *Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Penerapan Komunikasi*. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
- Husein, Umar. (2009). *Metode Penelitian Untuk Skripsi dan Tesis Bisnis*. Jakarta. PT Rajagrafindo Persada.
- Ismainar H, (2012). *Efektivitas Kepemimpinan dan Komunikasi Tim Keselamatan Pasien di RSI Ibnu Sina Pekanbaru Riau*. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, Vol. 2, No. 1, November 2012.
- Jayanti B, Rosita, (2017). *Analisis Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah*



- Sakit Umum Daerah Inche Abdoel Moeis Tahun 2017*. Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2012). *U.S Department of Health and Human Services*. Oakbrook Terrace, Illinois USA.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2016). *U.S Department of Health and Human Services*. Oakbrook Terrace, Illinois USA.
- KARS Accreditation System. (2017). RS Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie. Retrieved from [http://202.70.136.52/rsonline/data\\_view.php?editid1=1314](http://202.70.136.52/rsonline/data_view.php?editid1=1314).
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2017). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit*.
- KARS Accreditation System. (2019). RS Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie. Retrieved from [http://202.70.136.52/rsonline/data\\_view.php?editid1=1314](http://202.70.136.52/rsonline/data_view.php?editid1=1314).
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2019). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit*.
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). (2012). *Laporan IKP Tahun 2011*.
- Lombogia, A. (2016). *Hubungan Perilaku Dengan Kemampuan Perawat Dalam Melaksanakan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di Ruang Akut Instalasi Gawat Darurat Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi, ejournal keperawatan (e-Kp), Manado.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Peraturan menteri kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien*. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Dengan, 5-6.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurhasanah. (2009). *Ilmu Komunikasi dalam Konteks Keperawatan untuk Mahasiswa Keperawatan*. Jakarta: TIM.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Salemba Medika. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1691/Menkes/PER/VIII/2011, (2011). *Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Pieter Z. (2017). *Dasar-Dasar Komunikasi bagi Perawat*. Jakarta : kencana.

- Potter, C.J & Perry, C. (2009). *Fundamentals of Nursing, Edition*. Australia : Mosby-Elsevier.
- Siti Nur Qomariah & Uyan Ari Lidiyah (2016). *Hubungan Faktor Komunikasi Dengan Insiden Keselamatan Pasien*. Gresik : Universitas Gresik.
- Sugriyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.CV.
- Wartawan, I. W. (2012). *Analisis Lama Hari Rawat Pasien yang Menjalani Pembedahan di Ruang Rawat Inap Bedah Kelas III RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2011*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva : World Health Organization.
- Wulan, Kencana & M. Hastuti. (2011). *Pengantar Etika Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional Berwawasan Etis*. Jakarta: Prestasi Pustakakarya.
- Zen, Pribadi. (2013). *Panduan Komunikasi Efektif untuk Bekal Keperawatan Profesional*. D-Medika. Yogyakarta.

