

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit jantung dan pembuluh darah merupakan penyakit tidak menular yang menyebabkan kematian terbesar di seluruh dunia. Menurut laporan WHO (World Health Organization) tahun 2017 diperkirakan sekitar 17,9 juta kematian terjadi setiap tahunnya, dimana hal ini merupakan 32% kematian global. Dari kematian ini 85% disebabkan karena serangan jantung dan stroke, dimana lebih dari tigaperempat kematian kardiovaskular ini terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. (World Health Organization, 2018)

Di Indonesia sendiri penyakit kardiovaskuler seperti jantung, stroke tiap tahun terus meningkat dan menempati peringkat tertinggi penyebab kematian di Indonesia terutama pada usia-usia produktif. Data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 menunjukkan prevalensi penyakit kardiovaskular seperti hipertensi meningkat dari 25,8% (2013) menjadi 34,1 (2018), stroke 12,1 per mil (2013) menjadi 10,9% per mil (2018), penderita Penyakit Jantung Koroner (PJK) sebesar 1,5% (2013-2018) dari seluruh pasien penyakit tidak menular. Daerah tertinggi dengan prevalensi terdapat di propinsi Kalimantan Utara 2,2%, DIY 2%, Gorontalo 2%. Selain ketiga provinsi tersebut, terdapat pula 8 provinsi lainnya dengan prevalensi yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan prevalensi nasional. Delapan propinsi tersebut adalah Aceh (1,6%), Sumatera Barat (1,6%), DKI Jakarta (1,9%), Jawa Barat (1,6%), Jawa Tengah (1,6%), Kalimantan Timur

(1,9%), Sulawesi Utara (1,8%) dan Sulawesi Tengah (1,9%). (Riset Kesehatan Dasar /RISKESDAS Indonesia, 2018).

Gejala yang dirasakan akibat PJK cukup bervariasi, yaitu nyeri dada seperti tertimpa beban berat saat aktivitas, sesak nafas, maupun mudah lelah. Namun, kita tidak boleh lengah atau menganggap sepele bilamana tidak ada gejala-gejala tersebut berarti kita aman dari kondisi PJK. PJK dapat ditemukan pada seseorang yang tanpa gejala sekalipun, apalagi kecenderungan penderita PJK yang berusia muda atau produktif semakin meningkat. (Mafredi et al., 2022)

Terdapat beberapa faktor risiko yang dapat meningkatkan risiko seseorang menderita PJK, di antaranya: 1) Usia: risiko seseorang akan meningkat seiring dengan penambahan usia. Pada umumnya, bila seseorang setelah usia ≥ 40 tahun disarankan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan jantung, 2) Jenis kelamin: pria lebih berisiko mengalami PJK dibandingkan wanita, sedangkan faktor risiko pada wanita akan meningkat setelah fase menopause dan 3) Riwayat keluarga yang pernah mengalami serangan jantung atau dengan riwayat kematian mendadak akibat jantung. Adapun faktor risiko yang dapat dimodifikasi di antaranya: tekanan darah tinggi, peningkatan kadar lemak darah, diabetes melitus, obesitas, gaya hidup kurang aktivitas/olahraga, merokok, serta stres psikis. Selain itu, tingginya kejadian penyakit kardiovaskular dan adanya keterbatasan mengakses pelayanan kesehatan juga berkaitan dengan beberapa faktor lain terkait sosial ekonomi, lingkungan, maupun latar belakang Pendidikan. (*National Health Service (2020). Health A to Z. Coronary Heart Disease*).

Bagian dari PJK yang menyebabkan kematian yang tinggi merupakan Sindroma Koroner Akut (SKA) yang terdiri dari ST Elevasi Miokard Infark

(STEMI) dan Non ST Elevasi Miokard Infark (NSTEMI), dimana penanganan antara kedua hal ini berbeda prinsipnya, menurut protokol guideline bila seseorang masuk ke Rumah Sakit (RS) dengan gejala nyeri dada maka akan dilakukan pemeriksaan anamnesa, elektrokardiografi (EKG) dan biomarker enzim jantung dalam hal ini adalah troponin. Saat seseorang didiagnosa SKA maka akan terdapat nyeri dada yang spesifik seperti ditekan benda berat menjalar ke lengan kiri, leher dan punggung, selain itu juga terdapat perubahan EKG baik itu ST elevasi maupun ST depresi atau T inversi, disertai dengan peningkatan enzim marker jantung. (PERKI, 2018)

Dari Guideline yang terbaru disebutkan bahwa penanganan yang terbaik pada kejadian STEMI adalah dilakukannya reperfusi atau revaskularisasi yang tujuannya adalah membuka sumbatan yang terjadi di pembuluh darah koroner dengan cara fibrinolitik dan intervensi koroner perkutan (IKP), dan waktu yang diperlukan untuk melakukan tindakan reperfusi yang diindikasikan untuk gejala yang terjadi < 12 jam adalah < 30 menit untuk fibrinolitik dan < 90 menit untuk IKP sejak pasien datang ke unit gawat darurat (UGD). Keterlambatan yang terjadi dalam penanganan STEMI ini akan mengakibatkan peningkatan kesakitan dan kematian pada pasien. Keterlambatan yang terjadi disebabkan oleh faktor pasien, antara kontak medis pertama dan diagnosis, serta antara kontak medis pertama dengan terapi reperfusi. (Byrne et al., 2023)

Dari data yang ada di Indonesia dari pencatatan Jakarta Acute Coronary Syndrome (JACS) tahun 2008-2009 memperlihatkan bahwa proporsi pasien STEMI yang mendapat terapi reperfusi hanya 40% (IKP 28% dan fibrinolitik 12%) sedangkan tahun 2015-2016 meningkat sebesar 62,5% (IKP 56% dan fibrinolitik

5.6%), dimana masih banyak terdapat pasien-pasien yang tidak dilakukan reperfusi. (Dharma *et al.*, 2012).

Saat ini banyak RS di Indonesia yang memiliki sarana dan prasarana yang terbatas untuk melakukan tindakan reperfusi baik IKP maupun fibrinolisis, ada keterbatasan dalam sarana atau prasarana di RS. Menurut data Kemenkes saat ini hanya ada 40 cathlab di 514 kabupaten/kota yang mampu melakukan IKP, jadi kebanyakan RS ketika akan menghadapi pasien dengan STEMI maka yang bisa dilakukan dalam reperfusi adalah menggunakan fibrinolisis.

Manajemen RS dalam menanggulangi keterlambatan pengobatan pada kasus SKA berbagai pedoman dan standar terapi telah dibuat untuk penatalaksanaan penderita SKA berlangsung secara optimal, efektif dan efisien sesuai dengan pedoman atau standar terapi yang telah ditetapkan, maka perlu adanya suatu sistem atau mekanisme yang secara terus menerus memonitor dan memantau terapi yang diterima pasien. (PERKI, 2018)

Beberapa faktor intrahospital yang dapat mempengaruhi ketepatan waktu terapi reperfusi adalah kecepatan identifikasi dini untuk mengenali tanda dan gejala serangan jantung, kecepatan petugas dalam melakukan initial treatment secara efektif, kecepatan door-to-ECG yang diukur saat pasien tiba di unit emergensi sampai dengan terekamnya hasil pemeriksaan EKG dan hasil dapat terinterpretasi oleh tenaga kesehatan. Tindakan perekaman dan intepretasi EKG harus sesegera mungkin ditegakkan pada pasien dengan STEMI paling lambat 10 menit sejak pasien tiba di Unit Gawat Darurat (UGD), kecepatan waktu rekomendasi untuk strategi intervensi, kecepatan pasien dan keluarga dalam mengambil keputusan untuk persetujuan tindakan, kecepatan proses penjaminan/ kemampuan pasien

dalam pembiayaan, ketersediaan fasilitas RS untuk menunjang perawatan dan proses recovery (ICCU/ HCU), keterbatasan tim RS dalam pelaksanaan yang dapat menghambat ketepatan waktu reperfusi baik dengan fibrinolisis maupun dengan IKP.(PERKI, 2018)

Keterlambatan dalam penanganan STEMI terhadap pemberian fibrinolisis terhadap pasien di UGD akan menimbulkan masalah keselamatan pasien yaitu mengakibatkan menurunnya survival rate, meningkatkan komplikasi terhadap pasien, serta menurunkan kualitas hidup pasien itu sendiri, sehingga manajemen keselamatan pasien menjadi usaha untuk menyelamatkan tenaga kesehatan dalam hal mengurangi terjadinya cedera medis akibat penerapan yang tidak sesuai dengan *clinical practice guideline* yang ada. Budaya keselamatan merupakan persepsi staf terhadap manajemen RS dalam melaksanakan keselamatan di suatu organisasi, sementara itu iklim keselamatan pasien yaitu sebagai persepsi kelompok tentang prosedur, praktik, dan jenis perilaku terhadap keselamatan pasien.

Diperkirakan sekitar 30-40% pasien tidak mendapatkan perawatan sesuai dengan bukti ilmiah terkini, dan sekitar 20-25% dari perawatan yang disediakan tidak diperlukan atau berpotensi memperparah pasien. Di Jerman hanya 35% dari seluruh guideline membutuhkan bantuan dalam implementasinya dan hanya 12% dalam indikator kualitas untuk implementasi ke dalam praktek klinis. (Unverzagt *et al*, 2013)

Implementasi bukti ilmiah kepada praktek perawatan kesehatan akan memperbaiki hasil terhadap pasien, penyedia, dan sistem perawatan kesehatan. Bagaimanapun juga, penelitian terkini memberi estimasi hanya 60% perawatan yang konsisten terhadap bukti ilmiah atau konsensus berdasarkan guideline, 30%

dari perawatan tidak efektif atau nilainya rendah, dan 10% dari perawatan dapat mengancam. Perawat merupakan sejumlah besar tenaga kesehatan pada kegiatan di sistem perawatan kesehatan, dan memiliki pertimbangan potensial dalam menterjemahkan bukti ilmiah ke dalam praktek dan mempengaruhi pasiennya dan sistem pelayanan kesehatan. (Curtis *et al*, 2016)

Sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan secara paripurna, RS tentu harus memperhatikan aspek keselamatan pasien pada setiap pelayanan yang diberikan. Keselamatan pasien merupakan salah satu aspek penting yang harus diterapkan oleh suatu institusi pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit. Pelaksanaan keselamatan pasien harus menjadi prioritas utama dalam setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien demi menjaga citra dan mutu rumah sakit. Dengan menerapkan sistem keselamatan pasien yang baik maka suatu rumah sakit dapat menyelenggarakan pelayanan yang lebih aman kepada pasien. (Azyabi *et al*, 2021)

Guideline dikembangkan dari tinjauan pustaka bukti ilmiah terbaru dan menawarkan rekomendasi bertingkat yang dapat membantu dalam praktek. *Guideline* telah menunjukkan menjadi strategi yang efektif dalam memperbaiki pelayanan kesehatan dan proses perawatan di bidang kedokteran, disamping keuntungan-keuntungan ini, implementasi dari *guideline* kompleks dan bervariasi. Perkembangan dari *guideline* tidak langsung menjamin diadopsi dan dipatuhi oleh tenaga kesehatan. Beberapa ulasan terhadap halangan dalam implementasi pada pelayanan kesehatan yaitu berhubungan dengan faktor personal (mis pengetahuan dan sikap), faktor yang berhubungan dengan *guideline* (misalnya bukti,

kompleksitas, ketersediaan, dan kemampuan dalam aplikasi guideline). (Wang et al, 2023)

Penyesuaian strategi implementasi diperlukan dalam mengatasi hambatan dan mendukung penerapan guideline dalam praktek perawatan agar berdampak bagi pasien dan memperbaiki sistim kesehatan. Diperlukan suatu identifikasi menyeluruh terhadap berbagai strategi implementasi yang mana yang paling efektif untuk meningkatkan penerapan guideline pada praktik keperawatan. Telah dilakukan evaluasi terhadap efektifitas strategi implementasi terhadap medis, dan tenaga kesehatan lainnya termasuk rehabilitasi, fisioterapi, dokter gigi, farmasi. Namun seperti yang dijelaskan oleh Thomson dkk, sifat dan struktur sosial pekerjaan keperawatan sangat berbeda dengan dokter dan profesi kesehatan lainnya. Biasanya perawat bekerja dalam tim dan dalam pengaturan terhadap prosedur, tidak serta merta membuat keputusan sendiri tentang hal tersebut, seringkali dalam implementasinya dalam keperawatan perlu bekerjasama dalam kelompok dan atau organisasi. Keperawatan sebagai garda terdepan layanan kesehatan mengambil peran strategis dalam mewujudkan keselamatan pasien dan mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien. Tugas dan sifat pekerjaan perawat yang secara intensif memantau kondisi pasien memungkinkan perawat untuk menjadi orang pertama yang dapat menilai indikasi insiden dan penemu pertama dalam hal insiden keselamatan pasien dan melakukan evaluasi sistem keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan (Han *et al.*, 2019)

Studi menunjukkan bahwa untuk mencapai iklim layanan kesehatan yang aman, organisasi layanan kesehatan harus membangun dan mempraktikkan budaya keselamatan pasien yang memandang kesalahan medis sebagai suatu tantangan

(Kohn et al., 2000; Radziewicz et al., 2021). Selain itu, setiap profesional kesehatan harus memahami budaya ini dengan baik, yang harus ditandai dengan rasa saling percaya dan nilai-nilai bersama di antara para profesional (Groves, 2014; O'Donovan et al., 2019). Budaya keselamatan pasien mengacu pada bagaimana keselamatan pasien dirasakan, direncanakan, dan dilaksanakan di fasilitas kesehatan (Wilson et al., 2012). Oleh karena itu, budaya keselamatan pasien yang positif memungkinkan staf klinis atau medis untuk mengurangi kesalahan medis, belajar dari kesalahan masa lalu dan mengabdikan diri mereka untuk pemberian perawatan yang lebih aman (Wu et al., 2022). Terbukti bahwa staf layanan kesehatan yang memiliki sikap positif terhadap budaya keselamatan pasien berkontribusi besar dalam menciptakan suasana aman tanpa kesalahan dan mendorong layanan yang berorientasi pada pasien (O'Donovan et al., 2019).

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang dibentuk sebagai upaya meningkatkan keamanan pasien saat mendapatkan asuhan keperawatan (Martin et al., 2019). Pelaksanaan sistem keselamatan pasien meliputi identifikasi, pengelolaan risiko pasien, pelaporan atas analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden berikut tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dalam upaya mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan perawat dalam memberikan pelayanan (Martin et al., 2019). Budaya keselamatan pasien memiliki peran penting dalam meningkatkan keselamatan pasien (Campione & Famolaro, 2018).

Tingkat kesadaran budaya keselamatan pasien dan praktik terkait di kalangan profesional kesehatan cenderung relatif rendah. Temuan ini menggarisbawahi kompleksitas penerapan strategi untuk meningkatkan budaya

keselamatan pasien dalam sistem layanan kesehatan. Beberapa tantangan penting muncul, termasuk infrastruktur administratif yang tidak memadai, kepemimpinan yang tidak efektif, dan kurangnya upaya terpadu untuk menyelaraskan praktik layanan kesehatan dengan standar nasional dan internasional. Selain itu, banyaknya nilai-nilai yang sudah mendarah daging yang mungkin tidak memprioritaskan partisipasi tim menimbulkan hambatan besar dalam mengembangkan budaya keselamatan pasien yang efektif (Farokhzadian et al., 2018). Selain itu, terbukti bahwa banyak negara berkembang menghadapi tantangan tambahan karena tidak memiliki standar dan kebijakan nasional komprehensif yang secara khusus disesuaikan dengan budaya keselamatan pasien (Prates et al., 2021). Tidak adanya pedoman dasar tersebut dapat menghambat tindakan proaktif untuk meningkatkan keselamatan pasien.

Beberapa masalah umum dalam penerapan budaya keselamatan pasien di rumah sakit melibatkan aspek organisasional, individu, dan sistem. Penerapan budaya keselamatan memerlukan komunikasi yang jelas dan konsisten dari pemimpin ke seluruh anggota tim kesehatan. Kurangnya komunikasi atau ketidakjelasan dalam menyampaikan pentingnya keselamatan pasien dapat mengurangi pemahaman dan keterlibatan staf (Spoon et al., 2020). Kesalahan komunikasi antar anggota tim kesehatan atau dalam mentransmisikan informasi pasien dapat menjadi risiko keselamatan. Kurangnya komunikasi yang efektif dapat mengakibatkan kesalahpahaman atau tindakan yang tidak sesuai (Lee and Doran, 2017).

Readiness for implement protocol didefinisikan persepsi, sikap kesiapan tenaga kesehatan dalam hal ini adalah perawat dalam menerapkan pengetahuan

yang didapat dari konsensus baru atau pedoman baru menjadi sebuah protokol pengobatan terhadap pasien. (Biruk et al, 2014) Al Mekkawi dkk menemukan bahwa rendahnya readiness dari perawat memiliki dampak rendahnya performa dalam keperawatan di RS yang juga akan berdampak pada rendahnya pengalaman dalam klinis, kurangnya pengalaman perawat, dan kurangnya sensitivitas dan kemampuan kepedulian dalam perawatan (Al Mekkawi and El Khalil, 2020)

Budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*) memiliki pengaruh signifikan terhadap kesiapan untuk menerapkan protokol medis (*readiness for implementation*) di rumah sakit. Budaya keselamatan yang positif dan mendukung menciptakan lingkungan kerja yang mengutamakan keselamatan pasien, mendorong komunikasi terbuka mengenai risiko dan kesalahan, serta meningkatkan kepercayaan staf terhadap prosedur dan pedoman yang ada. Ketika budaya keselamatan pasien ditekankan dan dipraktikkan secara konsisten, perawat dan staf medis akan merasa lebih siap dan termotivasi untuk mengadopsi dan menerapkan protokol dengan benar, karena mereka merasa didukung dan memiliki akses yang memadai untuk pelatihan serta sumber daya yang diperlukan. Jadi, dapat disimpulkan bahwa *patient safety culture* berpengaruh positif terhadap *readiness for implement protocol*.

Budaya keselamatan pasien dapat menjadi optimal jika adanya dukungan organisasi struktural yang dilakukan seperti menyediakan pelatihan dan penyebaran informasi pengetahuan di dalam tim, dan dalam hirarki organisasi, yang dibutuhkan untuk mengembangkan pembelajaran dalam organisasi dan formalisasi pekerjaan. Knowledge management adalah teknik membangun suatu lingkungan pembelajaran, sehingga orang-orang di dalamnya terus termotivasi untuk terus

belajar, memanfaatkan informasi yang ada, serta pada akhirnya mau berbagi pengetahuan baru yang didapat, yang termasuk dalam proses manajemen pengetahuan, antara lain pembelajaran (individu, organisasi, kolaborasi), dan berbagi (Lee & Oh, 2020).

Knowledge sharing didefinisikan sebagai sikap dan keyakinan dari tenaga kesehatan dalam berbagi ilmu dan pengalaman terhadap yang lainnya. Melalui berbagi pengetahuan, pengetahuan seseorang dapat diinformasikan dan diterima sebagai salah satu jalan menuju tujuan organisasi yang sama. Pengetahuan yang valid yang dikonfirmasi melalui kegiatan sharing dengan orang yang tepat, tempat dan waktu yang tepat dapat meningkatkan prospek kerja organisasi dalam mewujudkan tujuan bersama yang dalam hal ini adalah budaya keselamatan pasien (Tamta & Rao, 2017). Perusahaan yang berkomitmen untuk mentransfer pengetahuan harus sering mengatur program bimbingan di mana karyawan senior diharapkan ingin mentransfer pengetahuan mereka ke yang lebih junior (Kaartemo, 2018). Namun, perlu digarisbawahi bahwa untuk memperluas proses transfer pengetahuan dapat dilakukan dengan menggunakan teknologi informasi, tetapi nilai-nilai, norma dan perilaku yang mendasari budaya organisasi pada prinsipnya menentukan keberhasilan transfer pengetahuan.

Pengetahuan perawat memainkan peran krusial sebagai elemen-elemen yang mungkin memengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien. Pengetahuan yang memadai tentang protokol keselamatan medis dan ketaatan terhadap prosedur keselamatan dapat menjadi pilar utama dalam upaya mewujudkan budaya keselamatan pasien yang efektif (Mulyatiningsih & Sasyari, 2021). Hasil penelitian Nugroho & Widiyanto (2020) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang sangat

kuat antara berbagi pengetahuan dengan budaya keselamatan pasien dengan prosentase peluang mempengaruhi sebesar 40%. Aspek kemampuan menjadi aspek tertinggi dalam berbagi pengetahuan perawat, disusul oleh aspek pengetahuan dan kepemimpinan. Berbagi informasi antar perawat dalam satu organisasi diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kompetensi mengingat profesi perawat yang rentan dan beresiko tinggi akan adanya suatu kesalahan.

Knowledge sharing dapat memoderasi pengaruh *safety culture* terhadap *readiness for implement protocol*. Budaya keselamatan yang kuat dan positif menciptakan suasana kerja yang mendukung pertukaran informasi dan praktik terbaik antara anggota tim kesehatan. Dalam lingkungan seperti ini, pembagian pengetahuan yang efektif dapat meningkatkan pemahaman dan keterampilan staf mengenai protokol, memperkuat rasa percaya diri mereka dalam menerapkan prosedur, serta memfasilitasi adopsi protokol secara lebih luas. Dengan adanya pembagian pengetahuan yang baik, perawat dan tenaga medis lainnya tidak hanya mendapatkan informasi yang tepat dan terkini tetapi juga merasa lebih siap untuk menghadapi tantangan dalam menerapkan protokol secara konsisten. Sebaliknya, dalam budaya keselamatan yang lemah, pembagian pengetahuan mungkin tidak optimal, menghambat kesiapan implementasi dan menurunkan efektivitas penerapan protokol, karena kurangnya informasi dan dukungan yang memadai.

Intent to adhere to the protocol didefinisikan sebagai sikap, keyakinan dari tenaga kesehatan terhadap kepatuhan dalam melakukan pengobatan dan perawatan sesuai dengan protokol yang telah ditetapkan dan secara berkelanjutan menerapkan dan mematuhi. Niat ini mencerminkan komitmen perawat untuk mengikuti pedoman dan prosedur medis yang telah ditetapkan, yang dirancang untuk

meminimalkan risiko dan meningkatkan hasil perawatan. Pelaksanaan prosedur atau proses dalam pemberian pelayanan pasien yang aman di rumah sakit dapat di pengaruhi oleh kepatuhan perawat dan penerapan dari perawat pelaksana yang mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien. Dalam upaya membangun keselamatan pasien memerlukan komitmen yang di pengaruhi oleh kepatuhan perawat. Perawat yang memiliki kepatuhan yang baik akan keselamatan pasien pastinya memiliki sikap yang baik dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan pengetahuan merupakan pangkal dari sikap, sedangkan sikap akan mengarah pada tindakan seseorang.

Faktor yang mempengaruhi *Intent to adhere to the protocol* adalah patient safety culture. Budaya keselamatan pasien yang positif, yang ditandai dengan komunikasi terbuka, dukungan manajerial, dan komitmen terhadap standar keselamatan, secara langsung memengaruhi motivasi staf untuk mengikuti protokol yang ditetapkan. Ketika budaya keselamatan mendorong perasaan aman untuk melaporkan kesalahan dan berkontribusi dalam proses peningkatan, perawat dan tenaga kesehatan lainnya lebih cenderung merasa bertanggung jawab dan berkomitmen untuk mematuhi pedoman yang ada. Sebaliknya, dalam budaya keselamatan yang lemah, di mana terdapat kekurangan dukungan dan komunikasi, niat untuk mematuhi protokol dapat menurun, karena staf mungkin merasa kurang percaya diri atau termotivasi. Oleh karena itu, budaya keselamatan pasien yang baik berfungsi sebagai landasan penting dalam membentuk niat dan komitmen staf untuk mematuhi protokol dengan konsisten.

Di RSUD Pemerintah dan Swasta di Kota Pontianak, budaya keselamatan pasien masih menghadapi berbagai tantangan, seperti kurangnya komunikasi

terbuka mengenai risiko dan kesalahan, serta dukungan manajerial yang tidak konsisten. Budaya yang tidak mendukung pelaporan kesalahan secara terbuka dan tidak adanya mekanisme yang jelas untuk umpan balik dapat menghambat perawat dalam memahami dan mengimplementasikan protokol kesehatan dengan efektif. Selain itu, ketidakpastian mengenai tanggung jawab dan standar prosedur sering kali mengurangi rasa percaya diri perawat dalam mengikuti protokol. Penelitian ini berfokus pada bagaimana budaya keselamatan pasien memengaruhi kesiapan perawat untuk menerapkan protokol medis, serta bagaimana pembagian pengetahuan memediasi hubungan tersebut dan mempengaruhi niat perawat untuk mematuhi protokol di rumah sakit pemerintah dan swasta di Kota Pontianak.

1.2. Pertanyaan Penelitian

Dari uraian tentang variabel-variabel yang akan digunakan dan dianalisis dalam model penelitian ini maka dapat disusun pertanyaan penelitian (*research question*) sebagai berikut:

1. Apakah terdapat pengaruh positif dari *patient safety culture* terhadap *readiness for implement protocol*?
2. Apakah terdapat pengaruh positif *patient safety culture* terhadap *intent to adhere to the protocol*?
3. Apakah terdapat pengaruh positif *readiness implement protocol* terhadap *intent to adhere to the protocol*?
4. Apakah terdapat pengaruh positif *patient safety culture* terhadap *intent to adhere to the protocol* dimoderasi oleh *knowledge sharing*?

5. Apakah terdapat pengaruh positif *readiness implement protocol* terhadap *intent to adhere to the protocol* dimoderasi oleh *knowledge sharing*?

1.3. Tujuan Penelitian

Dari kelima pertanyaan penelitian di atas maka dapat dijabarkan tujuan penelitian ini secara rinci sebagai berikut:

1. Menguji dan menganalisis pengaruh *patient safety culture* terhadap *readiness for implement protocol*.
2. Menguji dan menganalisis pengaruh *patient safety culture* terhadap *intent to adhere to the protocol*.
3. Menguji dan menganalisis pengaruh *readiness implement protocol* terhadap *intent to adhere to the protocol*.
4. Menguji dan menganalisis pengaruh *patient safety culture* terhadap *intent to adhere to the protocol* dimoderasi oleh *knowledge sharing*.
5. Menguji dan menganalisis pengaruh *readiness implement protocol* terhadap *intent to adhere to the protocol* dimoderasi oleh *knowledge sharing*.

1.4. Manfaat Penelitian

Penelitian survei kuantitatif di bidang manajemen pelayanan kesehatan di rumah sakit dengan topik *patient safety culture* di ruang perawatan jantung dapat memberikan manfaat untuk praktek klinis di rumah sakit dan ilmu akademis khususnya bagi ilmu manajemen rumah sakit. Penelitian mengenai pengaruh *patient safety culture* terhadap *readiness for implement protocol* yang dimoderasi oleh *knowledge sharing* serta efeknya terhadap *intent to adhere to the protocol*

belum pernah dilakukan. Sehingga hasil penelitian ini diharapkan menambahkan referensi baru.

Manfaat bagi praktik klinis di rumah sakit baik pemerintah maupun swasta, penelitian ini dapat mengidentifikasi faktor yang berperan penting dalam *intent to adhere to the protocol*, sehingga ketika hendak menerapkan suatu protocol baru yang merupakan guideline dapat mengidentifikasi hal-hal yang mempengaruhi implementasinya, manajemen maupun para praktisi dapat menentukan intervensi yang tepat untuk meningkatkan *intent to adhere to the protocol*.

1.5. Sistematika Penulisan

Penelitian ini ditulis dan disusun dalam sistematika penelitian yang terdiri dari lima bab. Dalam masing-masing bab terdapat penjelasan sesuai dengan judul bab. Kelima bab tersebut memiliki keterkaitan dan alur antara satu bab dengan bab yang lain, sehingga tulisan dalam penelitian ini menjadi satu kesatuan yang lengkap dan utuh sebagai naskah akademis. Adapun penjabaran dari sistematika penulisan tesis ini disusun sebagai berikut :

BAB I : PENDAHULUAN

Bab pertama ini terdiri dari uraian latar belakang penelitian serta penjelasan fenomena dan masalah penelitian beserta variabel penelitian yang akan digunakan. Selanjutnya uraian tentang pertanyaan penelitian (*research question*), tujuan penelitian, manfaat penelitian serta sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

Bab kedua ini berisi uraian teori-teori dasar sebagai landasan dari penelitian, penjelasan variabel-variabel, serta penelitian-penelitian terdahulu yang terkait dengan topik penelitian. Kemudian penjelasan pengembangan hipotesis

beserta gambar model penelitian (*conceptual framework*) akan dijelaskan terperinci pada bab ini.

BAB III : METODE PENELITIAN

Bab ketiga ini berisi uraian tentang objek penelitian, unit analisis penelitian, tipe penelitian, operasionalisasi variabel penelitian, populasi dan sampel, penentuan sampel, metode penarikan sampel, metode pengumpulan data, serta metode analisis data.

BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab keempat ini berisi tentang analisis dari pengolahan data empiris penelitian yang terdiri dari profil dan perilaku responden diikuti dengan analisis deskripsi variabel penelitian, analisis inferensial penelitian beserta diskusinya.

BAB V : KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN

Bab terakhir ini berisi kesimpulan dari penelitian, implikasi manajerial yang dapat ditarik hasil analisis data, keterbatasan yang ditemukan serta saran bagi penelitian selanjutnya.